



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE
MEXICO Y MUNICIPIOS

HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL
ESTADO DE MEXICO

**Í FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PACIENTES DE LA CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCÓYOTLÍ**

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. WENDY LIZBETH GARCÍA GUTIÉRREZ



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.

Í FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL ISSEMyM NEZAHUALCÓYOTLÎ

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. WENDY LIZBETH GARCÍA GUTIÉRREZ

AUTORIZACIONES:

DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCÓYOTL

DR. OSCAR BARRERA TENAHUA
ASESOR DE METODOLÓGIA DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCÓYOTL

M.E. CLAUDIO M. CRUZ FIERRO
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
JEFA EL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION E INOVACION EDUCATIVA EN
SALUD

Í FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL ISSEMyM NEZAHUALCÓYOTLÎ

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. WENDY LIZBETH GARCÍA GUTIÉRREZ

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE GENERAL

1.	Antecedentes Históricos	1
1.1.	Definiciones	2
1.1.1.	Depresión	2
1.1.2.	Depresión Postparto	2
1.1.3.	Epidemiología	3
1.1.4.	Factores de Riesgo	4
1.1.5.	Fisiopatología	5
1.1.6.	Cuadro Clínico	5
1.1.7.	Escala de Depresión Postparto de Edimburgo	7
1.1.8.	Diagnóstico Diferencial	9
1.1.8.1.	Tristeza Postparto	9
1.1.8.2.	Psicosis Postparto	10
1.1.9.	Tratamiento	12
1.1.9.1.	Tratamiento no Farmacológico	12
1.1.9.2.	Tratamiento Farmacológico	13
1.2.	Planteamiento del problema	16
1.3.	Justificación	17
1.4.	Objetivos	18
1.4.1.	Objetivo General	18
1.4.2.	Objetivos Específicos	18
2.	Material y Métodos	19
2.1.	Tipo de Estudio	19
2.2.	Diseño de Investigación del estudio	19
2.3.	Tipo de población lugar y tiempo	20
2.4.	Tamaño de la muestra	20

2.5.	Criterios	21
2.5.1.	Criterios de inclusión	21
2.5.2.	Criterios de exclusión	21
2.5.3.	Criterios de eliminación	21
2.6.	Variables	22
2.6.1.	Índices e indicadores (tabla operacional)	22
2.7.	Instrumentos de recolección de datos	24
2.8.	Método de recolección de datos	25
2.9.	Procedimiento estadístico	25
2.10.	Cronograma de actividades	26
2.11.	Recursos humanos	27
2.12.	Recursos materiales	27
2.13.	Recursos físicos	27
2.14.	Recursos financieros	27
2.15.	Consideraciones éticas	28
3.	Resultados	30
4.	Discusión	43
5.	Conclusiones	45
6.	Referencias bibliográficas	46
7.	Anexos	48

Í FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL ISSEMyM NEZAHUALCÓYOTLÍ

1. ANTECEDENTES HISTORICOS

El trastorno depresivo parece ser una de las primeras enfermedades mentales que fueron descritas en la historia de la humanidad. Desde los tiempos de Hipócrates, los clínicos notaron una asociación entre los trastornos del humor y el período posterior al parto. Para Hipócrates, la depresión se debe a desequilibrios en la secreción de bilis o bien a una mala combustión de esta sustancia dentro del organismo la cual daría lugar a restos tóxicos. Esta concepción humoral de los trastornos mentales se conservó hasta el siglo XIX, momento en el cual se comienza a utilizar la palabra "depresión" como término diagnóstico. Celso y Galeno también dejaron constancia en sus escritos de observaciones propias de alteraciones mentales postparto. El cambio conceptual lo proporciona el psiquiatra alemán Kraepelin a finales del siglo XIX; cuando habló entre el vínculo existente entre algunos trastornos mentales y la maternidad. El término de psicosis puerperal apareció por primera vez en Fürstner en 1875. Comprendía el 14 % de los ingresos femeninos en clínicas psiquiátricas, en aquella época.¹

Este vínculo entró oficialmente en la nomenclatura psiquiátrica cuando el DSM IV1 definió a la depresión mayor con comienzo en el postparto como episodios de depresión que comienzan hasta 4 semanas luego del mismo. Este período se corresponde con rápidos cambios hormonales, postulando la idea de que estos contribuyen a la vulnerabilidad a la depresión. Sin embargo, debido a que los factores psicosociales tienen una relevancia mayor como desencadenantes de la depresión puerperal, muchos investigadores usan una definición operativa del período en cuestión de hasta 6 meses luego del parto. (Beck, C y cols; 1999).¹

Pero lo anterior ha generado una gran controversia sobre si la psicosis postparto es un trastorno separado de otros estados psicóticos o forma parte de un continuum junto a ello, especialmente del trastorno afectivo bipolar. Parte del problema es que los criterios diagnósticos han sido ambiguos. Según Miller, LJ (2002) los primeros estudios denominaban psicosis postparto a varios estados postparto diferentes: a la depresión mayor con características psicóticas, trastorno afectivo bipolar con episodio maníaco, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, la psicosis reactiva breve. Aunado a lo anterior la diversidad de definiciones del período postparto provoca más confusión, empezando en algún momento de las 0 a las 3 semanas y extendiéndose hasta los 12 meses postparto.¹

1.1. DEFINICIONES

1.1.1. Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.²

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 el 90% de los pacientes deprimidos presenta alteraciones en su funcionamiento social y familiar. 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 consultas médicas y psicológicas, disminuye la sobrevida general y es una enfermedad que recurre en la mayoría de los pacientes.³

1.1.2. DEPRESIÓN POST PARTO

Se considera depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las cuatro y las seis semanas posparto⁴, su recidiva es 1:3 a 1:4 si la madre no es tratada correctamente y se asocia a severa discapacidad para desarrollar actividades de la vida diaria. Afecta aproximadamente al 19,2 % de las puérperas durante los tres primeros meses posparto. En la mayoría de los casos remite luego de tres a seis meses. Sin embargo, una proporción puede seguir un curso crónico. Sus efectos en la relación madre-hijo(a) no distinguen diferencias culturales o por nivel socioeconómico de la madre y su impacto en el desarrollo del niño(a) está directamente relacionado con su duración e intensidad. El deterioro que puede

ocasionar en la interacción madre-hijo, se traduce en el establecimiento de apegos inseguros y alteraciones del desarrollo psicomotor.⁵

1.1.3. EPIDEMIOLOGIA

La depresión constituye un problema importante de salud pública. En el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares.⁶ En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%. Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. Es por ello que la depresión se encuentra en los primeros lugares de la lista de enfermedades incapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo.⁶ Entre 10% al 15% de las madres puede padecer de depresión después de dar a luz. En México, la prevalencia se estima en 19.3% en la segunda semana posparto y 22.5% en la cuarta semana.⁷

Resulta difícil determinar la prevalencia real de la depresión posparto, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las púerperas según algunos autores o de un 10 a 15% según otros con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35%. La depresión posparto es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, siendo más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo.⁸

Llama la atención el hecho de que la depresión posparto sea habitualmente sub diagnosticada, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a otras patologías obstétricas tales como preeclampsia, parto prematuro y diabetes gestacional, entre otras entidades.⁸ En este sentido, Evans y cols, expresan que la mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional, aún más, casi el 50% no tiene ayuda desde los familiares ni de los amigos.⁸

Por otro lado, las mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto, no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión.⁸

1.1.4. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que han sido descritos para el desarrollo de esta entidad son variados: edades extremas de las puérperas, el embarazo no deseado, las alteraciones en el subsistema conyugal, los problemas con los padres, el nivel socioeconómico, la paridad, la patología gineco-obstétrica de la mujer, el parto por cesárea, el uso de anestesia en el parto, enfermedad del recién nacido y problemas en la lactancia, entre otros. Asimismo, se ha asociado a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales) y constituyendo un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumados.⁹

Sin embargo, algunas investigaciones que han estudiado variables socio-demográficas, obstétricas y perinatales asociadas al riesgo de depresión posparto han encontrado resultados variables como escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, patologías del embarazo, tipo de parto, hospitalización del recién nacido, no resultaron estadísticamente diferentes para riesgo de depresión posparto.⁹

Las mujeres con antecedentes de depresión crónica, bipolaridad u otras psicopatologías son más susceptibles de tener depresión posparto de la misma forma, las que han sufrido episodios previos de depresión posparto están en mayor riesgo de volver a experimentarla. Datos significativos señalan que la depresión y el estrés durante la época perinatal pueden afectar adversamente la evolución obstétrica y el bienestar del niño.¹⁰

Una de las hipótesis biológicas asociadas al desarrollo de DPP, se relaciona con los niveles séricos de triptófano, los que se encuentran más bajos al final del embarazo e inicio del puerperio al compararlos con las mujeres no embarazadas. El triptofano es precursor de serotonina, neurotransmisor involucrado en la etiopatogenia de estos trastornos. Entre el primer y segundo día posparto, en las mujeres se observa elevación del triptofano sérico como mecanismo natural de compensación, lo que no ocurriría en quienes desarrollan un cuadro depresivo puerperal. Además, de observarse en ellas un aumento de la respuesta inflamatoria del organismo, con elevación significativa de citoquinas proinflamatorias como IL-1, IL-6 y proteína C-reactiva y disminución de la concentración del factor inhibidor de estas.¹¹

1.1.5. FISIOPATOLOGIA

Existen varios modelos que intentan explicar la causa y el mecanismo biológico por el cual se presenta la depresión postparto en las mujeres. Ninguno es totalmente satisfactorio y finalmente, es necesaria la combinación de varios de ellos para explicar el fenómeno a veces del máximo alcanzado en el ciclo menstrual cada trimestre y disminuye hasta alcanzar los niveles foliculares en los días 3 a 7 del postparto. La CRH (hormona liberadora de corticotropina), ACTH (hormona adrenocorticotropa) y el cortisol tienen aumentos importantes durante el embarazo con una disminución rápida de sus niveles durante el puerperio, estas modificaciones hormonales podrían ser el detonante de la depresión en algunas mujeres susceptibles.¹²

La actividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) es otro de los modelos estudiados que explicarían la aparición de la depresión. La hiperactivación de este eje como respuesta al estrés se asocia con la aparición de depresión melancólica, anorexia nervosa y maltrato. Por otra parte, la hipo activación del eje HPA puede conducir a la depresión atípica, fibromialgia y síndrome de fatiga crónica. En las mujeres que desarrollan depresión postparto, se presenta durante el embarazo un incremento en la reactividad al cortisol como respuesta al estrés. Las relaciones entre la activación del eje HPA y la respuesta inflamatoria han sido bien documentadas. La activación crónica del eje HPA tiene efectos negativos sobre su propia regulación y la del sistema inmunológico, y, en las mujeres con depresión postparto, se produce una respuesta exagera del eje y del sistema inmunológico que, a nivel del sistema nervioso central, altera la forma en la cual se construyen los sentimientos. Las alteraciones en la ritmo del ciclo circadiano pueden también contribuir a la aparición y severidad de los síntomas depresivos.¹²

1.1.6. CUADRO CLINICO

Dentro de la nomenclatura psiquiátrica, la Depresión Postparto es definida rigurosamente como un trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR), la clasificación es la siguiente:¹³

F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)

CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SEGÚN EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, DSM-IV

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante al menos 2 semanas, que presentan un cambio respecto a la actividad previo; uno de

los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad de placer:¹³

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.
 2. Disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi día a día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen, o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o una tentativa o un plan específico para suicidarse
- B. Los síntomas no cumplen criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.¹³
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o medicamento), o una enfermedad médica.¹³
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses, se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor previa.¹³

Mientras que en el CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento, la categorización aparece como:

F32 Episodio depresivo leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos.

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como leves (depresión postnatal/postparto NOS).¹³

La depresión posparto se diferencia de cualquier otro cuadro depresivo, porque aparece entre las 4 y 30 semana del puerperio con síntomas incapacitantes como irritabilidad, rabia, anhedonia, abulia, confusión, olvido, culpa, incapacidad de afrontamiento y ocasionalmente, pensamientos suicidas, que pueden exacerbarse por falta de confianza, expectativas irreales sobre la maternidad y baja autoestima materna.¹¹

1.1.7. ESCALA DE DEPRESION POSTPARTO DE EDIMBURGO

El tamizaje puede facilitarse utilizando algunos instrumentos desarrollados para este fin, entre los cuales se destacan la escala de Depresión posnatal de Edimburgo.

Este instrumento ha sido diseñado específicamente como método de tamizaje y no de diagnóstico para depresión posparto, consiste en un registro de auto aplicación, que consta de 10 ítems y se aplica entre las 4 a 12 semanas postparto con una media a las 6 semanas, con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos. Posee una sensibilidad cercana al 100 % y una especificidad de 82 % para evaluar la intensidad de la depresión durante los últimos 7 días posparto.¹⁴

La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos, consiste en 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; 5 de estos ítems incluyen la disforia, 2 ítems están relacionados con ansiedad, 1 con sentimiento de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultad de concentración. Según los resultados obtenidos la puérpera puede ser clasificada en tres grupos.¹⁴

- ✓ -EPDS menor que 10: sin riesgo de depresión posparto
- ✓ -EPDS 10-12: puntaje límite para riesgo de depresión.

- ✓ -EPDS mayor o igual a 13: puntaje indicador de probable depresión concluyen la disforia, 2 ítems están relacionados con ansiedad, 1 con sentimiento.

Por tanto, resulta fundamental y muy conveniente detectar esta patología entre las puérperas, para lo cual pudiesen aplicarse diversas técnicas de tamizaje que permitan identificar a aquellas madres con mayor necesidad de una evaluación diagnóstica más completa. El reconocimiento de la depresión posparto en la atención médica primaria es pobre, sobre todo si se considera el aumento que la depresión ha experimentado en toda la sociedad. Estas situaciones y el hecho de la omisión de la asistencia sanitaria puede originar trastornos en la interacción entre las madres y sus recién nacidos, tales como alteraciones psicológicas a corto y largo plazo en los hijos y un mayor riesgo de separaciones y divorcios.¹⁴

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la %Melancolía de la Maternidad+ [%Blues+ en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio.¹⁴

Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. 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 EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh.¹⁴

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.¹⁴

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.¹⁴

1.1.8. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Otros trastornos afectivos que se pueden presentar en el puerperio son:

- Tristeza Postparto.
- Psicosis postparto.

1.1.8.1. Tristeza Postparto

Se llama comúnmente *maternity blues* o *baby blues*, y se describe como una alteración del estado de ánimo, debida principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Éstos tienen una intensidad y duración variable y suelen aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto. Los síntomas son de alivio espontáneo sin secuelas dentro de las dos a tres semanas siguientes al alumbramiento y no requieren de atención médica y/o psicológica, ocurre en la mayoría de las primíparas y se caracteriza por ser un síndrome leve, transitorio, que se presenta aproximadamente en un 50-80% de las madres.¹³

Los factores más comunes son la presencia de episodios de depresión o síntomas depresivos durante el embarazo, así como de sucesos estresantes durante la gestación, especialmente durante el último mes. Se ha visto que las alteraciones del sueño, haber padecido un síndrome premenstrual, o el antecedente de hijos muertos, aumenta las posibilidades de que aparezca. El cuadro se presenta generalmente con labilidad emocional, irritabilidad y tristeza o llanto fácil así como ansiedad y desesperación por la dificultad en el manejo del recién nacido.¹³

Se recomienda informar a la madre, la pareja y los familiares acerca de la existencia de esta entidad clínica, especialmente sobre la diferencia con la Depresión Post-Parto. Se puede sugerir, también, que haya acompañamiento y apoyo familiar durante estos momentos, con el propósito de que la mujer pueda atravesar esta etapa con mayor facilidad. Es indispensable informar que el estado de tristeza postparto se debe primordialmente a los cambios hormonales, así como al ajuste familiar y social que enfrenta la madre. Así mismo, es preciso enfatizar que si los síntomas aumentan o no han desaparecido después de dos a tres semanas, se debe contactar a un profesional de la salud.¹³

1.1.8.2. Psicosis postparto

La psicosis puerperal se define como un episodio de manía o de psicosis precipitado por el nacimiento de un bebé: Es una enfermedad severa cuyas características clínicas incluyen todas las variantes de la manía, psicosis cicloides esquizofreniformes.¹⁵

Las mujeres que han padecido un trastorno psicótico previo tienen un riesgo del 35% de desarrollarla. En aquellos casos en que la psicosis apareció por primera vez durante el postparto, el riesgo de recurrencia en un siguiente nacimiento es del 50 al 60%. Después de un episodio de Psicosis Postparto, hay una posibilidad de recaída con episodios maníacos o depresivos.¹⁵

Los factores que pueden influir en el inicio de un cuadro se mencionan a continuación:

Factores heredo-constitucionales:

El grupo de familia con historia de bipolaridad el que ofrece las relaciones genéticas más significativas. Cuando una mujer ha presentado crisis maníaco-depresivas, existe un elevado porcentaje de riesgo de recaída después del parto.

En las pacientes con trastornos bipolares, el 50% de los nacimientos darán lugar a un episodio con trastornos afectivo.¹⁵

Factores biológicos:

Los trastornos endocrinos que aparecen antes, durante e inmediatamente después del parto son de una amplitud y rapidez únicas. En efecto, en los días siguientes al parto las concentraciones plasmáticas de estrógenos y progesterona caen de manera considerable para alcanzar tasas 100 veces más bajas que aquellas que existen en el preparto. Por este hecho, muchas hipótesis hormonales han sido propuestas como el origen de las psicosis puerperales: unas se centran en las modificaciones de las tasas de progesterona y/o de estrógenos, otras valoran cambios en el eje tiroideo, en las tasas de gonadotropinas, de prolactina o de corticoides circulantes. Ninguna hipótesis ha sido confirmada hasta ahora.¹⁵

Las alteraciones del metabolismo de las indolaminas se han implicado en la génesis de algunas enfermedades depresivas, con una síntesis reducida de la 5-OH-triptamina cerebral (serotonina) y posibles niveles disminuidos de triptófano libre en plasma. Se confirma en las mujeres que han tenido un episodio de postpartum blues severo y en aquellas que están deprimidas 6 meses después del

Parto, la ausencia del pico de elevación normal del triptófano total en los dos primeros días siguientes al alumbramiento.¹⁵

Factores psicodinámicos:

Algunos autores refieren el rechazo del niño como uno de los factores esenciales de las melancolías puerperales: rechazo consciente (niño no deseado) o más a menudo inconsciente, que emana de la ambivalencia profunda que marca la relación madre e hijo, "rechazo combatido tanto por la culpabilidad como por el amor maternal". Se puede pensar que estas depresiones están unidas a la reactivación masiva del conflicto oral, revivido por la madre en doble identificación con su propia madre y con su hijo.¹⁵

Factores psicosociales:

Se identifica, en primer término, el conflicto provocado por la aparición de una tercera persona en el grupo familiar. La madre tiene que asumir ahora una mayor responsabilidad. Tiene que dejar de ser hija para ser ella, a su vez, madre. Y tiene en fin, que compartir con su esposo el destino del nuevo ser que ambos han procreado. Esta situación crítica da lugar a toda clase de ambivalencias y a un aumento de la agresividad, una falla en la resolución de la fase edípica y tendencias sádicas hacia los hombres. Naturalmente las personalidades inmaduras son más proclives a sufrir trastornos posparto.¹⁵

Las manifestaciones inician generalmente de forma brusca entre el tercer y noveno día postparto, aunque puede iniciarse incluso hasta el sexto mes. Los síntomas suelen comenzar como insomnio o incapacidad para descansar, junto con irritabilidad, ansiedad e inestabilidad del estado de ánimo. A continuación pueden darse conductas suspicaces, signos de confusión, preocupación excesiva por trivialidades o rechazo de la comida. Después de la fase inicial, generalmente de una semana, tiene lugar la fase aguda, en la que aparece propiamente la actividad delirante y alucinatoria, así como otros síntomas graves.¹³ Muy excepcionalmente se ha descrito suicidio e infanticidio.¹⁵

Al comienzo, es necesario un tratamiento farmacológico enérgico, y en la mayoría de los casos, se recomienda la hospitalización. Dependiendo de cada mujer, suelen prescribirse antipsicóticos y estabilizadores del ánimo. Por otra parte, se tiende a utilizar benzodiazepinas para controlar los episodios de agitación y de ansiedad. Si la paciente no responde favorablemente a la farmacoterapia o los síntomas van en aumento, puede ser necesaria la terapia electroconvulsiva.¹³

Una vez que la sintomatología psicótica ha comenzado a remitir, es necesario introducir medidas terapéuticas de tipo psicosocial. En primera instancia, esta intervención está encaminada a identificar y reducir todo aquello que pueda resultar estresante. Cuando la mujer está en condiciones de cuidar al bebé, y ya no existe riesgo de daño hacia ella misma o hacia su hijo, se puede restablecer paulatinamente este vínculo. A partir de este momento, es necesario en un principio que esté siempre presente algún familiar o profesional de la salud con la finalidad de supervisar y apoyar a la madre en el cuidado de ella misma y del menor. Es indispensable, además, continuar con el tratamiento psiquiátrico y con el proceso psicosocial.¹³

1.1.9. TRATAMIENTO

En términos generales el tratamiento de la Depresión Postparto implica la consideración de farmacoterapia, apoyo psicoterapéutico y acción sobre la red de apoyo socio-familiar. 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. Con respecto al tratamiento farmacológico un aspecto particular de la Depresión Postparto es la necesidad de cautelar los aspectos relacionados con la lactancia y la relación con él bebe.³

1.1.9.1. Tratamiento no farmacológico

La literatura consultada insiste en que cada caso debe considerarse de forma individual, valorando riesgos y beneficios. En general, se recomienda evitar la lactancia en pacientes que tomen psicótropos hasta que los riesgos sobre el recién nacido se estudien más a fondo. Los psicofármacos (neurolepticos, benzodiazepinas, litio, antidepresivos, antiepilépticos, opiáceos) se secretan en la leche materna. Las concentraciones de psicótropos varían enormemente y dependen de cada fármaco y del metabolismo materno.¹⁶

El tratamiento va a depender de la severidad del cuadro clínico. Para casos de tristeza posparto (Maternity blues), se requiere educación, soporte y apoyo a la paciente. Debe explicársele a ella el grado de severidad de los síntomas esperado y cuánto tiempo se espera que duren. Como explicamos anteriormente, es conveniente monitorizar más cerca de aquellas pacientes con historias de trastornos afectivos previos, por su mayor riesgo de desarrollar un episodio depresivo severo. La depresión posparto usualmente requiere el mismo tipo y la

misma intensidad de tratamiento que el trastorno depresivo mayor no puerperal. La terapia no farmacológica se basa predominante en terapias individuales.¹⁶

La psicoterapia cognitiva-conductual e interpersonal ha demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión postparto. Las intervenciones en la pareja han demostrado mejorar la salud mental de la paciente y de su compañero, con el consiguiente beneficio para el grupo familiar. Para las mujeres en las que la depresión ha interferido en el desarrollo de la relación con el hijo, el rol de la pareja, la implementación de masajes al niño y otros ejercicios de acercamiento pueden mejorar la interacción de la díada.¹⁶

Pero es importante agregar que la terapia no farmacológica, aunque es eficaz, no se recomienda como monoterapia ya que se ha evidenciado el alto riesgo de recaídas, lo ideal es acompañar esta tipo de terapia junto con tratamiento farmacológico. Un aspecto que debe tomarse en consideración con estas pacientes que sufren de depresión y psicosis posparto es la introducción del niño en el campo terapéutico, lo cual según diversa literatura es fundamental para la resolución del cuadro.¹⁶

Estudios indican que mantener la separación madre- hijo hasta la curación de la madre es crear un *impasse*, o el riesgo de estancarse. El niño no es un compañero indiferente, y si es separado largo tiempo de la madre presentará las mismas reacciones de rechazo que complicarían el reinicio de las relaciones; al mismo tiempo, esta medida confirmará a la madre que no es capaz de amarlo. Las relaciones madre-hijo deben ser restablecidas con cuidado. El reinicio de los contactos y la participación en los cuidados del niño se harán progresivamente, para evitar los gestos agresivos y para respetar la justa medida en el reaceramiento a su hijo que la madre sea capaz de soportar sin angustia.¹⁶

1.1.9.2. Tratamiento farmacológico

Las diferentes intervenciones terapéuticas para abordar la Depresión Postparto muestran mayor efectividad que intervenciones para reducir la sintomatología depresiva en puérperas. Sin embargo, el miedo a los efectos adversos en el bebé juega un rol importante en la decisión materna de aceptar y seguir el tratamiento.¹¹

Las drogas antidepresivas desarrollan su efecto terapéutico a través del bloqueo de la recaptura de neurotransmisores como serotonina, dopamina y norepinefrina entre otros. El uso de algunos medicamentos antidepresivos para el tratamiento de la Depresión Postparto que no involucran riesgo para los niños(as) que son alimentados con leche materna.¹¹

Las drogas antidepresivas de elección son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Los antidepresivos tricíclicos se mantienen en una segunda línea de tratamiento, ya que se asocian más frecuentemente con sedación excesiva y efectos adversos anticolinérgicos.¹¹

Entre los ISRS, sertralina y paroxetina deberían considerarse como primera opción en el tratamiento de la DPP de mujeres que desean continuar amamantando. Su uso no reviste riesgos para el lactante ya que no han podido detectarse niveles sanguíneos significativos de dichas drogas. Otros ISRS como fluoxetina y citalopran, tienen una vida media mayor, por lo que algunos estudios reportan niveles séricos elevados en los hijos(as) de las madres usuarias, lo que pudiera asociarse a la presencia de efectos adversos en los niños, como cólicos, diarrea e irritabilidad.¹¹

Una vez establecido el diagnóstico, las indicaciones del tratamiento deben ser claras en relación con su inicio, dosis, efecto terapéutico y efectos adversos. Es importante informar a la madre de la existencia de un período de latencia en el inicio de la respuesta farmacológica, que oscila entre 2 y 4 semanas, durante el cual deberá continuar ingiriendo el fármaco pese a no observar remisión de los síntomas.¹¹

Al igual que otros ISRS, el mecanismo propuesto de acción de la Sertralina es un incremento de la disponibilidad de serotonina a nivel de Sistema Nervioso Central. De acuerdo con diversas evidencias obtenidas de estudios farmacológicos se ha podido demostrar que la sertralina bloquea la recaptación del transportador de serotonina tanto a nivel de las dendritas como en el axón, dando como resultado un aumento del neurotransmisor en la zona somato dendrítica, como respuesta a lo anterior, se ha encontrado que se produce la síntesis de receptores 5-HT₁, fenómeno que conduce a una mayor liberación de serotonina en el axón. El retraso en la regulación a la baja de los auto-receptores puede ser una de las razones por las cuales la Sertralina y otros ISRS no producen un efecto antidepresivo inmediato. La mayor disponibilidad de Sertralina en la hendidura sináptica trae como resultado también una regulación a la baja de los receptores postsinápticos, lo que se ha asociado a la normalización de la función neuronal correspondiente.¹⁷

De acuerdo con estudios en los que se ha evaluado la eficacia y seguridad de los antidepresivos ISRS, los resultados han sugerido un bajo riesgo teratogénico en mujeres embarazadas, sin embargo se alerta sobre el riesgo potencial alto de teratogenicidad asociado al empleo de Fluoxetina y Paroxetina. La dosis de Sertralina recomendada utilizada en esta población ha sido de 50mg/día.¹⁷

Los neurolépticos convencionales suelen ser eficaces. Sin embargo, los tradicionales como el haloperidol o la tioridazina, suelen tener mayores efectos colaterales. No hay estudios adecuados sobre la eficacia y seguridad de los

neurolépticos más modernos tales como la olanzapina, risperidona, ziprasidona y otros. A pesar de esto, los clínicos los prefieren, por sus menores efectos adversos.¹⁸

Cuando el trastorno aparece en el postparto, desde el principio puede combinarse el antipsicótico con un medicamento estabilizador del estado de ánimo, tal como el topiramax, la oxcarbazepina o la lamotrigina, entre otros. A largo plazo se busca la posibilidad de discontinuar el neuroléptico para aminorar los riesgos asociados con el uso a largo plazo de los neurolépticos, como la disquinesia tardía. Es necesario señalar que cuando el tratamiento fue exitoso con estabilizador del estado de ánimo, éste no debe discontinuarse abruptamente, sino de modo lento y gradual. Esto reduce la posibilidad de una recaída.¹⁸

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el último tiempo se ha brindado cada vez mayor importancia a los aspectos psicológicos y psiquiátricos durante el embarazo y el puerperio con una prevalencia entre el 10 al 30%, se ha señalado que estas etapas corresponden a cambios vitales y trascendentales para la vida de la mujer y de su núcleo familiar, donde se produce un alto estrés que pone en riesgo la dinámica familiar. El embarazo puede considerarse una crisis normativa y dentro de la cual se presenta un desequilibrio emocional ya que las futuras madres deben adaptarse a cambios físicos, psicológicos y sociales que alteran su estilo de vida y en algunos casos presentar síntomas depresivos.

Es importante conocer la frecuencia de la depresión postparto para intervenir oportunamente tanto en su detección como en su manejo medico integral. Es un problema de salud que desafortunadamente en algunas ocasiones solo se trata desde el enfoque médico, sin dar importancia a la esfera psicoemocional y familiar, las cuales pueden repercutir para mejorar su calidad de vida, dado que en la estructura social la mujer sigue siendo un pilar importante y eje del funcionamiento familiar como núcleo de la sociedad.

De ahí la importancia de un adecuado control prenatal, perinatal y posnatal, con el fin de prevenir y captar de forma oportuna aquellas patologías que afectan directamente tanto a la madre como al recién nacido, lo cual podría generar un riesgo aumentado de morbi-mortalidad en ambos. Dentro de la patología psiquiátrica del puerperio, la psicosis puerperal es una de las más graves y la que mayor carga asistencial y de cuidados conlleva, tanto para el núcleo familiar en el que aparece dicho cuadro psicótico, como para el equipo de salud que asuma el caso. La población en general desconoce la existencia de la Depresión Posparto y sus posibilidades de tratamiento y el porcentaje de rastreo en el primer nivel de atención es menor al 50% y en México no se realiza de manera rutinaria.

En base al reporte de atención de pacientes que acuden a control prenatal, se identificaron aproximadamente entre 70 a 80 pacientes mensuales y solo el 15% acuden durante el puerperio para atención médica, siendo un porcentaje bajo por lo que es importante la detección de depresión postparto por ser el precursor del desarrollo de patologías psiquiátrica y alteración en la funcionalidad familiar, que se pueda estar desarrollando en las mujeres posterior al nacimiento de sus infantes en el Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl.

Por lo cual se realizó la siguiente interrogante *¿Cuál es la frecuencia de la depresión postparto en pacientes de la Consulta Externa del Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl?*

1.3. JUSTIFICACIÓN

La depresión posparto tiene una frecuencia a nivel mundial del 8 al 25%. La población en general desconoce la existencia de la depresión post parto y sus posibilidades de tratamiento y el porcentaje de rastreo en el primer nivel de atención es menor al 50% y en México no se realiza de manera rutinaria lo que provoca que la detección de este trastorno sea difícil por la poca investigación sobre el tema y su incidencia se encuentre subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas.¹⁹

La depresión no es una moda, constituye un severo problema de salud pública que hoy por hoy afecta entre 12 y 20% de personas adultas, de las cuales las mujeres sufren casi el doble riesgo de depresión (14.4%), en comparación con los hombres (8.9%).²⁰

En el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables además de ser también una de las más importantes causas de incapacidad y de alta probabilidad de generar el suicidio. Se prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares.⁶

Uno de los principales motivos por los que los trastornos depresivos tienen un impacto tan elevado en la salud pública es el alto grado de discapacidad que generan. La Encuesta Mundial de Salud Mental determinó que, en el caso específico de México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave y alrededor de siete si la gravedad fue moderada. El tratamiento de los trastornos depresivos en el nivel primario de atención a la salud es posible y conveniente. La evaluación de diversas intervenciones muestra que éstas son efectivas para disminuir la depresión y la discapacidad asociada a ella, así como de relativo bajo costo. La clave del éxito parece estar en la integración de servicios, con colaboración multidisciplinaria, combinando recursos de acuerdo con las necesidades y preferencias de cada paciente.¹⁹

Por lo tanto la presente investigación tiene como propósito identificar cual es la frecuencia de la depresión posparto en el primer nivel de atención detectando los trastornos del estado de ánimo en el post- parto ya que acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y conllevan considerables repercusiones como posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos, el deterioro de las relaciones conyugales y familiares, también implica consecuencias económicas por lo que el médico familiar, juega un papel decisivo en la identificación de este problema; por esto se hace necesario tener un instrumento de fácil manejo y comprensible, que este científicamente probado para identificar este problema como lo es la escala de Edimburgo la cual es una herramienta ideal para identificar la depresión post parto en todos los niveles de atención de salud.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Analizar la frecuencia de Depresión en mujeres post-parto en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia de Depresión Post-parto en mujeres por medio de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo.
- Determinar la edad más frecuente en la que se presenta la Depresión Post-parto.
- Determinar la escolaridad más frecuente en la que se presenta la Depresión Post-parto.

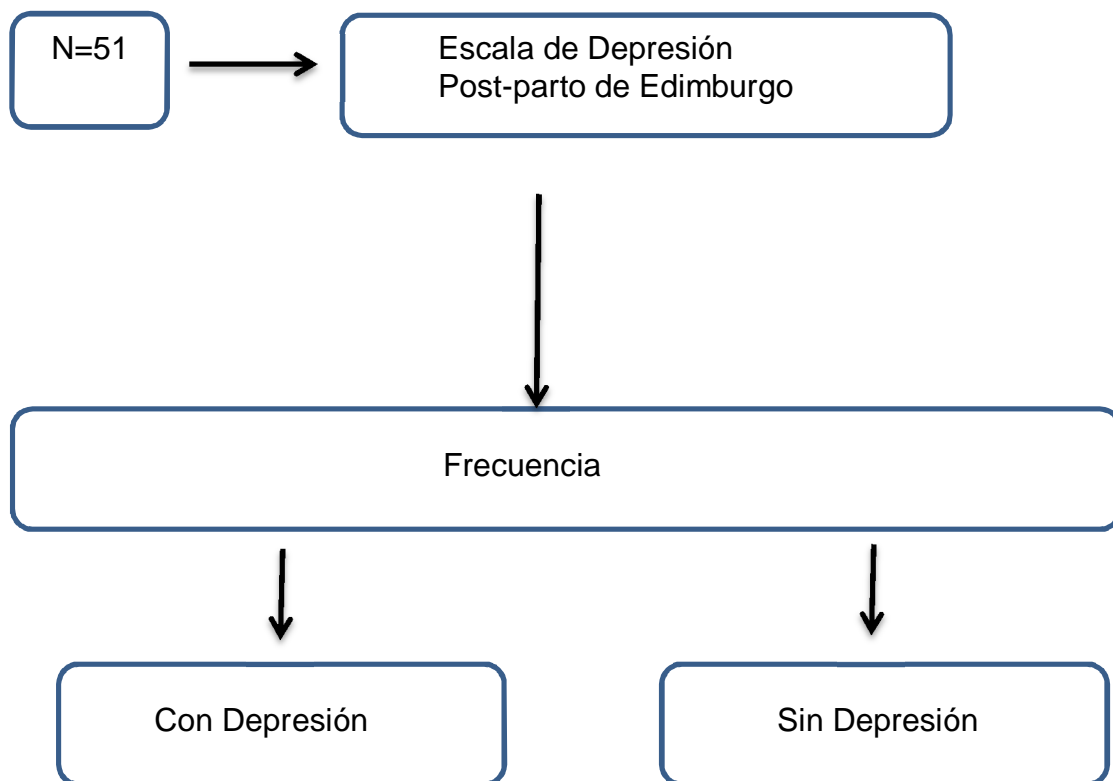
2. MATERIAL Y METODOS

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio Observacional, Descriptivo, Transversal y Prospectivo

2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl ubicado en San Juan de Aragón s/n Col. Vicente Villada, Ciudad Nezahualcóyotl Estado de México, durante el periodo del 1 de noviembre del 2012 al 28 de febrero del 2013, en un total de 51 pacientes las cuales cursaron con un evento obstétrico (parto o cesárea) en las últimas 6 semanas, a las cuales se les aplico la Escala de Depresión Post-parto de Edimburgo.



2.3. TIPO DE POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Pacientes con antecedente de evento obstétrico (parto o cesárea) en las últimas 6 semanas, que recibieron atención médica en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl, en el periodo del 01 de Noviembre del 2012 al 28 de febrero 2013.

2.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra del estudio es probabilística por cuota, las cuales fueron captadas en el área de Alojamiento Conjunto del Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl.

2.5. CRITERIOS

2.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Derechohabientes del Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl.
- Mujeres que cursaron con un periodo de 6 semanas de Post- parto y Pos-cesárea.

2.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no sean derechohabientes del Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl.
- Mujeres que no cumplan con el periodo de 6 semanas de post-parto y pos-cesárea.
- Pacientes con diagnóstico previo de Depresión y/o Depresión Posparto.

2.5.3. CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes que no quieran participar durante el estudio.
- Pacientes que realicen de manera incompleta la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo.
- Pacientes que no firman la carta de consentimiento informado.

2.6. VARIABLES

2.6.1. INDICES E INDICADORES (TABLA OPERACIONAL)

VARIABLE (índice / indicador)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN	FUENTE (en forma genérica)	ANÁLISIS / CONTROL
Edad	Cuantitativa	La edad (o edad biológica) es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Continua	18 - 22 años 23 - 27 años 28 - 32 años 33 - 37 años	Cuestionario	Tabla
Escolaridad	Cualitativa	Es el tiempo que tiene de educación formal un individuo.	Nominal	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Técnica	Cuestionario	Grafica
Estado Civil	Cualitativa	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Nominal	Soltera Casada Unión Libre Separada Divorciada Viuda	Cuestionario	Grafica
Ocupación	Cualitativa	Se refiere a la clase de trabajo que efectúa una persona ocupada durante el período de referencia adoptado, independientemente de la rama económica a la que pertenezca o la categoría de empleo que tenga	Nominal	Trabaja No trabaja Hogar	Cuestionario	Porcentaje

Gestaciones	Cuantitativa	Es el número de embarazo que ha presentado una mujer.	Continua	Primigesta Secundigesta Multigesta	Cuestionario	Grafica
Terminación de parto	Cualitativa	la culminación del embarazo humano	Nominal	Parto Cesárea	Cuestionario	Grafica
Depresión	Cualitativa	Depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos de tristeza, desánimo, con llanto fácil y sensación de vacío.	Ordinal	>10 síntomas depresivos. <10 sin síntomas depresivos	Escala de depresión postnatal de Edimburgo	Grafica

2.7. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

➤ Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo.

La Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo fue diseñada por Anthony Cox, Holden y Sagovsky; en Edimburgo en 1977 y la versión en español fue validada para su aplicación en gestantes y/o mujeres en el periodo posparto en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes por Ortega y cols. en el 2000. En el año 2004, Tophil y cols. sugirieron el empleo de la Escala de Depresión Post-parto de Edinburgh en busca de depresión perinatal, describiendo la prueba como un instrumento de tamizaje ampliamente utilizado, validado, objetivo, con sensibilidad y especificidad satisfactorias.²¹

La versión en español fue desarrollada por los autores de la versión en inglés y está basada en la versión original del Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Para asegurar equivalencia semántica, fue traducido al español usando múltiples métodos. Entre los métodos se incluyó la técnica de *back translation*, asesoramientos por un comité ad-hoc, técnica de pre-test y forma alternada de equivalencia. El alfa de Cronbach del total del instrumento versión en Español fue de .95. Se calculó la intercorrelación entre los ítems relacionados y la consistencia interna con Alfa por dimensión.²²

La Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS), instrumento de auto aplicación, el cual ha sido validado en múltiples países. Este instrumento consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos.⁹ De sus ítems, 5 se relacionan con disforia, 2 con ansiedad, 1 con sentimientos de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultades de concentración.¹¹

2.8. METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se identificaron a las pacientes con criterios de inclusión que acudieron al Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl para la atención de evento obstétrico.
- Las pacientes fueron captadas en el área de Alojamiento Conjunto del Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl a las que se les otorgo cita en 45 días posteriores a su egreso hospitalario, en la consulta externa de Medicina Familiar.
- Fue realizada la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo con previa lectura del consentimiento informado a la paciente y al familiar en el consultorio de consulta externa de Medicina Familiar el cual es cómodo y privado para desarrollar dicha actividad.
- Todos los cuestionarios fueron aplicados por el investigador principal.

2.9. PROCEDIMIENTO ESTADISTICO

- Posterior a la recolección de datos, se realizó la captura por medio de la base de datos computarizado Excel 2010 de Microsoft Office, el análisis se realizó mediante estadística descriptiva.

2.10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

2012

2013

Actividad	Mes												
	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
a. Elección del tema	X												
b. Recopilación bibliográfica	X												
c. Elaboración de protocolo	X												
d. Realización de encuestas		X	X	X	X								
e. Análisis de resultados						X	X	X	X				
f. Elaboración informe final										X	X	X	X

2.11. RECURSOS HUMANOS

- Cuestionarios aplicados por Médico Residente de 3er. año de la Especialidad de Medicina Familiar.
- Trabajo Social de la Consulta Externa

2.12. RECURSOS MATERIALES

- Se utilizaron Fotocopias de la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS).
- Carta de consentimiento informado.
- Bolígrafo para el llenado de las encuestas

2.13. RECURSOS FISICOS

- Se realizó en consultorio médico del Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl, en el área de Consulta Externa.

2.14. RECURSOS FINANCIEROS

- Autofinanciado por el investigador principal.

2.15. CONSIDERACIONES ETICAS

DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales 35a (Venecia, 1983), 41a (Hong Kong, 1989), 48a. Sommerset West / África del Sur (1996) y 52a. Edimburgo / Escocia (2000).

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

1. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".
2. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.
3. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
4. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.
5. Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender inmediatamente el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.
6. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

En base a lo establecido por la **LEY GENERAL DE SALUD, EN EL TITULO 5to. CAPITULO UNICO, ARTICULO 100**, con respecto a la investigación en seres humanos, se desarrollara con forme a las siguientes bases:

I.- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II.- Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III.- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

IV.- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V.- Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

3. RESULTADOS

Fueron estudiadas 51 pacientes de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados. En la clasificación por grupo de edad, se encontraron de 18 a 22 años 9 pacientes (18%), 23 a 27 años 17 pacientes (33%), 28 a 32 años 15 pacientes (29%) y de 33 a 37 años 10 pacientes (20%). Ver tabla 1.

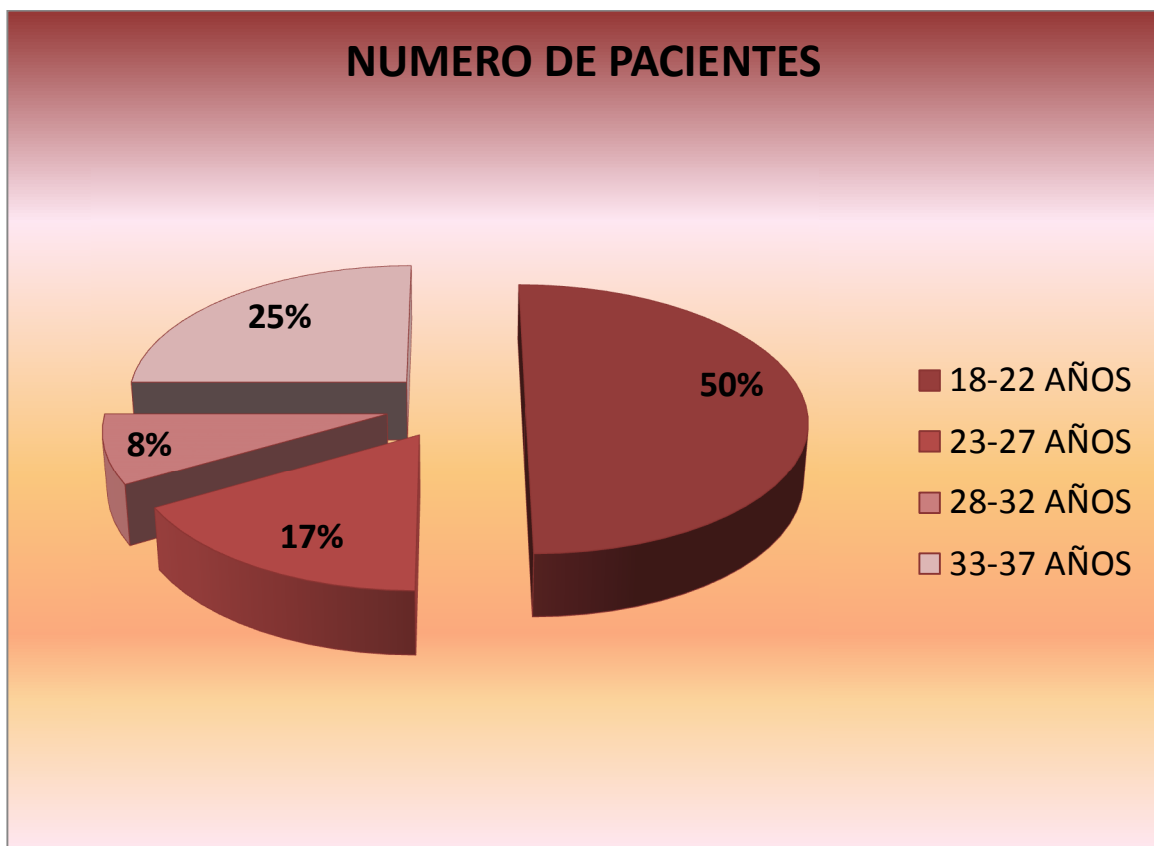
TABLA 1. DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES POR GRUPO DE EDAD.

EDAD	TOTAL
18 Æ 22 años	9
23 Æ 27 años	17
28 Æ 32 años	15
33 Æ 37 años	10
TOTAL	51

Fuente: Cuestionario Sobre Depresión Postparto Edimburgo (EPDS).

Se encontró una mayor frecuencia de Depresión Postparto entre las edades de 18 a 22 años con 6 pacientes (50%), seguida de 33 a 37 años 3 pacientes (25%) y con menor frecuencia entre las edades de 23 a 27 años 2 pacientes (17%) y de 28 a 32 años 1 paciente (8%), esto presentándose en los extremos de la vida reproductiva con mayor frecuencia.

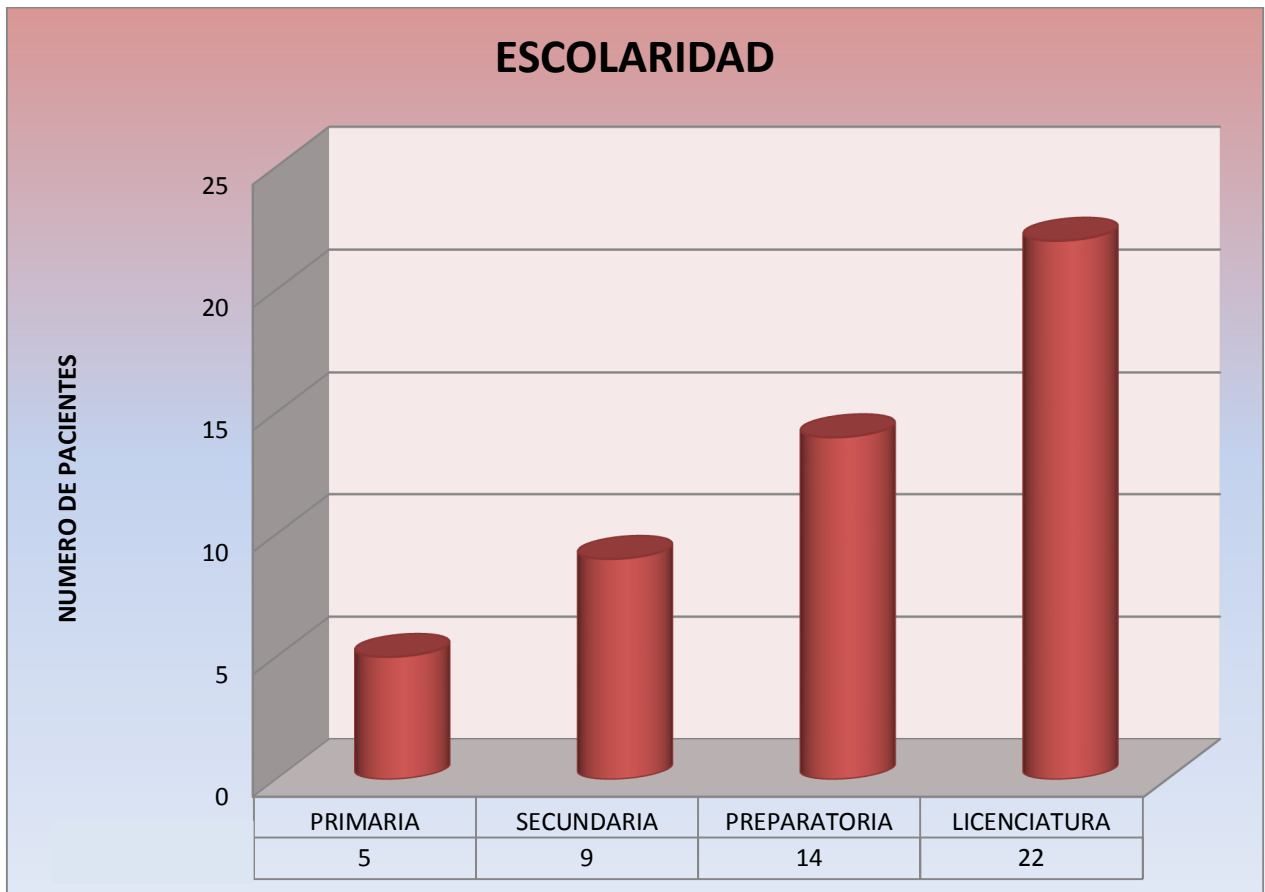
FIGURA 1. FRECUENCIA DE EDAD DE LAS PACIENTES CON DEPRESION POSTPARTO



Fuente: Cuestionario Sobre Depresión Postparto Edimburgo (EPDS).

Con respecto al nivel de escolaridad de las pacientes, se identificó que 22 pacientes tienen licenciatura (44%), 14 cursaron hasta nivel preparatoria (28%), 9 hasta secundaria (18%) y 5 pacientes cursaron la primaria (10%).

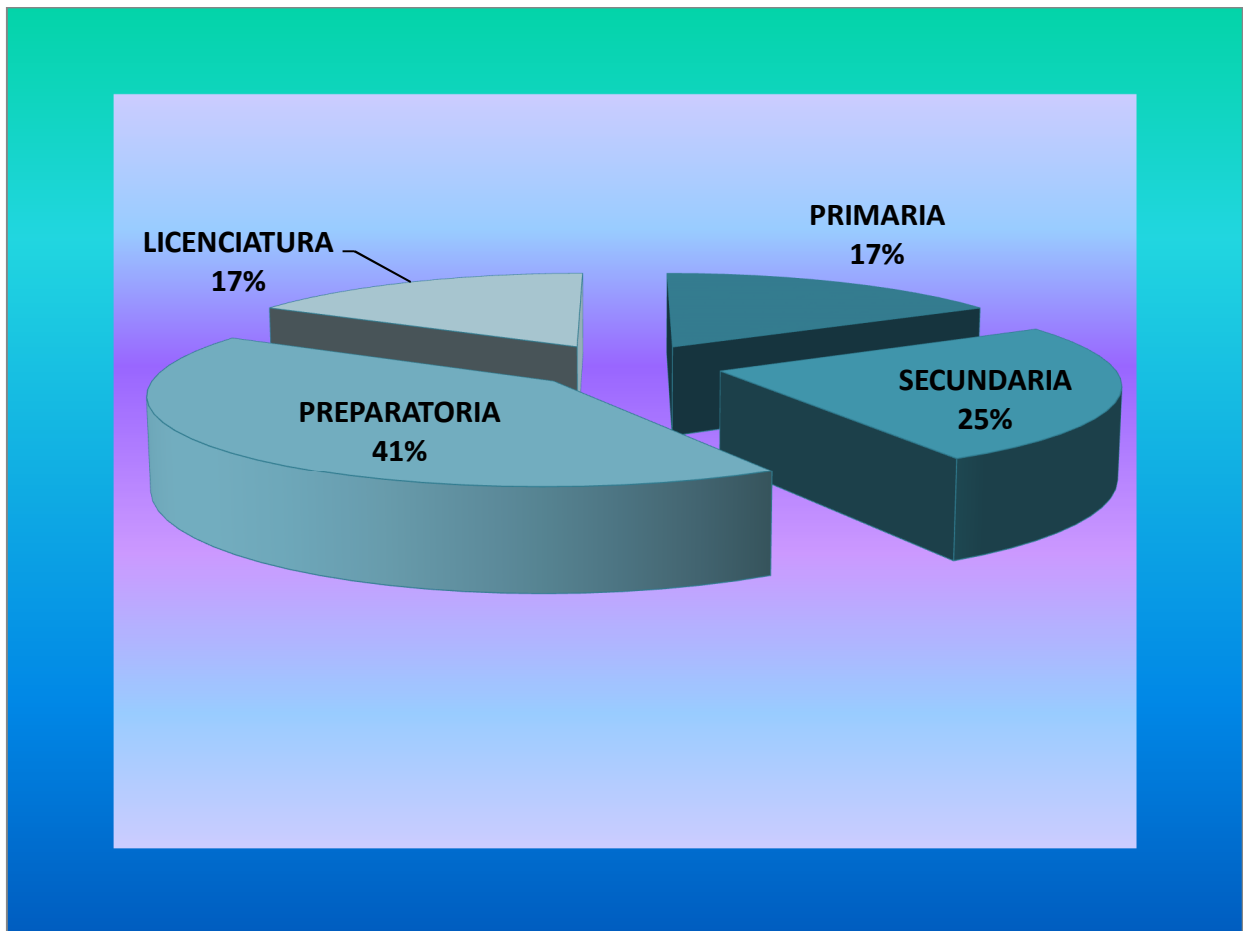
FIGURA 2. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO.



Fuente: Cuestionario Sobre Depresión Postparto Edimburgo (EPDS).

Se identificó mayor frecuencia en pacientes con escolaridad preparatoria en un 41% (5 pacientes), secundaria 25% (3 pacientes), primaria 17% (2 pacientes) y licenciatura 17% (2 pacientes).

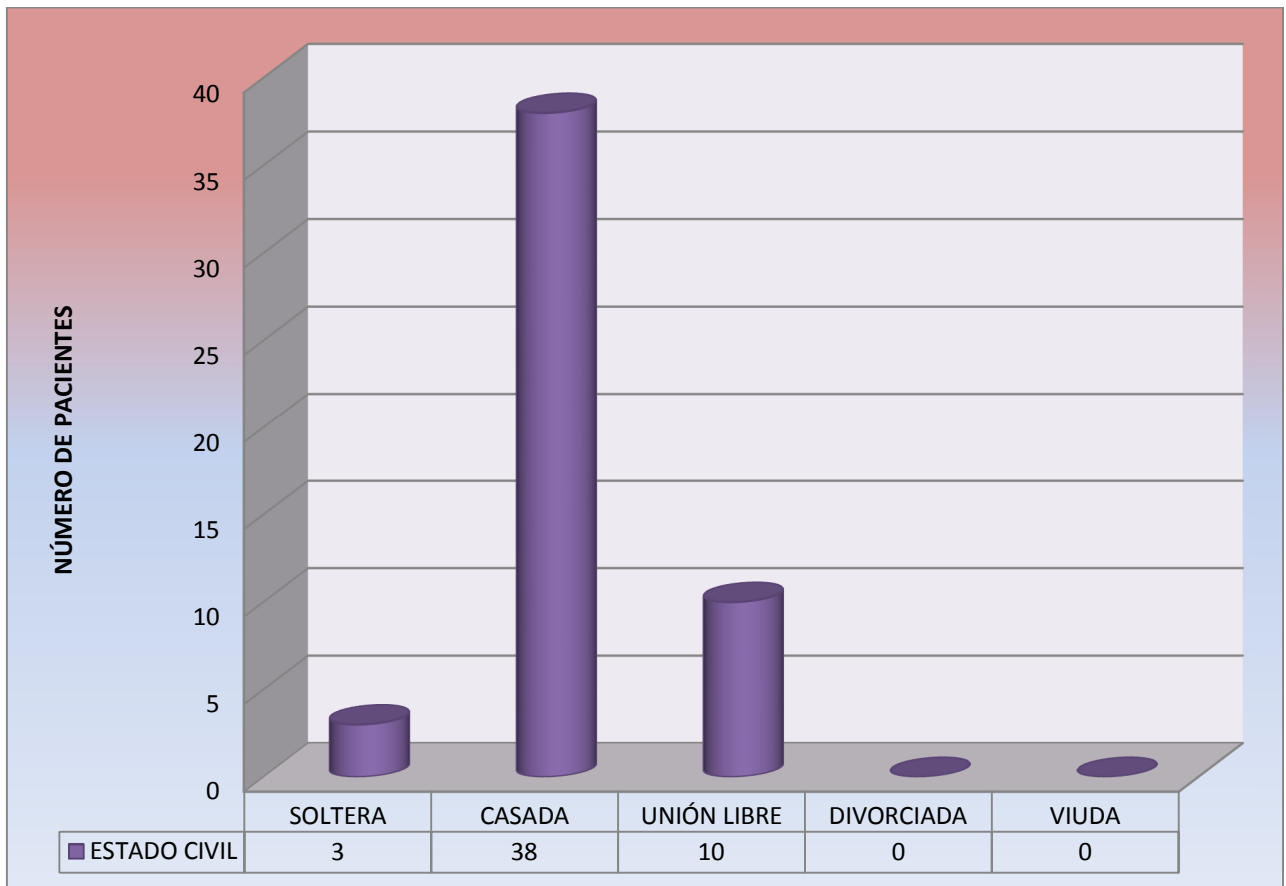
FIGURA 3. ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON DEPRESION POSTPARTO



Fuente: Cuestionario Sobre Depresión Postparto Edimburgo (EPDS).

La muestra está conformada en su mayoría por 38 pacientes en estado civil casadas, 10 viviendo en unión libre, 3 son madres solteras y ninguna paciente divorciada o viuda.

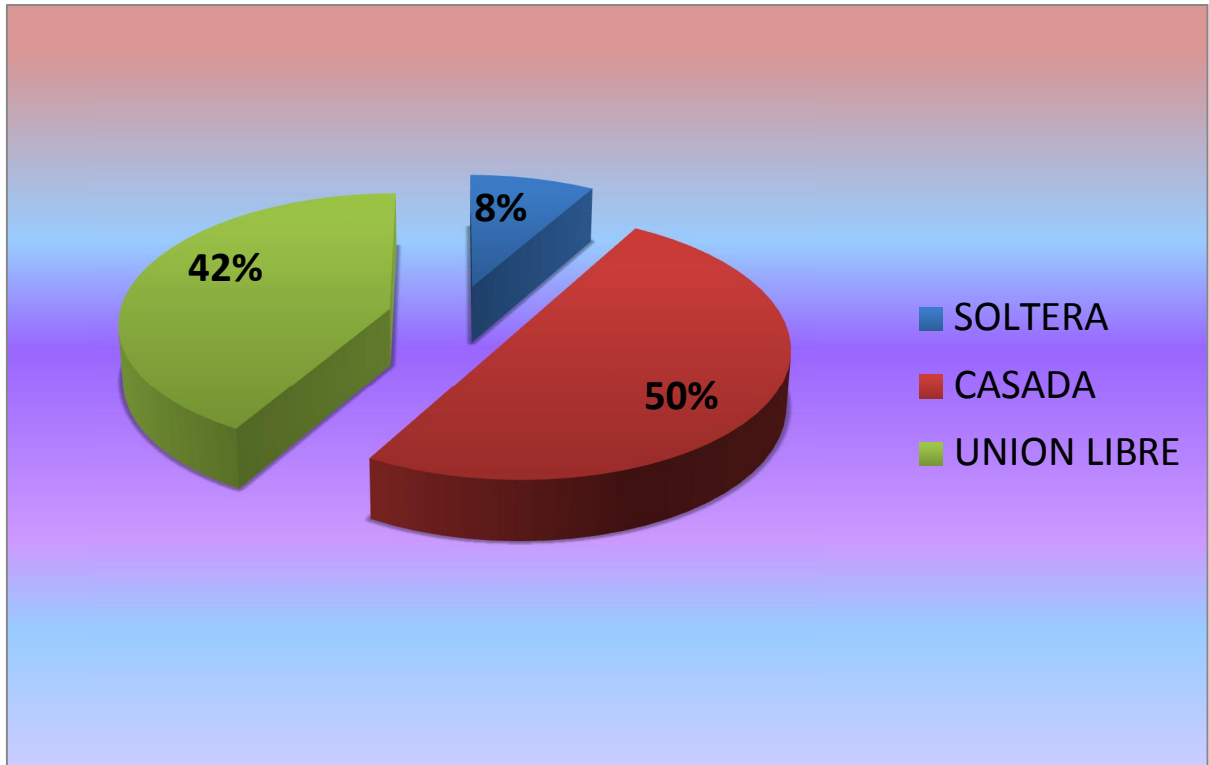
FIGURA 4. ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO.



Fuente: Cuestionario Sobre Depresión Postparto Edimburgo (EPDS).

Se presentó en un 50% mayor incidencia en pacientes con estado civil casadas en un 50% (6 pacientes), 42% en unión libre (5 pacientes) y el 8% solteras (1 paciente)

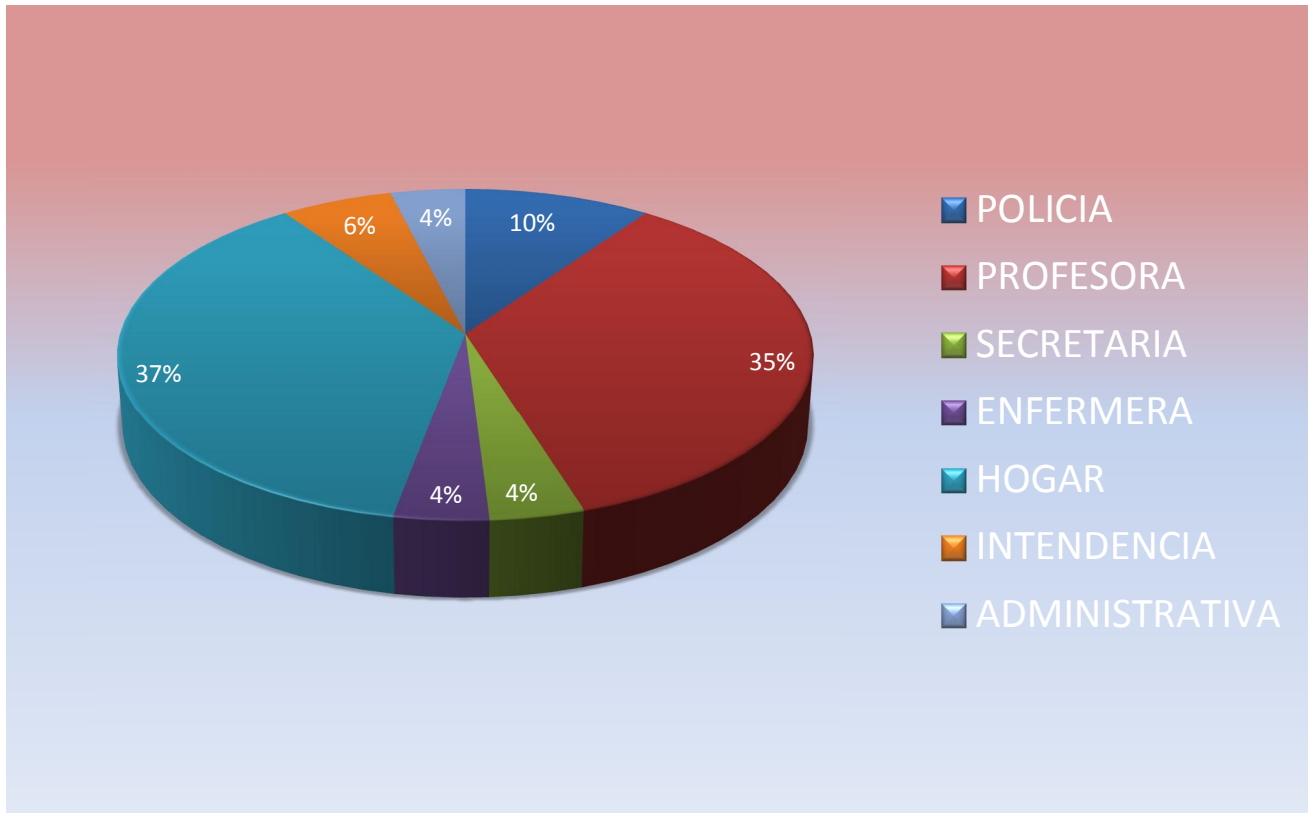
FIGURA 5. ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON DEPRESION POSTPARTO



Fuente: Cuestionario Sobre Depresión Postparto Edimburgo (EPDS).

La mayor parte de nuestra muestra estuvo constituida por 19 pacientes que se dedican al Hogar (37%), 18 profesoras (35%), 5 Policías (10%), 3 que trabajan en el área de Intendencia (6%), 2 en Puestos administrativos (4%), 2 secretarias (4%) y 2 enfermeras (4%).

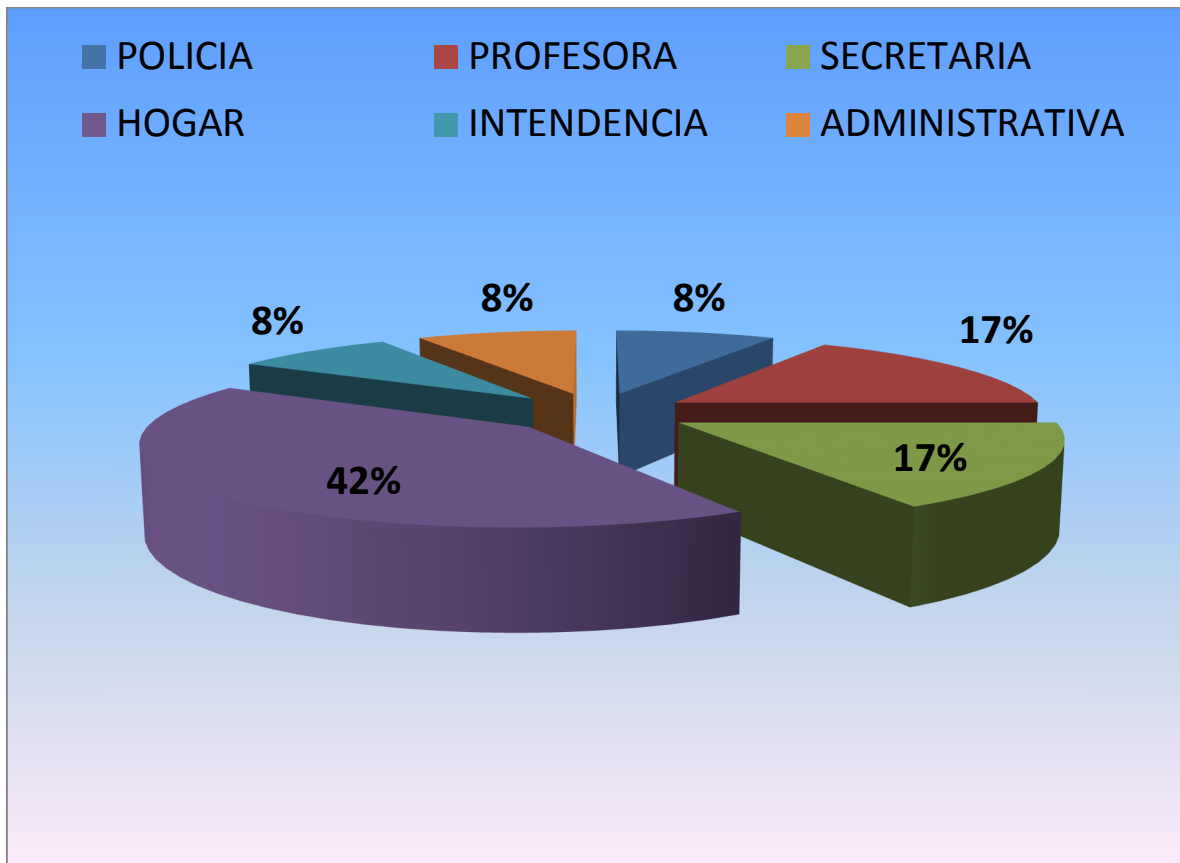
FIGURA 6. OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO.



Fuente: Cuestionario Sobre Depresión Postparto Edimburgo (EPDS).

De las 12 pacientes con Depresión Postparto, 5 se dedican al Hogar (42%), 2 son Profesoras (17%), 2 Secretarias (17%), 1 policía (8%), 1 intendencia (8%) y 1 paciente en área administrativa (8%).

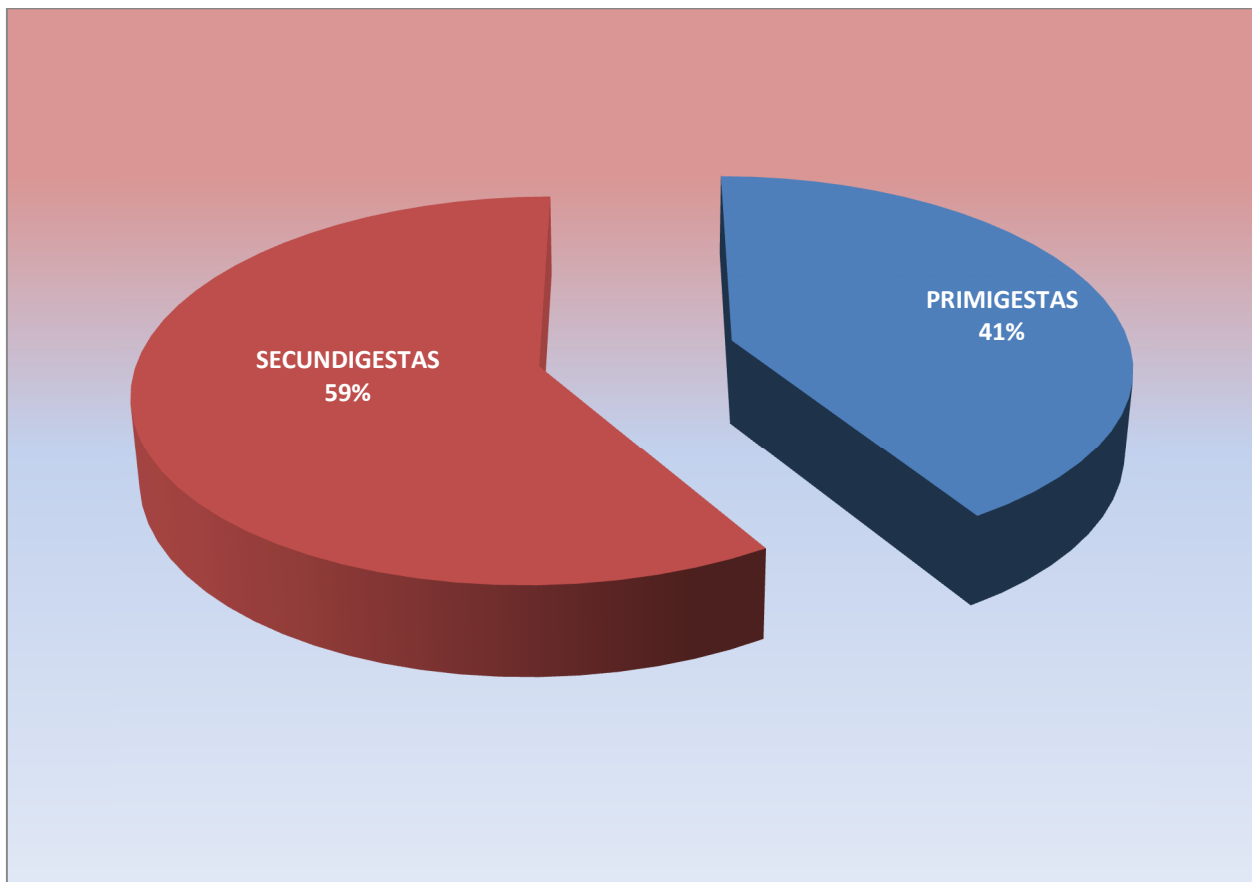
FIGURA 7. OCUPACION DE LAS PACIENTES CON DEPRESION POSTPARTO



Fuente: Cuestionario Sobre Depresión Postparto Edimburgo (EPDS).

Muestra las gestaciones que han tenido nuestra población de estudio, detectando que 21 son primigestas (41%) y 30 multigestas (59%).

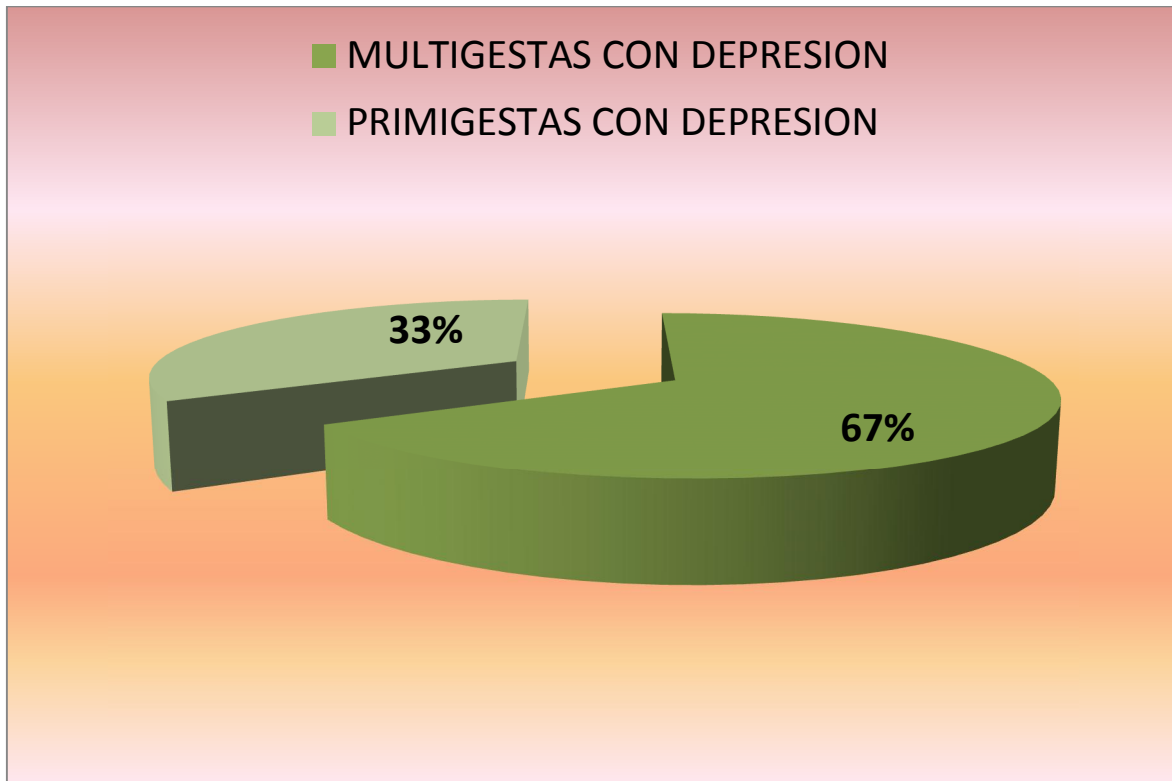
FIGURA 8. NÚMERO DE GESTACIONES DE LA POBLACION ESTUDIADA.



Fuente: Cuestionario Sobre Depresión Postparto Edimburgo (EPDS).

De las pacientes que fueron identificadas con Depresión Postparto 8 pacientes son multigestas (67%) y 4 Primigestas (33%).

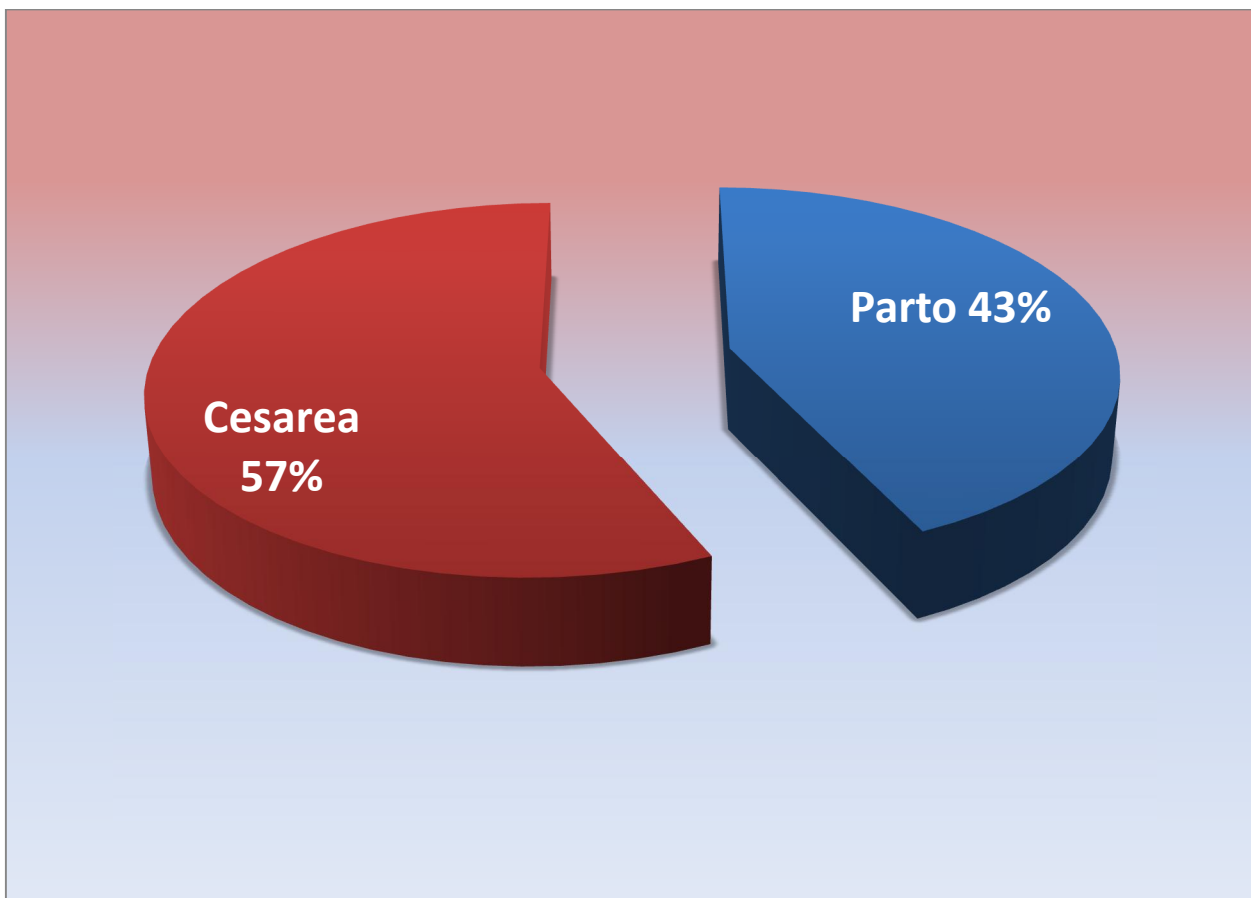
FIGURA 9. PACIENTES CON DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN



Fuente: Cuestionario Sobre Depresión Postparto Edimburgo (EPDS).

Con respecto a la resolución del embarazo se identifica que fueron 22 partos (43%) y 29 cesáreas 57%.

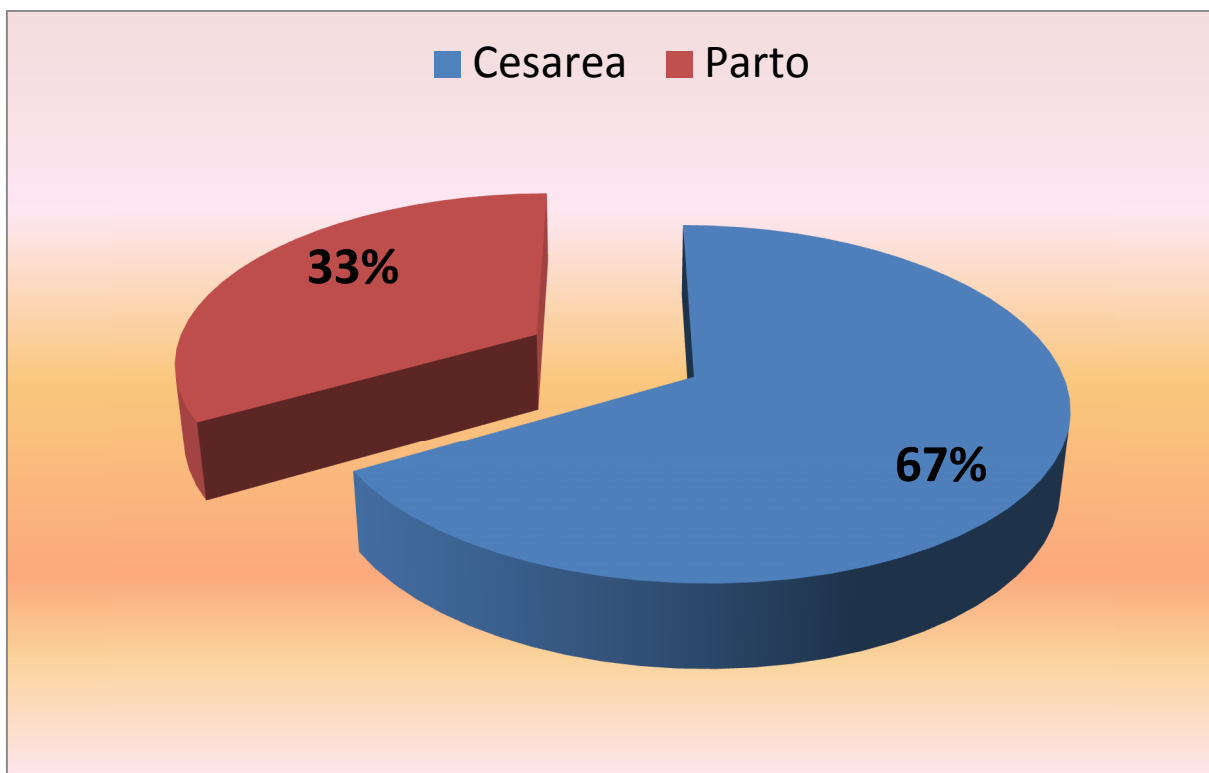
FIGURA 10. RESOLUCION DEL EMBARAZO DE LA POBLACION EN ESTUDIO.



Fuente: Cuestionario Sobre Depresión Postparto Edimburgo (EPDS).

Con respecto a la resolución del embarazo 67% de las pacientes fueron Cesárea (8 pacientes) y 33% Parto (4 pacientes)

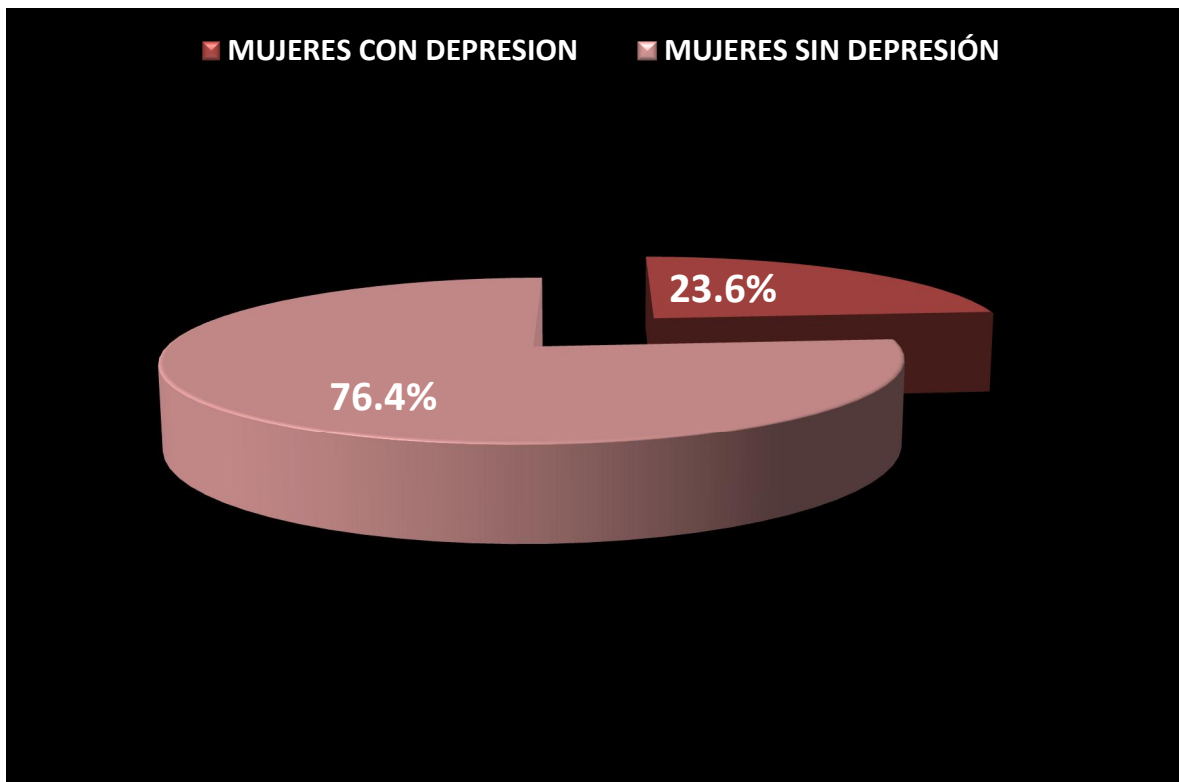
FIGURA 11. RESOLUCION DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON DEPRESION POSTPARTO



Fuente: Cuestionario Sobre Depresión Postparto Edimburgo (EPDS).

Finalmente al realizar el análisis de los datos de las 51 pacientes del estudio, se identificaron 8 pacientes con Probable Depresión Postparto mediante la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), con una frecuencia de Depresión Postparto del 23.6%.

FIGURA 12. SINTOMAS DEPRESIVOS EN LAS PACIENTES A LAS CUALES SE LES APLICO LA ESCALA DE DEPRESION POSTPARTO DE EDIMBURGO (EPDS)



Fuente: Cuestionario sobre Depresión Postparto Edimburgo (EPDS).

4. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se utilizó el cuestionario de tamizaje sobre Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) con una muestra de 51 pacientes, mismas que cubrieron los criterios de selección, de dicho universo, Las características de la muestra estudiada corresponden al universo de pacientes derechohabientes en activo que reciben atención gineco-obstétrica en el Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl, mismas que no difieren en forma significativa de otras muestras poblacionales estudiadas en México, sin embargo se aplicó el mismo procedimiento para el total de los casos, utilizando un punto de corte de 12 puntos, en donde participaron pacientes de sexo femenino en etapa de postparto, este cuestionario ha sido reportado por varios autores como Alvarado y Castañón como un instrumento de tamizaje más adecuado para identificar posibles casos de depresión posparto. La frecuencia del 23.6% de depresión posparto en el presente estudio es significativamente similar al reportado por Patel con 23% en la India.²³

La frecuencia de Depresión Postparto fue de 23.6%, mayor a la reportada en otras investigaciones que van del 10 al 15%, esto probablemente derivado de las condiciones económicas y culturales de la población en estudiada.⁸

Las edades variaron entre 18 y 37 años, con una media de 26 años, detectando mayor incidencia de Probable Depresión Postparto entre el rango de edad de 23 a 27 años de edad. F. Adouad y colaboradores, realizan un estudio en Francia con el fin de validar la escala de Edimburgo en las mujeres con riesgo para depresión posparto, encuentran que el promedio de edad de las mujeres afectadas fue de 31.5 ± 4.8 años (rango 23 . 46).²⁴

La escolaridad del total de las pacientes del grupo de estudio se integró de 44% con Licenciatura, 28% preparatoria, 9% secundaria y 5% primaria, identificándose probabilidad de Depresión Postparto en las pacientes con escolaridad preparatoria (41%) y Secundaria (25%). En este estudio se identificó al nivel educacional como un factor de riesgo para depresión, existe una asociación fuerte, inversa e independiente entre el nivel educativo y los trastornos mentales. Así, por ejemplo, conforme se incrementa el nivel de escolaridad disminuye la prevalencia de trastorno depresivo.²⁵ El estado civil de las pacientes no se detectaron pacientes divorciadas y viudas con mayor porcentaje de la muestra conformada por 38 mujeres casadas, 10 viven en unión libre y 3 solteras, identificándose un mayor incidencia de probable depresión postparto en 6 mujeres casadas, 5 en unión libre y 1 madre soltera. Aquellas personas que estuvieron divorciadas, separadas o viudas mostraron mayor riesgo de presentar cualquier trastorno del estado de ánimo y dos o más trastornos mentales a lo largo de la vida. Asimismo, se observó que una ruptura o redes de apoyo pobres en el subsistema conyugal está asociada a un riesgo dos veces mayor de vida para cualquier trastorno depresivo y comorbilidad psiquiátrica a lo largo de la vida.²⁵

Con respecto a la ocupación se detectaron a 12 pacientes con Depresión Postparto, 5 se dedican al Hogar (42%), 2 son Profesoras (17%), 2 Secretarias (17%), 1 policía (8%), 1 intendencia (8%) y 1 paciente en área administrativa (8%). Ceballos y Sandoval realizaron un estudio en el cual se presentan similitudes con el presente estudio, identificando que las características generales de la población fueron edad promedio de 26 años (intervalo de 16 a 42), 7.7 %, la escolaridad más frecuente fue preparatoria, con 43.2 %. La ocupación predominante fue ama de casa en 37.7 %, empleada en 19.5 % y secretaria en 6.8%. En cuanto al estado civil, 90 % de las pacientes indicó vivir en pareja (69.5 % casadas y 20.5 % en unión libre).²⁶

Con respecto a las gestaciones que han tenido nuestra población de estudio se detecta que 21 son primigestas (41%) y 30 multigestas (59%). Con una mayor incidencia en multigestas de probable riesgo de depresión posparto con 7 pacientes. Almanza-Muñoz demostró una asociación estadísticamente significativa (2.3 veces más riesgo) entre la presencia de depresión postparto con el número de embarazo, encontrando mayor riesgo asociado con la depresión posparto con la multiparidad.²³ Con respecto a la resolución del embarazo se identifica que fueron 22 partos (43%) y 29 cesáreas (57%) de las cuales 12 pacientes con probable depresión postparto de las cuales 7 fueron cesáreas y 5 fueron atendidas por parto. También se ha sugerido que el número de partos es un factor asociado a la depresión posnatal, 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. Sin embargo, al igual que los resultados obtenidos por Moreno y cols, Evans y cols y Latorre y cols, en su estudio la primiparidad no mostró ser un factor determinante para la presencia de depresión posparto, observándose similares puntuaciones entre las primigestas y las múltiparas; lo que indica que un instrumento de rastreo como el EPDS debería ser aplicado a todas las puérperas de forma universal y no restringirlo a poblaciones de supuesto mayor riesgo.⁹

Una de las principales limitaciones del estudio, fue un tamaño de muestra pequeño, que puede no haber representado adecuadamente a la población total de pacientes puérperas. Sin embargo a pesar de no contar en la institución donde fue realizada esta investigación con una estructura para la atención posparto, se logró obtener una muestra que estuvo representada por pacientes con características diversas, lo cual permitiría especular que el índice de un tamiz positivo para depresión posparto, podría ser sumamente frecuente en la totalidad de puérperas atendidas en el Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl.

5. CONCLUSIONES

La frecuencia de la Depresión Postparto en el presente estudio fue mayor a otras investigaciones con un 23.6%, por lo que debe ser reconocido o explorado en las pacientes embarazadas y puérperas, estandarizando el uso de una estudios de detección en la institución, tal como la Escala de Edimburgo y forme parte del control prenatal y posnatal, que puede aplicarse en el 1er nivel de atención, con el propósito de tamizar la presencia de sintomatología depresiva , lo cual disminuiría el tiempo transcurrido para una atención especializada, ya que son etapas vulnerables para la diada madre e hijo(a), los cuales enfrentan una serie de cambios biopsicosociales que requieren de una adecuada adaptabilidad.

Para alcanzar con éxito este proceso, se requiere una coparticipación entre médicos familiares, Ginecoobstetras, Personal de enfermería, Trabajadoras Sociales y la familiar, por lo que es necesario identificar las redes de apoyo con las cuales cuenta la paciente (familia, amigos, personas cercanas) que sean fundamentales para ayudar a las pacientes con depresión y fomentar una adecuada comunicación en la familia y la pareja.

La población de estudio fue variable, con nivel socioeconómico y cultural diverso, las pacientes que presentaron datos de Depresión Postparto fueron manejadas de manera conjunta por Medico Familiar de su clínica de Consulta Externa y el servicio de Psiquiatría en el Centro Medico ISSEMyM Ecatepec.

Es importante que el personal médico establezca una relación de apoyo que le permita proporcionar información ayudándole a comprender la naturaleza del padecimiento, fomentando la comunicación y abrir nuevos espacios de atención a este grupo de riesgo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Belloch A. Manual de Psicopatología Trastornos, Volumen 2, España. McGraw-Hill. 2008.
2. http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
3. Barra F. Depresión posparto hacia un tratamiento integral, Facultad de Medicina y Odontología Universidad de Antofagasta, Octubre de 2008.
4. Arranza L. Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto, Rev. Ginecoobstetricia, México 2008;76(6):341-8
5. Acuña M. Actualización Depresión postparto. Evidencia en atención primaria. 2007; 5 (6):180-183.
6. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México, salud pública de México. 2013; 55 (1):74-80.
7. <http://www.inprf.org.mx/psicosociales/deptomodelosb.html>
8. Urdaneta J. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la Escala de Edimburgo; Rev. Chilena Obstetricia y Ginecología 2010; 75(5): 312 . 320.
9. Urdaneta J. Factores de riesgo de depresión posparto en púerperas venezolanas valoradas por medio de la Escala de Edimburgo; Rev. Chilena Obstetricia y Ginecología; 2011; 76(2): 102-112.
10. Arranza L. Modelo de intervención temprana en la depresión posparto en un hospital de tercer nivel; Rev. Esp. Méd. Quir. 2012;17(2):100-108.
11. EM. Angelina Dois Castellón, Actualizaciones en depresión posparto; Rev. Cubana Obstet. Ginecol; 2012;38(4);Ciudad de la Habana.
12. Peña JA. Acupuntura como tratamiento para la depresión posparto. Revisión Sistemática de la Literatura, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2011: 6.
13. Medina E. Diferencias entre la Depresión postparto, la Psicosis postparto y la Tristeza postparto; Rev. Perinatología y Reproducción Humana; 2013;27, (3); 185-193.
14. Pérez R, Sáenz K. Variables asociadas a depresión posparto según escala de Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007; 67(3):187-191.
15. <http://psiquiatriaefacmed.files.wordpress.com/2011/04/psicosis-postparto.pdf>
16. Kisa C, Aydemir C, Kurt A, Gülen S, Göka E. Long term follow-up of patients with postpartum psychosis. Turk Psikiyatri Derg. 2007; 18 (3): 223-301.
17. Díaz A. Sertralina perfil farmacológico y experiencia clínica; Rev. Psiquis Méx; 2009;18(1).
18. Maldonado-Durán JM. Psicosis no orgánicas y otros trastornos mentales graves en la etapa perinatal; Perinatol. Reprod. Hum. 2008;22: 90-99.
19. Jadresic M. Depresión en el embarazo y puerperio; Rev. Chilena Neuro-Psiquiatría; Rev. Chil. Neuropsiquiatría; 2010;48 (4): 269-278.
20. <http://www.spps.gob.mx/avisos/869-depresion-y-suicidio-mexico.html>.

21. Oquendo M. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal; Rev. Perinatol Reprod Hum 2008;22:195-202.
22. Quelopana A. Validación del cuestionario "Postpartum Depression Screening Scale" versión en español en mujeres de Arica, Chile; Rev. Cienc. Enferm; 2010;16 (1): 37-47.
23. Almanza-Muñoz J.J. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer; Rev Sanid Milit Méx. 2011; 65(3):78-86.
24. Maradiegue S. Evolución diagnóstica y manejo terapéutico de la depresión y psicosis posparto de las pacientes egresadas del hospital nacional psiquiátrico, Universidad de Costa Rica, San José 2009.
25. Campo-Arias A. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados: Rev. Colomb.Psiquiatr2008;37(4) Bogotá.
26. Ceballos-Martínez I. Depresión durante el embarazo, Epidemiología en mujeres mexicanas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (1): 71-74

7. ANEXOS

Escala Edinburgo para la Depresión Postnatal (Spanish Version)

Nombre de participante: _____ Número de identificación de participante: _____

Fecha: _____

Como usted está embarazada o hace poco que tuvo un bebé, nos gustaría saber como se siente actualmente. Por favor MARQUE (✓) la respuesta que más se acerca a como se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no oílo como se ha sentido hoy.

A continuación se muestra un ejemplo completado:

Me he sentido feliz:
 Sí, todo el tiempo _____ 0
 Sí, la mayor parte del tiempo 1
 No, no muy a menudo _____ 2
 No, en absoluto _____ 3

Esto significa: "Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo" durante la última semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|--|--|
| <p>1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:
 Tanto como siempre he podido hacerlo _____ 0
 No tanto ahora _____ 1
 Sin duda, mucho menos ahora _____ 2
 No, en absoluto _____ 3</p> <p>2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:
 Tanto como siempre _____ 0
 Algo menos de lo que solía hacerlo _____ 1
 Definitivamente menos de lo que solía hacerlo _____ 2
 Prácticamente nunca _____ 3</p> <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:
 Sí, casi siempre _____ 3
 Sí, algunas veces _____ 2
 No muy a menudo _____ 1
 No, nunca _____ 0</p> <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:
 No, en absoluto _____ 0
 Casi nada _____ 1
 Sí, a veces _____ 2
 Sí, muy a menudo _____ 3</p> <p>5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
 Sí, bastante _____ 3
 Sí, a veces _____ 2
 No, no mucho _____ 1
 No, en absoluto _____ 0</p> | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian:
 Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas _____ 3
 Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera _____ 2
 No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien _____ 1
 No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre _____ 0</p> <p>7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
 Sí, casi siempre _____ 3
 Sí, a veces _____ 2
 No muy a menudo _____ 1
 No, en absoluto _____ 0</p> <p>8. Me he sentido triste y desgraciada:
 Sí, casi siempre _____ 3
 Sí, bastante a menudo _____ 2
 No muy a menudo _____ 1
 No, en absoluto _____ 0</p> <p>9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:
 Sí, casi siempre _____ 3
 Sí, bastante a menudo _____ 2
 Ocasionalmente _____ 1
 No, nunca _____ 0</p> <p>10. He pensado en hacerme daño:
 Sí, bastante a menudo _____ 3
 A veces _____ 2
 Casi nunca _____ 1
 No, nunca _____ 0</p> |
|--|--|

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Texto adaptado del British Journal of Psychiatry, Junio, 1987, vol. 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky.

Í FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL ISSEMyM NEZAHUALCÓYOTLÍ

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

FECHA: _____ No. Caso: _____ No. Exp. ISSEMYM: _____

HOSPITAL REGIONAL ISSEMyM NEZAHUALCÓYOTL.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Detección Oportuna de la Depresión Posparto en la Consulta Externa del Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcóyotl." El objetivo de este estudio es identificar a las pacientes susceptibles de presentar Depresión Post-parto y proporcionar un diagnóstico y tratamiento oportuno en la Consulta de Medicina Familiar familiar. Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir al investigador aplicarme una escala de Depresión a través de una entrevista. Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, inconvenientes, ni molestia y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: Ayudar a obtener una evaluación más comprensiva, integral y valida que encamine a conocer e identificar a tiempo a las pacientes con factores de riesgo para depresión posparto y sus complicaciones. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planteo acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos y beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. 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 se me otorgue en este instituto. El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y 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.

Nombre y firma del paciente: _____

Dra. Wendy Lizbeth García Gutiérrez MR3MF.

Testigo 1 _____

Testigo 2 _____

