



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

**GANANCIA DE PESO COMO FACTOR ASOCIADO A DEPRESION POSTPARTO
EN EMBARAZOS DE ALTO RIESGO.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA EL
DR. GOMEZ AGUIRRE LUIS REY
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA MATERNOFETAL

ASESOR DE TESIS:
DR. EDUARDO ERNESTO MEJIA ISLAS.

Nº DE REGISTRO DE PROTOCOLO: 189.2012



2012



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.

DR. FÉLIX OCTAVIO MARTÍNEZ ALCALÁ
COORDINADOR DE CAPADESI

DR. GUILBALDO PATIÑO CARRANZA
JEFE DE ENSEÑANZA

DRA. MARTHA E. RODRIGUEZ ARELLANO
JEFE DE INVESTIGACIÓN

DR. EDUARDO ERNESTO MEJIA ISLAS.
PROFESOR TITULAR

DR. EDUARDO ERNESTO MEJIA ISLAS.
ASESOR DE TESIS

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
ANTECEDENTES.....	7
OBJETIVO GENERAL.....	15
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	15
MATERIALES Y MÉTODOS.....	16
RESULTADOS.....	18
CONCLUSIONES.....	20
ANEXOS.....	21
BIBLIOGRAFÍA.....	35

RESUMEN:

ANTECEDENTES

La depresión posparto aparece aproximadamente en el 10% de las gestantes y se manifiesta con síntomas de fatiga, tristeza, sensación de inutilidad, inquietud, menor reactividad emocional, dificultades para el autocuidado o cuidado del recién nacido, etc., lo que determina la necesidad de ingreso en el 40% de las afectadas.

Se han usado distintos métodos para evaluar la depresión posparto aunque el más utilizado es la escala de depresión de Edimburgo.

OBJETIVO

Demostrar que las pacientes con embarazo de alto riesgo que presentaron mayor ganancia de peso durante el mismo y que no lo perdieron en el puerperio inmediato se encuentran en mayores probabilidades de desarrollar depresión posparto.

MATERIAL Y MÉTODO

Se valoraron a 62 pacientes en puerperio mediato (31 de ellas con aumento de 5 kg respecto al pregestacional y el resto con aumento menor a esta cantidad) todas catalogadas como embarazo previo de alto riesgo atendidas en el servicio de Medicina Maternofetal del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. Cada una fué sometida al test oral de depresión posparto de Edimburgo y el resultado se consideró como potencialmente deprimidas aquellas que resultaron con puntaje igual o mayor a 10.

RESULTADOS:

La frecuencia de presentación de este trastorno se reportó en porcentajes similares (9.7%) a la documentada en la literatura universal con pacientes consideradas de bajo riesgo.

El efecto del peso corporal que se gana después del embarazo y su relación con la aparición de Depresión posparto no mostró diferencias estadísticamente significativas (Prueba exacta de Fisher, valor de $P > 0.05$) en relación con pacientes que no modificaron su peso corporal.

CONCLUSIONES

Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo, comparativo, aplicado, biomédico, clínico; en la cual se sometió a tamizaje de Depresión Postparto con la escala de Edimburgo a 62 pacientes en puerperio mediato y tardío que cursaron con embarazo catalogado de alto riesgo en control prenatal en el servicio de Medicina Maternofetal del H.R.L.A.L.M L. Los resultados obtenidos coinciden con lo reportado en la literatura mundial en pacientes que cursaron con embarazo de riesgo normal (9-10%). No encontramos asociación estadísticamente significativa con la ganancia de peso con respecto a las que no tuvieron dicho incremento.

No existen estudios previos donde se hayan reportado la incidencia de depresión posparto en embarazos de alto riesgo, por lo que aunque pareciera indicar una asociación más fuerte, en este estudio no se logró demostrar dicha observación, ni tampoco se relacionó con la ganancia de peso al final del embarazo respecto al pregestacional.

PALABRAS CLAVE: Depresión. Alto riesgo. Sobrepeso. Psicoterapia. Antidepresivos.

ABSTRACT:

BACKGROUND:

Postpartum depression occurs in approximately 10% of pregnant women and is manifested by symptoms of fatigue, sadness, feelings of worthlessness, restlessness, decreased emotional reactivity, difficulties in self-care or newborn care, etc., Which determines the need Join in 40% of those affected.

Different methods were used to assess postpartum depression but the most used is the Edinburgh Depression Scale.

OBJECTIVE

Demonstrate that patients with high-risk pregnancy had higher weight gain during the same and not lost in the immediate postpartum period are at higher risk for developing postpartum depression.

MATERIALS AND METHODS

We evaluated 62 patients in postpartum week (31 of them with increased 5 kg compared to pre-pregnancy and the rest smaller increase this amount) all classified as high risk pregnancy before attending the service of Perinatal Medicine Regional Hospital Lic Adolfo Lopez Mateos. Each was subjected to the oral test of the Edinburgh postnatal depression and the result was considered as potentially depressed were those scoring at or above 10.

RESULTS

The frequency of occurrence of this disorder was reported in similar percentages (9.7%) to that documented in the literature with patients considered at low risk. The effect of body weight is gained after pregnancy and their relationship to the onset of postpartum depression showed no statistically significant differences (Fisher exact test, P value > 0.05) in relation to patients who did not change their body weight.

CONCLUSIONS

We performed an observational, transversal, prospective, comparative, applied, biomedical, clinical, in which was screened with Postpartum Depression Scale to 62 patients in Edinburgh postpartum week and late pregnancy who presented with high-risk classified prenatal care in the service of HRLALM L. Perinatal Medicine The results agree with those reported in the literature in patients who presented with normal risk pregnancy (9-10%). We found no statistically significant association with weight gain over which they had no such increase.

There are no previous studies which have reported the incidence of postpartum depression in high risk pregnancies, so even seem to indicate a stronger association in this study failed to demonstrate this observation, nor was associated with weight gain end of pregnancy compared to prepregnancy.

KEY WORDS: Depression. High risk. Overweight. Psychotherapy. Antidepressants.

ANTECEDENTES.

La Depresión es una de las enfermedades de mayor relevancia en la salud pública, uno de cada seis adultos experimenta depresión en el curso de su vida, es la cuarta causa mayor de carga de enfermedad a nivel global (morbilidad + mortalidad) y casi el 90% de los pacientes deprimidos presenta alteraciones de moderadas a severas en el trabajo, el hogar, las relaciones o el funcionamiento social. La importancia que reviste la depresión radica en que, siendo un cuadro de alta prevalencia, produce sufrimiento al individuo y al entorno, implica altos niveles de discapacidad, ocasiona aumento de consultas médicas y psicológicas, disminuye la sobrevivencia general y es una enfermedad que recurre en la mayoría de los pacientes (1).

En unos estudios realizados para ver el riesgo de recurrencia de un episodio depresivo previo, tras la recuperación y con seguimiento a largo plazo (3 a 15 años tras la recuperación del episodio previo), muestran un porcentaje de recurrencia del 50% tras un primer episodio, de un 70% tras un segundo y un 85% tras un tercer episodio. Así, La recurrencia se hace más probable con cada episodio de depresión. Lo anterior se encuentra altamente asociado con el grado de discapacidad que puede acarrear la depresión, grado que es significativamente resaltado por la OMS en sus proyecciones hacia el año 2020, incluyendo a la Depresión como una de las condiciones que se estima pueden acarrear problemas mayores de salud, junto a las enfermedades cardíacas, cerebrovasculares y el VIH.

Entre las poblaciones de mayor riesgo para desarrollar cuadros depresivos se encuentran las mujeres durante el periodo de posparto, pues los cambios hormonales (baja de estrógenos) y la escasez de recursos psicológicos para enfrentar los eventos psicosociales desencadenantes de estrés favorecen la aparición de dichas patologías; llegando a alcanzar tasas cercanas al 10% en el caso específico de la Depresión Posparto (1,2).

GENERO Y DEPRESION:

La depresión es aproximadamente dos veces más común en las mujeres que en los hombres; con una prevalencia en el transcurso de la vida de 21,3% en mujeres y 12,7% en hombres. Se estima que la relación mujer – hombre en depresión unipolar es de 3:1. Dicha prevalencia en las mujeres es consistente a través de los distintos países y grupos étnicos.

Desde una perspectiva más integral podemos apreciar que en las mujeres se conjugan elementos biológicos, sociales, culturales y económicos que resultan en factores de relevancia a la hora de los desencadenantes o mantenedores de la depresión. Existen, también diferencias en la forma de presentación y curso de la depresión entre hombres y mujeres. Así, los síntomas vegetativos inversos (hiperfagia/ganancia de peso, hipersomnias) son más comunes en mujeres, hay mayor comorbilidad con ansiedad y con trastornos alimentarios, siendo menos frecuente la comorbilidad con alcoholismo y abuso de sustancias. Las mujeres presentan más efecto estacional en el estado de ánimo y una mayor asociación con eventos de vida estresantes. Con respecto a la conducta suicida las mujeres presentan intentos suicidas más frecuentes y menos suicidios consumados que los hombres.

Finalmente el riesgo de cronicidad y recurrencia de la depresión es mayor en mujeres que en hombres. Las diferencias de prevalencia en hombres y mujeres parecen corresponder a los años reproductivos de una mujer y a la relación entre esteroides gonadales y cerebro. Las mujeres están expuestas durante toda la edad fértil a variaciones hormonales endometriales, humorales, ováricas, adrenales y cerebrales. Esto se traduce entre otras cosas en variaciones de conducta, humor, peso, apetito, libido y temperatura, tanto en la fase folicular como en la luteínica.

Los cambios hormonales producidos durante el embarazo tienen que ver con un aumento de la progesterona y la disminución de los estrógenos. La progesterona actúa a nivel de los receptores específicos en neuronas de corteza, sistema límbico, hipotálamo e hipófisis; aumentan actividad de la monoaminoxidasa (MAO) y tienen una acción sedante, hipnótica y anticonvulsivante. Los estrógenos son receptores específicos en neuronas de corteza, sistema límbico, hipotálamo e hipófisis, inducen plasticidad sináptica y dendrítica y regulan densidad de receptores, aumentan niveles de N-adrenalina y acetilcolina, disminuyen actividad de MAO y aumentan los niveles de beta-endorfinas (3,5).

Durante el embarazo y el puerperio se sucede una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasiona una mayor vulnerabilidad para la aparición de los trastornos psíquicos en la mujer. Los trastornos del estado de ánimo en el postparto acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y comportan considerables repercusiones tanto para la propia mujer, que ve

mermado su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos

y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares, sin olvidar las consecuencias económicas que conllevan las bajas laborales de las mujeres afectadas. Es un problema frecuentemente no diagnosticado o infraestimado debido tanto a su desconocimiento por parte del personal sanitario como por la escasa frecuencia con que las mujeres consultan, ya que es un tema del que la madre rehúye hablar porque lo vive como un fracaso personal, con una importante carga de culpa, que provoca una disminución de su autoestima y que conduce a una dificultad para establecer una buena relación con el bebé (4).

CUADROS DEPRESIVOS POSTPARTO:

Existen tres tipos de alteraciones que pueden presentarse en el posparto: Disforia, Depresión y Psicosis.

La Disforia Posparto es un cuadro leve y autolimitado (50-75%), aparece más tempranamente que la depresión, entre la 1ª y la 2ª semana, su duración habitual va de horas hasta 10 días. Es un cuadro de alta frecuencia, que afecta a cerca del 60 % de mujeres en puerperio. Caracterizado por labilidad emocional, angustia, alteraciones del sueño, irritabilidad y fatigabilidad. Requiere fundamental manejo ambiental, psicoeducación a paciente y familia; generalmente no requiere tratamiento farmacológico. Si este cuadro se prolonga por más de 2 semanas hay que sospechar y evaluar el desarrollo de un episodio depresivo posparto.

La psicosis postparto es una enfermedad aguda y grave que ocurre en 1-2 de cada 1.000 nacimientos. Aparece generalmente de forma brusca entre el tercer y el noveno día postparto, aunque puede iniciarse incluso en el sexto mes. La psicosis postparto no se diferencia clínicamente de otras psicosis. Su aparición clínica comporta labilidad del humor, agitación grave, confusión, incapacidad para dormir, pensamiento desorganizado y alucinaciones que implican al niño (pueden pensar que el niño está muerto, que está poseído por un demonio y debería morir). A lo largo del día puede existir una variabilidad sintomática importante; puesto que la madre puede con frecuencia autolesionarse o dañar a su niño, la psicosis postparto es una emergencia médica.

El 15-20% de las mujeres con psicosis postparto ha tenido episodios psicóticos previos. Las primigestas son doblemente vulnerables a la psicosis. Tras un episodio de psicosis postparto, las mujeres tienen un riesgo de recaída con episodios maníacos o depresivos. Requiere hospitalización y manejo de especialidad a la brevedad y se le considera un indicador pronóstico de patología mental severa.

La Depresión Posparto (DPP) (10-15%), mantiene los mismos criterios diagnósticos de depresión mayor. Es un cuadro que puede iniciarse en la 1ª a 4ª semana postparto hasta un año después, encontrándose un pico de presentación en las semanas 8 a 12 post parto. Requiere tratamiento y puede cursar con síntomas severos en una de cada 10 púerperas (4).

Aunque la depresión post-parto es un trastorno tratable, muchas mujeres que lo padecen no reconocen tener este problema. Un estudio realizado en mujeres con depresión postnatal mostró que cerca del 90 % se percató que algo andaba mal, sin embargo menos del 20 % reportó sus síntomas ante algún médico. De esta muestra, solo un tercio consideró tener una depresión post-parto. De acuerdo con los datos de otro estudio, se estima que solo el 20 % de las pacientes con este desorden reciben un manejo de salud mental. Los individuos restantes permanecen sin diagnóstico, están mal diagnosticados o no buscan ninguna asistencia médica. Así, la incidencia de la depresión post-parto resulta muy variable, en un rango entre 30 y 200 casos por cada 1000 nacimientos (3 – 20 %), con una estimación de una tasa de recurrencia de entre 10 y 35 %. Los síntomas pueden durar desde unas pocas semanas hasta varios meses; cerca del 4% de los casos persisten por un año (4,5).

Se han investigado distintas teorías para explicar el origen de la depresión postparto, entre ellas la existencia de:

FENOMENO DE RETIRADA:

Por el rápido descenso de las hormonas sexuales asociado a la modificación del cortisol plasmático. Una especial susceptibilidad de ciertas mujeres a estos cambios podría ser responsable del problema.

– Una disminución del nivel de triptófano libre en suero. La disponibilidad del triptófano circulante es el factor principal que regula la actividad de la enzima

que constituye el paso limitante en la síntesis de serotonina, cuyo descenso juega un papel predominante como desencadenante de la depresión. Sin embargo, la administración de triptófano en el embarazo no la previene, con lo que parece existir algún otro mecanismo de modulación en la síntesis de los neurotransmisores.

– La existencia de una alta respuesta a la hormona de crecimiento tras la administración de apomorfina (agonista dopaminérgico) en mujeres que desarrollan psicosis afectivas, hallazgo similar al encontrado en la psicosis postparto.

– Alteración de la función tiroidea, ya que los síntomas remedian un hipotiroidismo. Además, existe una mayor incidencia de tiroiditis autoinmune en el periodo puerperal. Otros hallazgos, como una elevada concentración de anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina entre el cuarto y el sexto mes postparto, asociados a síntomas depresivos, requieren un mayor estudio.

- Un campo de investigación más reciente se refiere a la actividad de la prolactina durante el puerperio. Los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo post-parto, por lo que razonablemente se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés y producen un rápido declive en su prolactina, podrían tener una depresión post parto. (6)

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS PREVIOS.

Aunque en un 50% de los casos constituye el primer episodio de un trastorno depresivo, se han relacionado con la depresión postparto:

– Antecedentes personales: estudios prospectivos y retrospectivos señalan que una historia de depresión previa aumenta la incidencia un 10%-24%.

Si la depresión ocurre durante el embarazo el riesgo es más alto (35%); si existen antecedentes de depresión postparto, el riesgo de recurrencia se dispara hasta el 50%.

– Antecedentes familiares de depresión.

FACTORES PSICOLOGICOS

El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios que ocurren no sólo en su cuerpo y en su mente sino con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales.

El modelo de *madre ideal*, abnegada, sacrificada y entregada a su hijo, provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer.

FACTORES PSICOSOCIALES

La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos, ya sea en la realización de tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, por parte de familiares o de su pareja, supone un incremento en el riesgo de estos trastornos. La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, la no disponibilidad del periodo de baja maternal, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja constituyen factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno .

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS:

La edad temprana o tardía de la madre, el estado civil, el nivel de estudios, la situación económica, y la situación laboral de ambos cónyuges son otras variables que se han estudiado en relación a este problema (5,6).

FACTORES DE MORBILIDAD:

– La morbilidad materna, que incluye la existencia de problemas de fertilidad en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre.

– La morbilidad del recién nacido, en la que se han estudiado como factores asociados la presencia de anomalías o enfermedades, como problemas respiratorios, infecciosos, prematuridad, bajo peso, ictericia, problemas traumatológicos, muerte neonatal y otros (6).

-Otros estudios han investigado el efecto del peso corporal que se gana después del embarazo y su relación con la imagen corporal deseada y la auto-estima de la mujer. Algunos investigadores han encontrado que el bienestar psicológico de las mamás, muchas veces se estima a partir de su peso después de dar a luz. Así también, otras investigaciones muestran que las mujeres con más peso reportan síntomas de depresión más frecuentemente.

Para muchas mujeres regresar a su peso pre-gestacional es un reto. Algunas mujeres conservan 5 kg por lo menos un año después del parto, lo cual puede provocar en muchas obesidad.

En algunos estudios se ha relacionado la depresión con un aumento del índice de masa corporal (IMC) 4 meses postparto y se ha visto que las mujeres que se someten a tratamientos de pérdida de peso, cuando padecen obesidad y depresión tienen muy pocos resultados positivos. Parte de la explicación de la depresión postparto y retención de sobrepeso puede deberse a la falta de sueño, cambios en la dieta o inactividad física que puede acompañar la depresión. Los síntomas depresivos promueven la ganancia de peso y la recaída, particularmente en mujeres. La depresión puede ser una barrera para bajar de peso en mujeres con sobrepeso.

El exceso de peso que se retiene después del embarazo causa mayor daño fisiológico que el peso ganado en otras etapas de la vida. Este peso se deposita principalmente en la parte central en vez de que se deposite a nivel periférico, esto causa que disminuyan las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y se asocia con mayor riesgo en embarazos subsecuentes.

Se han encontrado por lo menos 2 hipótesis de los mecanismos que pueden explicar la relación entre la depresión postparto y mantener el peso. Durante el posparto, los estrógenos y la progesterona disminuyen, lo cual está asociado con una caída en los niveles de serotonina. Los niveles de serotonina son menores en pacientes con depresión. En un esfuerzo por regular la serotonina y mejorar la disforia, los individuos pueden consumir en exceso alimentos ricos en hidratos de carbono y con esto se promueve el riesgo de incremento de obesidad. También, niveles bajos de esteroides y serotonina pueden causar una mala función del eje hipotálamo –

pituitario – adrenal promoviendo o causando la secreción excesiva y crónica del cortisol. Aumento en los niveles de cortisol se han encontrado en mujeres con depresión postparto. El cortisol está asociado a un incremento en el apetito y acumulación de grasa a nivel abdominal, promoviendo así la obesidad abdominal.

De manera alterna, la depresión puede causar cambios en los patrones de sueño, actividad física, aumento de las horas para ver televisión e ingesta de la dieta que puede causar retención de peso postparto (7).

-También se ha sugerido que el número de partos es un factor asociado a la depresión postnatal. Diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto (7,8).

Los criterios de la clasificación internacional de las enfermedades para la depresión incluyen un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de concentrarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a la reducción de su nivel de actividad y cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Una de las siguientes manifestaciones están presentes:

- A) La disminución de la atención y de la concentración
- B) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- C) Ideas de culpa y de ser inútil
- D) Una perspectiva sombría del futuro
- E) Pensamientos y actos suicidas o autoagresiones
- F) Trastornos del estado del sueño
- G) Pérdida de apetito.

Finalmente se requiere que los síntomas varíen escasamente de un día para otro y que permanezcan por lo menos 1-2 semanas (8-10).

La detección precoz de estos trastornos es difícil, lo que provoca que su incidencia esté subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas, ya que en función de las expectativas sociales deben estar contentas y llenas de satisfacción tras el acontecimiento y pueden mostrarse recelosas de revelar sus sentimientos. Dificulta aún más el diagnóstico el hecho de que el período postparto está asociado a cambios psicológicos y complicaciones somáticas que pueden remedar un cuadro depresivo.

Un diagnóstico exacto es el primer escalón; para ello es imprescindible establecer unas líneas generales de actuación, que incluyan:

– Historia clínica completa junto con un examen físico y analítico: La fatiga y astenia pueden ser debidas a la excesiva pérdida de sangre durante el parto, a la disminución del sueño o mala adaptación a las necesidades del recién nacido. La pérdida de iniciativa y los cambios de humor pueden deberse al hipotiroidismo, generalmente transitorio, que ocurre en el 4-7% de las pacientes entre el cuarto y sexto mes postparto.

– La identificación de los grupos de riesgo: sería aconsejable profundizar en las características pre y postnatales que pudieran predecir una mayor probabilidad de desarrollar esta patología.

– Información-Educación: Existe una escasa documentación de este problema entre el personal sanitario; sería necesario para una detección precoz ofrecerles una información adecuada, junto con la creación de grupos de apoyo a las madres embarazadas, que hicieran participar también a los padres, en los que se trataran los síntomas de la depresión y los posibles sentimientos de ansiedad, miedo o inseguridad que pueden aparecer tras el parto.

– Relación médico-paciente: El médico de atención obstétrica debería atender a las quejas somáticas inespecíficas de la mujer y ser capaz de distinguir lo que es debido a la adaptación al cambio y lo que puede considerarse un cuadro depresivo.

La depresión postparto es un término clínico referido a un trastorno depresivo mayor que está temporalmente asociado con el nacimiento. La depresión mayor postparto no ha sido catalogada como una entidad diferenciada en ninguna clasificación internacional. La única salvedad que hace el DSM-IV es que permite añadir el criterio de inicio en el postparto para las pacientes con un trastorno depresivo mayor que acontece dentro de las cuatro primeras semanas del mismo (8,9).

Se han usado distintos métodos para evaluar la depresión postparto, aunque el más usado es *la escala de depresión postnatal de Edimburgo*(EDPE). Esta escala ha sido desarrollada para ayudar a los profesionales de la salud en la detección de las madres que sufren depresión postnatal.

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo es una herramienta fácil de aplicar, bien aceptada por los profesionales de salud y por las madres, y que permite aumentar significativamente la tasa de detección de síntomas depresivos. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EDPE se creó en centros de salud en Livingston y Edimburgo. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EDPE que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico.

La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad (9,10).

TEST DIAGNOSTICOS UTILIZADOS EN LA DEPRESION POSTPARTO:

- The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).
- Semi-structured clinical interview (SADS).
- Scale and Goldberg's Standardised Psychiatric Interview.
- The Bromley postnatal depression scale (detecta episodios depresivos en el postparto o previos).
- The Zerssen self-rating scale (se ha usado en los primeros días tras el parto para el diagnóstico de la depresión postparto leve o *Maternity Blues*).
- Zung Scale.
- The Psychiatric Assessment Schedule.

MANEJO TERAPÉUTICO

– *Tratamiento psicoterapéutico*

En términos generales el tratamiento de la DPP implica la consideración de farmacoterapia, apoyo psicoterapéutico y acción sobre la red de apoyo sociofamiliar. Dentro del aspecto no farmacológico del tratamiento se incluyen medidas de manejo ambiental, técnicas de relajación, suspensión de cafeína, nicotina y alcohol, conjuntamente con psicoterapia.

Ahora bien, la DPP no sólo es perjudicial para la madre, sino que también reviste de gran impacto en la salud de los hijos. Un 49,8% de hijos de madres deprimidas presentan una alta prevalencia de problemas conductuales y emocionales.

Dentro de las propuestas terapéuticas existentes hoy en día la del Enfoque Integrativo Supraparadigmático resulta particularmente aportativa para el abordaje de la DPP, pues considera

diferentes paradigmas participantes, se centra en la realidad idiosincrática de cada paciente y nos permite incorporar a diferentes actores en su tratamiento (10).

El tratamiento ha sido en gran parte de apoyo social e intervenciones psicológicas y apoyo psicosocial para la prevención de la DPP. La importancia que han demostrado tener las medidas de apoyo y psicoeducacionales para disminuir de forma significativa la incidencia de los síntomas depresivos ha dado lugar a la creación de grupos de soporte y asociaciones dirigidas al tratamiento de estos problemas. En los cuadros leve, transitorio y sin consecuencias, dar seguridad y apoyo, junto a información sobre su posible aparición y clínica suele ser suficiente en la mayoría de los casos. Sin embargo, su resolución a veces puede verse comprometida y las mujeres que lo experimentan pueden tener un riesgo aumentado para desarrollar depresión postparto mayor (11).

– *Tratamiento farmacológico.*

Con respecto al tratamiento farmacológico un aspecto particular de la DPP es la necesidad de cautelar los aspectos relacionados con la lactancia y la relación con el bebe. Aún no se ha comprobado el uso del tratamiento hormonal para apoyar la hipótesis que los trastornos psiquiátricos puerperales pueden desencadenarse en parte debido a la pérdida de estrógenos. El estrógeno puede ayudar a algunas mujeres con depresión postparto grave, pero las pruebas no son definitivas y los problemas potenciales graves eclipsan este tratamiento. Por lo general, en los casos de depresión leve a moderada no se necesitan antidepresivos, pero estos fármacos cumplen una función muy importante para el tratamiento de la depresión grave y generalmente son bien tolerados. En la DPP no psicótica está menos claro si es necesario recetar un antidepresivo porque muchos síntomas se resuelven espontáneamente, como se señaló anteriormente, la orientación y el apoyo social pueden ayudar con la remisión (12).

Aunque la psicoterapia constituye el tratamiento de primera línea, muchas pacientes con una depresión postparto moderada o grave requieren el tratamiento con psicofármacos; los más usados son los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Se sabe poco de los riesgos de la exposición del niño a la medicación a través de la leche materna, ya que se suele retirar la lactancia, por lo que se debe valorar de forma individualizada la relación beneficio/riesgo y siempre debe informarse a la mujer y su pareja de los datos que se conocen acerca de la lactancia y el uso de psicofármacos. Si la mujer tiene una historia previa de depresión postparto la medicación con antidepresivos debe iniciarse inmediatamente después del parto para prevenir una posible recaída. El tratamiento debe mantenerse de seis meses a un año (13).

Existen muy pocos trabajos sobre la eficacia o la efectividad general de los antidepresivos para el tratamiento de la depresión postparto y hay muy pocos datos sistemáticos para basar decisiones acerca de la inocuidad de la lactancia materna al ingerir estos fármacos. Por estas razones las hojas de especificaciones técnicas de la mayoría de los fabricantes incluyen advertencias que los antidepresivos no deben ser administrados a las madres que amamantan. La falta de investigación y la naturaleza contradictoria de los datos disponibles, a menudo conducen a los médicos a advertir a sus pacientes de no amamantar si están tomando antidepresivos. Esto puede afectar a la madre y agregar problemas en su vínculo con el recién nacido. Por otra parte, la farmacoterapia puede retrasarse o prescribirse en dosis reducidas, potencialmente ineficaces.

La literatura de investigación consiste principalmente de informes de casos únicos y de pequeñas series de casos. Hay muchos factores de confusión, p. ej., los métodos de muestreo usados para los niveles del fármaco, las variaciones de la grasa láctea y el momento adecuado para realizar las evaluaciones, por lo que las guías para el establecimiento del tratamiento definitivo son débiles. Los estudios han considerado principalmente el paso de estos fármacos a la leche materna y una observación formulada posterior sobre la inocuidad del fármaco en la lactancia para el recién nacido; la mayoría del trabajo se ha concentrado en el uso de estos fármacos durante el embarazo y la continuación del tratamiento durante el puerperio. Los antidepresivos son liposolubles y se excretan en la leche materna.

Estos fármacos se metabolizan principalmente en el hígado, que es inmaduro en las primeras semanas de vida extrauterina y la excreción ocurre a través de los riñones, cuya función se desarrolla rápidamente en los primeros días después del nacimiento. La inmadurez o deficiencia de estos órganos puede llevar a la acumulación de los fármacos. Los estudios con ATC sistemáticamente dan valores para la dosis diaria por kilogramo ingerida por los neonatos amamantados de menos de 1% de la dosis materna y se detectaron cantidades muy pequeñas de ATC en el plasma y la orina de los neonatos. El tejido cerebral, sin embargo, es lipofílico y los fármacos pueden concentrarse allí, pero la experiencia clínica no ha destacado muchos problemas. Los resultados hasta la fecha indican que siempre que los neonatos (a término) estén sanos desde el principio es probable que los beneficios de la lactancia materna superen a los riesgos potenciales si las madres están tomando un ATC a las dosis recomendadas. De hecho el uso de antidepresivos en lactancia debe considerar el paso de estos a leche materna (12,14).

Todos los antidepresivos pasan a la leche materna si existen diferencias en la relación nivel en plasma/nivel en leche, así han mostrado mejores evidencias los antidepresivos desipramina, sertralina y paroxetina. Otro fármaco frecuentemente usado en mujeres embarazadas es el Sulpiride, éste es un antipsicótico, bloqueador dopaminérgico con leve efecto serotoninérgico por interacción dopa-serotonina. El Sulpiride es ampliamente usado para estimulación de lactancia posee un efecto hipnótico dosis dependiente y un ligero efecto antidepresivo; que si bien alivia algunos síntomas del cuadro no logra la remisión de los síntomas como los antidepresivos antes mencionados.

Si en la psicosis postparto existe riesgo para el niño (abandono, abuso, infanticidio) o para la madre (autoagresión o suicidio), está indicado el ingreso psiquiátrico. Deben utilizarse fármacos estabilizadores del estado de ánimo y, con gran frecuencia, neurolepticos para controlar las crisis agudas y los episodios de agitación.

En caso de que la paciente no responda a la farmacoterapia o los síntomas vayan en escalada puede ser necesaria la terapia electroconvulsiva (14).

OBJETIVO GENERAL:

Demostrar que las pacientes con embarazo de alto riesgo que presentaron mayor ganancia de peso durante el mismo y que no lo perdieron en el puerperio inmediato se encuentran en mayores probabilidades de desarrollar depresión postparto.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Reportar la asociación de depresión postparto y aumento de peso.
- Identificar la presencia de indicadores de depresión post parto en las madres que cursaron con embarazo de alto riesgo.
- Brindar información relevante y actualizada de la temática a los servicios asistenciales.
- Identificar y brindar apoyo diagnóstico y tratamiento oportuno a pacientes con depresión puerperal.

MATERIAL Y METODOS:

El estudio que se propone es de tipo observacional, transversal, prospectiva, comparativa, aplicada, biomédica, clínica; en la cual se valorarán a 62 pacientes en puerperio mediato, todas catalogadas con embarazo previo de alto riesgo atendidas en el servicio de Medicina Maternofetal del Hospital Regional Lic. Adolfo Lopez Mateos. Cada una de ellas será sometida al test oral de depresión postparto de Edimburgo y se evaluará el resultado, considerando como potencialmente deprimidas aquellas que resulten con puntaje igual o mayor a 10; siendo necesaria una evaluación clínica por especialista en salud mental para corroborar diagnóstico y determinar la alternativa terapéutica necesaria.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que tenga problemas para leer.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EDPE está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Para designar a las pacientes como embarazo de alto riesgo se aplicará el sistema de cálculo "CLAP-OPS/OMS Historia clínica perinatal" donde clasifica riesgo elevado con un puntaje igual o mayor a 6.

La vía de interrupción del embarazo de las pacientes en seguimiento podrá ser vaginal o abdominal sin que este modifique el criterio de selección. Posterior al parto se citará a la paciente en el período comprendido entre una y seis semanas (puerperio mediato y tardío) para realización del test de Edimburgo previo consentimiento informado y se valorará la variable del peso antes del embarazo, la ganancia durante el mismo y la pérdida postparto para identificar a las pacientes con mayor ganancia y relacionarlo con su estado de bienestar mental. Aquellas pacientes catalogadas como potencialmente deprimidas serán enviadas a valoración clínica en la consulta externa de Psiquiatría de esta institución para confirmación diagnóstica, seguimiento y determinación de terapéutica necesaria.

GRUPO DE ESTUDIO:

Mujeres en el puerperio mediato o tardío (1-6 semanas postparto) consideradas durante el control prenatal como de alto riesgo.

GRUPO PROBLEMA:

Mujeres con ganancia de 5 kg de peso o más en relación con peso previo al embarazo.

GRUPO TESTIGO:

Puérperas que no modificaron su peso, o éste fue menor a 5 kg en relación a peso previo a la gestación.

TAMAÑO DE LAMUESTRA:

Se evaluarán a 62 pacientes en puerperio mediato o tardío con la escala de Depresión de Edimburgo.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Mujeres en puerperio mediato o tardío consideradas durante el embarazo como de alto riesgo y que acepten someterse a la escala de valoración de depresión postparto de Edimburgo.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Puérperas que no cumplan criterios de inclusión, que no acepten el método diagnóstico o que sean portadoras de enfermedad mental previa.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Pacientes que no acepten la valoración confirmatoria por especialista en salud mental.

RESULTADOS

El rango de edad encontrado en el grupo de estudio se distribuyó en 37.3% de 31 a 35 años, 22.9% de 41 a 45 años, de 21.2% de 26 a 30 años, 14.4% de 36 a 40 años 3.4% de 20 a 25 años y .8% de 46 a 50 años. La edad media fue de 34.5 años, con una mínima de 19 y una máxima de 49. (TABLA 1A y 1B, GRÁFICA 1).

Se estudiaron 2 grupos de pacientes, 31 de ellos con ganancia de peso en el embarazo igual o mayor a 5 kg y que no los perdieron en el puerperio mediano o tardío, y 31 sin ganancia de peso o éste menor a 5 kgs. (TABLA y GRAFICA 2).

El factor presente para considerar embarazo de alto riesgo más frecuente fué Miomatosis Uterina seguido de Diabetes Gestacional y Edad Materna Avanzada con porcentajes de 21, 19 y 18% respectivamente, en la TABLA y GRÁFICA 3 se observan el resto de los diagnósticos encontrados.

El número de gestaciones se observan en la TABLA 4 Y GRAFICA 4 siendo más frecuente secundigestas con un 44%.

Se evaluó el estado civil de las pacientes reportándose 48.4% casadas, 30.6% solteras, 21 % unión libre, se ilustran en las TABLA Y GRÁFICA 5.

La obesidad clasificada como índice de masa corporal igual o mayor a 30 fue encontrada en 30.6% de los casos. TABLA Y GRÁFICA 6.

Encontramos frecuencia de Depresión postparto en nuestras pacientes de alto riesgo obstétrico de 9.7%. TABLA 7 Y GRÁFICA 7.

Se encuentra una mayor frecuencia en casos de depresión posparto en el grupo etáreo de 31 a 35 años (Tabla 8 y Gráfica 8). La ganancia de peso no fue factor determinante para presentar la patología en estudio puesto que se reportó el mismo número de casos (3) en ambos grupos. GRÁFICA 9.

Sin existir una asociación estadísticamente significativa por la cantidad de casos encontrados, se encontró mayor frecuencia de depresión en las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina. GRÁFICA 10

En las pacientes primigestas se encontraron más casos de Depresión postparto así como en las multigestas en segundo lugar. GRÁFICA 11

El estado civil que se encontró con mayor frecuencia asociado a Depresión postparto fue casada.
GRÁFICA 12 Y 13.

CONCLUSIONES:

Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo, comparativo, aplicado, biomédico, clínico; en la cual se sometió a tamizaje de Depresión Postparto con la escala de Edimburgo a 62 pacientes en puerperio mediato y tardío que cursaron con embarazo catalogado de alto riesgo en control prenatal en el servicio de Medicina Maternofetal del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. Los resultados obtenidos coinciden con lo reportado en la literatura mundial en pacientes que cursaron con embarazo de riesgo normal (9-10%). No encontramos asociación estadísticamente significativa con la ganancia de peso (Prueba de Fisher, valor de $P= 1.33$) con respecto a las que no tuvieron dicho incremento. Esta patología coincidió en mayor proporción con la primera gesta, estado civil casada y con el grupo de edad comprendido entre los 31 y 35 años.

No existen estudios previos donde se hayan reportado la incidencia de depresión postparto en embarazos de alto riesgo, por lo que aunque pareciera indicar una asociación más fuerte, en este estudio no se logró demostrar dicha observación, ni tampoco se relacionó con la ganancia de peso al final del embarazo respecto al pregestacional.

Por las repercusiones en salud física, mental, familiar, social, laboral y económica entre otras; es importante primero sospechar la presencia de la patología mencionada, posteriormente confirmarla con especialista en salud mental y ofrecer tratamiento oportuno y eficaz.

En nuestra institución no existen reportes previos de la incidencia de Depresión postparto y en la mayoría de las ocasiones se les resta importancia a las alteraciones en salud mental por considerarlas transitorias y benignas.

Se requiere un estudio más amplio para determinar asociaciones significativas con factores de riesgo, y seguimiento posterior de las pacientes catalogadas como potencialmente deprimidas y así ofrecer una atención integral a la paciente obstétrica en nuestra institución.

ANEXOS

Tabla 1.A

	Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	20 a 25	2	3.2	3.2
	26 a 30	13	20.9	24.1
	31 a 35	23	37.1	61.2
	36 a 40	9	14.5	75.7
	41 a 45	14	22.7	98.4
	46 a 50	1	1.6	100.0
	Total	62	100.0	

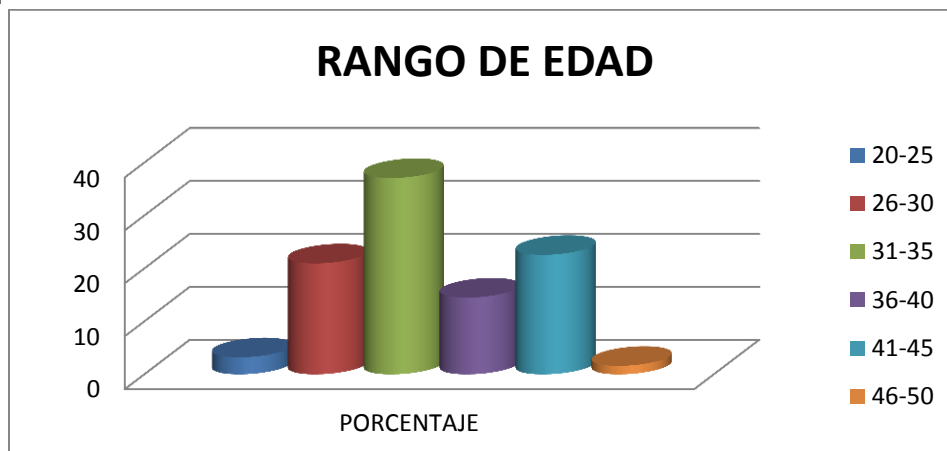
FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Tabla 1.B

DISTRIBUCIÓN DE EDAD	
MEDIA	34.5
DESVIACIONES ESTANDAR	5.5
MÍNIMA	19
MÁXIMA	49
MEDIANA	34

FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Gráfica 1



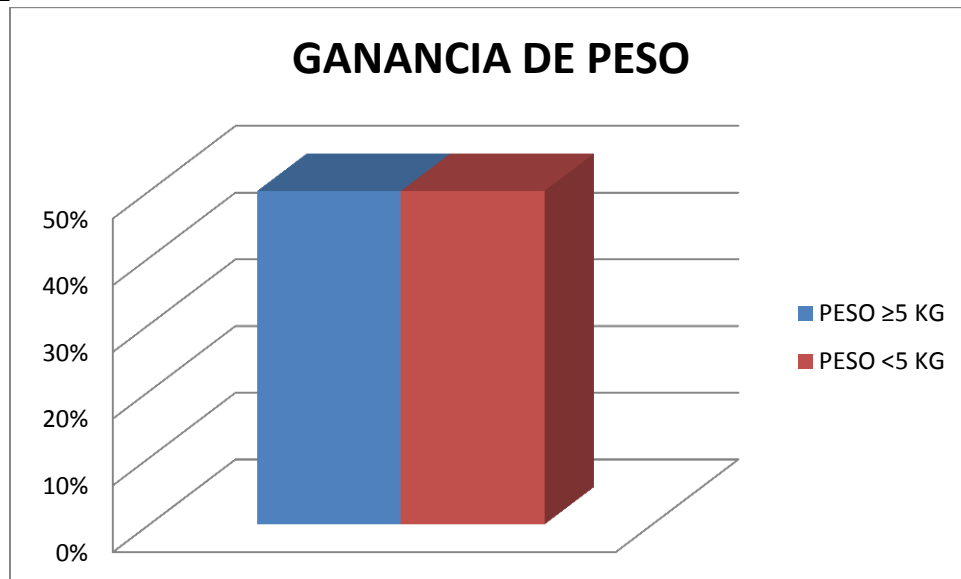
FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Tabla 2

		Ganancia de peso			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menor a 5Kg	31	50.0	50.0	50.0
	Igual o mayor a 5Kg	31	50.0	50.0	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Gráfica 2



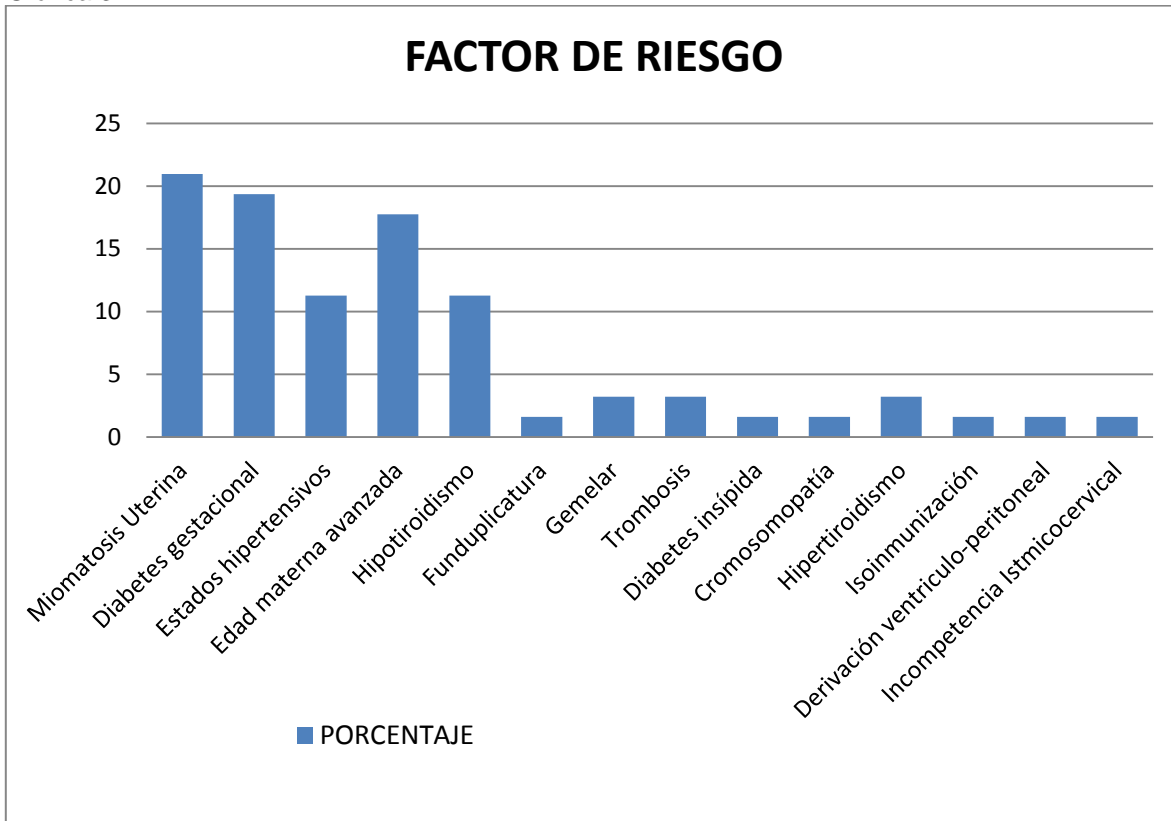
FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Tabla 3

Factor de Riesgo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Miomatosis Uterina	13	21	21
	Diabetes gestacional	12	19.4	40.3
	Estados hipertensivos	7	11.3	51.6
	Edad materna avanzada	11	17.7	69.4
	Hipotiroidismo	7	11.3	80.6
	Funduplicatura	1	1.61	82.3
	Gemelar	2	3.23	85.5
	Trombosis	2	3.23	88.7
	Diabetes insípida	1	1.61	90.3
	Cromosopatía	1	1.61	91.9
	Hipertiroidismo	2	3.23	95.2
	Isoinmunización	1	1.61	96.8
	Derivación ventriculo-peritoneal	1	1.61	98.4
	Incompetencia istmicocervical	1	1.61	100.0
	Total	62	100.0	

FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Gráfica 3



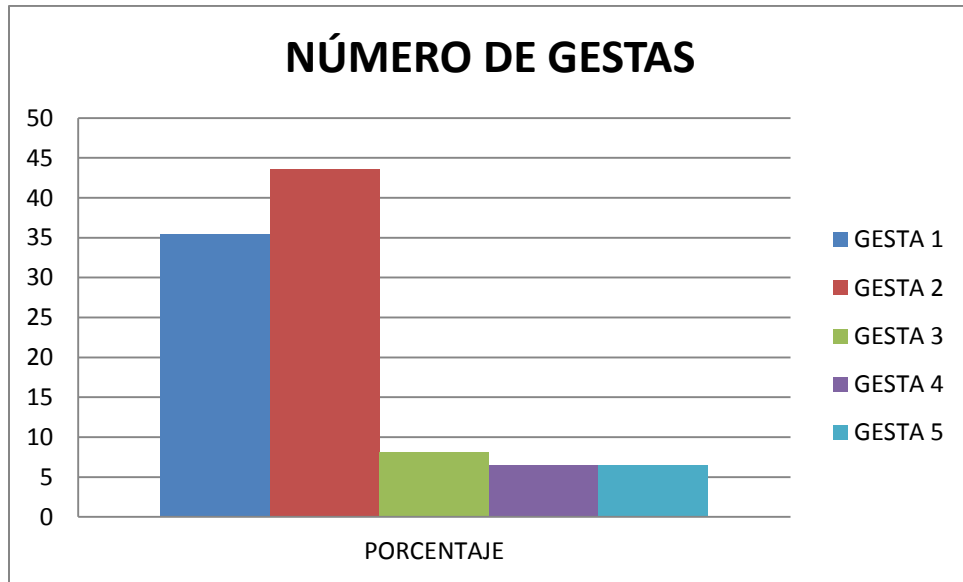
FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Tabla 4

No. De Gestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	22	35	35.5
2	27	44	79
3	5	8.1	87.1
4	4	6.5	93.5
5	4	6.5	100
Total	62	100.0	

FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Gráfica 4



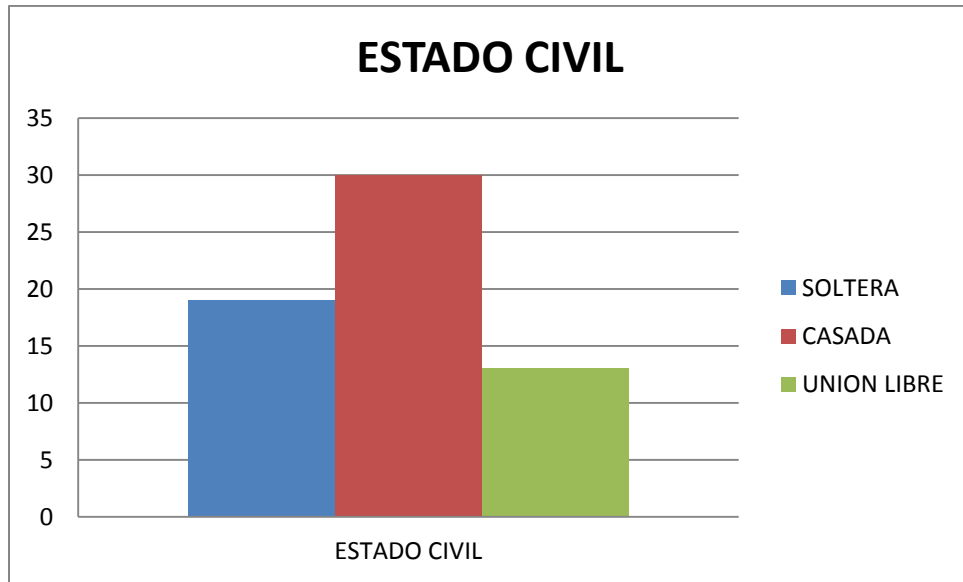
FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Tabla 5

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
soltera	19	30.6	30.6
casada	30	48.4	79
unión libre	13	21	100
Total	62	100	

FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Gráfica 5



FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

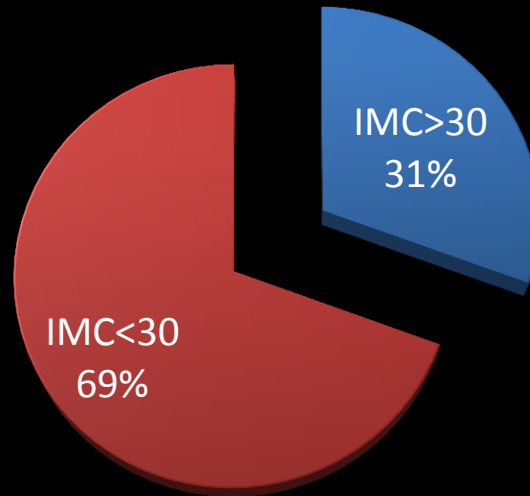
Tabla 6

IMC	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Índice masa corporal <30	43	69.4	69.4
Índice masa corporal >30	19	30.6	100.0
Total	62	100	

FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Gráfica 6

DEPRESIÓN POSTPARTO



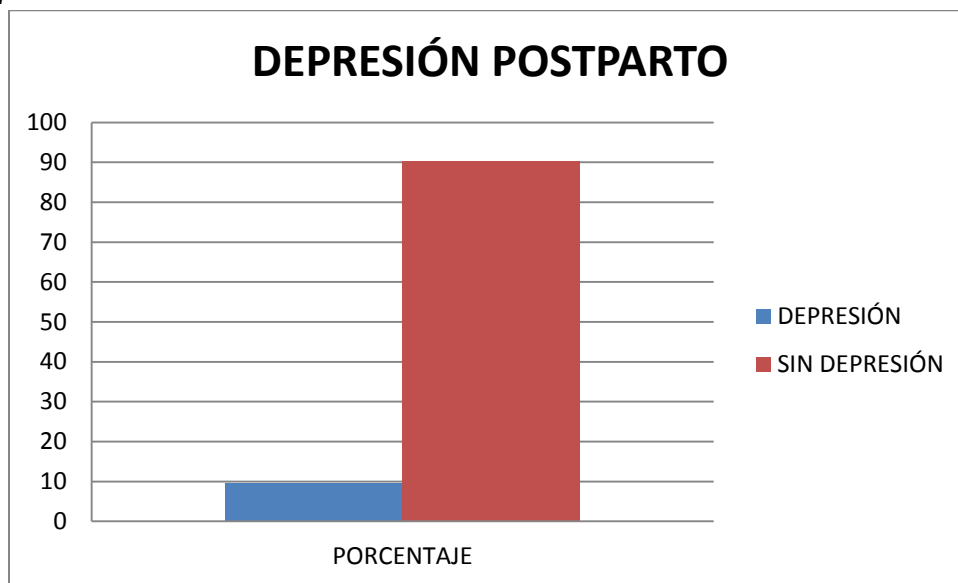
FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Tabla 7

Depresión postparto		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	6	9.7	9.7
	no	56	90.3	100.0
	Total	62	100.0	

FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Gráfica 7



FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

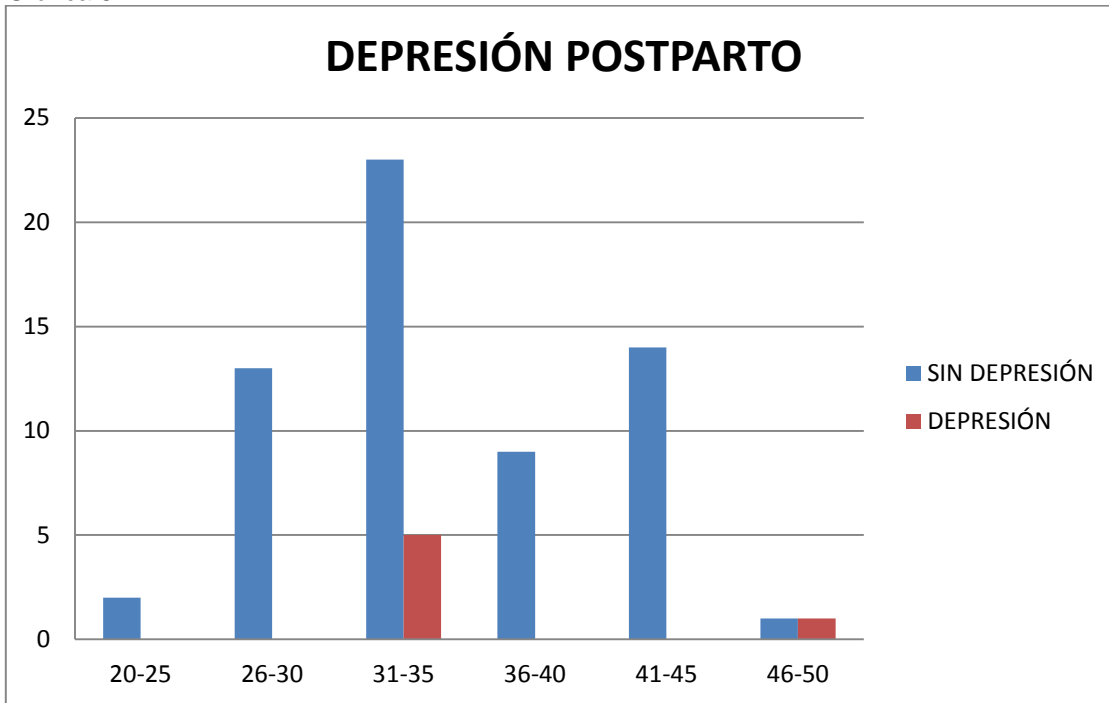
Tabla 8

Tabla de contingencia

Rango de edad		Depresión postparto		Total
		si	no	
20 a 25	Recuento	0	2	2
	% dentro de Rango de edad	.0%	100.0%	100.0%
26 a 30	Recuento	0	13	13
	% dentro de Rango de edad	.0%	100.0%	100.0%
31 a 35	Recuento	5	18	23
	% dentro de Rango de edad	21.7%	72.3%	100.0%
36 a 40	Recuento	0	9	9
	% dentro de Rango de edad	.0%	94.1%	100.0%
41 a 45	Recuento	0	14	14
	% dentro de Rango de edad	.0%	100.0%	100.0%
46 a 50	Recuento	1	0	1
	% dentro de Rango de edad	100.0%	.0%	100.0%
Total: Recuento		6	56	62
% dentro de Rango de edad		9.7%	92.3%	100.0%

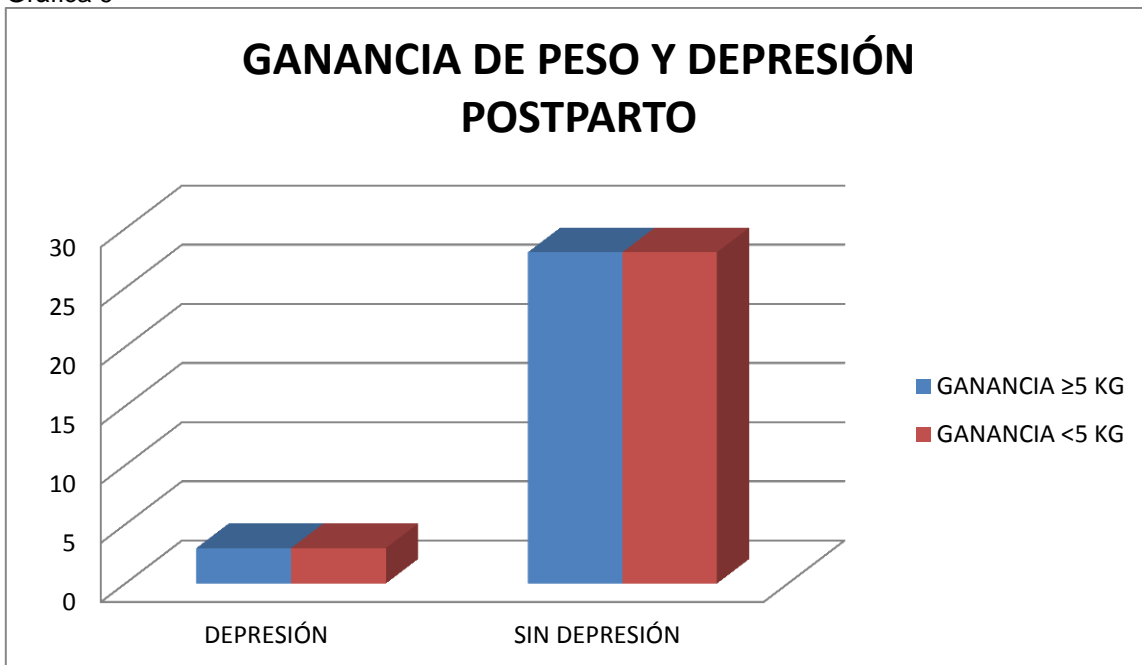
FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Gráfica 8



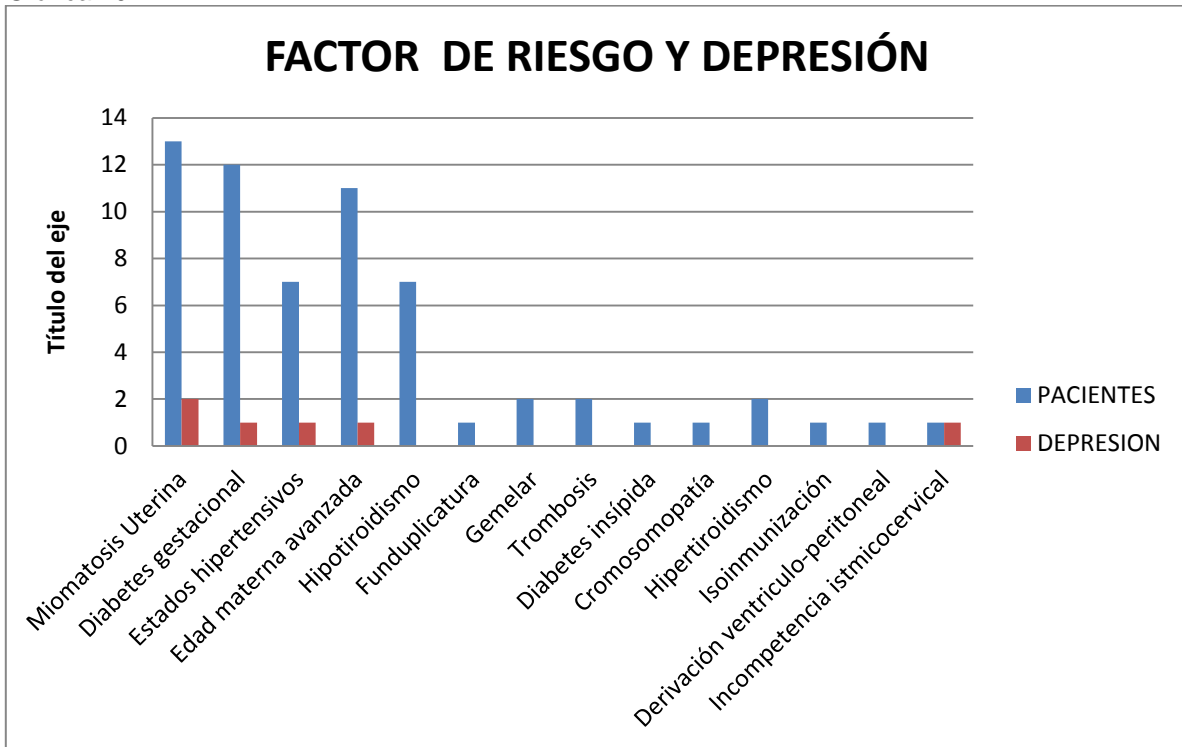
FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Gráfica 9



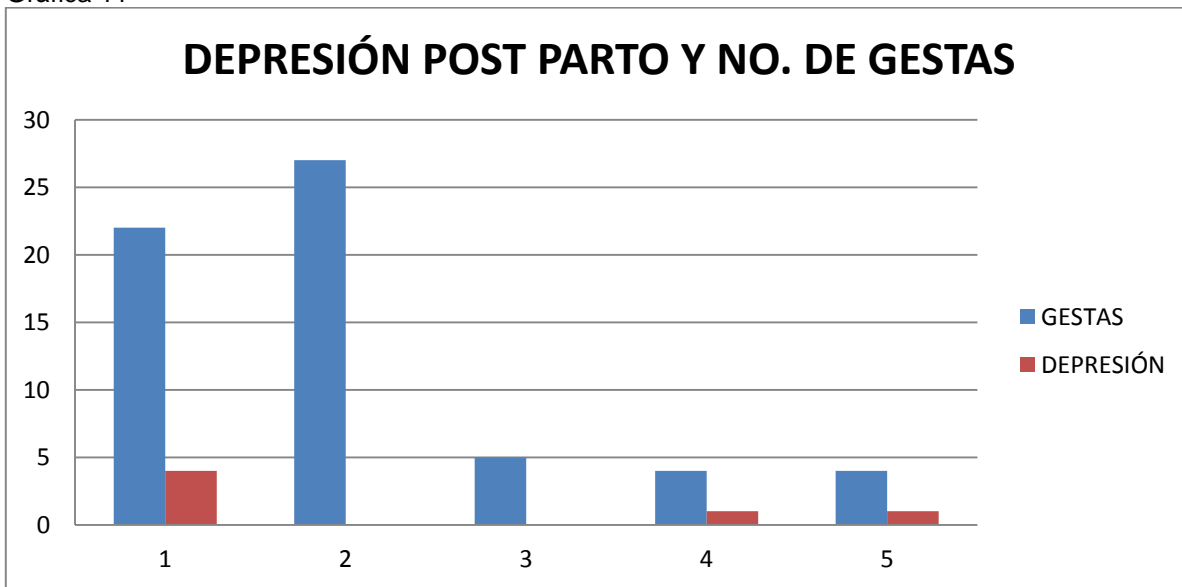
FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Gráfica 10



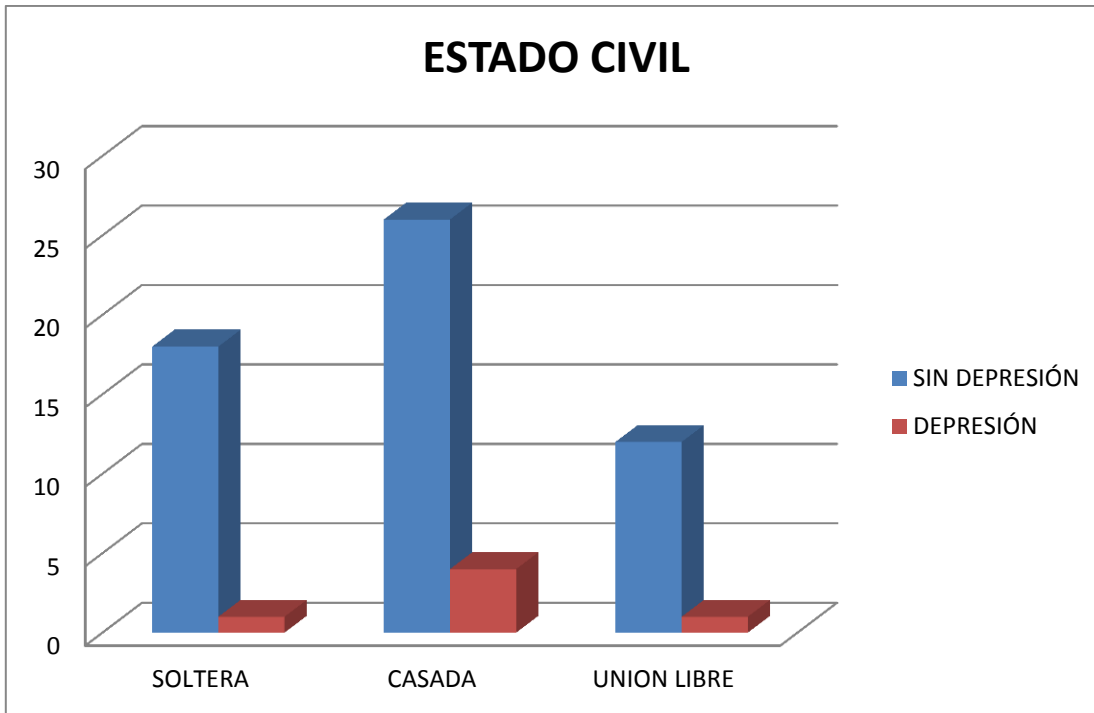
FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Gráfica 11



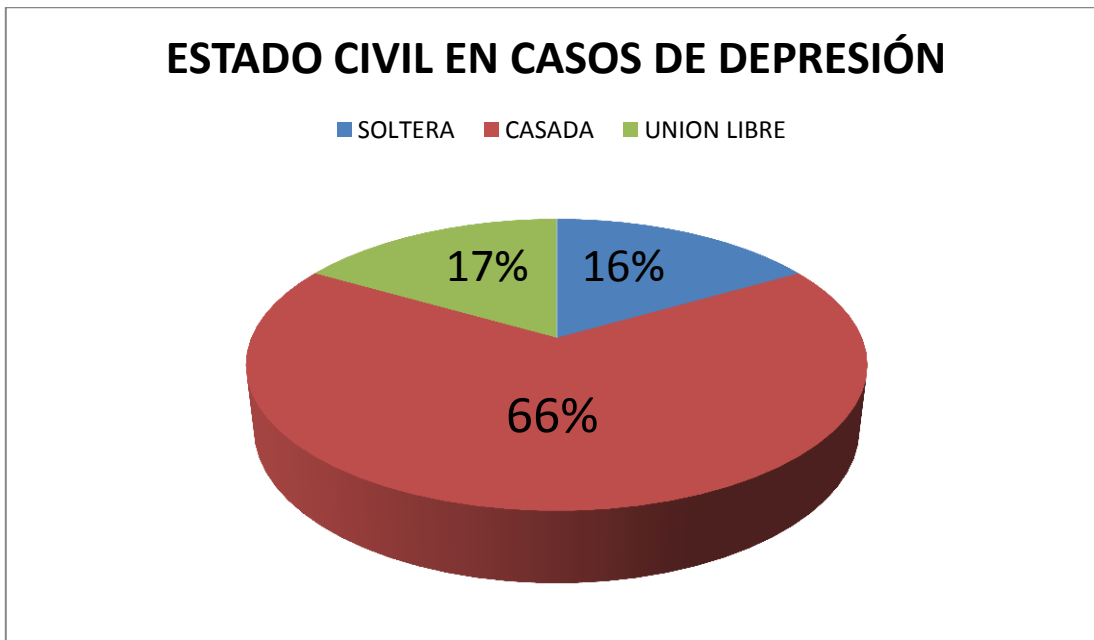
FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Gráfica 12



FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

Grafica 13



FUENTE: Hoja de recolección de datos HRLALM Servicio de MMF

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre: _____ Expte _____ Fecha _____
Edad _____
Dirección: _____ Teléfono _____
Gesta__ Parto__ Cesárea__ Aborto__ Fecha de parto _____ Talla _____
Peso previo al embarazo _____ IMC _____ Peso actual _____ IMC _____
Factor de Riesgo _____ Edo. Civil _____

Por favor marque la respuesta más compatible con su estado de ánimo en LOS ÚLTIMOS 7DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana.

Complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

Tanto como siempre

No tanto ahora

Mucho menos

No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

Tanto como siempre

Algo menos de lo que solía hacer

Definitivamente menos

No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

Sí, la mayoría de las veces

Sí, algunas veces

No muy a menudo

No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

No, para nada

Casi nada

Sí, a veces

Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

Sí, bastante

Sí, a veces

No, no mucho

No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

Sí, la mayor parte de las veces

Sí, a veces

No, casi nunca

No, nada

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

Sí, la mayoría de las veces

Sí, a veces

No muy a menudo

No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

No muy a menudo

No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

Sólo en ocasiones

No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

Sí, bastante a menudo

A veces

Casi nunca

No, nunca

PUNTUACION TOTAL_____

DR EDUARDO ERNESTO MEJIA ISLAS.

JEFE DE SERVICIO

DR LUIS REY GOMEZ AGUIRRE

R2 MEDICINA MATERNOFETAL

1. Ríos Rial B, García-Noblejas Sánchez- Migallón J, Sánchez Cubas S. Depresión Postparto. En: Trastornos depresivos en la mujer (Depresión en patologías orgánicas). Ed. Edicomplet, S.A. Madrid 2004. 12-26. 9.
2. Walther, V. N. 2003 Postpartum depression: A review for perinatal social workers. *Soc. Work Health Care*, 24(3- 4),99-111.
3. Vargas-Mendoza, J.E. y García-Jarquín, M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 11-18
4. Postpartum Disorders. The Harvard Medical School Mental Health Letter, May 2002.
5. Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale in Portuguese mothers. *Br J Psychiatry* 2006; 169(1): 30-5.
6. Warner R., Appleby L., Whitton, A. and Faragher B. (2007) Attitudes toward motherhood in postnatal depression: Development of the maternal attitudes questionnaire. *J. Psychosom. Res.*, 43(4),351-358.
7. Herring Sharon J., Rich-Edwards Jane W., Oken Emily, Rifas-Shiman Sheryl L., Ieiman Ken P., Gillman Matthew. Association of Postpartum Depression With Weight Retention 1 Year after Childbirth. *Obesity* (2008) 16, 1296 – 1301.
8. Righetti – Veltema, M., Conne- Perreard, E., Bousquet ,A. and Manzano J. 2005 Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 49,167-180.
9. Neill Epperson MD. Postpartum Mayor Depresssion: Detection and Treatment. *American Family Physician* 2004; 59(8): 2247-2254.
10. Rondon Rondon M. Salud Mental y aborto terapéutico. 2006. Consorcio de Investigación económica y social. Observatorio de la salud.2006 10-22
11. McCarthy A. Postnatal depression: diagnosis and treatment. National strategy for prevention and treatment of postnatal illness is long overdue. Consultant Phychiatrist. National Maternity Hospital, Holles St, Dublin 2. 2006 March/April. 91(2).
12. Cohen, L. S., and Rosenbaum, J. F. 2002 Psychotropic drug use during Pregnancy: weighing the risks *J Clin Psychiatry*, 59(2), 18-28.
13. Nonacs R. Cohen. L. Depression during pregnancy. Diagnosis and treatment options. *J clin. Psychiatry* 2006.
14. Briggs G Freman R Yaffe S. *Drugs in pregnancy and lactation* 2005. Lippincut Williams Wilkins.