



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SEGUIMIENTO A SEIS SEMANAS DE UNA
INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA
PREVENIR LA DEPRESIÓN POSPARTO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
RITA RAQUEL ACOLTZI ESCORCIA

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. MA. ASUNCION LARA CANTU



MÉXICO, D.F. 2008



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.

RESUMEN

*Estoy triste; nada he podido hacer de mi intelecto; Tengo el alma vacía y la frente en penumbras;
Siento en mi corazón mi ternura cansada; Sin embargo, no tengo sino que ser dichoso.
Andrés Rivoire.*

En el presente estudio se llevó a cabo la evaluación de la eficacia de una intervención psicoeducativa, en el que se hacen evaluaciones en dos tiempos: pretratamiento y seguimiento a las 6 semanas posparto, en mujeres que participaron en el programa de intervención de Lara y Hubard (no publicado). Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck *IDB II* para observar los cambios en la sintomatología depresiva de pre intervención a seguimiento a las seis semanas posparto. Con una muestra de los primeros 40 casos de la muestra original.

Se llevó a cabo en tres instituciones: CENTRO DE SALUD JOSÉ CASTRO VILLAGRANA, (CSJCV); el INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA (INPER); y de la Clínica de Especialidades de la Mujer de la SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL (SEDENA).

Se les aplicaron cara a cara las entrevistas en el escenario donde recibió atención durante su embarazo o en el domicilio de las mujeres. Es un estudio de tipo preventivo y se utilizó un análisis estadístico *T de Student* para pruebas relacionadas. Se analizaron las variables sociodemográficas Edad, Grado Escolar, Estado civil e Ingresos al hogar y los puntajes del Inventario de Depresión de Beck II de la muestra para esta tesis. El presente estudio es parte del proyecto “SALUD MENTAL DE MAMÁS Y BEBÉS: PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO” (proyecto 4186) bajo la dirección de la DRA, MARIA ASUNCIÓN LARA CANTÚ; que se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES SERGIO Y TERE
POR SU FUERZA ESPIRITUAL,
POR LAS ENSEÑANZAS Y LA VOLUNTAD
QUE SIEMPRE ME ACOMPAÑAN.

A MI AMIGA Y HERMANITA YULI
POR TU ALMA FANTASTICA Y
TU PALABRA ARMONIOSA

A MI HERMANO SERGIO POR
SER UN ESPIRITU EXTRAORDINARIO
Y UN GRAN EJEMPLO

A MIS 4 MOTIVOS, MIS COMPAÑERITOS,
MIS GRANDES AMORES, SAMANTHA, LUIS SERGIO,
YOUALLI Y SERGIO MANUEL.

A TI QUE TE SABES MI INSPIRACIÓN

NOCHI YEHUAN, ANKEJ TLAUEL NIKINTLASOJTLA

A TODOS ELLOS QUIENES AMO PROFUNDAMENTE

A NOKUMPALETSINSIN IGNACIO Y ANA TLASOJKAMATI NOMAUISOTSIN
NOCHPAMPA, AMEHUANNECHTLAULIA.

A RAÚL TLASOJKAMATI MAUISOTSIN
KOACHI NO AXKA, NOCHPAMPA NIMITZNEKI MIEK

A MIS HERMANITOS!! EL KALPULLI
KAMAXTLE MATLALKUELLI, NIKINEKI.

A MIS HERMANITAS CLAUDIA, MARTHA Y DANIELA
POR ACOMPAÑARME Y SOPORTARME SIEMPRE MIL GRACIAS

A MIS AMIGAS LA PSIC. MARTHITA JUAREZ,
PSIC. MARISOL CASTAÑEDA, PSIC. MADIAN FREGOSO
POR SU VALIOSA AMISTAD Y TODO SU CARÍÑO.

AL EQUIPO MARAVILLA KARLA, NORA, JESSICA.

CON ADMIRACIÓN Y MI AGRADECIMIENTO
A LA DIRECTORA DE LA PRESENTE TESIS
DRA. MA. ASUNCIÓN LARA

A MIS MAESTROS.

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS AL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ” Y A LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES POR PERMITIRME UTILIZAR LOS DATOS PRESENTADOS EN ESTA TESIS. AL CONACYT Y AL FONDO SECTORIAL DE INVESTIGACION EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL POR EL APOYO ECONÓMICO OTORGADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROYECTO. UN AGRADECIMIENTO ESPECIAL A LA DRA. MA. ASUNCIÓN LARA POR COMPARTIR CONMIGO SUS CONOCIMIENTOS, POR SU ORIENTACIÓN METODOLÓGICA, Y SOBRE TODO POR SU PACIENCIA, A LA MTRA. EN PSIC. CLAUDIA NAVARRO Y A LA PSIC. LAURA NAVARRETE POR SU APOYO Y AYUDA MUCHAS GRACIAS!!

A LA DRA. SHOSHANA BERENSON, AL DR. FRANCISCO MORALES, A LA MRA. ALMA MIREIA LÓPEZ-ARCE CORIA, Y AL MTRO. JORGE VALENZUELA A TODOS ELLOS POR SU AMABILIDAD, SUS CONSEJOS Y VALIOSOS COMENTARIOS. Y SOBRE TODO A LAS 40 MUJERES QUE PARTICIPARON EN ESTE ESTUDIO.

INDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. DEPRESIÓN	10
1.1. Breve revisión histórica de la depresión	10
1.2. Espectro clínico de la Depresión	12
1.3. Definición	12
1.4. Etiología de la depresión	15
1.5. Clasificación de la depresión	17
1.6. Epidemiología	19
1.7. Curso	22
1.8. Tratamiento y modalidades terapéuticas	22
1.8.1. Psicoterapia	22
1.8.2. Farmacoterapia	23
CAPÍTULO 2. DEPRESIÓN POSPARTO	25
2.1. Concepto	25
2.2. Factores de riesgo para la depresión con inicio posparto	26
2.3. Epidemiología de la depresión posparto	35
2.4. Tratamiento para la depresión posparto	36
2.4.1 Prevención indicada para la depresión posparto: Antecedentes	36
2.4.2 Estructura de la intervención aplicada en el grupo de mujeres de este estudio.	41

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	43
3.1 Planteamiento del problema	43
3.2 Justificación muestra	45
3.3 Pregunta de estudio	46
3.4 Objetivo general	46
3.5 Objetivos específicos	46
3.6 Hipótesis	46
3.7 Variables	47
3.8 Definición de variables	47
3.9 MÉTODO	47
• Muestra	47
• Sujetos	47
• Tipo de estudio	48
• Diseño	48
• Procedimiento	48
• Instrumentos	51
• Análisis de datos	51
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	53
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	60
REFERENCIAS	63

INTRODUCCIÓN

*Es tan dulce llorar, tan dulce sonreír
Al recordar los males que se podrían borrar
Musset*

El nacimiento de un niño, supuestamente hace feliz a una nueva madre, pero ésta no es siempre la manera en que resulta. Los trastornos emocionales y trastornos psiquiátricos después del parto son tan comunes que tienen sus propios nombres derivados del latín: trastornos posparto, trastornos postnatales, o trastornos del puerperio. Según el, *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (DSM-IV-TR. 2002) de la American Psychiatric Association. Son reconocidas tres clases en general: la aflicción de maternidad, o tristeza posparto; la **depresión posparto** y la psicosis posparto. Se ha encontrado en varios estudios que los episodios depresivos mayores a veces van precedidos por algún estrés psicosocial (p. Ej. La muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio). Y que incluso el parto puede precipitar un episodio depresivo mayor.

Steiner y colaboradores (2002) mencionan que indudablemente, el período posparto es un tiempo como ningún otro en el ciclo reproductor de la mujer, en donde ocurre un enorme cambio hormonal simultáneamente con cambios psicológicos, experimentando tanto las tareas y actividades que van apareciendo como estresantes y difíciles.

Así, inherente a este momento son muchos los factores biológicos y psicosociales que vulneran la neuroendocrinología del cerebro de las mujeres después del parto, todos los acontecimientos de los que sabemos son asociados con el surgimiento de una enfermedad depresiva o de ansiedad (Steiner, 2002).

La depresión en el período posparto es un problema de salud mental común que afecta aproximadamente al 13 % de mujeres estadounidenses (O'Hara y cols., 1996 citado en O'Hara y cols., 2004).

En la mayoría de las mujeres con tristeza posparto los síntomas son transitorios, pero del 10% a 20%, en países occidentales, los síntomas son persistentes, empeoran o reaparecen y se diagnostican como depresión posparto (Born y cols., 2004 citada en Lara y Navarrete, 2004).

Mundialmente, la depresión es responsable del 5.5 % de todo el peso de la enfermedad en las mujeres. El problema se extiende a la familia; los niños de mujeres deprimidas están en riesgo de problemas en el desarrollo emocional, social e intelectual (O'Hara y cols., 2004).

Además, la depresión en el período posparto es relacionada frecuentemente con el conflicto marital y con un pobre apoyo social, así como una mala relación con la madre. Esta realidad subraya la importancia de la detección temprana y el tratamiento de depresión posparto (DPP) y requiere de grandes esfuerzos como convocar a las mujeres a la prevención durante el embarazo y la preconcepción (O'Hara y cols., 2004).

Dado la importancia de este problema en términos de prevalencia, sufrimiento de las mujeres y los efectos sobre la relación madre- hijo que pudieran ser duraderos (Murry & Cooper, 1996 citado en Lara y cols., 2004), el reconocimiento de las dimensiones psico(pato)lógicas de este momento del posparto (Alvarado, 2000) y los mayores riesgo de daño en la relación de pareja y en el desarrollo del niño, han determinado una mayor preocupación por los trastornos emocionales y especialmente los depresivos durante el puerperio (Alvarado, 2000).

En otros países se han comprobado que los factores de riesgo para el desarrollo de la depresión posparto, tienen un impacto negativo en los hijos, en la familia y que la prevención temprana, la aplicación de intervenciones psicosociales y psicológicas inciden en la reducción de los síntomas depresivos en la mujer embarazada. Aunque en México no hay investigaciones previas sobre estos temas tanto en al detección de mujeres en riesgo de DPP como en la prevención y tratamiento, en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales la Dra. Asunción Lara, junto con las colaboradoras de su equipo han realizado esfuerzos y están llevando a cabo dicha investigación de la cual se desprende el presente estudio.

En el capítulo 1 se aborda el tema del trastorno depresivo mayor, concepto etiología, epidemiología y tratamiento en las mujeres.

En el capítulo 2 abordo el tema de la depresión posparto, antecedentes, factores de riesgo, y prevención indicada para la depresión posparto.

En el capítulo 3 se describe la metodología que se llevó a cabo en esta tesis.

En el capítulo 4 se describe y presentan los resultados obtenidos de la evaluación

(preintervención y a seguimiento a las 6 semanas posparto) y su análisis; así como la descripción de los datos sociodemográficos de la muestra.

El capítulo 5 habla de las conclusiones y discusiones a las que se llegó al terminar este estudio.

CAPITULO 1

DEPRESIÓN

... y llora sin razón en ese corazón que con ritmo veloz se desalienta...

¡Qué! ¿ninguna traición? Es la peor de las penas no saber ni por qué sin odio y sin amor tiene mi corazón tan grande pena.

Pablo Verlaine

BREVE REVISIÓN HISTORICA DE LA DEPRESIÓN

El concepto de depresión se describió por primera vez por Hipócrates quien hace una descripción formal y médica de la depresión refiriéndose a dicho concepto como melancolía. “Empédocles propuso inicialmente el modelo de los cuatro elementos que constituían la base de las doctrinas fisiológicas de Hipócrates” (Millon & Davis 2000, Palmero y cols., 1999, Vallejo y cols., 1999 citado en Roca 1999), dichos elementos son el fuego, el agua, el aire y la tierra los cuales se manifestaban en muchas esferas de la vida y en diferentes maneras.

Al aplicarse al organismo humano este modelo se convirtió en la base de los cuatro humores: calor (sangre), sequedad (flema), humedad (bilis amarilla) y frío (bilis negra), que se encontraban en mayor grado en el corazón, el cerebro, el hígado y el bazo, respectivamente (Millon & Davis 2000).

Cuando estos humores estaban en equilibrio el individuo se encontraría sano y cuando dichos humores estarían en desequilibrio la enfermedad se haría presente. El predominio de alguna de estas sustancias daría el concepto de la enfermedad, como en el caso de la depresión el predominio de la bilis negra constituía el sustrato para la melancolía. Pero fue hasta Areteo quien presentó una descripción moderna del trastorno e hizo énfasis en que la melancolía debía atribuirse a causas psicológicas, sin estar relacionada con ninguno de los humores corporales. (Millon & Davis 2000).

Los autores Millon y Davis (2000) en su libro *Trastornos de la personalidad mas allá del DSM- IV*, dentro de las formulaciones modernas, describen que Krapelin (1921) consideraba que el trastorno estaba caracterizado por una disposición temperamental innata definida por un

estrés emocional melancólico en todas las experiencias de la vida. Posteriormente Adolfo Meyer (1951) adaptó el sistema krapeliano de 1902 describiendo de la siguiente manera a la Depresión:

Depresión constitucional: temperamento pesimista que tiende a ver el lado oscuro de todas las cosas y lleva a la melancolía y al abatimiento ante la más mínima provocación.

La propia melancolía simple: depresión excesiva o injustificada, a menudo acompañada por la falta de sueño, dolor precordial o desasosiego; susceptibilidad sólo para el aspecto desagradable y molesto de las cosas, y un sentimiento de autodesaprobación y de maldad, sin introspección de la naturaleza mórbida ni justificación de la situación. El paciente se considera demasiado malo para vivir o para que se le trate con amabilidad.

Otras formas se caracterizan por un prolongado malestar neurasténico y un sentimiento de depresión (frecuentemente sobre temas morales).

Posteriormente mencionan que Bibring (1953) formulaba, como puntos centrales de la depresión, a la indefensión y la pérdida de la autoestima.

Sin embargo, dentro de las propuestas contemporáneas Bieber (1974) enfatizó el aprendizaje social como base de la depresión.

Bowlby (1969, 1973,1980; citado en Millon y Davis 2000) propuso la idea de que dos variantes fundamentales de la personalidad experimentan la intensidad de la *pérdida* hasta el punto de producir un profundo sentimiento de depresión. Describe en un extremo a los sujetos *vinculados ansiosamente* frente a los *compulsivamente autos confiados* en el otro extremo.

También describen a Beck (1983) que desde el enfoque cognitivo propuso a la indefensión y la desesperanza en el carácter con tendencia a la depresión. Ibáñez y Palmero (1999), explican de otra forma que Beck (1979) hablaba de pensamientos irracionales de tipo negativo, dado que el contenido del pensamiento tiene una carga emocional negativa para la persona aunque comentan estos autores que no es muy clara esta forma de explicar la aparición de los episodios depresivos.

Otros autores con orientación biológica como Akiscal y colaboradores (1981, 1983,1984, 1992; citado en Millon y Davis, 2000, McCullough, 2003) hicieron la división en dos amplias categorías de la depresión: los distímicos subafectivos y los trastornos del espectro del carácter.

Más adelante Millon (1994) subrayó algunas características clínicas del trastorno en términos de su esquema de polaridad. Las características incluyen tristeza, pesimismo, pérdida de la alegría, incapacidad para sentir placer e inhibición motora, es decir, hay un exceso de interés en el dolor y la angustia además de que la persona *se ha rendido*, sucumbiendo básicamente al inevitable hecho de continuar sufriendo y padeciendo.

ESPECTRO CLÍNICO DE LA DEPRESIÓN

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, [APA], 2002) clasifica los trastornos depresivos (depresión unipolar) como Trastorno Depresivo Mayor (TDM); Distimia y trastorno depresivo sin clasificar (Bennet y cols., 2004). La depresión, de la misma forma que los trastornos de ansiedad es una de las enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en la población mundial. Se ha estimado que todas las personas padecerán al menos un episodio depresivo en algún momento de su vida (Bennet y cols., 2004; Watson, 2005).

La depresión es un trastorno común que afecta a más de 19 millones de estadounidenses por año. Donde la prevalencia de las mujeres es por lo menos 2 a 1 más probable que los hombres a padecer un episodio depresivo dentro de su vida (Mazure y cols., 2002). Esto puede ocurrir en cualquier etapa durante la vida de las mujeres y sin hacer diferencia de grupos educativos, económicos y raciales (Mazure y cols., 2002).

Resultando ser significativos los costos personales relacionados con la depresión, incluyendo la pérdida de la vida por el suicidio, el incremento de la comorbilidad de enfermedades médicas y el concurrente riesgo de autocuidados pobres y la reducción del apego al tratamiento médico (Mazure y cols., 2002).

DEFINICIÓN

Según el, DSM-IV (APA, 1994) clasifica al Trastorno Depresivo Mayor como un Trastorno del estado de ánimo.

Rottenberg y cols., (2005) mencionan que efectivamente la perturbación durable del estado de ánimo es una de las características más relevantes del Trastorno Depresivo Mayor.

El DSM-IV (APA, 1994) en sus criterios diagnósticos especifica síntomas a lo largo de 2 semanas de duración, que implica una emoción positiva deficiente (anedonia) y una emoción negativa excesiva (la culpa) o ambas (Clark, Watson, & Mineka 1994; citados en Rottenberg y cols., 2005).

Parker, (2006) en el editorial *Commentary on Diagnosing Major Depressive Disorder* comenta que según Zimmerman y cols., (2006) el concepto de la depresión ha cambiado evidentemente desde su introducción. Antes de 1980, la depresión se consideraba un trastorno de personalidad tanto en el DSM-I (APA 1952) como en el DSM-II (APA 1968).

Esta perspectiva comenzó a cambiar con la publicación del DSM-III (APA,1980), hace más de 30 años desde la introducción de los criterios de Feighner de la escuela de San Louis en Washington en 1972, y los Research Diagnostic Criteria (RDC) de Spitzer, Endicott y Robins en 1978 en la publicación: *Research Diagnostic Criteria for a selected group of functional disorders* (Crespo, 1998; citado en Roca 1999) que eventualmente condujeron a el DSM-III (APA, 1980) donde propusieron separar los trastornos afectivos en primarios y secundarios, se concretaron en los criterios puramente descriptivos y en las clasificaciones ateóricas y sin implicaciones etiológicas (Crespo, 1998; Roca, 1999; McCullough, 2003; Widiger & Samuel, 2005).

Inicialmente la depresión es definida en el DSM – III (APA, 1980) como un “síndrome afectivo” y con la palabra “síndrome” se describen estados, los cuales constan de síntomas característicos que tienden a ocurrir simultáneamente y es considerada como una categoría básica y diferencial frente a los trastornos bipolares y otros persistentes como la distimia, se precisaban 4 síntomas de los 8 presentes en las dos semanas, sin embargo, la depresión crónica no apareció como categoría diagnóstica sino hasta 1987, cuando se publicó el DSM-III- TR (APA, 1987), (Roca, 1999; McCullough, 2003).

En esta edición así como en el DSM-IV (APA, 1994) se añade un ítem y se precisan 5 de los 9 síntomas para establecer el diagnóstico además uno de los síntomas debe ser necesariamente el estado de ánimo depresivo o la pérdida del interés o capacidad de placer (anedonia) termino que estableció Klein en 1974, (Vallejo, 1998; citado en Roca 1999).

La definición común de depresión incluye una sensación general de desamparo que es resultado de una percepción personal de incapacidad, donde la persona se siente impotente para controlar su vida (Akiskal y Mckinney, 1975 y Whybrow y cols., 1985; citados en McCullough, 2003).

Parker, (2006) menciona que Zimmerman y colaboradores, (2006) describen que es más común observar en nuestros días, a la depresión mayor como una “entidad” atribuyéndole una categoría con una “naturaleza esencial” con características prototípicas.

Actualmente la depresión se conoce como Trastorno Depresivo Mayor y se establecen criterios para especificar: gravedad, cronicidad, síntomas catatónicos, melancólicos, patrones estacionarios y otros (Crespo, 1998; citado en Roca, 1999).

El trastorno depresivo mayor de acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002) lo ubica dentro del Eje I, en el rubro de trastornos del estado de ánimo; esta sección está dividida: en episodios afectivos (episodio depresivo mayor, maniaco, mixto e hipo maniaco) y trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) y se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, con al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida del interés o placer en casi todas las actividades acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión de los 9 síntomas como: cambios en el patrón de sueño, en el apetito o peso, con baja energía, enlentecimiento psicomotor o actividad psicomotora, sentimientos de inferioridad o culpa, así como, problemas para concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos (Bennett 2004; Moses-Kolto y cols., 2004).

Los doctores Leopoldo Zarate y Fernando Corona del Hospital de Psiquiatría “San Fernando” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el Manual de trastornos mentales (2005) definen a la depresión como una enfermedad del estado de ánimo que produce una serie de alteraciones en las vivencias emocionales de quien la padece, pero no solo afecta el área emocional, sino que produce una serie de alteraciones en las diferentes funciones fisiológicas como en la alimentación, la función sexual, el dormir y el nivel de energía además afecta el área cognitiva causando fallas en la memoria, dificultad para concentrarse y genera pensamientos erróneos. Los autores antes mencionados nos dan un panorama amplio de lo que se entiende por depresión clínica y las alteraciones que provoca en las personas, coincidiendo con la descripción del diagnóstico de la depresión del DSM-IV-TR. La

sintomatología depresiva descrita en estos términos es el tema central de la que se va a tomar como objetivo de esta tesis.

ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

De acuerdo con Kinderman (2005) como lo menciona en su artículo *A Psychological Model of Mental Disorder* hay que comprender al trastorno mental como resultado de múltiples causas desde un modelo bio-psico-social, dicho modelo se basa en la noción de múltiples y simultáneas causas así como múltiples predictores que dan origen al trastorno mental. La investigación clínica ha arrojado evidencia que soporta dicha suposición y que todo modelo psicológico de intervención debe tomar en cuenta (Kinderman, 2005).

También Kiesler, (1999; citado en McCullough, 2003), menciona que la depresión es un trastorno biológico-psicológico-ambiental que implica tanto una actividad psicológica como biológica y esto depende de la relación con el factor ambiental.

Mas adelante Zarate y Corona, (2005) en el Manual de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, mencionan que la etiología de la depresión es multifactorial dado que está influenciada por factores genéticos, ambientales, psicológicos y neurobiológicos que interaccionan y determinan dicha expresión de la depresión.

La predisposición genética del organismo establece ciertas condiciones básicas para ser afectada por diversos factores ambientales tales como una pérdida de un ser querido, el desempleo, un ambiente social y familiar adverso o una enfermedad médica inesperada o incapacitante, la coincidencia de varios factores desencadena una serie de respuestas neuroquímicas que alteran los sistemas de neurotransmisión y hormonales, estas alteraciones a su vez afectan diversos sistemas que dan lugar a la sintomatología depresiva. Además esta interacción de los factores del medio ambiente, familiar y social adversos (factores sociales) tienen que ver con la intensidad y duración de los eventos estresantes, que se relacionan con dicha predisposición de la persona y con sus mecanismos para enfrentar (factores psicológicos) las situaciones adversas, con sus esquemas de pensamiento (creencias o principios no verbales que organizan la percepción y el comportamiento) y una pobre disponibilidad de las redes sociales de apoyo, favoreciendo así, a la manifestación de la depresión (Zarate y Corona,2005).

Sin embargo, Mazure y colaboradores, (2002), mencionan que las diferencias de género en la depresión son determinantes muy claras. La depresión tiene una mayor prevalencia en las mujeres como se había mencionado con anterioridad. Esta conclusión ha sido replicada en numerosos estudios epidemiológicos realizados en los Estados Unidos de Norteamérica Kessler y cols., (1994 citado en Mazure y cols., 2002), y está asociada con un alto costo personal y económico (Greenberg y cols., 1993; citado por Mazure y cols., 2002), y es la principal causa de discapacidad en las mujeres en el mundo actualmente (Murray & Lopez 1996; citado en Mazure y cols., 2002).

Las niñas que se han encontrado deprimidas reportan niveles más altos sobre el trastorno del humor y los síntomas neurovegetativos que los niños, aunque los niños informan mayor nivel de irritabilidad, que puede tener ramificaciones interpersonales y por lo tanto un incremento en los porcentajes de condiciones comórbidas subsecuentes (Mazure y cols., 2002).

Se ha reportado de manera consistente que los trastornos afectivos como la depresión son mas comunes en las mujeres que en los hombres, las mujeres tienen un riesgo más alto de experimentar un primer episodio de inicio de la depresión (Eaton & Muntaner, 1997 y Kessler, 1993; citados en Mazure y cols., 2002), aunque el riesgo de que se vuelva a repetir es el mismo para mujeres como para los hombres, pero las mujeres podrían ser más propensas a la recurrencia del episodio depresivo (Kessler y cols., 1994; Simpsom; Nee y Endicott, 1997 citados en Mazure y cols., 2002).

Para mejorar el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la depresión en las mamás, debemos comprender mejor la etiología de la depresión en las mujeres, específicamente los orígenes biológicos, psicológicos y sociales de la depresión (Mazure y cols., 2002) y su interacción, dado que se sabe que tanto los factores neurobiológicos y ambientales combinados con una predisposición genética tienen una gran influencia, además, un estrés crónico y constante, se ve frecuentemente implicado en el desarrollo del Trastorno Depresivo Mayor (Bennett, 2004).

CLASIFICACIÓN

Los sistemas de clasificación aceptados internacionalmente hoy en día son el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada (DSM-IV-TR, [APA], 2002) y la Clasificación Internacional de Enfermedades **CIE -10** de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), (Sogi, 1997). A continuación se describirá el modelo categórico mencionado los criterios diagnósticos para la depresión mayor (DSM-IV-TR [APA] 2002) y del (CIE-10 [OMS], 1992) además del modelo dimensional actualmente aceptado.

Diferentes autores han observado y revalorado tanto los límites del modelo categórico como los nuevos avances y desarrollo en el modelo dimensional en la clasificación y el diagnóstico de la psicopatología (Krueger y cols., 2005).

MODELO CATEGÓRICO

Mucha investigación en psicopatología actual esta enmarcada por los conceptos básicamente categóricos de la psicopatología, como las categorías prototípicas descritas en el DSM-IV-TR (APA, 2002). Las ediciones modernas del DSM describen los criterios explícitos y específicos para un gran número de trastornos mentales basándose en series de criterios con rasgos definitorios (Krueger y cols., 2005; Brown, Barlow, 2005).

De acuerdo con el DSM-IV (APA, 1994) es clasificado, el trastorno mental como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar o a una discapacidad, o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor discapacidad o pérdida de la libertad.

La actual versión del DSM- IV-TR (APA, 2002) esencialmente representa los cambios evolutivos del DSM-III que fue introducido en 1980 (Cuthbert, 2005; Widiger & Samuel 2005). Este último fue revolucionario en la introducción de categorías diagnósticas basadas en categorías descriptivas en las cuales fue mínima la suposición hecha sobre la etiología (Robins y Guze, 1970; citado en Cuthbert, 2005) en contraste con ediciones previas.

Las ventajas de este enfoque es que la formulación de categorías del DSM-IV (APA, 1994) es un método habitual de organizar y transmitir la información en la vida cotidiana y ha sido utilizado fundamentalmente en todos los sistemas de diagnóstico médico. Dado que permite que los elementos para el diagnóstico sea homogéneo, cuando existen límites claros

entre las diversas clases y cuando estas, son mutuamente excluyentes (Krueger y cols., 2005; Widiger & Samuel 2005).

Dentro de las limitaciones de este enfoque es que han revelado fallas serias, que se han vuelto más problemáticas con el tiempo para el uso exploratorio y clínico (Cuthbert, 2005), por ejemplo en el trabajo con los trastornos del estado de ánimo y de la ansiedad han encontrado varios problemas con los criterios diagnósticos del DSM (Brown, Barlow, 2005).

Estudios clínicos y epidemiológicos han mostrado porcentajes sumamente altos de comorbilidades entre los trastornos, socavando la hipótesis de que los síndromes representan etiologías distintas, además, los estudios epidemiológicos han indicado un alto grado de período-breve de inestabilidad diagnóstica para muchos trastornos (Widiger & Samuel 2005). Widiger y Samuel, (2005) revisaron las deficiencias de los modelos categóricos inclinándose por los modelos dimensionales argumentando las limitaciones del enfoque categórico siendo esencialmente implicado el diagnóstico.

Debido a la alta co-ocurrencia y la disputa acerca de los límites sin resolver, esto representa el dilema mas importante con el modelo categórico (Widiger & Samuel 2005; Kupfer, 2005).

MODELO DIMENSIONAL

Widiger & Samuel, (2005) documentan que hay excesiva comorbilidad entre los trastornos múltiples y notan que dicha comorbilidad tiende a regir más como regla que como excepción para los desordenes en el Eje I y Eje II, considerando implementar el uso de las dimensiones dentro de la clínica (Cuthbert, 2005; Widiger & Samuel, 2005); la mayoría de las personas que cubren los criterios para un trastorno mental en particular, también cubren criterios para uno o más trastornos adicionales (Krueger y cols., 2005; Widiger & Samuel, 2005; Watson, 2005).

Krueger y colaboradores, (2005), mencionan que el enfoque dimensional tiene algunas ventajas fácilmente evidentes sobre el enfoque categórico. Dado que se puede describir mejor la variación psicopatológica en relación con múltiples dimensiones de los trastornos de la emoción y del comportamiento. De este modo, la comorbilidad puede ser comprendida y modelada como un patrón específico de elevación a través de las dimensiones relevantes (Krueger y cols., 2005).

Según Cuthbert (2005); las ventajas del modelo dimensional, es que aparentemente no

hay barreras insuperables de inclusión para los conceptos categóricos y dimensionales en un esquema diagnóstico. Además menciona otra ventaja de utilizar el modelo dimensional, es la experiencia clínica acumulativa, permitiendo el diagnóstico viable para el planteamiento de una intervención adecuada.

Las limitaciones aparentes de este modelo dimensional es que se necesitará escalas válidas y confiables para el uso de varios parámetros de salud y que un obstáculo potencial en la implementación del enfoque dimensional en el DSM es la falta de información acerca de su utilidad en la clínica (demostrada empíricamente) y la aceptación del usuario (First, 2005).

En conclusión en el modelo categórico la presencia o no de los criterios del trastorno es el factor determinante para el diagnóstico de la enfermedad, mientras que en el modelo dimensional de la depresión se evalúan los continuos en términos de la intensidad, la duración y el impacto en las funciones diarias de los sujetos. En la evaluación dimensional se utilizan escalas de autoreportes para saber el nivel de depresión de la persona (Muñoz, Ying, 1993), como es el caso del Inventario de Depresión de Beck, diseñado en 1979.

Además de los síntomas que son esenciales en la decisión del diagnóstico es necesario evaluar otros aspectos, sobre todo cuando la depresión se presenta en el embarazo o posparto, como la intensidad si es severa, moderado o leve con base en la duración y el grado en el que los síntomas interfieren con el funcionamiento social de las mujeres tanto en su vida como en la de sus familias, y en el bebé (Bennett y cols., 2004). La presente tesis se enmarca en el modelo dimensional de la depresión.

EPIDEMIOLOGÍA

La enfermedad mental es un problema de salud pública muy importante. Como refieren Murray & López (1997; citados en Moses-Kolto y cols., 2004) y en Zimmerman y colaboradores, (2006) que para el año 2020 la depresión será la segunda causa principal de discapacidad mundialmente después de las enfermedades cardíacas. Los datos epidemiológicos demuestran la importancia de conocer el fenómeno depresivo en el campo de la práctica médica y psicológica.

Los resultados de los estudios sobre la carga mundial de las enfermedades (Global Burden of Diseases, GBD) efectuado por la Organización Mundial de la Salud (OMS 1990)

demonstraron que la depresión unipolar es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad (APD) en un 10.5% de los APD en el mundo. Se calcula que para el año 2020, este desorden podría provocar el 5.7 % de los años de vida perdidos por discapacidad (Zarate y Corona, 2005).

Como se ha mencionado el trastorno depresivo mayor es devastador y algunas veces fatal, es una condición que afecta a una quinta parte de la población en general (Kesler, 2002; citado en Rottenberg y cols., 2005). Se estima que la prevalencia de 1 año del trastorno depresivo mayor en mujeres adultas ha prevalecido en un 7 % en Taiwán, en Australia en un 8%, en Santiago Chile y en Canadá así como en Sao Paulo Brasil en un 9%. Los porcentajes en los Estados Unidos están dentro de un rango de 7% a 13% en la población femenina.

En los países Europeos se ha reportado que hay una prevalencia de 6 meses con un porcentaje de 7 % en la población total adulta (Bennett y cols., 2004).

En México también es sin duda una de los problemas más graves como en el resto del mundo. De acuerdo a los resultados reportados por la investigación realizada por Medina – Mora y colaboradores (2003), el 3.3 % de la población ha presentado por lo menos un episodio depresivo mayor a lo largo de su vida, un 1.5% lo ha padecido en el último año y un 0.6% en el último mes.

Los autores antes mencionados reportaron que del 28.6% de la población presentó alguno de los 23 trastornos de acuerdo con los criterios diagnósticos del CIE–10 (OMS, 1992) de los cuales los trastornos afectivos alcanzan un 9.1% permitiendo observar que los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres (Medina-Mora, 2003). Respecto al sexo, las cifras obtenidas son de 4.5 % para mujeres y 2 % para varones a lo largo de la vida; un 2.1% y 0.9% respectivamente en los últimos 12 meses así como el 0.8 y 0.3 en el último mes (Medina-Mora, 2003). Esto se observó en la población de 17 a los 65 años de edad, estando el mayor número de afectados en la etapa productiva de su vida (Medina-Mora, 2003).

La depresión es un trastorno de particular importancia en las mujeres como se ha podido observar. Por ser la principal causa de discapacidad entre la población femenina (Murray & López, 1996; citado en Mazure y cols., 2002). La diferencia de género en la tasa de la depresión mayor es uno de los resultados más consistentes dentro de la investigación epidemiológica, la mayoría de los estudios reportan a la mujer en relación 2 a 1 varón en

poblaciones adultas (Nolen- Hoeksema & Girgus, 1994; citado en Seyfried y cols., 2003). Es calculado que el 20 % de mujeres sufrirán depresión en algún momento de sus vidas, esto hace, que sea uno de los problemas de salud pública más importantes que afecta a las mujeres y a sus familias (Kessler y cols., 1994; citado en Seyfried y cols., 2003 y Warner y cols., 1996).

Como se ha visto el inicio de los síntomas depresivos ocurre frecuentemente en la etapa productiva de las personas y en la mujer, durante los años fecundos, y de crianza (Kessler y cols., 1994; citado en Seyfried y cols., 2003 y Holzman y cols., 2006) con una edad de inicio entre los 15 y los 20 años (Weisman & Jensen, 2002; citado en Huynh-Nhu 2004); y con un alto porcentaje que desarrollar un cuadro de depresión dentro de las cinco semanas después del parto (Cox y cols., 1993; citado en Seyfried y cols., 2003 y Cross Nacional Collaborative Group (1992; en Mazure y cols., 2002). Se observa que la depresión afecta entre un 10% y 15% en las nuevas madres (Wisner & Jensen, 2002; citado en Huynh-Nhu 2004 y O'Hara & Swain, 1996 citado en Elliot y cols., 2000) y es la causa de un gran sufrimiento para las mujeres y sus familias y un enorme costo económico en la sociedad (Greenberg y cols., 1993; citado en Mazure y cols., 2002).

Las tasas totales de la depresión varían durante la vida adulta y son más altas en la madurez, sin embargo, la diferencia relativa en los porcentajes de la depresión entre mujeres y hombres se han mantenido, las mujeres tienen un riesgo más alto de experimentar un primer episodio de inicio de la depresión (Eaton & Muntaner, 1997 y Kessler, 1993; citados en Mazure y cols., 2002) y, aunque el riesgo de la repetición es el mismo para mujeres que para hombres, las mujeres podrían estar más propensas a tener una recurrencia del episodio depresivo (Kessler y cols., 1994); Simpsons; Nee y Endicott, 1997; citados en Mazure y cols., 2002). Mundialmente, la depresión es responsable del 5.5 % de todo el peso de enfermedad en mujeres. En el año 2000, la depresión era la causa principal de hospitalizaciones no obstétricas entre las mujeres que son madres ya mayores, resultando en que 205,000 mujeres fueran diagnosticadas con depresión.

Debido a lo anterior es necesario desarrollar investigación para promover conocimientos en el campo de la depresión y mejorar las vidas de millones de mujeres y sus familias; tanto los investigadores como organismos de investigación y de financiamiento deben concentrarse en comprender los efectos del género sobre la etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención de la depresión en las mujeres (Mazure y cols., 2002).

CURSO

De acuerdo con el DSM-IV- TR, (APA, 2002), el trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida y es una enfermedad crónica y recurrente (Bennett, 2004).

El número de episodios previos es predictor de las probabilidades de presentar un episodio depresivo mayor posterior. Aproximadamente, se puede esperar que el 50-60 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, tengan un segundo episodio (DSM-IV-TR, [APA] 2002).

Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70 % de posibilidades de tener un tercero y los sujetos que han tenido tres episodios tienen un 90 % de posibilidades de tener el cuarto (DSM-IV-R 2002).

La edad de presentación del Trastorno para mujeres fluctúa entre el inicio de los 20 hasta los 30 años de edad. El pico de incidencia es a los 30 años donde declina y vuelve a tener un leve incremento otra vez entre los 55 años y 60 años de edad (Bennett, 2004).

El trastorno depresivo es una enfermedad crónica y recurrente, es la causa número uno de prevalencia en mujeres entre 15 y 44 años de edad tanto en países desarrollados como en los subdesarrollados (Bennett, 2004).

TRATAMIENTO Y MODALIDADES TERAPÉUTICAS

En la actualidad se dispone de varios recursos para el tratamiento de los problemas depresivos, entre estas opciones que le permiten al profesional en salud mental seleccionar están los fármacos, la psicoterapia, terapias físicas. Esta selección dependerá de las características de la depresión, de la susceptibilidad del paciente ante los efectos secundarios y de las preferencias de este último se pueden utilizar en combinación o solas aunque se ha observado que en combinación la farmacoterapia y la psicoterapia dan mejor resultado en los pacientes (Zarate y Corona 2005).

PSICOTERAPIA

En este apartado se hablará sobre las características de los tratamientos para la depresión en general, aunque se ha reportado, en diferentes estudios, que algunas intervenciones preventivas para la depresión posparto se basan en dichos tratamientos; algunos ejemplos son la terapia

interpersonal y la cognitivo-conductual.

El problema de la depresión ha sido abordado desde diferentes enfoques de psicoterapias como la COGNITIVO- CONDUCTUAL, INTERPERSONALES, PSICOANALÍTICA y la PSICOEDUCACIÓN y se ha demostrado ampliamente la eficacia de las intervenciones interpersonal y cognitivo conductual (Mazure y cols., 2002). La terapia interpersonal¹ es considerada como una importante opción en el tratamiento durante el embarazo y el periodo posparto porque se focaliza en el rol de transición y en la función interpersonal (Mazure y cols., 2000).

También hay evidencia que muestra que algunas terapias estructuradas en la conducta marital y familiar son efectivas en el tratamiento de la depresión (Hotlon; Summit, 2000; citados en Mazure y cols., 2002). Tanto la terapia cognitivo conductual como las interpersonales tienen como común denominador el centrar su atención en el “aquí y ahora” a diferencia de la psicoanalítica, donde la intervención del terapeuta está centrada en el pasado donde tiene por objeto remover, modificar o retardar síntomas existentes, mediatizar patrones alterados del comportamiento basándose en “el ayer y el entonces” además del “aquí y el ahora” (Mazure y cols., 2002; Zarate y Corona 2005). Conjuntamente con la psicoterapia se emplean estrategias como la psicoeducación que ha demostrado ser altamente efectiva en el manejo de la depresión (Zarate y Corona 2005).

Las terapias dinámicas y eclécticas han sido menos estudiadas y los datos son limitados para formular su efectividad en el tratamiento. Sin embargo hay alguna evidencia de que este tipo de psicoterapia podría ser útil en la prevención de la recaída o la recurrencia de la depresión en pacientes a quienes se les ha administrado antidepresivos (Mazure y cols., 2002).

FARMACOTERAPIA

Los tratamientos antidepresivos actuales son eficaces en gran variedad de trastornos depresivos (Mazure y cols., 2002 y Zarate y Corona 2005), la clasificación actual de los antidepresivos se hace en función de su mecanismo de acción y su función básica consiste en incrementar la disponibilidad de serotonina, noradrenalina o ambas al igual que la dopamina mediante

¹ La terapia Interpersonal (TIP) está basada en parte en la teoría psicodinámica, reconoce las raíces infantiles de la depresión pero se enfoca en la conexión entre el momento de aparición de los síntomas depresivos y los problemas interpersonales actuales. De este modo, se orienta más a las relaciones actuales que pueden estar causando problemas, además de sus estrategias terapéuticas, se caracteriza por la actitud del terapeuta, la cual es activa y directiva, así como acepta incondicionalmente al paciente mostrándose como un aliado en su proceso de recuperación.

mecanismos específicos. Como la inhibición de la recaptura en la membrana pre-sináptica. Y en el incremento de la disponibilidad de las monaminas mediante la inhibición de su degradación por bloqueo de enzimas específicas. También se ha propuesto el uso combinado de Terapia Electroconvulsiva con la administración de medicamentos (Zarate y Corona 2005).

Actualmente hay evidencia que indica que las diferencias de género puede moderar la respuesta ante los antidepresivos (Yonkers, Summit 2000; citados en Mazure y cols., 2002). Estas diferencias en respuesta a los agentes antidepresivos pueden ser debidas a las diferencias sexuales en los niveles endógenos de serotonina en el sistema nervioso central (Nishizawa y cols., 1997; citado en Mazure y cols., 2002). Esta hipótesis es consistente con las conclusiones de que las mujeres con depresión crónica responden preferentemente a los inhibidores de la recaptura de serotonina y los varones a los triciclicos (Kornstein, Summit 2000; citados en Mazure y cols., 2002).

La psicoterapia y los antidepresivos administrados de forma conjunta se ha observado una alta efectividad en la depresión de leve a moderada (Elkin y cols., 1989; citado en Mazure y cols., 2002).

A continuación describo el concepto de depresión con inicio en el posparto y los factores de riesgo que se han observado en mayor o menor grado en la presentación de la sintomatología depresiva en las mujeres después del alumbramiento.

CAPÍTULO 2 DEPRESION POSPARTO

Un gran sueño negro cae sobre la vida: duerme la esperanza! Se aquieta el deseo!

Pablo Verlaine

CONCEPTO

Como se mencionó en el capítulo anterior la depresión es un trastorno de particular importancia en las mujeres. Se ha observado que los trastornos del ánimo son comunes en mujeres y emergen típicamente durante los años de crianza, (Kessler y cols., 1994; citado en Seyfried y cols., 2003; Mazure y cols., 2002 y Holzman y cols., 2006). El embarazo ha sido considerado tradicionalmente un momento de bienestar emocional, no obstante, datos recientes indican que cerca del 10% de las mujeres experimentan síntomas depresivos clínicamente significativos durante el embarazo (depresión prenatal) (Nonacs y cols., 2002).

En el DSM-IV-TR (APA, 2002) se describe que incluso el parto puede precipitar un episodio depresivo mayor. Los desórdenes emocionales y trastornos psiquiátricos después del parto son tan comunes que tienen sus propios nombres derivados del latín: trastornos posparto, trastornos postnatales, o trastornos del puerperio. Y son reconocidas tres clases en general: la aflicción de maternidad o tristeza posparto; la **depresión posparto** y la psicosis posparto (Pitt 1963 y Kumar 1994; citados en Najman y cols., 2000; DSM-IV-TR [APA], 2002).

Mientras se espera que el nacimiento de un niño sea un evento feliz, es también un gran cambio en la vida de una mujer (Cutrona 1986; Gotlib y cols. 1991 y Seyfried & Marcus, 2003) que genera cambios físicos (como por ejemplo: cambios en el peso corporal, trastornos como náuseas; vértigos, cambios en el apetito, disuria, problemas gastrointestinales, dolor de cabeza y estómago y, bajo apetito sexual, entre otros.) y psicológicos (preocupación y miedo sobre la salud del bebé y sobre sí misma si realizará un adecuado papel como madre) antes y después del parto (Brockington 2004). En muchas ocasiones estos cambios, desde el embarazo, así como el nacimiento del bebé resultan ser dramáticos (Gotlib y cols. 1991). Dichos cambios

afectan tanto a la familia como a las relaciones maritales y tienen un impacto sobre la actividad laboral y social de las mujeres generando una fuerte tensión o un gran estrés (Colmes & Rahe, 1967; Hobbs & Cole, 1976; Millar & Sollie 1980; citados en Cutrona 1986; Gotlib & Lee 1980; citados en Gotlib y cols. 1991 y Seyfried & Marcus, 2003).

El DSM-IV (APA, 1994) y el texto revisado, DSM-IV-TR (APA, 2002), utilizan como una modificación el término "Con Inicio en el Posparto" de la psicosis reactiva breve y los trastornos afectivos. Dicho término se refiere a nombrar síntomas relacionados con la depresión mayor, dentro de las cuatro semanas después del alumbramiento (Najman y cols., 2000; Seyfried, Marcus, 2003; O'Hara y cols., 2004), identificando un episodio depresivo no-psicótico comenzando o continuando en el periodo postnatal (O'Hara y cols., 1984; Cox y cols., 1993; citado en Seyfried, Marcus, 2003).

También en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 [OMS], 1992) se define a los trastornos relacionados con el período posparto como aquellos que comienzan dentro de las seis semanas posteriores al parto, que no cubre criterios para los trastornos mentales y conductuales clasificados en otra área (Najman y cols., 2000; Seyfried & Marcus, 2003).

Como se puede ver en los párrafos anteriores, la depresión en la mujer que es madre, es un estado devastador que afecta tanto a la madre, como a la relación con el bebé y los demás miembros de la familia, que interfiere con el vínculo afectivo y en el acoplamiento de esta relación madre-hijo, así como, con el aprendizaje de los cuidados hacia el bebé (Gotlib y cols. 1991). Además hay una serie de factores asociados o de riesgo que vulneran el estado emocional de la nueva madre, que serán descritos en los siguientes apartados.

FACTORES DE RIESGO EN LA DEPRESIÓN POSPARTO

El término de "depresión posparto" indica un episodio de la depresión que tiene sus orígenes en el período posparto como se ha venido mencionando pero que también etiológicamente se vincula con acontecimientos fisiológicos/hormonales y psicológicos, o con eventos del medio ambiente del alumbramiento que ocurren dentro de una proximidad razonable al nacimiento del bebé (Cutrona & Troutman 1986; Alvarado y cols., 1992, 1994; O'Hara y cols., 1984, 2004;

Ross y cols., 2004). Dichos acontecimientos psicológicos y sociales como: **la calidad de vida, la red de apoyo (amigos, pareja, familiares), la satisfacción social y los factores de riesgo como: depresión en el embarazo, preocupaciones y temores de ser madre, la evaluación cognitiva del embarazo** (Salvatierra, 1989 y Kitamura, 1996), las **complicaciones obstétricas** (Jasdresic y cols., 1992 y Warner y cols., 1996), una **historia familiar y /o individual de un trastorno afectivo, de ansiedad o depresión, relaciones interpersonales deficientes y estresores como los problemas económicos, dejar la escuela o el trabajo**(Jasdresic y cols., 1992 y Bernazzani y cols., 1997), **separación de la pareja y/ o de la madre, dificultades en la lactancia** (Jasdresic y cols., 1992) pueden explicar la variabilidad del grado de intensidad de la sintomatología depresiva (Canaval y cols., 2000).

Kumar y Robson (1984; citados en Kitamura y cols., 1996) refieren que hay una tendencia a desarrollar un trastorno afectivo como la depresión posparto en mujeres de clase trabajadora o nivel socioeconómico bajo, dado que dicha situación las hace particularmente propensas a la depresión. Sin embargo, es posible que mujeres de la clase media en su primer embarazo tiendan a desarrollar depresión en respuesta al estrés específico por el parto (Watson y cols., 1984). Así como, se podría encontrar este trastorno asociado además con diferentes variables demográficas (Watson y cols., 1984). Como es el caso de la insatisfacción en la relación marital dado que se ha encontrado una asociación significativa con la depresión postnatal (Watson y cols., 1984).

Sin embargo, Kumar y Robson (1984; citados en Kitamura y cols., 1996) encontraron que hay una asociación altamente significativa con la historia previa de un trastorno psiquiátrico, como la depresión en el embarazo temprano. Estudios realizados por Tod (1964); Paykel y cols., (1980) y Wolkind y cols., (1980; citados en Watson y cols., 1984) reportaron una asociación significativa también con una historia previa de depresión.

La mayoría de los estudios han observado que la edad no es un factor asociado sin embargo en madres adolescentes se encontraron porcentajes altos de depresión en el periodo posparto y en el embarazo; esto se puede entender en el aspecto de maduración si lo consideramos como el cumplimiento de la tarea de desarrollo psicosocial correspondiente (Alvarado y cols., 1992). El embarazo durante la adolescencia se asocia a múltiples factores entre los que se encuentran las vicisitudes de la historia individual, así como las situaciones

familiares, sociales culturales, económicas e ideológicas (Becerra y cols., 2003). También el embarazo no deseado y no planeado puede ser un factor para desarrollar depresión en el posparto (Alvarado y cols., 1992; Canaval y cols., 2000), dado que se relaciona significativamente con la ansiedad y malestar emocional y mala relación con la pareja (García-Esteve 2005). Así como el embarazo en adolescentes o en mujeres después de los 35 años de edad, ciertos rasgos de personalidad como ser susceptible o muy sensible a los cambios del medio ambiente inmediato y fácilmente irritables pueden aumentar el riesgo de la depresión posparto.(Alvarado y cols., 1992).

A pesar de que muchos autores han investigado el potencial de los factores psicosociales de riesgo para la depresión posparto no se ha logrado un consenso claro. A menudo estos estudios han sido criticados por los problemas metodológicos como el tamaño de muestra y las diferencias en los criterios diagnósticos.

Los factores como edad, estado civil y educación el nivel socioeconómico no han sido relacionados con la depresión posparto de forma consistente. (O'Hara, 1982, 1984, 2004). Sin embargo en Chile se encontró que la depresión posparto tenía una prevalencia de 36.7% y estaba asociada a un nivel socioeconómico bajo y a la ausencia de pareja, similarmente en Brasil en un 12 % relacionado con estos factores en el tercer mes posparto (Vega-Dienstmaier y cols., 1999).

Varios estudios han encontrado una asociación entre los síntomas depresivos durante el embarazo y de la depresión posparto (O'Hara, 1982, 1984, 2004). Así como las preocupaciones, temores y la evaluación cognitiva que la madre tiene durante ambos periodos de si misma y sus capacidades, de las situaciones familiares, sociales, culturales y económicas y diferentes estresores externos. En resumen, los factores de riesgo de depresión posparto más consistentes en la literatura son la depresión en el embarazo y tener una historia previa de depresión. A continuación describiré a cada uno de estos factores de riesgo.

DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO: A) PREOCUPACIONES Y TEMORES; B) EVALUACIÓN COGNITIVA DEL EMBARAZO

Como se mencionó anteriormente la asociación de una historia previa de depresión y la recurrencia de presentarse en el embarazo resulta ser significativamente alta. Mujeres con

historias de depresión mayor se encuentran en mayor riesgo de una depresión recurrente durante el embarazo, particularmente al discontinuar el uso de antidepresivos esto cuando es detectada la depresión con anticipación (Nonacs, 2002), y esto representa un factor de riesgo para desarrollar depresión en el posparto.

En Estados Unidos de Norte América, cada año, entre 7 y el 13% de las mujeres experimenta depresión en el embarazo, 30% de las mujeres embarazadas experimenta cierto grado de depresión, y las mujeres de bajo nivel socioeconómico tienden a presentarlo aún más, hasta un 50% (Bennett y cols., 2004).

De la misma forma en México los factores de riesgo asociados son la sintomatología depresiva previa y durante el embarazo así como la carencia de apoyo social (Lara, 2004)

Durante el embarazo, las mujeres se vuelven dependientes de sus parejas, de sus familias y de los profesionales de la salud. Aún así, desafortunadamente la depresión durante el embarazo raramente es reconocida (Bennett y cols., 2004). Y en una población como la de nuestro país donde las carencias intelectuales, económicas y de soporte social preceden a las muchas mujeres que acuden a los servicios de salud es más difícil dado que hay una tendencia de aminorar y/o callar la sintomatología depresiva.

Otros factores de riesgo para la depresión prenatal incluyen la discordancia marital o insatisfacción con la pareja, soportes psicosociales inadecuados, eventos de vida recientes adversos, un estado socioeconómico bajo, y un embarazo no deseado (Nonacs, 2002).

Probablemente en este periodo durante la gestación el acontecimiento del embarazo sea una situación estresante por si misma. Dado que las mujeres señalan experimentar ansiedad por la expectación de los cambios de vida que les generará el nacimiento de un hijo sobretodo en madres primerizas (Salvatierra, 2000). Aunado con los cambios biológicos propios de esta etapa y las manifestaciones psicológicas en relación con los acontecimientos externos (estresores sociales) se da la tarea de adaptación más importante y profunda en estas mujeres resultando muchas de las veces estresante (Salvatierra, 2000).

En el caso de las mujeres multíparas, el segundo o tercer embarazo habitualmente representa una sobrecarga tanto de responsabilidad social como económica, cambios en su vida profesional y marital. Sin embargo en algunos casos, se torna severa dicha sobrecarga dado el contexto social en el que se encuentre la mujer (Salvatierra, 2000).

Los problemas sociales o interpersonales son también importantes; y se ha encontrado una asociación significativa con la existencia de una relación marital insatisfactoria. Así como con la relevancia de los eventos de vida y de las dificultades constantes en estas mujeres (Watson y cols., 1984).

Mientras que las formas más severas de los trastornos afectivos pueden ser fácilmente detectables, la depresión que emerge durante el embarazo es frecuentemente ignorada. Muchos de los signos y síntomas neurovegetativos característicos de la depresión mayor (perturbaciones en el sueño y el apetito, disminución en la libido, baja de energía) son también observadas en mujeres no deprimidas durante el embarazo (Watson y cols., 1984; O'Hara y cols., 1982, 1984, 2004). Adicionalmente, algunos trastornos médicos comúnmente reconocidos durante el embarazo como la anemia, diabetes gestacional, y disfunción tiroidal pueden causar síntomas depresivos y consecuentemente pueden complicar el diagnóstico de enfermedades afectivas durante el embarazo. Rasgos que pueden ayudar a confirmar el diagnóstico de depresión mayor incluyen la anhedonia, sentimientos de culpa y desesperanza, y pensamientos suicidas (Bennett y cols., 2004).

La ideación suicida es comúnmente reportada; sin embargo, el riesgo de auto-lesionarse o conductas suicidas son relativamente bajas en esta población de mujeres que desarrolla depresión durante el embarazo (Bennett y cols., 2004). Las consecuencias de esos resultados parecen ser de origen clínico, social y económico.

A) PREOCUPACIONES Y TEMORES EN EL EMBARAZO

Muchas de las mujeres han experimentado personalmente alguna forma de problemas emocionales o de ansiedad ya sea de manera leve o regular que a menudo no es diagnosticada previamente. Juntos dichos factores otorgan los determinantes más importantes para el inicio de un episodio en el posparto más grave para una mujer donde son usuales los episodios de ansiedad o de depresión.

Los temores incluyen; preocupaciones por la salud de ella misma y las complicaciones durante el embarazo, el parto, miedo al dolor, a la muerte y a los que se añaden preocupaciones económicas, de vivienda y las relaciones maritales. Así también el temor por el hijo, donde incluye el miedo al aborto, a las malformaciones congénitas y la normalidad mental del bebé (The Harvard Mental Health Letter, 1997.)

La mayoría de las mujeres que experimentan depresión posparto tienen historias familiares de depresión o un desorden de ansiedad (Cutrona 1983, Kumar & Robson 1984; O'Hara 1984; Watson y cols., 1984; Cooper y cols., 1988 citados Warner y cols., 1996).

Numerosos estudios de prevención de depresión posparto han documentado la importancia del papel que juega el soporte social en las mujeres embarazadas. Así como la relación con la pareja y su calidad en su relación es un factor relevante en el periodo del embarazo como en el posparto; la relación con la madre es otra relación importante para la mujer embarazada y en el periodo posparto (Warner y cols., 1996; O'Hara 1984).

El contexto de ambas relaciones puede ser un factor estresante. Evidencia de varios estudios indican que el conflicto marital y la insatisfacción marital durante el embarazo es un factor de riesgo para la depresión posparto, también se ha encontrado una fuerte asociación entre la relación con su madre de la mujer y la depresión posparto (Benett y cols., 2004; Alvarado y cols., 1992).

En resumen, estar depresiva, preocupada o ansiosa durante el embarazo, tener episodios anteriores de depresión (incluyendo DP previo) o un desorden de ansiedad trae generalmente un mal pronóstico para el ajuste emocional de una mujer después del parto favoreciendo el desarrollo de la depresión posparto (O'Hara, 2004), por otra parte, la alta frecuencia de los trastornos emocionales en el posparto, indica que hay subgrupos de mujeres cuya propia vulnerabilidad del período del embarazo incrementa la posibilidad de padecer un trastorno emocional a comienzos del posparto (Kendell y cols., 1987).

B) EVALUACIÓN COGNITIVA DEL EMBARAZO

Varios constructos de la depresión derivados de la teoría cognitivo conductual (Abramson, 1978; Seligman & Teasdale, 1977; citados en O'Hara 1997) se han encontrado como predictores de la depresión posparto. Estos estudios se centraron en la vulnerabilidad psicológica (por ejemplo el estilo atribucional disfuncional o en las actitudes de auto control o en las cogniciones maladaptativas) es posible que esta vulnerabilidad incremente los factores de riesgo de depresión en el contexto de un evento de vida estresante (O'Hara, 1984).

Los aspectos cognitivos referentes al embarazo son importantes en su relación con los acontecimientos asociados al mismo, como estresores. Dentro de estos aspectos el deseo del

embarazo y la actitud hacia el mismo es importante para la percepción de este acontecimiento como estresante o no; esto, puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de depresión (Ortega y cols., 2001).

EVENTOS DE VIDA ESTRESANTES Y DPP

La ocurrencia de los eventos de vida en contra o negativos, es un indicador de que pueda presentarse DEPRESIÓN POSPARTO (DPP). Numerosos estudios han encontrado una asociación importante entre la ocurrencia de los eventos adversos o estresantes en la vida de la mujer (generalmente durante el embarazo) y el periodo posparto (Jasdresic y cols., 1992; O'Hara, 2004).

Los típicos eventos de vida adversos incluyen; la pérdida del trabajo de las mujeres o el trabajo de la pareja, cambios repentinos y desagradables en casa, el accidente o la mala salud que afecte a un miembro de la familia cercano, ser victimizadas y/o la muerte de un pariente cercano o amigo (Seyfried, 2003; O'Hara, 2004).

RELACIÓN CON LA PAREJA

Para la mayoría de las mujeres, la calidad de su relación con su pareja es muy relevante durante el período posparto (O'Hara, 2004; Seyfried, 2003; Steiner y cols., fecha).

No sólo las parejas son esperadas para la manutención o crianza del niño, sino a menudo se esperaría que fueran fuentes muy importantes del soporte social para la mujer y para el establecimiento de una buena relación madre-hijo. Las actividades tan simples como ayudar a los quehaceres de la casa, la generosidad de la pareja para la madre de ofrecerle una oportunidad de descansar, que la pareja pueda alimentar al bebé por la noche pueden ser muy importantes para la salud mental de la mujer (Jasdresic y cols., 1992; Bernazzani y cols., 1997; O'Hara, 2004).

Evidencia de varios de los estudios indican que el conflicto marital durante el embarazo eleva el riesgo para la depresión posparto y que en general hay una asociación fuerte entre la satisfacción marital y la depresión posparto (Jasdresic y cols., 1992; Bernazzani y cols., 1997; O'Hara, 2004).

RELACIÓN CON LA MADRE

Otra relación importante en la vida de una mujer es su relación con su madre durante el embarazo y el período posparto. Las madres son un gran origen de soporte emotivo, de ayuda, apoyo y de consejo. Las mujeres que están inmersas en contextos donde la relación es mala, pobre, distante o conflictiva, son generalmente privadas de dicho apoyo y esto probablemente sea más de lo que se puede llegar a esperar en la mayoría de las mujeres (Jasdresic y cols., 1992; O'Hara, 2004). La literatura aquí no es tan extensiva como la que aborda el papel de la pareja, pero algunos estudios han encontrado una asociación importante entre la relación con la madre y la depresión posparto de la mujer. Sin embargo bajo la luz de la teoría del apego se plantea que así como durante el parto la mujer precisa unas condiciones de intimidad y seguridad que permitan el equilibrio hormonal que facilitara un parto fisiológico; también en el posparto, la díada Madre-hijo precisa condiciones de seguridad, de soporte afectivo, de calma y tranquilidad, de apoyo familiar y social que permita a la nueva madre “dejarse llevar por las emociones” para así “ponerse en la piel de su hijo” permitiendo la vinculación. Los cambios emocionales son: la extrema hipersensibilidad (esto le va a permitir a la madre que pueda responder adecuadamente a las necesidades del recién nacido) y la reactividad emocional (esto se refiere a los niveles de oxitocina y prolactina cuando el nivel es bajo se da la presencia de la sintomatología depresiva). Desde la luz de esta teoría la etapa posparto, también es una etapa de gran vulnerabilidad para la mujer y la díada madre-hijo y es necesario el apoyo familiar y social pero en específico de la propia madre dado que esta figura da un soporte afectivo permitiéndole a la nueva madre además de este soporte afectivo, el práctico para estar disponible para el recién nacido. La carencia de este apoyo de la propia madre es lo que ocasiona el sufrimiento que muchas madres experimentan (Bowlby, 1989, 1995 citado en González, 2006).

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Los estudios muestran resultados inconsistentes en cuanto a relación con la alteración del humor en el periodo posparto y las complicaciones obstétricas. Algunos estudios no han encontrado ninguna relación, mientras que otros han notado una firme asociación. Sin embargo, un estudio realizado por O'Hara y colaboradores, (2004) notaron que los partos más

difíciles fueron asociados con niveles bajos de depresión posparto. Su hipótesis fue, que estas mujeres podrían haber recibido más soporte social en respuesta a sus partos estresantes.

SOPORTE SOCIAL

Varios estudios han documentado el importante papel del soporte social en mujeres en la protección de la depresión posparto. Hay un buen acuerdo entre los estudios que valoran la calidad de las relaciones íntimas de mujeres y aquellos que abordan el soporte social. El apoyo social o soporte se refiere a la percepción que tiene el individuo a partir de su inserción en las relaciones interpersonales de ser cuidado, amado, valorado, estimado y de pertenecer a una red social de deberes y derechos Páez y cols., (1986; citado en Alvarado y cols., 1992). Dicho apoyo social se relaciona de dos formas con el estado de salud mental de la persona afectando directamente su grado de bienestar y mediando o amortiguando el impacto de eventos estresantes (Páez y cols., 1986; Andrews y cols., 1978; Schumaker y cols., 1984 y Cohen & Sabih, 1985; citados en Alvarado y cols., 1992).

El soporte social puede ascender a numerosas fuentes, incluir a amigos y vecinos, conocidos, parientes (hermanas y primos de sexo femenino), grupos de apoyo, profesionales de atención sanitaria, y programas formales en la comunidad (Alvarado y cols., 1994; Canaval y cols., 2000; O'Hara, 2004; Seyfried, 2003; Steiner y cols., 2002).

HISTORIA PERSONAL Y/O FAMILIAR DE DEPRESIÓN O ANSIEDAD

Como lo mencionamos anteriormente O'Hara y colaboradores, (2004) comentan que el estar depresiva, preocupada o ansiosa durante el embarazo, tener episodios anteriores de depresión (incluyendo DP previo) o trastorno de ansiedad trae generalmente un mal pronóstico para el ajuste de una mujer después del parto. Un largo número de estudios han confirmado esta perspectiva (sin embargo no en cada caso como de la ansiedad solamente o el estar preocupada o ansiosa). La depresión durante el embarazo podría ser por si solo el indicador más confiable para desarrollar depresión posparto, seguido por un alto nivel de ansiedad durante el embarazo y una historia previa de depresión así como, de un desorden de ansiedad. Definitivamente, las mujeres con una historia de desorden bipolar también están en un riesgo importante (Jasdresic y cols., 1992; Seyfried, 2003; O'Hara, 2004; Steiner y cols., 2002).

Sin embargo algunos de estos autores han observado que las mujeres, generalmente

tienden a callar si hubo antecedentes de alguna enfermedad mental, particularmente de la depresión (incluyendo la depresión bipolar) y trastornos de ansiedad, en sus visitas iniciales con su médico gineco-obstetra (O'Hara, 2004). Desafortunadamente al no tener la información de qué es la depresión y cómo afecta a las mujeres, tal vez genere una idea falsa de que sería contraproducente comentar que alguna vez se padeció un trastorno emocional. Esto conlleva a no detectar los factores de riesgo en las mujeres embarazadas y por consiguiente no dar una intervención oportuna de ayuda y apoyo a la nueva madre.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

La depresión en el período posparto es un problema de salud mental común que afecta aproximadamente al 13 % de mujeres estadounidenses (O'Hara y cols., 2004). Se estima que entre 2 y 4 casos de cada 1000 nacimientos las mujeres padecen algunos de estos trastornos afectivos en el posparto (Kumar, 1994; citado en Najman y cols., 2000).

Del 7% al 26% de las mujeres cumplen los criterios de una depresión mayor o menor durante el embarazo y la prevalencia de depresión posparto va de un rango del 10% a 15% (Nonacs y cols., 1998, Moses-Kolko & Graus 2004). Estos mismos autores han estimado que por lo menos 500 000 mujeres norteamericanas experimentan depresión posparto anualmente.

En la mayoría de las mujeres con tristeza posparto los síntomas son transitorios, pero de 10% a 20% los síntomas continúan o incrementan (O'Hara y cols., 1984; Josefsson y cols., 2001; citados Seyfried & Marcus, 2003). Najman y colaboradores, (2000) encontraron que en varios de los casos de depresión en el periodo posparto hay un continuo o un incremento de los síntomas depresivos pre-existentes, lo que muestra una clara evidencia de que este periodo posparto es particularmente importante, por las consecuencias generadas en el desarrollo mental, emocional, social y físico del niño (Cutrona 1986; Najman y cols., 2000 y O'Hara y cols., 2004).

En México en el artículo de García Fonseca y colaboradores (1991), mencionan que la incidencia en ese entonces reportada en la literatura era variable iba de un 12 % a un 27%. Debido a esto, dichos autores decidieron hacer un estudio longitudinal y encontraron que la incidencia fue de 19.3% a las dos semanas y de 22.5 % a las cuatro semanas posparto.

Las consecuencias de la depresión posparto, en la madre son: un deterioro funcional, así como una actitud irritable, desatenta e indiferente con las necesidades del bebé y por consiguiente en los hijos de éstas madres deprimidas es probable que tengan un desarrollo físico como psicoemocional e intelectual pobre o bajo, al establecerse inadecuadamente el vínculo afectivo entre madre e hijo (los bebés sonríen menos y al crecer tienden a tener problemas de conducta, de atención y pueden ser agresivos (Delgado, 2000). Debido a esto es importante tomar acciones de prevención que promuevan y difundan información de lo que es y como afecta en la vida de las mujeres y sus hijos, para que a su vez se disminuya los casos de depresión posparto al proporcionarles a estas mujeres una intervención adecuada. En el párrafo siguiente menciono los estudios realizados de las intervenciones para la depresión posparto que sirven como antecedente para contextualizar la intervención que en esta tesis se evaluó.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO PARA LA DEPRESIÓN POSPARTO:

PREVENCIÓN INDICADA PARA LA DEPRESIÓN POSPARTO

ANTECEDENTES:

Durante los últimos 25 años ha habido un aumento dramático en estudios que abordan muchos aspectos de la DPP, especialmente los factores de riesgo O'Hara y cols., (2004).

Esto ha permitido formular una perspectiva más amplia del problema. Y ha llevado a los siguientes estudiosos a realizar una revisión de la literatura existente sobre el tratamiento y prevención de la depresión posparto.

O'Hara y colaboradores (2004), llevaron a cabo una revisión cuyo objetivo era evaluar la eficacia de las intervenciones prenatales destinadas a reducir la depresión postnatal en mujeres "en riesgo". El objetivo de la mayoría de estos estudios es comprender los factores etiológicos en la DPP. Los resultados generados de estas Investigaciones fueron: a) el desarrollo de estudios de prevención durante el embarazo centrándose en mujeres de alto riesgo para desarrollar DPP, y b) la utilización de escalas de evaluación y medición (separado de los estudios de prevención de alto riesgo) que identificaran a las mujeres en riesgo para DPP (O'Hara y cols., 2004).

Dennis, (2004) realizó también un meta-análisis cuyo objetivo fue: la revisión y resumen de la literatura para determinar el estado actual del conocimiento científico de la DPP. Su muestra fueron 29 estudios. Encontrando resultados variables con respecto a la disminución de riesgo para la DPP, con intervenciones psicológicas, psicosociales y cognitivo-conductuales. En esta revisión se encontró que no hay una aproximación específica que pueda ser del todo recomendada para la práctica clínica, aunque muchas de estas investigaciones evaluadas explican que las implicaciones de las intervenciones han tenido cambios positivos y atractivos. Es decir estas implicaciones y repercusiones de esos estudios son el abordaje de la DPP como un problema de salud pública y la inclusión de mujeres de distintas razas y estados socioeconómicos para evaluar las diferencias entre los síntomas de la depresión posparto y los índices de respuesta ante la intervención y el uso de servicios de salud.

La misma autora realizó en el 2005 otra revisión cuyo objetivo fue: Evaluar la efectividad de las intervenciones psicosociales y psicológicas comparadas en el cuidado preparto, intraparto y posparto, su muestra fueron 15 estudios con una población de mujeres de 7697 en total. Aunque no se observaron suficientes efectos estadísticamente significativos en la prevención de la DPP. Dennis menciona que la única intervención en la que se observó tener un claro efecto preventivo en el posparto fue la que realizó un especialista en la salud como residentes de medicina, enfermeras o psicólogos, así como aquellas que tenían un componente posparto, es decir que mantenían la intervención en el posparto, en comparación con otras intervenciones que solamente contemplaban un componente prenatal. También encontró que las intervenciones individuales fueron más efectivas que las grupales. Concluyendo que las diversas intervenciones psicosociales o psicológicas no son significativas para reducir el número de mujeres en riesgo para la DPP. Pero si aclara que la intervención más promisorias en la prevención es la intervención intensiva, provista por un profesional y que este basada en el soporte posparto.

Por otra parte Austin (2003) realizó una revisión cuyo objetivo fue: evaluar la eficacia de las intervenciones prenatales destinadas a reducir la depresión postnatal en mujeres “en riesgo”, encontrando que; los autores de los 5 estudios que se revisaron en este meta-análisis no analizaron cuales fueron las razones posibles para este alto porcentaje de disminución de la sintomatología de la depresión en el periodo posparto encontrado en sus resultados; solamente se enfocaron en decir que tales índices son generalizables en la práctica cotidiana y en los

estudios de fomento a la salud.

Austin (2003) afirma que los cinco estudios examinados padecen substanciales limitaciones metodológicas incluyendo: números pequeños de la muestra; tamaño de efectos irreales, grandes porcentajes de deserción, la falta de un enfoque sistemático para identificar a las muestras "en riesgo" y por lo tanto dichas muestras resultarían clínicamente heterogéneas. Tres de los estudios que usaron intervenciones de enfoque educativo o de soporte, sólo un estudio, reportó resultados benéficos de la intervención; de los otros 2 restantes de los 5, el más grande que usaba una intervención estructurada, no informó ningún efecto. Sin embargo, el otro estudio aunque con una muestra pequeña donde usaron terapia interpersonal, resultó ser prometedor pero, menciona el autor, necesita la reproducción con un tamaño de muestra adecuada para que se pueda generalizar.

Sin embargo hay varios estudios como el de Zlonick y cols., (2001) que contrariamente reporta resultados positivos en la prevención de la depresión posparto, entre los que se encuentran una intervención grupal de psicoterapia interpersonal con una duración de cuatro sesiones. O el de O'Hara y colaboradores (2000) con psicoterapia interpersonal de 12 semanas, Elliot y colaboradores, (2000) donde reportan haber utilizado un curso grupal de preparación para la maternidad con una duración de 11 sesiones reportando resultados satisfactorios. Otros, con mujeres latinas como los de Zayas y cols., (2004) y el de Muñoz y cols., (2007), en sus estudios controlados donde utilizaron una intervención psicoeducativa, han reportado también haber encontrado una reducción del riesgo de desarrollar DPP en las mujeres embarazadas del grupo de intervención.

Como se ha observado el actuar de manera preventiva es muy importante en las madres con una historia de depresión posparto, también la prevención es una gran oportunidad para identificar a las madres en riesgo de desarrollar DPP durante su atención clínica prenatal, cuando estas mujeres con previos episodios de depresión y obvios factores de riesgo como problemas sociales, familiares, económicos y eventos de vida estresantes, etc. puedan desarrollarla (Brockington, Oficial Journal of the World Psychiatric Association [WPA] 2004).

DEFINICIÓN DE PREVENCIÓN

El sistema de clasificación de salud pública de la prevención de la enfermedad fue propuesta por la Comisión de enfermedades crónicas en 1957 y consistía en tres tipos de prevención:

primaria, secundaria y terciaria (Mrazek y Haggerty, 1994).

La prevención primaria busca disminuir o decrementar el número de casos nuevos de un trastorno o enfermedad (incidencia) en la población. La prevención secundaria busca reducir el porcentaje de casos identificados del trastorno o enfermedad en la población (prevalencia) y la prevención terciaria busca reducir la cantidad de discapacidad asociada con una enfermedad o trastorno existente (Mrazek y Haggerty, 1994 citados en Lara 2002).

En el original sistema de clasificación de la prevención: primaria, secundaria y terciaria, había un conocimiento implícito de los mecanismos que conectaban la causa con la ocurrencia de la enfermedad. Desde la época en que este sistema fue desarrollado, la investigación ha promovido el conocimiento de la complejidad de la asociación entre los factores de riesgo y los resultados de salud. Hay una apreciación incrementada por la importancia de la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales o biopsicosociales en la expresión de una enfermedad física (Mrazek y Haggerty, 1994).

Gordon (1983, 1987 citado en Mrazek y Haggerty, 1994), propuso un sistema de clasificación alternativa para la prevención de enfermedades físicas. Dicho sistema fue basado en un punto de vista de riesgo - beneficio, es decir el riesgo para una persona de padecer una enfermedad debe ser sopesado contra el costo, el riesgo y el malestar de la intervención preventiva (Mrazek y Haggerty, 1994 y Lara, 2002). El sistema de Gordon consiste en tres categorías: *UNIVERSAL*, *SELECTIVA* e *INDICADA*. Las tres categorías representaban los grupos de población a quienes las intervenciones fueron dirigidas y para quienes fueron pensadas que serían más óptimas (Mrazek y Haggerty, 1994).

La prevención *UNIVERSAL* (va dirigida al total de la población), la *SELECTIVA* (va dirigida a un subgrupo de la población que esté en riesgo arriba del promedio de algún problema) y la *INDICADA* está dirigida a personas identificadas como de alto riesgo de sufrir un trastorno mental en el futuro, ya que presentan síntomas, aunque sean mínimos o algún indicador biológico pero aún no cumplen con un diagnóstico clínico (Mrazek y Haggerty, 1994; citados en Lara 2002).

Lara (2002) en su tesis de doctorado menciona que Mrazek y Haggerty, (1994) ubican dentro del marco de salud pública tradicional a la intervención preventiva indicada como un paso antes de las intervenciones de tratamiento y de acuerdo con Gordon (1983), se utiliza con frecuencia en conexión con ésta.

Sin embargo este autor menciona que el objetivo del tratamiento es ser terapéutico en lo inmediato. Por su parte Mrazek y Haggerty, (1994, citados en Lara 2002) definen al tratamiento como terapias: a la psicoterapia, grupos de apoyo, medicamentos y hospitalización. Esto vendría a ser la prevención secundaria.

Para otros autores la mayor diferencia entre prevención y tratamiento no se refiere a las características de la población, sino al momento en que se tiene acceso a ella (Tableman, Feis, Marciniak y Howard, 1985; citados en Lara 2002). Aunque cabe señalar que en la práctica clínica los límites entre las estrategias de prevención y de tratamiento no son tan claras como en las clasificaciones teóricas, por otra parte, la mayoría de las estrategias de prevención se ha desarrollado con base en intervenciones de tratamiento probadas ampliamente.

Como se ha visto tanto en los antecedentes de la intervención preventiva para DPP del apartado anterior, las orientaciones psicoterapéuticas que han sido estudiadas sistemáticamente en el tratamiento de la depresión posparto son la terapia cognitivo conductual, la psicoterapia interpersonal, las intervenciones psicosociales y, en menor escala, la psicoterapia psicoeducativa.

Vale la pena hacer notar que en los últimos 25 años se han hecho esfuerzos considerables para integrar sistemáticamente componentes de psicoterapias de distintos orígenes dentro de un marco teórico coherente. Gran parte de este proceso integrativo ha dado origen a un intenso movimiento (Muñoz y cols., 2001, 2007; Le y cols., 2004; Zayas y cols., 2003; Chabrol y cols., 2002; Zlonick y cols., 2001; Gorman y cols., 2001; Saisto y cols., 2001; O'Hara y cols., 2000; Elliot y cols., 2000; Bruga y cols., 2000; Lavander y cols., 1998; Stamp y cols., 1995 entre otros) de investigación en proceso y resultados psicoterapéuticos con metodología empírica, lo que ha generado que se continúen dichos estudios, de ahí el interés de estructurar una intervención psicoeducativa adecuada de forma preventiva para la depresión posparto y contribuir a la mejoría de la sintomatología depresiva en las mujeres que van a ser madres. A continuación hablaré de la estructura de la intervención que se aplicó en el grupo de mujeres embarazadas con sintomatología depresiva de la cual se realizó la evaluación de la eficacia en el seguimiento a las 6 semanas posparto.

ESTRUCTURA DE LA INTERVENCIÓN APLICADA EN EL GRUPO DE MUJERES DE ESTE ESTUDIO.

La estructura de la intervención de la cual en esta tesis se evaluó la efectividad a seis semanas posparto, está compuesta por tres elementos que en los párrafos contiguos describiré y cada uno de estos está basado en investigaciones que dan contexto teórico y fundamentan dicha estructura: el componente educativo, el componente psicológico y, el componente grupal y por último incluye un manual detallado que se les otorga de forma gratuita a las mujeres participantes que está diseñado para mujeres embarazadas y que presentan sintomatología depresiva o algún problema que las haga vulnerables a estos síntomas después del nacimiento de su bebé.

La intervención tiene tres componentes *el educativo, el psicológico y el componente grupal* (Lara y Hubard no publicado).

1. *El educativo que incluye la comprensión del embarazo normal y el periodo después del nacimiento, con base en una propuesta psicodinámica (Stern, 1997; Nicolson, 1999) y una revisión de los factores de riesgo de la depresión posparto con base en trabajos de investigación. (p.ej. Chaudron y cols., 2001; Gotlib y cols., 1991; O'Hara y cols., 1982; Righetti-Veltema y cols., 1998).*
2. *El psicológico, que está dirigido a la reducción de los síntomas de depresión a través de estimular el pensamiento positivo, ampliar el repertorio conductual, mejorar la autoestima, promover el auto cuidado y ampliar el apoyo social, así como, trabajar los sentimientos asociadas a pérdidas pasadas (adaptado de Lara y cols., 1997).*
3. *El componente grupal involucra la creación de un ambiente de grupo y apoyo que facilite la confianza y la expresión de los sentimientos, así como, los cambios cognitivos y conductuales. Esta intervención se basa en una intervención de prevención de la depresión previamente evaluados en México (Lara, Navarro, Rubí, y Mondragón, 2003a, 2003b; Lara, Navarro, Acevedo, Berenzon, Mondragón, y Rubí, 2004).*
4. *E incluye un manual detallado.*

Lara y Hubard, (no publicado) mencionan en el manual que la finalidad de la intervención psicoeducativa para prevenir la depresión posparto es proporcionar información y

herramientas que ayuden a estas mujeres a manejar los síntomas de la depresión y sus problemas de manera que permita a esta población reconocer los síntomas, y tomar las medidas adecuadas para solucionar y enfrentar problemas que ya están presentes en el embarazo y evitar que continúen.

Esta intervención psicoeducativa tiene similitudes con otra intervención psicoeducativa para mujeres deprimidas diseñada y evaluada por Lara y colaboradores, (2001) que tiene como objetivos:

1. Proporcionar información sobre la depresión, que permite que las mujeres eliminen el estigma asociado al trastorno y que reconozcan los síntomas de la depresión, lo cual les permitiría tomar medidas adecuadas.
2. promover la reflexión a partir de las experiencias propias.
3. Facilitar las condiciones para compartir las experiencias tanto dentro como fuera del tratamiento.
4. motivar a las participantes a realizar las actividades de auto ayuda que vienen en el material educativo.
5. motivar, en caso de ser necesario, a la búsqueda de ayuda especializada (Lara y cols., 2001)

y estaba constituida por cuatro componentes: *el educativo, psicológico, grupal o individual, de género.*

Esta investigación, así como otro proyecto de la misma autora pero en el 2003 y el modelo conceptual en el que se basa, sirven como un antecedente para esta intervención dado que estas anteriores investigaciones han mostrado ser eficientes y efectivas.

La intervención psicoeducativa para prevenir la depresión posparto que se evaluó en esta tesis consta de ocho sesiones, una por semana.

METODOLOGÍA

... volví a leer mis versos. No dije una palabra de lo que hubiera dicho. Si un plan hubiera creado antes de haber escrito

Musset

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Como ya se ha mencionado el embarazo, parto y nacimiento son partes de un mismo proceso cuya importancia es necesario resaltar, el proceso de una nueva vida, convirtiendo a la mujer en MADRE tiene aspectos estrechamente interrelacionados como son los biológicos, sociales y psicológicos que deben considerarse tanto en la salud como en la enfermedad.

Se ha observado que del 10% al 15% de las mujeres que son por primera vez madres pueden padecer depresión posparto (Nonacs y cols., 1998). En México la prevalencia de la DPP es de un 19.3% en la segunda semana después del parto y de 22.5 % a las 4 semanas García y cols., (1992 citado en Lara 2004).

En las revisiones como las de Austin (2003) y Dennis (2004 y 2005) donde se ha llevado a cabo una revisión de la literatura de los estudios de prevención de la DPP con intervenciones psicosociales y psicológicas en los que evalúan los efectos de dichas intervenciones han observado que los resultados han sido variables respecto a la prevención de DPP; sin embargo tanto Muñoz y cols. (2007); Zayas y cols., (2004); Elliot (2000); Zlonick y cols., (2001); en sus estudios controlados han reportado que estrategias, como la prevención primaria y la intervención perinatal temprana son potencialmente importantes en la reducción del desarrollo de depresión posparto en mujeres en riesgo de desarrollarla. Estas intervenciones se pueden llevar a cabo por la detección temprana de mujeres en riesgo de DPP debido al contacto frecuente que las mujeres tienen con los servicios de salud en el momento del embarazo.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DEL QUE PARTE ESTA TESIS:

La presente tesis pretende identificar la eficacia de una intervención psicoeducativa, en la que se hacen evaluaciones en dos tiempos: pre-tratamiento y seguimiento a las 6 semanas después

del nacimiento del bebé, en mujeres que participaron en el programa de intervención de Lara y Hubard (no publicado); y es parte del proyecto titulado “SALUD MENTAL DE MAMÁS Y BEBÉS: PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO” (proyecto 4186. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”) bajo la dirección de la DRA, MARIA ASUNCIÓN LARA CANTÚ.

El estudio original se trata de un estudio aleatorio controlado, con evaluaciones pre, pos-tratamiento y seguimiento a las 6 semanas y a los 6 meses. Se comparan el grupo de intervención y el grupo control. Consiste en 1) identificar a las mujeres embarazadas con un alto riesgo de padecer depresión clínica; 2) identificar a las mujeres que ya presenten depresión prenatal, sin riesgo de suicidio o signos de incapacidad; 3) diseñar y evaluar un programa de intervención psicoeducativa (grupal con duración de 8 sesiones de 2 horas semanales cada una) para la reducción de los síntomas depresivos.

Tiene por objetivo: el evaluar la efectividad de una intervención psicoeducativa durante el embarazo sobre la sintomatología depresiva en el posparto. En una fase posterior se pretende comparar los resultados con los del Proyecto de *Intervención en Prevención: Mamás y Bebés* de la Dra. H. Le de la Universidad de George Washington en Washington D. C.

La muestra global del trabajo original es de 225 mujeres; 135 del grupo de intervención y 90 del grupo control que cumplieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión: tener entre 18 y 35 años de edad, haber completado la primaria y presentar síntomas depresivos en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos por sus siglas en inglés (CES-D) de Radolff, (1977), teniendo puntajes mayor a 16. Las mujeres que mostraran un riesgo significativo de suicidio, sufrieran de enfermedad crónica o terminal, consumieran drogas o alcohol, que recibieran en ese momento tratamiento para algún trastorno mental o presentasen depresión bipolar no fueron incluidas en este proyecto. Procedimiento: Se le invitó a participar al proyecto, estableciendo rapport y empatía. Las mujeres entrevistadas son de tres sedes distintas; son mujeres que están en **sala de espera** en donde se les realiza la evaluación (Lara, 2004).

Se les aplicó a cara una entrevista de tamizaje para ver si cubrían los criterios de inclusión; se les dió lectura a la carta del consentimiento informado en el que se incluye la solicitud de su consentimiento para asignarlas al azar a cada uno de los grupos, ya sea de control o intervención, en el escenario donde recibe atención durante su embarazo.

Mi participación dentro de la investigación “SALUD MENTAL DE MAMÁS Y

BEBÉS: PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO” fue en la recolección de los datos en la fase del estudio de SEGUIMIENTO. Para esta tesis se tomo una submuestra de 40 mujeres de la muestra global de 225 donde 135 fueron del grupo de intervención y se analizó la efectividad de la intervención sobre la sintomatología depresiva a través del Inventario de Depresión de BECK II en la submuestra para el actual estudio.

JUSTIFICACIÓN:

La primera intervención prenatal, fue divulgada en 1960 por Gordon y Gordon en el estudio *Social factors in prevention of postpartum emocional problems*, (citado en Austin 2003), donde describen a una muestra de mujeres, no seleccionadas al azar, en el que usaban un enfoque psicoeducativo para disminuir el dolor emocional posparto. En este estudio los resultados demostraron que la intervención fue significativamente efectiva en la reducción del dolor emocional posparto en las mujeres que del grupo de intervención en comparación a los controles. Desafortunadamente, ha habido poco interés en la investigación por evaluar la eficacia de intervenciones psicoeducativas y psicológicas preventivas en los sistemas de salud aunque no es así en la investigación de la depresión (Austin 2003).

Recientemente en los Estados Unidos de Norteamérica se ha hecho énfasis en la investigación de la prevención e intervención temprana prenatal dado que, si se puede prevenir la depresión en el embarazo, se puede prevenir la depresión en el posparto. En México la prevalencia de la DPP es de un 19.3% en la segunda semana después del parto y de 22.5 % a las 4 semanas (García y cols., 1992, citado en Lara 2004).

Aunque en nuestro país la investigación de la prevención de la DPP es poca, la Dra. Ma. Asunción Lara y colaboradoras, están llevando acabo una investigación cuyo objetivo es evaluar la efectividad de una intervención psicoeducativa durante el embarazo sobre la sintomatología depresiva en el posparto. Es por eso la importancia de este estudio original y de la presente investigación ya que en México es el primer antecedente de evaluación de la intervención psicoeducativa para prevenir la depresión posparto.

PREGUNTA DE ESTUDIO:

¿Será efectiva una intervención psicoeducativa aplicada de manera preventiva en mujeres embarazadas con sintomatología depresiva en la reducción de dichos síntomas en el posparto?

OBJETIVO GENERAL:

1. Evaluar la efectividad de la intervención psicoeducativa sobre los síntomas de depresión a las 6 semanas de seguimiento después del nacimiento del bebé.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Observar en cuál de los 21 reactivos de los que consta el Inventario de Depresión de Beck II (grupos de frases autoevaluables) hubo un cambio en la gravedad (intensidad sintomática) al seguimiento a las seis semanas.
2. Describir las características sociodemográficas de la muestra.

HIPÓTESIS:

La intervención psicoeducativa será efectiva en la reducción de la sintomatología de la depresión medida a las 6 semanas de seguimiento.

Hipótesis alterna:

Sí hay una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de la evaluación pre intervención y el seguimiento a las 6 semanas posparto, en la reducción de la sintomatología depresiva.

Hipótesis nula:

No hay una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de la evaluación preintervención y el seguimiento a las 6 semanas posparto en la reducción de la sintomatología depresiva.

VARIABLES:

Variable dependiente: a) Síntomas de depresión según los criterios del DSM- IV- R medidos con el Inventario de Depresión de Beck IDB II.

Variable independiente: b) la intervención psicoeducativa

DEFINICIÓN DE VARIABLES

a) Síntomas de depresión según los criterios del DSM- IV- R medidos con el Inventario de Depresión de Beck IDB II. Es un inventario de autorreporte que consta de 21 reactivos (grupos de frases para autoevaluarse), cada ítem contempla 4 alternativas de respuesta que valoran la presencia del síntoma y contemplan cuatro alternativas de respuesta que evalúa la gravedad /intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad.

b) Las características de la intervención psicoeducativa para prevenir la depresión posparto como ya mencioné anteriormente, son la condición de intervención grupal que consistió en 8 sesiones una por semana, y se les proporcionó un manual de Lara y Hubbard (no publicado); el cual incluye información y herramientas que ayuden a estas mujeres a manejar los síntomas de la depresión y sus problemas de manera que permita a esta población reconocer los síntomas y tomar las medidas adecuadas para solucionar y enfrentar problemas que ya están presentes en el embarazo y evitar que continúen.

MÉTODO

MUESTRA Y SUJETOS:

La muestra para esta tesis se conformó de manera determinística y fue tomada de la población total del estudio original de 225 mujeres, donde 135 fueron del grupo de intervención, de las cuales para este trabajo se tomaron a los primeros 40 casos que habían cumplido el seguimiento a 6 semanas del grupo de intervención. Dicha población está constituida por mujeres que fueron contactadas y reclutadas de tres instituciones: 11 casos del CENTRO DE

SALUD JOSÉ CASTRO VILLAGRANA, (CSJCV).² El centro de salud brinda atención prenatal a personas que no son derechohabientes de otras instituciones; 15 casos de una Institución ginecobstétrica de tercer nivel de atención el INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA (INPER)³, que es una institución ginecobstétrica de tercer nivel de atención; y 14 casos de la Clínica de Especialidades de la Mujer SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL (SEDENA)⁴. Teniendo los siguientes criterios de inclusión y exclusión, que fueran del grupo de intervención y que hubieran cumplido el periodo de 8 sesiones de la intervención psicoeducativa así como el de seguimiento a 6 semanas. Las mujeres que no cumplieran con dichos criterios no se incluyeron en esta tesis.

TIPO DE ESTUDIO:

El presente es un estudio preventivo sin grupo control se compararon los datos pre intervención y a las 6 semanas posparto para evaluar la eficacia de la intervención en la reducción de la sintomatología depresiva.

DISEÑO:

Este estudio es un diseño PRE Y POST

² El centro de salud está en la primera línea de la presentación de asistencia sanitaria. Situado dentro de las comunidades y por lo general fácilmente accesibles, los centros de salud ocupan una posición esencial no sólo para contribuir a mejorar la salud de los particulares, sino también para promover el desarrollo de la comunidad en conjunto. El Primer Nivel de Atención es una de las mejores opciones para captar, orientar y ayudar a disminuir la problemática.

³ Es un plantel hospitalario de atención integral que genera y difunde investigaciones en salud reproductiva y perinatal, forma médicos especializados y capacita personal involucrado en programas educativos de salud reproductiva. Asimismo, brinda educación a la población abierta en temas de gestación, posparto, salud sexual y reproductiva. El INPER proporciona también apoyo psicológico para el tratamiento de problemas: como esterilidad, pérdida perinatal, sexualidad, climaterio, malformaciones congénitas, embarazo y ansiedad, embarazo en adolescentes, enfermedades crónicas, cáncer y desarrollo infantil.

⁴ El Alto Mando consciente de las necesidades que en materia de salud, que tiene la mujer, dispuso la construcción, equipamiento y puesta en funcionamiento de esta instalación, única en América Latina por su avanzado diseño, alta tecnología con la que se encuentra equipada, además de contar con Recursos Humanos altamente capacitados para proporcionar atención médica de calidad y humanizada con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de la población militar. Cuyo objetivo es proporcionar atención médica de la más alta calidad, a la mujer militar, derechohabiente y pensionista, así como a sus hijos recién nacidos, en las especialidades de ginecología, medicina Perinatal y Neonatología.

PROCEDIMIENTO:

Comenzaré describiendo como antecedente el procedimiento que se siguió en el estudio original.

Al establecer contacto. Se les invitó a las mujeres embarazadas que tuvieran entre de 22 y 26 semanas de embarazo que estaban en sala de espera de las tres instituciones antes mencionadas, a participar en el proyecto, preguntando su tiempo de semanas de embarazo, y estableciendo rapport y empatía.

Se le aplicó cara a cara una entrevista de tamizaje para ver si cubrían los criterios de inclusión. También se les daba lectura a la carta del consentimiento informado en el que se incluye la solicitud de su consentimiento para asignarlas al azar a cada uno de los grupos ya sea de control o intervención, en el escenario donde recibe atención durante su embarazo. Posteriormente se realizó la **entrevista pretratamiento** en la sala de espera del escenario que consistía en lo siguiente:

Variables e instrumento de medición

	Tamizaje	Pre	Post (T)
1. Sociodemográficas	X		
2. Habilidad de lectura	X		
3. Embarazo	X		
4. Antecedentes familiares de depresión y alcoholismo	X		
5. Separación o pérdida de los padres	X		
6. Apoyo social (2 preguntas)	X		
7. Síntomas de depresión (CES-D)	X		
8. Discapacidad (2 pregunta)	X		
9. Síntomas depresivos en el pasado	X		
10. Ideación Suicida	X		
11. Salud física y adicciones	X		
12. Tratamiento psicol/psiquiát actual	X		X
13. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)		X	X
14. Depresión posparto (PPDST)			
15. Episodio depresivo actual (SCID)		X	
16. Episodios depresivos previos (SCID)		X	
17. Autoestima (Coopersmith)		X	X
18. Síntomas de ansiedad (SCL 90)		x	x
19. Satisfacción con la intervención			X

20. Apego a la intervención (actividades de autoayuda)			X
21. Eficacia maternal (MEQ formas A&B)			
22. Apego Materno			

23. Infancia. (1 pregunta cualitativa) Violencia (Bifulco y cols., 2004)		X	
24. Sucesos vitales		X	
25. Ajuste Diádico (EAD, Spanier, 1976, versión corta)		X	
26. Experiencia sobre el parto			
27. Apoyo social (Apgar)		X	
28. Lactancia			
29. Confiabilidad de la información			

(T) Sólo en grupo de tratamiento.

A todas las 225 mujeres de la población total del estudio original, tanto del grupo control como de intervención (intervención psicoeducativa grupal con duración de 8 sesiones de 2 horas semanales cada una); que fueron asignadas aleatoriamente a cada grupo, se le realizó un entrevista una semana después de la intervención y a las 6 semanas y 6 meses después del nacimiento del bebé.

PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO LAS ENTREVISTAS DE SEGUIMIENTO A LAS 6 SEMANAS POSPARTO:

En cuanto al procedimiento de esta tesis para el seguimiento a 6 semanas fue el siguiente:

Se les llamó por teléfono para establecer el contacto con ellas (saludarlas saber cómo se encontraba en ese momento, y recordándole la entrevista de 6 semanas) y concertar una cita para la entrevista en el día, hora y lugar más conveniente para las señoras (su domicilio o la institución de salud donde recibió atención para su embarazo).

Las llamadas telefónicas se realizaron a su domicilio o lugar de trabajo o con un familiar, según el número que hayan proporcionado en el registro que fue solicitado en el inicio.

Algunas de las mujeres se visitaron en sus domicilios dado que sus números telefónicos no estaban en servicio, dejándoles una nota donde se les comentaba el motivo de mi visita para concertar la cita de la entrevista, y para que se comunicaran con nosotras al instituto o al celular.

Una vez concertada la cita de la entrevista se acudió al escenario acordado. Con las mujeres que se contactaron directamente al visitarlas en su domicilio y se encontraban en ese momento y ellas estaban de acuerdo se realizaba la entrevista. Las entrevistas se realizaron cara a cara; en su domicilio, o el lugar más conveniente para ellas: el domicilio de algún familiar o en alguna de las instituciones de salud donde recibieron atención en su embarazo o acudieron a consulta, dicha entrevista fue en la sala de espera de las instituciones.

La entrevista de seguimiento a seis semanas es un instrumento que consta de varios apartados: Instrumentos satisfacción de la intervención. Adaptado por Lara y cols. (2003); Cuestionario de Eficiencia maternal (MEQ; Teti & Gelfand, 1991); Escala de Sentimiento de competencia como Madre (Gibaud Wallston, & Wandersman, 1978); Acontecimientos de la vida (adaptado de Lara, 2002); Apoyo social (Norwood, 1996); Escala de ajuste didáctico (Spainer, 1976); Actividades de autoayuda (Lara y cols 2003); Escala de depresión Postnatal de Edimburgo (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). Escala de depresión BECK IDB II. (Penly y cols, 2003) investigada en México por Jurado y cols, 1998., Autoestima (Coopersmith, S. 1981) (Lara y cols, 1996); Episodio depresivo mayor (SCID, First y cols, 1996). Para fines de esta investigación solo se tomó el Inventario de Depresión de Beck IDB II. Al finalizar la entrevista se les recordó que su colaboración era muy valiosa y se les agradeció su participación.

INSTRUMENTOS:

El instrumento que mide las variables seleccionadas de este estudio es:

El Inventario de Depresión de Beck IDB-II, (Penley, Wiebe & Nwosu, 2003) utilizado en mujeres hispanas. Es una versión nueva del IDB que evalúa los síntomas en las dos semanas anteriores, en lugar de 1 semana antes, como lo vería el IDB I; a diferencia de esta primera versión, su marco temporal hace referencia al momento actual y a las dos semanas previas, con lo que se ajusta más a los parámetros temporales para el diagnóstico de depresión del DSM-IV. Presenta los siguientes puntos de corte: mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) y severa (30-60) y su confiabilidad en español ya ha sido reportada (Penley y cols., 2003). Consta de 21 reactivos (grupos de frases para autoevaluarse), cada item contempla 4 alternativas de respuesta que valoran la presencia del síntoma y contemplan cuatro alternativas de respuesta que evalúan la gravedad /intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. Dicho instrumento también se aplicó en la primera entrevista es decir la de

pre-tratamiento.

Su contenido enfatiza el componente cognitivo de la depresión ya que los síntomas de esta esfera representan el 50% de la puntuación total del cuestionario, el segundo bloque de importancia son los síntomas de tipo somático/vegetativo. 15 de los 21 reactivos hacen referencia a los síntomas psicológico- cognitivos y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos. El IDB II ha sido usado y validado en mujeres latinas y mexicanas migrantes en Norteamérica tanto embarazadas como en el posparto como en los estudios de Zayas, (2003), Muñoz y cols (2007).

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Se tomaron de la entrevista de pretratamiento: edad, estado civil, escolaridad (número de años concluidos desde la primaria (rango 1-20); nivel socioeconómico (total de la suma de todos los ingresos aportados por los miembros de la familia.

ANÁLISIS DE DATOS:

Para evaluar la eficacia de la intervención psicoeducativa en el grupo de intervención; antes y al seguimiento a seis semanas después del alumbramiento se utilizó una prueba estadística *T de Student* para muestras repetidas.

La prueba T de Student para muestras repetidas o dependientes, es una prueba estadística paramétrica en donde se exige dependencia entre las muestras, en las que hay dos momentos uno antes y otro después. Con ello se da a entender que en el primer período, las observaciones servirán de control o testigo, para conocer los cambios que se susciten después de aplicar una variable experimental o independiente. Cuya función es comparar dos grupos de puntuaciones y determinar la diferencia estadísticamente significativa (manual SPSS- 10).

Para las variables sociodemográficas: edad, estado civil, grado escolar, ingreso socioeconómico se utilizó un análisis descriptivo - distribución de los puntajes en la muestra.

RESULTADOS

Éste que ves, engaño colorido, que del arte ostentando los primores, con falsos silogismos de colores es cauteloso engaño del sentido;...

Sor Juana Inés de la Cruz;

Se realizó la evaluación de la efectividad de la intervención psicoeducativa a las seis semanas posparto en un grupo de 40 mujeres quienes presentaban sintomatología depresiva \geq a 16 puntos en el Inventario de depresión de Beck IDB-II.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Las características sociodemográficas de la submuestra fueron:

La media de edad fue de $\bar{X} = 26.25$ años con una desviación estándar de 5.71 años; la media de los años de escolaridad de las mujeres fue de $\bar{X} = 11.75$ y una desviación estándar de $\bar{X} = 3.54$. El 5.0% alcanzó estudios de primaria, un 27.5% de secundaria, de preparatoria 45%, y de universidad 22.5%. En cuanto al estado civil de las mujeres, el 50% eran casadas, el 37.5% vivía en unión libre, el 10% solteras y el 2.5% divorciadas; respecto a los ingresos de las mujeres la media fue de $\bar{X} = 4365.18$ pesos y una desviación estándar de 4042.50. El cuadro 1 presenta las medias, frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas.

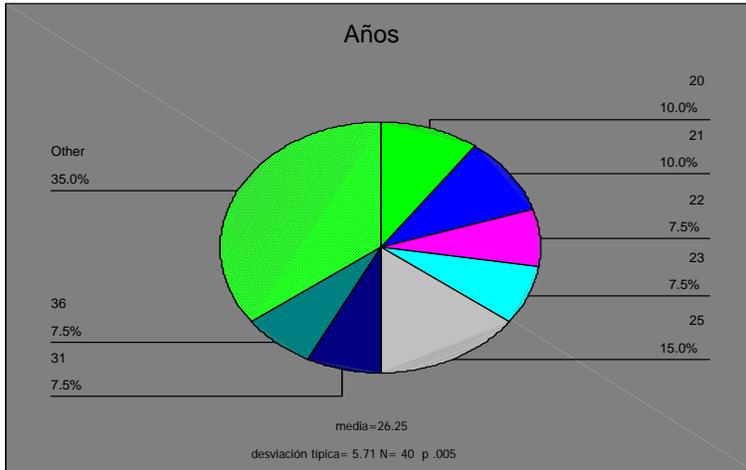
CUADRO 1

Variable Sociodemográfica	N = 40	MEDIA (DS)
Edad		$\bar{X} = 26.25 (5.71)$
Grado escolar (años acumulados de estudios)		$\bar{X} = 11.75 (3.54)$
Grado escolar recodificado	F (%)	
Primaria	2 (5.0)	
Secundaria	11 (27.5)	
Preparatoria	18 (45.0)	
Universidad	9 (22.5)	
Estado civil		
Casada	20 (50.0)	
Unión libre	15 (37.5)	
Soltera	4 (10.0)	
Divorciada	1 (2.5)	
Ingresos al hogar		$\bar{X} = 4365.18 (4042.50)$

La grafica 1 muestra los porcentajes de la edad.

Gráfica 1.- Variable sociodemográfica

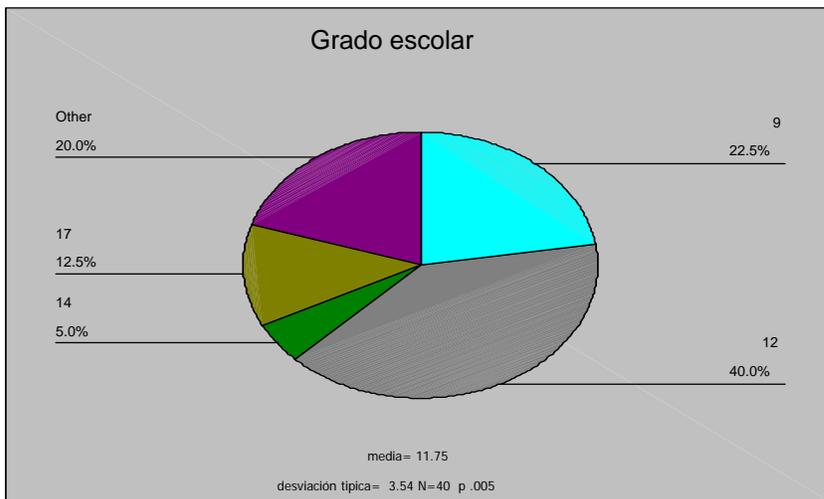
Porcentaje de la edad



La grafica 2 muestra los porcentajes del grado escolar (años acumulados de estudio)

Gráfica 2.- Variable sociodemográfica

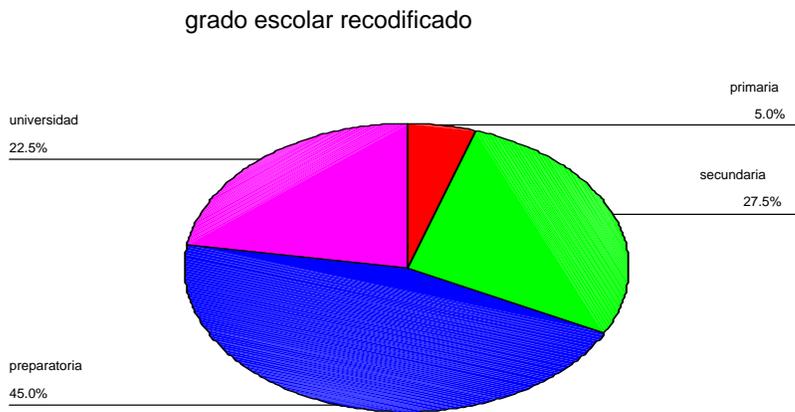
Porcentaje de los años acumulados de estudio



La grafica 3 muestra los porcentajes del grado escolar recodificado.

Gráfica 3.- Variable sociodemográfica

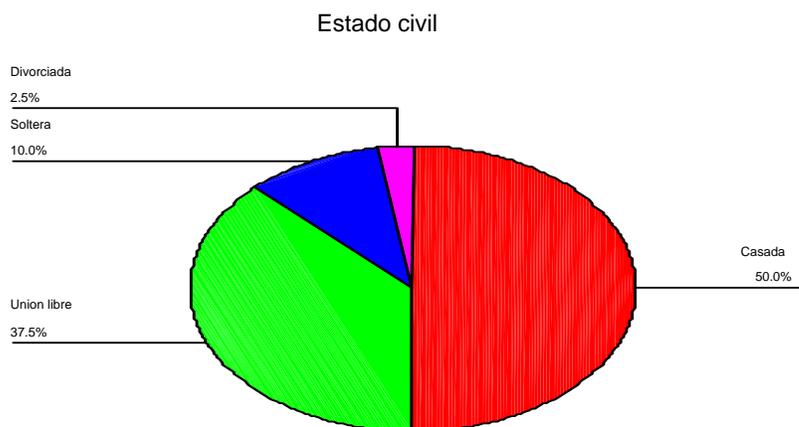
Porcentaje del grado escolar recodificado



La siguiente gráfica 4 presenta los porcentajes del estado civil

Gráfica 4.- Variable sociodemográfica

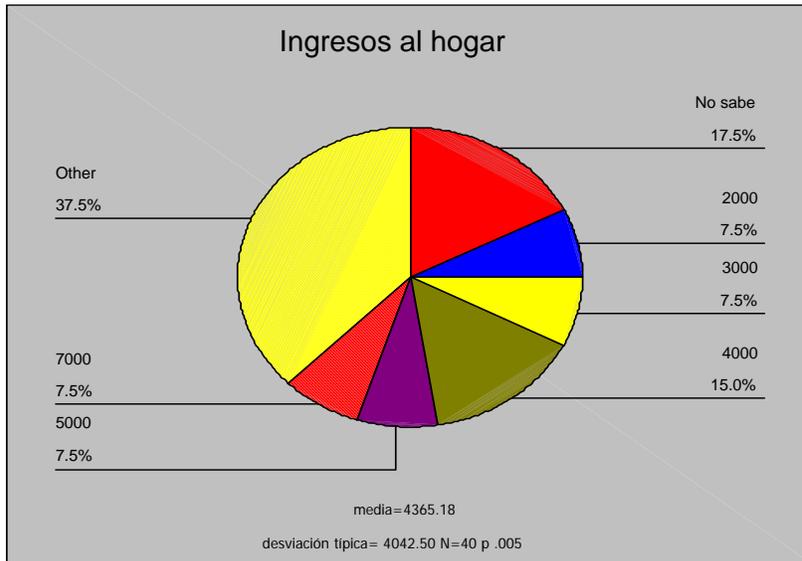
Porcentaje del estado civil



La gráfica 5 presenta los porcentajes de los ingresos económicos al hogar

Gráfica 5.- Variable sociodemográfica

Porcentaje de ingresos al hogar



EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA COMPARADA ANTES DE LA INTERVENCIÓN Y A SEGUIMIENTO A LAS 6 SEMANAS POSPARTO

En la evaluación de la efectividad de la intervención psicoeducativa en el grupo de mujeres se observó al aplicar la prueba T de student para muestras relacionadas, que la sintomatología depresiva (Inventario de Depresión de Beck II) se redujo de la evaluación pre-tratamiento de $X= 24.33$ (DS, 10.84) a la de seguimiento $X= 13.75$ (DS, 10.69) y esto fue significativo estadísticamente dado que se encontró un nivel de significancia de .000. Es decir todas de las mujeres de la muestra en el IDB-II pre tratamiento tuvieron una sintomatología depresiva de ≥ 16 puntos (leve a moderada) y en el seguimiento a seis semanas se observó del total de la muestra, una reducción de la una sintomatología depresiva de 0 puntos (mínima).

CUADRO 2.

Comparación de Medias de las dos evaluaciones (preintervención y seg. a las 6 sem.) del Beck IDB II

	<i>Media (DS)</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>P</i>
PRE INTERVENCIÓN	24.33 (10.84)	5.547	39	.000
SEGUIMIENTO a las 6 SEMANAS	13.75 (10.69)			

En el cuadro 3 muestra las diferencias de los 21 reactivos de los que consta el Beck II al comparar los datos de las evaluaciones preintervención y seguimiento a las 6 semanas posparto.

EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCION MEDIDA EN CADA UNO DE LOS REACTIVOS DEL IDB- II.

CUADRO 3

REACTIVO	\bar{X} Preintervención (DS)	\bar{X} Seguimiento a las 6 semanas (DS)	<i>t</i>	<i>P 0.005</i>
TRISTEZA	.93 (.62)	.50 (.85)	2.806	.008
PESIMISMO	.65 (.89)	.35 (.66)	1.669	.103
FRACASO	.98 (.97)	.38 (.70)	3.674	.001
FALTA DE PLACER	1.18 (.71)	.75 (.87)	2.429	.020
SENTIMIENTOS DE CULPA	.93 (.66)	.48 (.64)	3.984	.000
SENTIMIENTOS DE CASTIGO	.68 (1.05)	.33 (.69)	2.563	.014
AUTO DESPRESEO	1.27 (1.11)	.53 (.96)	3.907	.000
AUTO CRITICA	1.30 (1.14)	.70 (.99)	2.623	.012
PENSAMIENTOS O DESEOS SUICIDAS	.45 (.55)	.25 (.59)	2.082	.044
LLANTO	1.50 (.91)	.75 (1.01)	4.050	.000
AGITACIÓN	.83 (.68)	.68 (.86)	.924	.361
FALTA DE INTERES	1.63 (1.00)	.57 (.75)	5.109	.000
INDECISIÓN	1.63 (1.08)	.70 (.85)	5.127	.000
FALTA DE VALOR PERSONAL	.73 (.82)	.20 (.56)	4.235	.000
FALTA DE ENERGÍA	1.30 (.79)	.73 (.72)	4.867	.000
CAMBIOS EN EL PATRON DE SUEÑO	1.83 (.90)	1.08 (.92)	3.717	.001
IRRITABILIDAD	1.38 (.98)	.68 (.92)	3.894	.000
CAMBIOS DE APETITO	1.53 (.85)	1.23 (.92)	1.637	.110
DIFICULTADES DE CONCENTRACIÓN	1.20 (.72)	.95 (.90)	1.464	.151
CANSANCIO O FATIGA	1.45 (.75)	1.00 (.85)	2.746	.009
FALTA DE INTERES EN EL SEXO	1.00 (.85)	.98 (1.07)	.190	.850

Se encontró una disminución estadísticamente significativa en **16 de los 21 reactivos** (grupos de frases para autoevaluarse) de los que está formado el IDB II. Estos fueron: **tristeza, fracaso, falta de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, auto desprecio, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, falta de interés, indecisión, falta de valor personal, falta de energía, cambios en el patrón de sueño, irritabilidad, cansancio o fatiga**, estos reactivos tienen que ver con el ánimo depresivo y la autoestima aspectos en los que se trabaja intensamente en la intervención psicoeducativa. También se trabaja en que las mujeres dediquen más tiempo a ellas mismas y en que aprendan a solicitar apoyo de su entorno social cuando así lo necesiten. Estos aspectos pueden redundar en una mejoría de la energía y en hacer las cosas con mayor placer.

Los reactivos en los que no se encontró una reducción estadísticamente significativa fueron: pesimismo, agitación, cambios en el apetito, dificultades de concentración y falta de interés en el sexo. Algunas hipótesis de por qué estos aspectos no se modificaron son las siguientes: el pesimismo puede ser un rasgo de personalidad. La agitación se relaciona con depresión más severa y en esta población no había mujeres con estas características. Los cambios en el apetito y las dificultades para concentrarse y la falta de interés en el sexo, son aspectos que se ven alterados en las primeras semanas posparto y que, probablemente hablen más de esta situación posparto que de depresión.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente tesis tuvo como objetivos: evaluar los efectos de una intervención psicoeducativa aplicada de forma preventiva durante el embarazo en una muestra de 40 mujeres con riesgo de desarrollar DPP, así como observar si hubo cambios significativos en los 21 reactivos del inventario de Beck II.

En cuanto a la evaluación de la eficacia de la intervención psicoeducativa y los cambios sobre cada reactivo del inventario de Beck II (IDB II) se observó que el efecto a las 6 semanas posparto fue significativo produciéndose una disminución en la sintomatología depresiva durante dicho periodo. Estos resultados coinciden con los datos reportados por la literatura internacional respecto a la eficacia de la intervención en el grupo de intervención como son los estudios de Armstrong y cols., (2000), Wolman y cols., (1993), Elliot y cols., (2000), Gordon y cols., (1999), Lavander y cols (1998), Chabrol y cols., (2002), Zlotnick y cols. (2001). Los estudios con mujeres latinas y migrantes mexicanas en Estados Unidos de Norteamérica como el de Zayas y cols., (2004) y Muñoz y cols., (2007) también reportan resultados significativos en la reducción del riesgo de desarrollar depresión posparto en el grupo de intervención, aunque no al compararlos con el grupo control sin embargo reconocen que la intervención prenatal puede ser efectiva. De la misma manera Dennis (2004) menciona en una revisión de la literatura sobre dichos estudios, que estas intervenciones psicoeducativas pueden ser altamente recomendables para la práctica clínica en la disminución de la sintomatología depresiva.

Con respecto a los resultados sobre los 21 reactivos del Beck II no se encontró hasta la fecha un estudio que reportara como tal, los cambios específicamente en la intensidad o gravedad del síntoma autoreportado en los 21 reactivos presentados en el Beck II. Este estudio es una antecedente sobre ello donde se encontró que en 16 de los 21 reactivos si hubo cambios significativos en la reducción de la gravedad e intensidad del síntoma autoreportado por las mamás. En los 16 reactivos que resultaron significativos, se pudo observar una clara disminución de la intensidad y gravedad del síntoma aautoreportado, donde se esperaba que la intervención psicoeducativa fuera efectiva y actuara, dado que el objetivo estaba orientado para dicha disminución al haberseles proporcionado herramientas útiles como, para pedir apoyo, expresar sus necesidades y emociones de forma asertiva, a modificar expectativas altas, a reconocer habilidades y capacidades diferentes de ser padres.

De los 5 reactivos que no resultaron estadísticamente significativos de esta evaluación, como la agitación, cambios en el patrón de apetito y falta de interés en el sexo, se puede explicar por qué los cambios fisiológicos normalmente esperados durante el embarazo y el puerperio, como son por ejemplo el bajo interés sexual, cambios en el apetito, sueño y fatiga pueden elevar los puntajes en los ítems somáticos (O'Hara, 1982, 1984) y según la teoría éstos cambios físicos normales asociados con los cambios neurovegetativos generados por el embarazo, pueden elevar dichos puntajes en estos reactivos somáticos y no resultar estadísticamente significativos aunque, en los resultados de la evaluación de este estudio si se puede observar una reducción en la comparación de las medias y en la desviación estándar de pre y seguimiento. Los 2 restantes como el pesimismo, la concentración, incluso la agitación, éstos pueden asociarse a otras experiencias estresantes que muchas veces van incrementar el reporte subjetivo de la sintomatología depresiva (O'Hara, 1982).

Se puede concluir de acuerdo a lo anterior que si es eficaz la intervención psicoeducativa presentada de manera preventiva, observándose que si hay una reducción de la sintomatología depresiva al seguimiento de las 6 semanas posparto y que si hay una modificación favorable en las mujeres con riesgo de desarrollar DPP con dicha intervención psicoeducativa. Es importante mencionar que para los objetivos de esta tesis se tomó solo el grupo de intervención.

Si bien se encontraron diferencias significativas en cuanto a la efectividad de la intervención psicoeducativa, las limitaciones de esta tesis como lo es en varios estudios es el tamaño de la muestra y que no se comparó con un grupo control, sin embargo, si observaron dichas diferencias significativas tanto estadística como clínicamente en las mujeres del grupo de intervención comparando las mediciones pre y seguimiento, esto es corroborable con otros estudios que si comparan a ambos grupos (intervención y control) y aunque no encontraron diferencias significativas entre grupos, si encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo de intervención en comparación pre - post y seguimiento. En resumen, los resultados de este trabajo respaldan la utilidad de los programas de intervención psicoeducativa aplicada de forma preventiva para la reducción en la sintomatología depresiva y disminuir los riesgos para desarrollar depresión posparto aunque hay que tomarlos con cautela por las limitaciones metodológicas mencionadas. Sin embargo hay que tener en cuenta que se necesitan esfuerzos institucionales que permitan favorecer el acceso a este tipo de programas psicoeducativos preventivos de la depresión posparto. Capacitando a su personal o crear

enlaces con los profesionales capacitados para que de forma regular se disponga de estos programas en el servicio de psicología de las instituciones o los hospitales, así como en centros de salud donde se de atención a las mujeres embarazadas. En relación con lo anterior, esta tesis aporta una evidencia empírica que respalda la importancia de intervenir con programas psicoeducativos en las mujeres en riesgo de desarrollar depresión posparto otorgando herramientas y habilidades para el cuidado de sí mismas y de sus bebés.

Una propuesta para futuras investigaciones es que se amplíe el tamaño de la muestra, que se compare con un grupo control, que se lleven a cabo investigaciones donde se estudien a las mujeres que no muestren sintomatología depresiva para ver cuántas de ellas desarrollan depresión posparto, que se realice un análisis donde se relacionen las variables sociodemográficas con el incremento de la sintomatología depresiva en el posparto, además de realizar investigaciones longitudinales en las madres para observar si la sintomatología depresiva reaparece en embarazos subsecuentes o cuántas de estas madres llegan a tener un diagnóstico clínico de depresión mayor después del embarazo y que el programa de intervención psicoeducativo se extienda al periodo posparto comparando la efectividad de presentar la intervención solo de manera preventiva, con la de manera preventiva más en el posparto.

REFERENCIAS

1. Acevedo, M. C. (2000). The role of Acculturation in explaining ethnic differences in the prenatal health risk behaviours, mental health, and parenting beliefs of Mexican American and European American at-risk women. *Child Abuse & Neglect*. 24 (1) pp. 111-127
2. Alvarado, R.; M. Rojas; J. Monardes (1994). Eventos Vitales, Soporte Social y depresión en el posparto. *Revista de Psiquiatría*. 3 (XI) pp. 121-126
3. Alvarado, R.; M. Rojas; J. Monardes (1992, Julio- Diciembre). Cuadros depresivos en el posparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Revista de Psiquiatría* 3-4, (IX).
4. Alvarado, R.; M. Rojas; J. Monardes (2000). Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte embarazadas: construcción de un modelo causal. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría [spi]*.
5. American Psychiatric Association (2000). Por sus siglas en ingles DSM –IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España: Masson
6. Atkinson, A.; A. U. Rickel (1994). Short Reports. *Journal of Abnormal psychology* 93 (1) pp. 115-119
7. Austin, M-P. (2003). Targeted group antenatal prevention of postnatal depression: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 107, pp.244-250.
8. Bennett, H. A.; A. Einarson; A. Taddio; G. Koren (2004, Abril). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *American College of Obstetricians and Gynecologists* 103 (4) pp. 698-709
9. Bennett, H. A.; A. Einarson; A. Taddio; G. Koren (2004). Depression during Pregnancy. *Clin Drug Invest* 24, (3) pp. 157-179
10. Bernazzani O.; Jean-Francois Saucier; Hélene David (1997). Psychosocial Factors Related to Emotional Disturbances During Pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research* 42 (4) pp. 391-402.
11. Bloch, M.; N. Rotenberg; Dan Koren; Ehud Klein (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry* 28, (3).
12. Bowlby J., (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.
13. Bowlby J., (1995). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Morata.
14. Brockington, I. (2004, Junio). Forum: Diagnosis and Management of post- partum disorders. *From World Psychiatry, Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 3 (3).
15. Brown, T. A; D. H. Barlow (2005). Dimensional Versus Categorical Classification of Mental Disorders in the Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and Beyond: Comment on the Special Section. *Journal of Abnormal Psychology* 114, (4) pp. 551-556
16. Bruga, S.; Wheatley; N.A. Taub; A. Culverwell; T. Friedman; P. Kirwan; D. R. Jones; D.A. Shapiro (2000). Pragmatic Randomized

- Trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors. *Psychological Medicine* 30 pp. 1273-1281
17. Canaval, G. E.; M. C. González; L. Martínez-Schallmoser (2000). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Med* 3 (1) pp. 4-10
 18. Chandra, M.; P. Tharyan; J. Muliyl & S. Abraham (2002). Postpartum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. *of Psychiatric*. 181 pp.499-504
 19. Crespo Blanco J.M. (1998). En Roca Bennasar Miguel (1999). Cord. Trastornos del humor. Panamericana (sociedad española de Psiquiatría Biológica).
 20. Cutrona, C. E.; B. R. Trotman (1986). Social support, Infant Temperament, and Parenting Self-Efficacy: A Mediational Model of postpartum depression. *Child Development* 57 pp. 1507-1518.
 21. Cuthbert, B. N. (2005). Dimensional models of psychopathology: research agenda and clinical utility. *Journal of Abnormal psycholog*. 114 (4) pp. 565-569.
 22. Delgado, P V. (2000) Depresión Posparto: revisión de la literatura. *Psiquis México*, 9:11-16
 23. Dennis E C. Lee. (2004, Agosto). Preventing postpartum depression part II: a critical review of nonbiological interventions. *Can J Psychiatr* 49 (8) pp. 526-538.
 24. Dennis E C. Lee. (2005, Julio). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ* 331 (2) pp. 1-8.
 25. Dennis E. C. Lee; Janssen P.A.; Singer J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand* 110 pp. 338-346.
 26. Elliot, S; T.; J. Leverton; M. Sanjack; H. Turne; P. Cowmeadow, J. Hopkins; Diane Bushnell (2000). Promoting mental health after childbirth: A controlled trial of primary prevention of postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology* 39 pp. 233-241
 27. First, M. B. (2005). Clinical Utility: A Prerequisite for the adoption of a dimensional Approach in DSM. *Journal of Abnormal psychology* 114, (4) pp. 560-564.
 28. Freeman, M. P. (2004, Septiembre) Editor. Postpartum depression. *J Clin Psychiatry* 65
 29. García, E. L.; A: Torres; P. Navarro (2005). Maternidad no planificada y psicomorbilidad un riesgo evitable. *Rev. Psiquiatría Fac Med Barna* 32, (3) pp. 111-118
 30. García, F. L; H. A. Ortega-Soto; M. Ontiveros (1991). La incidencia de la depresión postpartum. En *Anales del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"*.
 31. Gotlib, I. H.; V. E. Whiffen; P. M. Wallace (1991). Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal psychology* 100 (2).
 32. Holzman, C. (2006, Marzo). A life course perspective on depressive

- symptoms mid pregnancy. *Maternal and child Health Journal* 10 (2).
33. Juarado, S. Ma. Enedina Villegas, Lourdes Méndez, Fabiola Rodríguez, Verónica Loperena y Rubén Varela (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de Mexico. *Salud Mental* 21 3:26-31
 34. Kendler K., (1998). Boundaries of major depression an evaluation of DSM-IV criteria. En Roca Bennasar Miguel (1999). Cord. Trastornos del humor. Panamericana (sociedad española de Psiquiatría Biológica).
 35. Kinderman, P. (2005). Apsychological model of mental disorder. *Harv Rev Psychiatry* 13 pp. 206-217.
 36. Kitamura, T.; M. Sugawara; K Sugawara; M. A. Toda; Shima S. (1996). Psychosocial study of depresión in early pregnancy. *British Journal of Psychiatry* 168 pp. 732-738.
 37. Kitamura, T.; M. Sugawara; K Sugawara; M. A. Toda; Shima S. (1996). Clinical and psychosocial correlates of antenatal depresión: a review. *Psychorther Psychosom* 65 pp. 117-123.
 38. Kruger, R F.; Watson D.; Barlow D. (2005). Introduction to special section: Toward a Dimensionally based taxonomy of psychopathology. *Journal of Abnormal psychology* 114 (4) pp. 491-493.
 39. Kupfer, David J. (2005). Dimensional Models for research and diagnosis: a current dilemma. *Journal of Abnormal psychology* 114 (4) pp. 557-559
 40. Jadresic, E. M.; Jara C.; R. Araya (1992). Depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo. *Acta psiquiátr Psicol. Am lat.* 39 (1) pp. 63-74.
 41. L. A. Rohde; E. Busnello; A. Wolf; A. Zomer (1997). Maternity Blues in Brazilian women. *Acta Psychiatr Scand* 95 pp.231-235
 42. Langer, A.; J. L. Bobadilla; M. Bronfman (1988, Enero- Febrero). El apoyo psicosocial durante el periodo perinatal revisión conceptual y bibliográfica. *Salud Pública de México* 30 (1)
 43. Lara, M. A. (2002). Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión. Tesis de doctorado en Ciencias Médicas. Facultad de Medicina, UNAM.
 44. Lara, M. A., (2003). Intervención psicososial para mujeres con depresion. *Perinatol Report Hum* 17 pp.219-229.
 45. Lara, M. A., (no publicado). Salud metal de mamás y bebés. Prevención de la depresión posparto. Proyecto de investigación. *Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"*
 46. Lara, M. A., Teresa García Hubard (no publicado). Salud metal de mamás y bebés. Prevención de la depresión posparto. Manual *Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"*
 47. Lara, M A. Navarrete L. (2004) Trastornos mentales en el posparto. Boletín Información Clínica. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente* 15 (7) pp. 37-38
 48. Lartigue, B. T.; J. Vives R.; A. Cordova [spi]. Adolescentes y adultas embarazadas: un estudio psicológico comparativo.
 49. Le Huynh-Nhu, R. Muñoz; J. Soto (2004, Noviembre). Identifying risk for onset of major depressive episodes in low-income Latinas during

- pregnancy and postpartum. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 26 (4) pp. 463-482.
50. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta edición (por sus siglas en inglés DSM-IV, American Psychiatric Association [APA], 1994)
 51. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. cuarta edición revisada (por sus siglas en inglés DSM-IV-TR, American Psychiatric Association [APA], 2000).
 52. Mazure M. Carolyn; Gwendolyn P. Kelta; Mary C. Blehar (2002 Abril). Summit on Women and Depression. Proceedings and Recommendations. Wye River Conference Center Queenstown. The American Psychological Association. pp. 2 -27
 53. McCullough Jr. James P. (2003). Tratamiento para la depresión crónica. Sistema de psicoterapia de análisis cognitivo conductual (CBASP). Trad. de Gloria Padilla Sierra. Manual Moderno. México.
 54. McGlade, M. S.; Somnath S.; M. E. Danistrom (2004, Diciembre). The latina Paradox: An opportunity for Restructuring prenatal care delivery. *American Journal of Public Health* 94, (12).
 55. Mrazek, P., (Ed); Haggerty Robert, (Ed), (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC, US: National Academy Press, pp xxvii, 605.
 56. Morales-Carmona, F.; M. Luque-Coqui; J. Barroso-Aguirre (2000). Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos ginecoobstétricos. *Perinatol Reprod Hum* 16 pp.157-162
 57. Moses-Kolko, E. L.; E. Kraus (2004). Antepartum and postpartum depression: Healthy Mom, healthy baby. *Journal of the American Medical Women's Association (JAMWA)* 59 pp. 181-191
 58. Murray, L.; Cooper P. (1997). Postpartum Depresión and Child Development. New York, N.Y. The Guilford Press.
 59. Muñoz, R. F.; Huynh- Nhu Le; Chandra G. I.; M. A. Diaz; Guido G.; Urizar Jr.; J. Soto; T. Mendelson; K. Delucchi; A. F. Lieberman (en prensa). Prevention of Postpartum Depression in Low- Income Women: Development of the Mamás y Bebés / Mothers and Babies Course.
 60. Najman, J.M; M.J. Andersen; W Bor; M.J. O'Callaghan (2000). Postnatal depression- myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 35 pp. 19-27
 61. Navarrete, L. E (2003). Seguimiento a dos años de una intervencion psicoeducativa. Efectos en síntomas depresivos y somaticos. Tesis de licenciatura en Psicología. Facultad de psicología UNAM.
 62. Nonancs, R; Lee S. Cohen (2002). Depresión during pregnancy diagnosis ad treatment options. *J Clin Psychiatry* 63 (suppl 7) pp. 24-30
 63. O'Hara, M. W.; L. L. Gorman (2004). Can Postpartum Depresión Be Predicted? *Primary Psychiatry*, 11 (3):42-47.
 64. O'Hara, M. W.; Lynn P. Rem; S. B. Campbell (1982). Predicting depressive symptomatology: Cognitive- Behavioral models and depression postpartum. *Journal of Abnormal psychology* 91 (6) pp.457- 461

65. O'Hara, M. W.; D. J. Neunaber; E. M. Zekoski (1984). Prospective study of postpartum depression prevalence, course and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology* 93 (2) pp. 158- 171
66. Ortega, L.; T. Lartigue; M. E. Figueroa (2001, Enero- Marzo). Prevalencia de la depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 15, (1)
67. [s a]. Postpartum Disorders. *The Harvard Mental Health Letter* 14, 3 (1997, Septiembre).
68. Roca Bennasar Miguel (1999). Cord. Trastornos del humor. Panamericana (sociedad española de Psiquiatría Biológica).
69. Ross, L. E.; E. M. Sellers; S.E. Gilbert; M.K. Romach (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatr Scand* 109 pp. 457-466
70. Rottenberg, J.; J. Gross; I. H. Gotlib (2005). Emotion Context Insensitivity in Major Depressive Disorder. *Journal of Abnormal psychology* 114 (4) pp. 627-639.
71. Salvatierra, V. M. (1990). Psicobiología del embarazo y sus trastornos. Barcelona, España: Martínez Roca (SALUD 2000).
72. Steiner, M; Yonkers K; Eriksson E. (2002). Mood Disorders in Woman. *Journal of Psychopharmacology*, 16 (4) pp 404.
73. Seyfried, L.S.; Marcus S.M. (2003). Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry*. 15 pp. 231-242.
74. Vallejo J.; Baca Baldomero; Cervera Enguix; Cuenca F.; Leal Cercos, Roca Bennasar (1998). Clasificación y concepto. En Roca Bennasar Miguel (1999). Cord. Trastornos del humor. Panamericana (sociedad española de Psiquiatría Biológica).
75. Vega, D.; Mazzotti G.; Stucchi-Portocarrero; Campos M. (1999). Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres postparto. *Actas Esp Psiquiatr* 27 (5) pp. 299-303
76. Warner R.; L. L. Appleby; A. Whitton; B. Faragher (1996). Demographic and Obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry* 168 pp. 607-611.
77. Watson J.P.; S.A. Elliott; A.J.Rugg; D.I Brough (1994). Psychaitric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry* 144 pp.453-462.
78. Watson David (2005). Rethinking the modd and anxiety disorders: A cuantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal psychology* 114 (4) pp. 522- 536
79. Wolf A.W.; I. Andraca; B. Lozoff (2002). Maternal depression in three Latin American samples. *Soc psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37 pp. 169-176.
80. Zarate Hidalgo Leopoldo, Corona Hernández Fernando (2005). Los trastornos depresivos. En Manual de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. (2005).
81. Zayas L. H.; C. Jankowski; M. D. McKee (2003, Agosto). Prenatal and postpartum depression among low-income dominican and puertorican women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 25 (3) pp 370-385.

82. Zayas L. H.; C. Jankowski; M. D. McKee (2004, Septiembre-Octubre). Adapting psychosocial intervention research to urban primary care environments: a case example. *Annals of Family Medicine* 2 (5) pp. 504-508