



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**“Factores relacionados con depresión posparto en
pacientes atendidas en la UMAE Hospital de Gineco-
Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”
del Instituto Mexicano del Seguro Social”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

GABRIELA CABRERA AGUILAR

ASESOR:

DR. CLAUDIO QUINZAÑOS FRESNEDO

Coordinación de Investigación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de
Gineco-Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”
Instituto Mexicano del Seguro Social



MÉXICO D. F.

2009



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.

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco-Obstetricia

4 "LUIS CASTELAZO AYALA"

Instituto Mexicano del Seguro Social

Tesis

"Factores relacionados con depresión posparto en pacientes atendidas en la UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia # 4 "Luis Castelazo Ayala" del "Instituto Mexicano del Seguro Social"

Dr. Gilberto Tena Alavez

Director General

Dr. Carlos Emiro Morán Villota

Director de Educación e Investigación en Salud

Dr. Claudio Quinzaños Fresnedo

Médico Adscrito

AGRADECIMIENTOS

A Dios por llenarme de bendiciones y porque sin él no soy nada.

A mis padres Fe y Héctor, porque son mi ejemplo a seguir y porque son el amor de mi vida

A mis hermanos Fe, Miriam, Cris, Héctor (Mac), Dulce Mariana (Bombis) y Gustavo, por su apoyo, amor y tiempo compartido.

Al Doctor Claudio Quinzaños Fresnedo, por su valiosa aportación y asesoría, por ser un buen ejemplo y sobre todo un buen amigo, gracias por todo.

A mis familiares y amigos, por los bellos momentos, por la alegría y cariño que me dan y por estar siempre en mi vida.

Al Hospital de Gineco-Obstetricia #4 "Luis Castelazo Ayala", por que me ha dado los conocimientos que obtuve durante la residencia y por haber dejado una importante huella en mi camino.

A todos mis maestros, compañeros y pacientes porque he aprendido de cada uno de ellos, por su disponibilidad, dedicación y enseñanza.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, porque soy hecha en CU, orgullosamente UNAM.

ÍNDICE

Resumen.....	1
Antecedentes.....	2
Objetivo.....	6
Planteamiento del problema.....	7
Justificación.....	8
Hipótesis.....	9
Pacientes y Métodos.....	10
Resultados.....	15
Discusión.....	16
Conclusión.....	18
Bibliografía.....	19
Tablas y Figuras.....	22
Anexos.....	26

ABREVIATURAS

RN:	Recién nacido
SDG	Semanas de Gestación
UMAE:	Unidad Médica de Alta Especialidad
HGO:	Hospital de Gineco-Obstetricia
EDPPE:	Escala de depresión postparto de Edimburgo
VPN:	Valor Predictivo Negativo
VPP:	Valor Predictivo Positivo
IMSS:	Instituto Mexicano del Seguro Social
DPP:	Depresión posparto
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences

“Factores relacionados con depresión posparto en pacientes atendidas en la UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia # 4 “Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social”

RESUMEN

Introducción:

La depresión posparto (DPP) se presenta hasta en el 12.5% de las mujeres. Esta patología es subestimada, siendo que puede tener efectos negativos para la madre y el neonato.

Objetivo:

Determinar los factores relacionados a DPP en pacientes atendidas en la UMAE HGO # 4 “Luis Castelazo Ayala” del IMSS.

Determinar si la aplicación de la escala de Edimburgo en el puerperio inmediato es útil para identificar a las pacientes en riesgo de desarrollar depresión posparto.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, longitudinal y comparativo de tipo cohorte. Se incluyeron un total de 300 mujeres en puerperio inmediato atendidas en la UMAE HGO # 4 “Luis Castelazo Ayala” del IMSS, a quienes se les aplicó la EDPPE y cuestionario acerca de factores relacionados a depresión posparto en el puerperio inmediato y a las 6 semanas. Se consideró depresión posparto en pacientes que tuvieron 8 o más puntos en la EDPPE a las 6 semanas.

Resultados:

De un total de 267 pacientes que concluyeron el estudio, 29 (10.5%) presentaron depresión posparto a las 6 semanas. La edad promedio para pacientes con y sin depresión posparto fue de 28.3 y 26.5 años respectivamente. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se comparó a las pacientes con y sin depresión posparto (antecedente de enfermedades crónico degenerativas, antecedente personal y en familiar de primer grado de depresión, antecedente de alcoholismo en familiar de primer grado, embarazo deseado, lactancia exclusiva, entre otros).

Mediante curva ROC se encontró que la EDPPE al aplicarse en las primeras 24 horas del puerperio y tomando como punto de corte una puntuación de 9, tiene una sensibilidad del 93.1% y especificidad del 90.1 %, con un VPP del 54% y VPN del 99%, para la detección de depresión posparto.

Conclusiones:

Existen diferencias en algunos antecedentes personales y familiares cuando se compara a las pacientes con y sin depresión posparto. La aplicación de la EDPPE es útil como prueba de tamizaje al aplicarse en las primeras 24 horas del puerperio en la detección de pacientes en riesgo de desarrollar depresión posparto.

Palabras clave: Depresión, posparto.

ANTECEDENTES

La depresión posparto es una alteración patológica del estado de ánimo, con descenso del humor y tristeza, acompañada de síntomas vegetativos, emocionales, del pensamiento y del comportamiento, que persisten por lo menos dos semanas (1). Se estima que la mitad de los casos pasan inadvertidos, porque las mujeres no solicitan ayuda o porque los proveedores de servicios de salud no reconocen los síntomas (2).

Se trata pues de un trastorno depresivo atípico en pacientes púerperas caracterizado por la persistencia de un estado de ánimo deprimido, disminución del interés o placer en actividades habituales, junto con alteraciones en las siguientes funciones: apetito, sueño, función psicomotora, nivel de energía o de concentración. También puede tener pensamientos periódicos de muerte o ideación suicida, o pensamientos recurrentes acerca de dañar al bebé. La aparición puede ser tan temprana como 4 semanas después del parto, pero es más común su diagnóstico entre las 6 y 12 semanas postparto (3).

El parto representa para las mujeres un momento de gran vulnerabilidad para presentar trastornos del estado de ánimo. La depresión posparto es la forma más frecuente de morbilidad materna durante el puerperio (4). Diversos estudios epidemiológicos han reportado diferentes tasas de depresión posparto, que van desde el 3 al 25%. Un meta-análisis de 59 estudios reportó una tasa global del 13% (5,6). En tesis publicada y realizada en la UMAE HGO # 4 "Luis Castelazo Ayala" del IMSS en el 2007, se encontró una tasa del 12.25% (7).

Las mujeres que han sufrido un episodio de depresión postparto tienen un riesgo de recurrencia de alrededor del 25% (8).

La depresión posparto es un padecimiento con relevancia en salud pública ya que se asocia con importantes secuelas para las madres, los niños y las familias, no solo afectando el bienestar y salud de las mujeres, sino que también ponen en riesgo el vínculo de apego y la estabilidad familiar, contribuyendo a la aparición de problemas o trastornos en los hijos (9).

Esta patología se ha asociado con problemas en el desarrollo de la descendencia de las mujeres afectadas, con una incidencia global de retraso en el desarrollo de hijos de madres que presentaron esta enfermedad en un 9% (10). También puede disminuir la capacidad de auto-cuidado, incluida la falta de nutrición, el abuso de drogas o de alcohol y la pobre asistencia clínica prenatal, que puede comprometer la salud física y mental de la mujer y pueden reducir una óptima monitorización fetal (11). Así la relación entre la madre y el lactante puede verse seriamente comprometida (12).

La identificación temprana de las mujeres en situación de riesgo para presentar depresión posparto, sobre la base de la sintomatología depresiva en el período de postparto inmediato, debe incluir evaluaciones de los últimos episodios depresivos, rasgos de personalidad vulnerables, los recientes acontecimientos de la vida estresante, la disponibilidad de apoyo, la satisfacción de la alimentación de los lactantes, entre otros. La hipertensión inducida por el embarazo también debería ser considerada como asociada a mayor riesgo de desarrollar depresión posparto (13). Así pues los factores de riesgo asociados son de tipo psicológico, orgánico, familiar y sociodemográfico (1). Existe reciente evidencia que sugiere que la depresión es más frecuente diagnosticarla durante el embarazo que en el puerperio (14).

Se han descrito una serie de factores predisponentes para la depresión posparto los cuales incluyen: edad, nivel socioeconómico bajo, menor nivel educativo, historia de depresión, historia de un aborto involuntario o terminación del embarazo, historia de abuso sexual, ansiedad en el embarazo, baja autoestima y bajo apoyo social, depresión prenatal, estrés y estilo de vida (11).

El riesgo de depresión posparto en una paciente con un pariente de primer grado con depresión mayor puede ser tan alto como 25% (10).

El tipo de personalidad, en especial la combinación de un alto neuroticismo e introversión, puede ser un importante determinante para esta patología (15).

En un estudio prospectivo se encontró que un tercio de las mujeres con trastornos de la alimentación presentaron depresión posparto (16).

Actualmente la interrupción del embarazo mediante operación cesárea es un evento relativamente común en el mundo. Desde 1970, se ha planteado que ésta vía de interrupción pudiera estar asociada con consecuencias psicológicas negativas para las mujeres, incluyendo la depresión posparto. Sin embargo diferentes estudios no han podido encontrar una asociación entre cesárea y depresión posparto (17).

La cesárea no aumenta el riesgo de dolor persistente y de depresión posparto. Sin embargo, la gravedad de la respuesta al dolor agudo predice la persistencia de la morbilidad, lo que sugiere la necesidad de abordar más detenidamente el tratamiento del dolor en los días después del parto (18).

Una de las dificultades en el diagnóstico de la depresión posparto es el hecho que solo existe un instrumento para su diagnóstico que ha sido validado para su uso en población mexicana apenas hasta hace algunos años (13). Dicho instrumento es la escala de Edimburgo.

La escala de depresión posparto de Edimburgo fue desarrollada por Cox en 1987, como instrumento de detección de depresión, utilizada para detectar pacientes con depresión posparto al evaluar la intensidad de los síntomas depresivos. Esta escala ha demostrado tener mayor sensibilidad para la detección de depresión posparto que la consulta periódica en la atención primaria de salud (19).

Esta prueba ha sido desarrollada específicamente para la evaluación de síntomas de depresión posparto, la cual tiene buenas propiedades psicométricas y ha sido validada en los Países Bajos (20). La EDPPE en comparación con otras evaluaciones, ha demostrado tener mejor validez cuando se aplica en la mujer puerpera; es decir, tiene mayor exactitud en la identificación de las mujeres con verdadera depresión que otros instrumentos y además es una entrevista corta y de fácil aplicación (21, 22). La escala de depresión posparto de Edimburgo fue validada en población de mujeres puerperas mexicanas encontrando que la calificación de 8 sirve como punto de corte para el diagnóstico de depresión (23).

En otro estudio llevado a cabo en población mexicana se estableció un punto de corte de 14 puntos, sin embargo dicho estudio fue llevado a cabo durante la gestación y la escala fue diseñada para ser aplicada en el puerperio tardío, lo cual puede explicar las diferencias en los resultados (24). Otro aspecto importante es que en el estudio antes mencionado la escala de Edimburgo se compara con la escala de automedición de la depresión de Zung, mientras que en el estudio realizado durante el puerperio (23), la escala de Edimburgo se compara con el estándar de oro para el diagnóstico, que son los criterios del DSMIV para diagnóstico de trastornos psiquiátricos del eje II. Así pues parece que el mejor punto de corte es el de 8 puntos a las 6 semanas del parto.

Estudios recientes han mostrado que la aplicación temprana (en el puerperio mediato) de la misma escala de Edimburgo sirve como prueba de escrutinio para identificar a las pacientes en riesgo de desarrollar depresión posparto, con puntos de corte entre 11 y 14 (25, 26).

La identificación de los factores asociados permite detectar la población en riesgo y diseñar estrategias de prevención pertinentes (1).

El pronóstico no difiere significativamente de las depresiones fuera del puerperio y, cuando es tratada a tiempo, el pronóstico es bueno (1). Se ha encontrado que existen medicamentos como la sertralina que utilizada durante el embarazo confiere eficacia preventiva de depresión posparto (27).

Es importante considerar que esta patología es un problema de salud mental con alta prevalencia y no se debe subestimar ni infra-diagnosticar; por lo que obstetras, enfermeras, médicos generales y

en general todo el personal debe ser capaz de tomar un papel activo en la identificación de la depresión materna (10).

No se ha realizado ningún estudio que analice la utilidad de la aplicación de la escala de depresión posparto de Edimburgo durante el puerperio inmediato en población mexicana, como prueba de tamizaje para identificar a las pacientes que desarrollaran depresión posparto.

No se han realizado estudios que busquen identificar factores de riesgo en nuestra población. Por lo anterior el presente estudio busca validar la EDPPE en el puerperio inmediato e identificar factores relacionados a depresión posparto.

OBJETIVOS

GENERALES.

1. Determinar cuáles factores se relacionan con depresión posparto en pacientes atendidas en la UMAE HGO #4 "Luis Castelazo Ayala" del IMSS.
2. Determinar si la aplicación de la EDPPE en el puerperio inmediato es útil para identificar a las pacientes en riesgo de desarrollar depresión posparto.

ESPECIFICOS.

1. Determinar la tasa de depresión posparto en pacientes atendidas en la UMAE HGO #4 "Luis Castelazo Ayala" del IMSS.
2. Determinar la frecuencia de los factores que se relacionan con depresión posparto en pacientes atendidas en dicho Hospital.
3. Determinar si existen diferencias en las puntuaciones obtenidas en la escala de Edimburgo aplicada en el puerperio inmediato entre las pacientes que desarrollan depresión posparto y aquellas que no la desarrollan.
4. Determinar si la calificación obtenida en la escala de Edimburgo permite identificar a las pacientes que desarrollaran depresión posparto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Existen diferencias en los factores sociales, demográficos, médicos y relacionales entre las pacientes que desarrollan depresión en el posparto en comparación con aquellas que no la desarrollan?

¿Cuál es la utilidad de la aplicación de la escala de depresión posparto de Edimburgo durante el puerperio inmediato en la identificación de pacientes que desarrollarán depresión posparto?

JUSTIFICACIÓN

La depresión en el posparto es una patología con una incidencia importante que muchas veces se subestima. En un estudio realizado en 204 pacientes mayores de 19 años en el Hospital de Ginecología y Obstetricia # 4 "Luis Castelazo Ayala" del IMSS en el 2007, se encontró una incidencia del 12.25% de DPP, lo que representa un número considerable de pacientes que presentan esta enfermedad, la cual puede provocar complicaciones médicas, sociales y psicológicas importantes, por lo que consideramos de gran relevancia conocer los factores relacionados a un incremento en el riesgo de desarrollarla. Es importante conocer de igual forma si la aplicación de la escala de depresión posparto de Edimburgo, permite detectar tempranamente, antes del egreso de la paciente, aquellas con alto riesgo de depresión posparto y brindar valoración y tratamiento oportuno.

HIPÓTESIS ALTERNA

1. Existen diferencias en los factores considerados entre el grupo de pacientes que presentan depresión posparto y aquellas que no la presentan.
2. La aplicación de la escala de Edimburgo en el puerperio inmediato es una prueba útil para identificar pacientes que desarrollarán depresión posparto.

HIPÓTESIS NULA

1. No existen diferencias en los factores considerados entre el grupo de pacientes que presentan depresión posparto y aquellas que no la presentan.
2. La aplicación de la escala de Edimburgo en el puerperio inmediato no es una prueba útil para identificar pacientes que desarrollarán depresión posparto.

PACIENTES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, prospectivo, longitudinal, comparativo de tipo cohorte.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes en puerperio inmediato, donde la interrupción del embarazo tuvo lugar en la UMAE HGO # 4 "Luis Castelazo Ayala".

Pacientes que desearon participar en el estudio.

Mujeres que cursaron embarazo con productos viables (más de 28 SDG).

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Pacientes con trastornos psiquiátricos actualmente en tratamiento.

Pacientes en puerperio inmediato, donde la interrupción del embarazo fue en otro Hospital.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Deseo de abandonar el estudio.

Hoja de captación de datos incompleta.

Pacientes ya captadas que no acudieron al seguimiento a las seis semanas del puerperio.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variables independientes:

- Puntuación en EDPPE

Variable cuantitativa discontinua la cual consiste en el total de puntos obtenidos en la EDPPE.

La EDPPE es una escala que consiste en 10 ítems con 4 posibles respuestas cada una con un valor de 0 a 3 puntos siendo un mínimo de 0 y un máximo de 30 (Anexo1).

- Diferentes Factores

Antecedentes personales

Edad: variable cuantitativa continua, en años.

Estado civil: variable cualitativa nominal. Casada, soltera, separada o unión libre.

Escolaridad: variable cualitativa nominal. Analfabeta, primaria, secundaria, medio superior o licenciatura.

Pareja estable (en base a lo que la paciente considere): variable cualitativa dicotómica, si o no.

Vive sola: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Trabaja: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Patología crónica: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Discapacidad física: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Síntomas depresivos anteriores: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Cuadros depresivos anteriores: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Trastorno bipolar u otra enfermedad psiquiátrica: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Toxicomanías (alcoholismo o drogadicción): variable cualitativa dicotómica, si o no.

Antecedentes familiares

Alcoholismo en la pareja: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Alcoholismo en familia con la que convive: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Dependencia económica de padres o pareja: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Antecedentes de depresión en familiares de primer grado: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Antecedentes de padecimientos crónicos degenerativos en su familia: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Antecedentes de trastornos de salud mental en su familia: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Antecedentes de embarazos anteriores

Número de embarazos: variable cuantitativa continua.

Antecedente de abortos: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Nº hijos vivos: variable cuantitativa discontinua.

Hijos sanos: variable cuantitativa discontinua.

Hijo con enfermedad mental: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Hijo con enfermedad física crónica: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Antecedentes de este embarazo

Embarazo deseado: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Embarazo aceptado: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Dificultad para concebir: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Embarazo múltiple: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Durante el embarazo trabajó: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Tabaquismo durante el embarazo: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Alcoholismo durante el embarazo: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Uso de drogas durante el embarazo: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Tipo de embarazo: variable cualitativa dicotómica, normal o complicado.

Antecedentes del parto

Embarazo de término (en caso de embarazo mayor o igual a 37 SDG): variable cualitativa dicotómica, si o no.

Vía de interrupción: variable cualitativa nominal, vaginal, cesárea o fórceps.

Complicación durante la interrupción del embarazo: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Antecedentes del puerperio

Patología durante el puerperio: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Antecedentes del recién nacido

Complicaciones neonatales: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Estancia prolongada en el hospital del recién nacido (en caso de una estancia mayor a 3 días): variable cualitativa dicotómica, si o no.

Patología del recién nacido: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Patología del lactante (a las 6 semanas): variable cualitativa dicotómica, si o no.

Problema de lactancia: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Lactancia exclusiva: variable cualitativa dicotómica, si o no.

Antecedentes psicológicos individuales y relacionales

Calidad de relación con los padres durante el embarazo: variable cualitativa ordinal, escalar tipo Likert; muy buena, buena, regular, mala o muy mala.

Calidad de relación con el padre del recién nacido durante el embarazo: variable cualitativa ordinal, escalar tipo Likert; muy buena, buena, regular, mala o muy mala.

Sentimiento con respecto a la maternidad: variable cualitativa nominal; preparada, no preparada o no sabe.

Apoyo desde el nacimiento de su hijo (en caso de sentirse apoyada): variable cualitativa dicotómica; si o no.

Sensación de útero vacío: variable cualitativa dicotómica; si o no.

Emoción predominante después del parto: variable cualitativa nominal; Alegría, tristeza, rabia, miedo o confusión.

Sensación respecto al cuerpo después del parto: variable cualitativa nominal; conforme, disconforme o indiferente.

Reinicio de vida sexual: variable cualitativa dicotómica; si o no.

Comportamiento del recién nacido: variable cualitativa nominal; muy tranquilo, tranquilo, inquieto o muy inquieto.

Sensación con respecto a la lactancia: variable cualitativa nominal; agradable, desagradable o indiferente.

Nivel de estrés o sobrecarga experimentado en los cuidados del recién nacido; variable cualitativa nominal, escalar tipo Likert: muy alto, alto, moderado, bajo o muy bajo.

Variable dependiente:

Depresión posparto

Variable cualitativa dicotómica, Si o No

Presente con puntuación mayor o igual a 8 en la EDPPE aplicada a las seis semanas del puerperio.

UNIVERSO DE TRABAJO

Mujeres de áreas urbanas en puerperio inmediato, atendidas en la UMAE HGO # 4 "Luís Castelazo Ayala" del IMSS.

PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Tomando en consideración que se trata de un estudio tipo longitudinal, prospectivo y comparativo de tipo cohorte, que existe una incidencia de depresión post-parto de 13%, estableciendo un error estándar de 0.05, se obtiene un tamaño de muestra de 173 individuos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Se realizaron 2 grupos de acuerdo a si desarrollaron o no depresión posparto a las seis semanas. Se calculó la tasa de depresión a las 6 semanas del posparto. Para comparar los diferentes factores entre el grupo de pacientes que presentaron depresión posparto y aquellas que no la desarrollaron, se emplearon prueba de Chi cuadrada para variables cualitativas y prueba de la t para variables cuantitativas. En caso de diferencias significativas, se calcularon riesgos relativos mediante tablas de contingencia para variables dicotómicas.

Se compararon las calificaciones obtenidas en la EDPPE aplicada en el puerperio inmediato entre el grupo con depresión y sin depresión, mediante prueba para comparar variables cuantitativas en grupos independientes.

Se elaboró curva ROC para determinar la utilidad de la puntuación obtenida en la escala para el diagnóstico de depresión posparto en el puerperio inmediato. Se estableció mejor punto de corte mediante cálculo de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Se consideraron como estadísticamente significativos aquellos resultados con una $p < 0.05$.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, longitudinal, comparativo de tipo cohorte con información recogida en un período de 6 meses. Se incluyeron a un total de 300 mujeres mexicanas de población urbana en puerperio inmediato, que cursaron embarazo mayor a 28 SDG atendidas en la UMAE HGO # 4 “Luis Castelazo Ayala” del IMSS, localizado en México, Distrito Federal.

A dichas pacientes se les informó del estudio y se les proporcionó carta de consentimiento informado, insistiendo en la participación voluntaria y confidencialidad de las respuestas (anexo 2). Se aplicó la escala de depresión posparto de Edimburgo (anexo 1) en las primeras 24 horas y a las 6 semanas del puerperio y el cuestionario acerca de factores de riesgo asociados a depresión postparto a las 6 semanas del puerperio (anexo 3). La captación y primera encuesta se realizó durante la estancia de las pacientes en el hospital. La segunda encuesta se llevó a cabo en el servicio de obstetricia previa cita a las 6 semanas del puerperio. En caso de obtener una puntuación mayor a 8 a las 6 semanas, las pacientes fueron canalizadas al servicio de psiquiatría de la unidad para valoración y manejo específico.

Se obtuvo información acerca de factores relacionados a DPP mediante la aplicación de cuestionario elaborado por los investigadores, basado en la literatura nacional e internacional. Así se detectaron tanto antecedentes personales, familiares, del embarazo anterior y actual, del parto, del puerperio y sobre el recién nacido. También se preguntó acerca de aspectos psicológicos individuales y relacionados con depresión posparto

Una vez completados los formatos con la información recolectada, se capturó y se elaboró una base de datos, que fue analizada a través del programa SPSS versión 13.0.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 300 mujeres de las cuales 33 (10%) no completaron el seguimiento, quedando un total de 267 sujetos para el análisis de datos. La edad promedio para pacientes con y sin depresión posparto fue de 28.3 (+/-6.3DS) y 26.5 (+/-5.8DS) años respectivamente.

De las 267 pacientes, 29 (10.5%) presentaron depresión posparto a las 6 semanas.

La distribución y comparación de las distintas variables entre los grupos se presentan en las tablas 1, 2 y 3.

En la tabla 1 se muestran los factores que en el análisis mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Al considerar el antecedente de trastorno depresivo se encontró que al estar presente se tiene un riesgo relativo para presentar depresión posparto de 12.9 (IC 95% 4.49-37.2) ($p < 0.001$).

Al considerar el antecedente de trastorno depresivo en familiar de primer grado, se encontró que al estar presente se tiene un riesgo relativo para presentar depresión posparto de 9.36 (IC 95% 3.9-22.3) ($p < 0.001$).

Al considerar el antecedente de alcoholismo en familiar de primer grado se encontró que al estar presente se tiene un riesgo relativo para presentar depresión posparto del 4.29 (IC 95% 1.37-13.4) ($p < 0.005$).

Al considerar el antecedente de embarazo no deseado se encontró que al estar presente se tiene un riesgo relativo de 1.2 (IC 95% 1.0-1.5) ($p < 0.005$) para depresión posparto.

Al comparar ambos grupos a las 6 semanas del puerperio, se encontró una menor prevalencia de lactancia exclusiva en el grupo con depresión ($p < 0.005$).

Mediante curva de sensibilidad y especificidad (ROC) se encontró que la escala de Edimburgo al aplicarse en las primeras 24 horas del puerperio tiene una sensibilidad del 93.1%, especificidad del 90.1%, con un VPP del 54% y un VPN del 99% con un punto de corte de 9 puntos para detectar a las mujeres que a las 6 semanas tendrán puntuaciones mayores a 8 puntos en la misma escala (figura 1).

En la tabla 2 y 3 se observan todos aquellos factores en los que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

La tasa de depresión posparto encontrada fue de 10.5%, similar al encontrado en estudio previo realizado en el mismo Hospital y equivalente al encontrado también en otros estudios de literatura nacional e internacional (5,6 y 7). Es importante comentar que el tipo de población incluida en el estudio es similar socioeconómicamente a los descritos.

Entre los factores relacionados a depresión posparto la hospitalización prolongada del recién nacido presenta diferencias estadísticamente significativas, confirmando lo que ya se había descrito, siendo más frecuentes los casos de DPP en pacientes con mayor estancia en el hospital del RN (13).

En cuanto a la presencia de antecedente de depresión tanto personal como en un familiar de primer grado, se confirmó que estos antecedentes incrementan el riesgo de DPP (10).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la vía de interrupción del embarazo como factor predisponente a desarrollar DPP como ya había sido descrito en otros estudios (17).

En cuanto a la relación con la familia y con la pareja se encontró que esta tendía a ser de menor calidad en el grupo de pacientes con depresión en el puerperio.

Se han descrito una serie de factores relacionados con depresión en el posparto como son la historia de un aborto involuntario, número de embarazos, bajo apoyo social y económico, sensación de útero vacío, complicaciones en el puerperio, estrés y estilo de vida sin embargo en este estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en dichos factores (11).

Otros factores que no habían mostrado diferencias en otros estudios, en este si las mostraron. La depresión en el puerperio fue más frecuente en pacientes con enfermedad crónico-degenerativa, embarazo complicado, sensación de inconformidad con respecto al cuerpo y sentimiento de tristeza como emoción predominante. Dichas diferencias no habían sido descritas anteriormente.

Confirmamos lo descrito en un estudio reciente realizado por Masmoudi y cols., donde se muestra que la aplicación temprana de la EDPPE en la primera semana del puerperio es útil como prueba de escrutinio para identificar a las pacientes en riesgo de desarrollar depresión posparto, con puntos de corte entre 11 y 14 (25, 26). En nuestro estudio se confirma su utilidad como prueba de tamizaje, en las primeras 24 horas, para identificar a las mujeres en riesgo de tener puntuaciones superiores a 8 puntos en la escala a las 6 semanas. Lo anterior implica un riesgo muy elevado de depresión posparto.

Dada la especificidad y el alto valor predictivo negativo encontrado, es de considerarse como rutina la aplicación de la EDPPE en las primeras 24 horas del puerperio, con la finalidad de detectar aquellas con riesgo de desarrollar depresión posparto. De este modo se evitarían múltiples complicaciones como son retraso en el desarrollo de hijos, disminución de la capacidad de auto-cuidado, falta de nutrición, abuso de drogas o del alcohol y pobre asistencia del lactante, comprometiendo así la salud física y mental de la mujer y reduciendo los cuidados del recién nacido (11). La alteración en la relación madre-hijo afecta de forma importante al núcleo de la sociedad que es la familia. Es así como la depresión posparto es un padecimiento con relevancia en salud pública por las secuelas que conlleva en el vínculo de apego y la estabilidad familiar, contribuyendo a la aparición de problemas o trastornos en los hijos (9).

La EDPPE no solo detecta a las mujeres con riesgo de desarrollar depresión en el puerperio sino también permite descartar pacientes que no van a presentar dicha enfermedad, ya que al tener un puntaje menor de 9 hay una certeza de hasta el 99% de que dicho sujeto, va a presentar una puntuación menor a 8 en la escala, a las 6 semanas.

Se considera que la aplicación de la escala en las primeras 24 horas del puerperio es una herramienta útil para la detección de pacientes en riesgo de desarrollar depresión posparto, así como para su manejo oportuno y que permite encaminar los recursos a un grupo en verdadero riesgo. Una de las ventajas de la EDPPE es el ser una herramienta de fácil y rápida aplicación.

De acuerdo a los resultados se confirma que existen diferencias en los factores considerados entre el grupo de pacientes que presentan depresión posparto y aquellas que no la presentan. Así mismo se corrobora que la aplicación de la EDPPE en el puerperio inmediato, es útil como prueba de tamizaje para identificar pacientes en riesgo de desarrollar depresión posparto.

Aun faltan muchos estudios por desarrollar, para investigar acerca de factores de riesgo de DPP. Es importante evaluar si la EDPPE en combinación con dichos factores mejoraría la sensibilidad, para que de forma conjunta se detecte un mayor número de pacientes con riesgo a desarrollarla.

Una limitante en el estudio es que el seguimiento fue a seis semanas, siendo que se han descrito casos de depresión posparto hasta un año después y que el mejor momento para su detección es entre las 6 y 12 semanas del posparto. Lo anterior pudo ocasionar una tasa de DP menor a la real, lo cual se puede modificar realizando estudios con seguimiento a un año.

CONCLUSIONES

1. La tasa de depresión posparto fue de 10.5%, siendo esta una patología frecuente.
2. Existen diferencias en diversos factores cuando se compara a las pacientes con y sin depresión posparto.
3. No se encontraron diferencias en algunos factores que habían sido descritos anteriormente.
4. La aplicación de la EDPPE es útil como prueba de tamizaje al aplicarse en las primeras 24 horas del puerperio en la detección de pacientes en riesgo de desarrollar depresión posparto con un punto de corte de 9 puntos, tiene una sensibilidad del 93.1% y especificidad del 90.1 %.
5. Las mujeres con menos de 9 puntos de calificación obtenida en la EDPPE, tienen el 99% de seguridad de no estar en riesgo de presentar depresión posparto.
6. Es necesario realizar más estudios para determinar relaciones entre los diferentes factores y la depresión posparto con un mayor número de sujetos que permita hacer un análisis de regresión multivariada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Poo A, Espejo C, Godoy C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un centro de atención primaria en el sur de Chile. *Rev Méd Chile* 2008; 136: 44-52.
2. Gjerdingen D, Yawn B. Postpartum depression screening: Importance, barriers, methods and recommendations for practice. *J Am Board Fam Med* 2007; 20:280-8.
3. Bobbie P, CNM, PhD Functional Status Outcomes in Mothers With and Without Postpartum Depression *Arch Womens Mental Health* 2008; 53(4): 310-318.
4. Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2000; 14:73-87.
5. O'Hara MW, Swain A. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8:37-54.
6. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993; 163:27-31.
7. Gallegos M, Ramos LJ. Incidencia de depresión posparto en pacientes con embarazo único en el Hospital de Gineco-Obstetricia # 4 “Luis Castelazo Ayala” 2007; 1-21.
8. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS. Prevention of recurrent postpartum depression: a randomized clinical trial. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:82-86.
9. O'Hara MW, Murray L, Cooper PJ. The nature of postpartum depressive disorders. In: *Postpartum depression and child development* 1997; 3-31.
10. Deave T, Heron J, Evans J. The Impact of Maternal Depression in Pregnancy on Early Child Development. *Obstet Gynecol* 2008; 63 (10): 626-628.

11. Bronwyn L, Jeannette M. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry* 2008; 8 (24): 2-11.
12. Murray L, Cooper PJ. The impact of postpartum depression on child development. *International Review of Psychiatry* 1996; 8:55-63.
13. Dennis C, Janssen P, Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scand* 2004; 110 (5): 338-346.
14. Kim J, Trent E, Gordon MS. The utility of maternal depression screening in the third trimester. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 1.e5.
15. Verkerk G, Gerda J, Guus L. Personality Factors as Determinants of Depression in Postpartum Women: A Prospective 1-Year Follow-up Study *Psychosom Med* 2005; 67 (4): 632-637.
16. Franko DL, Spurrell EB. Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 942-6.
17. Carter F, Frances A, Roger T. Cesarean Section and Postpartum Depression: A Review of the Evidence Examining the Link. *Psychosom Med* 2006; 68(2): 321-330.
18. James C, Peter H, Smiley R. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *International Association for the Study of Pain* 2008; 08-11.
19. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782-786.
20. Pop VJ, Komproe IH, van Son MJ. Characteristics of the Edinburgh Post Natal Depression Scale in The Netherlands. *J Affect Disord* 1992; 26:105-10.
21. Eberhard-Gran, Malin I. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 (4): 243-249.

22. Hanusa BH, Scholle SH, Haskett RF. Screening for depression in the postpartum period: A comparison of three instruments. *J Womens Health* 2008; 17:585–95.
23. Alvarado C, Sifuentes A, Salas C, Martínez S. Validation of the Edinburgh postpartum depression scale in a population of puerperal women in Mexico. *Clin Practice and Epidemiology in Mental Health* 2006; 2: 33-38.
24. Espindola JG, Morales F, Mota C. Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18(3) 179-186.
25. Masmoudi J, Tablesi S, Charfeddine F. Étude de la prévalence de la dépression du post-partum auprès de 213 parturientes tunisiennes. *Gynécologia Obstetrique et Fertilité* 2008; 36: 782-787.
26. Oquendo M, Lartigue T, González I, Méndez S. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum* 2008; 22: 195-202.
27. Wisner K, James M, Barbara H. Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Am J Psychiatry* 2004; 161(7): 1290-1292.

Tabla 1. Distribución y comparación de las distintas variables cualitativas entre los grupos con diferencias estadísticamente significativas.

VARIABLES CUALITATIVAS	VARIABLE	Depresión		Comparación entre grupos (p)
		SI	No	
Embarazo no deseado	Si	31.1%	10.5%	<0.05
Alcoholismo en familiar de 1er grado	Si	17.3%	4.6%	<0.05
Antecedente de depresión en familiar de 1er grado	Si	44.8%	8%	<0.001
Antecedente personal de depresión	Si	31%	3.3%	<0.001
Enfermedades crónico-degenerativas	Si	13.8%	3.3%	<0.05
Lactancia exclusiva	Si	65%	83%	<0.05
Embarazo complicado	Si	76%	8%	<0.05
Hospitalización prolongada del RN	Si	17%	5%	<0.001
Relación con los padres	Muy buena	41%	59%	<0.001
	Buena	38%	37%	
	Regular	17%	3.8%	
	Mala	4%	0%	
	Muy mala	0%	0.5%	
Relación con la pareja	Muy buena	31%	57%	<0.001
	Buena	24%	33%	
	Regular	38%	6%	
	Mala	7%	1%	
	Muy mala	0%	3%	
Emoción predominante	Alegría	55.1%	91%	<0.001
	Tristeza	24%	2%	
	Rabia	7%	2%	
	Miedo	14%	5%	
	Confusión	0%	0%	
Conformidad respecto al cuerpo	Conforme	38%	73%	<0.001
	Inconforme	31%	13%	
	Indiferente	31%	14%	
Empleo durante el embarazo	Si	62%	40%	<0.05

Tabla 2. Distribución y comparación de las distintas variables cualitativas entre los grupos sin diferencias estadísticamente significativas

VARIABLES CUALITATIVAS	VARIABLES	Depresión		COMPARACION ENTRE GRUPOS
		Si	No	
Estado civil	Casada	51%	54%	NS
	Soltera	20.6%	8.4%	
	Divorciada	6.8%	1.2%	
	Unión libre	26.6%	35.7%	
Escolaridad	Analfabeta	0%	0%	NS
	Primaria	6.8%	5.8%	
	Secundaria	17.2%	33.6%	
	Medio superior	44.8%	45.8%	
	Licenciatura	31.2%	14.8%	
Dependencia económica	Si	58.6%	62.6%	NS
Alcoholismo en la pareja	Si	10.3%	5.4%	NS
Discapacidad física	Si	0.0%	0.5%	NS
Tabaquismo en el embarazo	Si	7%	2.5%	NS
Otras toxicomanías	Si	0%	0.5%	NS
Embarazo múltiple	Si	0%	1%	NS
Embarazo de término	Si	83%	88%	NS
Pareja estable	Si	62%	71.8%	NS
Vía de resolución	Parto	17%	26%	NS
	Cesárea	83%	73.5%	
Complicaciones puerperales	Si	7%	1.3%	NS
Complicaciones neonatales	Si	10.3%	3%	NS
Preparada para la maternidad	Si	38%	65%	NS
Apoyo durante el puerperio	Si	100%	99.5%	NS
Sensación de útero vacío	Si	62%	54%	NS
Vida sexual	Si	27%	22%	NS
Comportamiento del recién nacido	Muy tranquilo	24%	30%	NS
	Tranquilo	48%	59%	
	Inquieto	14%	9%	
	Muy inquieto	14%	2%	
Estrés en el cuidado del lactante	Muy alto	27%	2%	NS
	Alto	24%	7%	
	Moderado	38%	37%	
	Bajo	10%	4%	
	Muy bajo	0%	7%	
Sentimiento con respecto a la lactancia	Agradable	72%	86%	NS
	Desagradable	10%	2%	
	Indiferente	18%	12%	
Dificultad para concebir	Si	17%	11.7%	NS
Embarazo aceptado	Si	96.5%	99.5%	NS
Antecedente de trastorno psiquiátrico	Si	0%	0%	NS

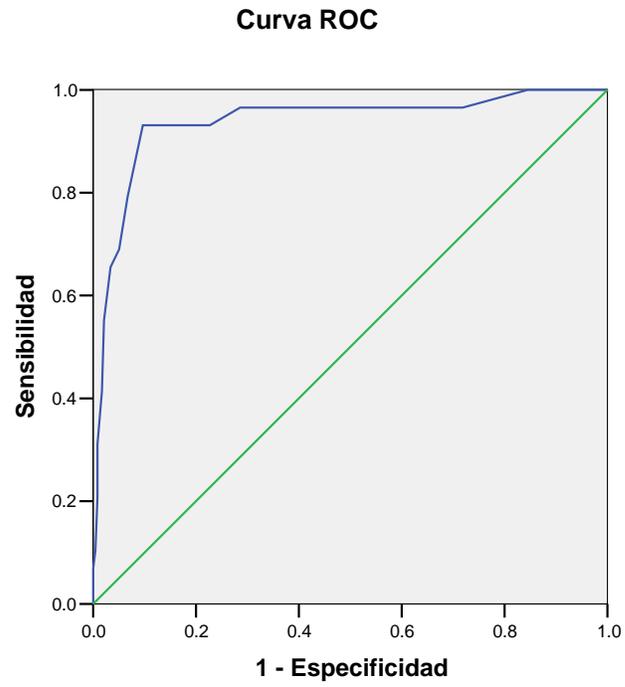
NS: no significativo

Tabla 3. Distribución y comparación entre los grupos de variables cuantitativas.

VARIABLES CUANTITATIVAS	CON DEPRESIÓN (MEDIA Y DS)	SIN DEPRESIÓN (MEDIA Y DS)	COMPARACION ENTRE GRUPOS
EDAD	28.3 (\pm 6.3)	26.5 (\pm 5.8)	NS
Número de gestas	2.0 (\pm 1.1)	1.9 (\pm 1.0)	NS
Abortos	1.6 (\pm 0.4)	1.8 (\pm 0.3)	NS
Hijos vivos	1.4 (\pm 0.6)	1.6 (\pm 0.9)	NS
Hijos enfermos	0.0 (\pm 0.0)	0.03 (\pm 0.2)	NS
EDPPE	12.7 (\pm 4.4)	3.9 (\pm 3.4)	<0.001

NS: no significativo

Figura 1. Curva ROC de escala de la escala de depresión posparto de Edimburgo.



Área bajo la curva 0.937 (IC 95%, 0.882-0.992; $p < 0.001$)

ANEXO 1.

ESCALA DE DEPRESIÓN POSPARTO DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebe, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor **subraye** la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:

Tanto como siempre	0
No tanto ahora	1
Mucho menos	2
No, no he podido.	3

2. He mirado el futuro con placer:

Tanto como siempre	0
Algo menos que antes	1
Definitivamente menos que antes	2
No, nada	3

3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas marchaban mal:

Si, la mayoría de las veces	3
Si, algunas veces	2
No muy a frecuentemente	1
No, nunca	0

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

No, nada	0
Rara vez	1
Si, a veces	2
Si, muy frecuentemente	3

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

Si, muy frecuentemente	3
Si, a veces	2
No, no mucho	1
No, nada	0

6. Las cosas me han estado agobiando:

Si, casi siempre	3
Si, a veces	2
No, casi nunca	1
No, nada	0

7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:

Si, casi siempre	3
Si, a veces	2
No muy frecuentemente	1
No, nada	0

8. Me he sentido triste y desgraciada:

Si, casi siempre	3
Si, muy frecuentemente	2
No muy frecuentemente	1
No, nada	0

9. He estado tan infeliz que he estado llorando:

Si, casi siempre	3
Si, muy frecuentemente	2
Sólo ocasionalmente	1
No, nunca	0

10. He pensado en hacerme daño a mi misma:

Si, muy frecuentemente	3
A veces	2
Rara vez	1
Nunca	0

ANEXO 2

HOJA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA	
Lugar	y México DF a
Fecha	
Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:	Factores de riesgo asociados a depresión post parto.
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	
El objetivo del estudio es:	Identificar de manera temprana a las pacientes con riesgo a desarrollar depresión del post-parto
Se me ha explicado que mi participación consistirá en:	Responder dos encuestas, una de factores de riesgo y la otra es para el diagnóstico de la depresión post-parto
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:	
No existen riesgos al contestar la encuesta que se me aplicará, los inconvenientes son la necesidad de acudir nuevamente a la segunda aplicación de la encuesta 6 semanas después de que nace el bebé. Al Contestar la encuesta no tendré ninguna molestia, y los beneficios de participar en dicho estudio serán ayudar a identificar a otras pacientes que estén en riesgo de presentar la depresión del post-parto. Así mismo se me ha informado que toda la información que se obtenga en la encuesta será estrictamente confidencial.	
El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.	
Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.	
El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.	
<hr/>	
Nombre y firma del paciente	
<hr/>	
Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.	
Dr. Claudio Quinzaños Fresnedo 99383976	
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:55-50-64-22 ext. 28022	
Clave: 2810 – 009 – 013	

ANEXO 3

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Folio:

Nombre: _____ Teléfono: _____
Fecha: _____

Correo electrónico: _____ Domicilio: _____

Cuestionario de factor de riesgo para depresión posparto **ANTECEDENTES PERSONALES**

Edad: _____
Estado civil: Casada ___ soltera ___ separada ___ unión libre ___
Considera su relación estable: si ___ no ___ tiempo de relación con la pareja actual: _____
Escolaridad: _____
Ocupación: _____
Con quien vive: _____
Uso de anticonceptivos: _____
Patología crónica: si ___ no ___ cual: _____
Discapacidad física: si ___ no ___ cual: _____
Síntomas depresivos anteriores: si ___ no ___
Cuadros depresivos anteriores: si ___ no ___
Trastorno bipolar: si ___ no ___
Otra enfermedad psiquiátrica: _____
Toxicomanías: alcoholismo: si ___ no ___ drogadicción si ___ no ___ cual? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Hay alcoholismo en su pareja: si ___ no ___
Hay alcoholismo en la familia con la que convive si ___ no ___
Depende económicamente de padres o pareja: si ___ no ___
Antecedentes familiares de depresión (madre, padre o hermanos): si ___ no ___
Antecedentes de padecimientos crónicos en su familia: si ___ no ___ cuál: _____
Antecedentes de trastornos de salud mental en su familia: si ___ no ___

ANTECEDENTES DE EMBARAZOS ANTERIORES

Número de embarazos: _____ Abortos: si ___ no ___
Nº hijos vivos: _____ No Hijos sanos: _____ No Hijos enfermos: _____
Hijo con enfermedad mental: si ___ no ___
Hijo con enfermedad física crónica: si ___ no ___

ANTECEDENTES DE ESTE EMBARAZO

Deseado: si ___ no ___ Aceptado: si ___ no ___
Dificultad para concebir: si ___ no ___ Años esperando embarazo _____
Embarazo múltiple: si ___ no ___
Durante el embarazo trabajó: si ___ no ___
Fumó: si ___ no ___
Consumió alcohol: si ___ no ___ Consumió drogas: si ___ no ___ cual? _____
Tipo de embarazo: normal ___ patológico o complicado ___

ANTECEDENTES DEL PARTO

Tiempo de gestación: de término___ pretérmino___

Vía de interrupción: vaginal___ cesárea___ fórceps___

Complicación durante la interrupción del embarazo: si___ no___ mencione cual_____

ANTECEDENTES DEL PUERPERIO

Patología durante el puerperio: si___ no___ mencione cual_____

ANTECEDENTES DEL RECIÉN NACIDO (RN)

Complicaciones neonatales: si___ no___

Hospitalización prolongada del RN: si___ no___ tiempo de hospitalización_____

Patología del RN: si___ no___

Patología del lactante: si___ no___

Problema de lactancia: si___ no___

Lactancia exclusiva: si___ no___

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS INDIVIDUALES Y RELACIONALES

1. Calidad de relación con los padres durante el embarazo: muy buena___, buena___ regular___ mala___ o muy mala___
2. Calidad de relación con el padre del último hijo durante el embarazo. Muy buena___ buena___ regular___ mala___ muy mala___
3. En los primeros días luego de su parto ¿Cómo se sentía respecto a la maternidad? Preparada___ no preparada___ o no sabe___
4. ¿Siente que ha recibido apoyo desde el nacimiento de su hijo(a)? si___ no___
5. Luego de la salida del bebé, usted: Extrañaba tener a su bebe en el útero. Si___ no___
6. De las siguientes emociones: ¿Cuál predominó después del parto? Alegría___ tristeza___ rabia___ miedo___ confusión___
7. ¿Cómo se siente con su cuerpo? : conforme___ disconforme___ indiferente___
8. ¿Reanudó su vida sexual? Si___ no___
9. Comportamiento del recién nacido.: muy tranquilo___ tranquilo___ inquieto___ o muy inquieto___
10. ¿Cómo ha sido la lactancia para usted?: agradable___ desagradable___ o indiferente___
11. Nivel de estrés (sobrecarga) experimentado en los cuidados del niño. Muy alto___ alto___ moderado___ bajo___ muy bajo___