



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

**"FRECUENCIA DE TRISTEZA POS PARTO Y SU  
PROGRESION A DEPRESION POS PARTO"**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA.

PRESENTADO POR.  
DR. JOSÈ LUIS BORJA LUNA.

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

DIRECTOR DE TESIS  
DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA HERNÁNDEZ.

CD. MX.

- 2015 -



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**"FRECUENCIA DE TRISTEZA POS PARTO Y SU PROGRESION A DEPRESION POS PARTO"**

Autor:

**Dr. José Luis Borja Luna.**

Vo. Bo.

**Dr. Juan Carlos de la Cerda.**



Profesor Titular del Curso de  
Especialización en Ginecología y Obstetricia.

Vo. Bo.

**Dr Antonio Fraga Mouret.**



Director de Educación e Investigación.



**DIRECCION DE EDUCACION  
E INVESTIGACION  
SECRETARIA DE  
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

**"FRECUENCIA DE TRISTEZA POS PARTO Y SU PROGRESION A DEPRESION POS PARTO"**

Autor:

**Dr. José Luis Borja Luna.**

Vo. Bo.

**Dr. Felipe de Jesús García Hernández.**

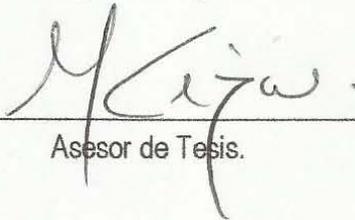


---

Director de Tesis.

Vo. Bo.

**Psic. Ignacia Ceja Perez**



---

Asesor de Tesis.

## AGRADECIMIENTOS

**A mis Padres.** Es tanto lo que quisiera decirles pero sobre todo agradecerles por enseñarme eso, que no lo enseñan en la escuela, porque, la humildad, el empeño, la gratitud, la perseverancia, el esfuerzo, pero sobre todo el amor. todo eso y más lo aprendí de verlo en ustedes cada día, por que como los mejores maestros con el ejemplo constante pudieron arraigarlo en mi. Gracias por alentarme y ayudarme con sus palabras. Gracias por acompañarme en mis noches de estudio y por sus bendiciones en cada día, gracias por sentirse orgullosos de este su hijo pero sobre todo gracias por hacerme sentir orgulloso de ustedes. Parecieran muchas gracias y sin embargo quedan tantas en el tintero no solo les dedico esta tesis les dedico lo que soy pues esto que soy es gracias a ustedes.

**A mis Maestros.** Afortunadamente he encontrado en mi camino Maestros, esos Médicos que aman su profesión y por lo tanto les apasiona enseñarla, hay tan pocas carreras que se aprenden así de maestro a discípulo que parece una ciencia convertida en arte o un arte convertido en ciencia, si así se aprende la medicina yo la aprendí con su paciencia y a veces sin ella pero aprendí, pero no solo me enseñaron a tratar cuerpos, enfermedades, o lesiones, me enseñaron a tocar almas y comprender corazones.

Con todo respeto a mis maestros aspiro a seguir sus ejemplos y algún día poder transmitir esta bella profesión con la pasión con la que ustedes me enseñaron.

Les doy mi más profundo agradecimiento a todos mis Maestros.

DR. Jose Luis Borja Luna

## INDICE.

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION. ....	2
CAPITULO 1. ....	6
1.1 Antecedentes.....	6
1.2 Clasificación.....	10
1.3 Factores De Riesgo.....	12
1.4 Etiología.....	14
1.5 Diagnostico. ....	17
1.5.1    Métodos De Cribado.....	17
1.5.2    Confirmar Diagnostico.....	20
1.6 Tratamiento.....	23
CAPITULO 2	
2.1 Planteamiento Del Problema. ....	24
2.2 Justificación.....	25
2.3 Hipótesis Y Objetivos.....	26
2.3.1 Hipótesis.....	26
2.3.2 Objetivo Principal.....	26
2.3.3 Objetivo Especifico.....	26
CAPITULO 3	
3. Material Y Método.....	27
3.1 Tipo De Investigación.....	27
3.2 Definición De Unidades De Observación.....	27
3.2.1 Criterios De Inclusión.....	27
3.2.2 Criterios De No Inclusión.....	27
3.3 Tamaño De Muestra.....	28
3.4 Operacionalización De Variables.....	28
3.4.1 Definición De Variables e Indicadores.....	28
3.5 Instrumentos De Recolección De Datos.....	30
CAPITULO 4	
4. Resultados.....	32
CAPITULO 5	
Conclusiones Y Recomendaciones	
5.1 Conclusiones.....	42
5.2 Recomendaciones.....	43
Anexos.....	44
Bibliografía.....	48

## RESUMEN.

En México existe una prevalencia de 32.6% de depresión pos parto la cual tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del infante.

**Objetivo.** Observar la frecuencia de la tristeza pos parto y su progresión a depresión pos parto en nuestras pacientes.

**Hipótesis.** La frecuencia de la tristeza pos parto y su progresión a depresión en nuestro hospital es similar a la media reportada por la OMS.

**Material y método.** Se realizo un estudio clínico, observacional, descriptivo, transversal y prospectivo donde se incluyeron 129 pacientes puérperas de entre 14 a 45 años atendidas en el Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc del 1 ro de Abril al 1 ro de junio de 2014. Como instrumento de medida se realizo la Escala de Edimburgo con un punto de corte de 10 puntos.

**Resultados.** Se realizo un estudio descriptivo con variables cualitativas y cuantitativas, con medidas de tendencia central (media). Con los siguientes resultados se encuentra una prevalencia de tristeza pos parto del 20.9 % y con una progresión a depresión pos parto del 10.7 %.

**Palabras clave:** tristeza pos parto, depresión pos parto.

## INTRODUCCION

La depresión pos Parto es la complicación puerperal más frecuente con una prevalencia de 2 al 27 % según lo reportado mundialmente aunque Resulta difícil determinar la prevalencia real de la depresión posparto, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las puérperas 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 % (1).

Las principales complicaciones puerperales halladas en el estudio realizado por Zanabria and cols. En total 3.05 % de los puerperios presentan una complicación de estos por orden de frecuencia ocuparon el primer lugar las afecciones mamarias dentro de ellas la mastitis aguda con el 19.2%, en segundo lugar la endometritis puerperal con 15,7%. Además se identificó que la congestión mamaria con el 10,5 % ocupó el tercer lugar, así como la retención de loquios con el 9,3 % en el cuarto lugar. Otras complicaciones puerperales a resaltar son: los sangrados (7,5 %), sepsis de la herida quirúrgica y abscesos de las mamas con el 5,8 % y el 5,2 % respectivamente. La sepsis urinaria con el 2,3 %, la anemia moderada con el 1.2%, entre otras complicaciones relacionadas con el puerperio(2).

Pero estas complicaciones suman 3.05 % del total y la depresión pos parto está entre el 2 y el 27 % del total por lo que es la complicación más frecuente pero a pesar de que existen estudios a nivel mundial existe un subdiagnostico y por lo tanto no hay un adecuado tratamiento o simplemente no existe.

La depresión post-parto (DPP) es definida por el DSM IV como un episodio depresivo mayor, dentro de las 2 a 4 semanas seguido el parto. De todas formas, es ampliamente aceptado que el inicio del cuadro ocurra incluso entre el segundo al cuarto mes. A pesar de su frecuencia y relevancia, esta patología ha sido pobremente caracterizada, a la vez que subdiagnosticada, siendo su etiopatogenia aún poco clara, no bien diferenciada de la depresión (3).

La depresión posparto corresponde a una enfermedad depresiva que ocurre en mujeres en un período específico, el puerperio. Se caracteriza por una tendencia al llanto fácil, irritabilidad, por la presencia de sentimientos de culpa y obsesivos-compulsivos, por un rechazo hacia el recién nacido o bien reticencia a asumir su cuidado, pérdida de la libido y, en los casos graves, por la presencia de ideación suicida (4).

Las emociones, actitudes y conductas de los padres, sobre todo de las madres en los primeros meses, son cruciales para el bien-estar, el desarrollo y el futuro de los infantes (5). Diversos modelos se han utilizado para entender la manera en que este proceso tiene lugar. La teoría del apego provee una base explicativa interdisciplinaria para este ámbito de fenómenos.

Según ésta, existiría un periodo crítico en el desarrollo psiconeurobiológico de los bebés, que *obligaría* a los padres a adoptar conductas de cuidado conducentes a la satisfacción de las necesidades bio-psico-sociales de su descendencia, con el fin de asegurar su adaptación y supervivencia. Así, en el proceso de la relación madre-(padre)-hijo interactúan una multiplicidad de factores interdependientes: prematuridad del bebé, indemnidad orgánica, nivel educacional de la madre, redes de apoyo social, situación marital, uso de sustancias, depresión materna, entre otros. Cualquiera de éstos al alterarse podría generar un trastorno de la relación madre-hijo, con posibles consecuencias *negativas* en el comportamiento futuro del infante (6).

La depresión no tratada durante el embarazo también tiene consecuencias adversas que se asocian con un incremento en la tasa de complicaciones obstétricas, óbitos, intentos de suicidio, cuidados posparto especializados para el infante, productos con bajo peso al nacer y retraso en el desarrollo. Los principales factores de riesgo de depresión durante la gestación son embarazo no planeado, ser madre soltera, ideación suicida, no ser el primer embarazo, falta de apoyo social y trastorno depresivo previo (7).

Mientras tanto la tristeza posparto consiste en un trastorno transitorio de la emotividad muy frecuente en la primera semana del posparto que se puede extender hasta por 10-15 días y que tiene una incidencia entre 50-84%, manifestándose mediante síntomas como llanto, irritabilidad, humor deprimido y

ansioso. Por lo general no requiere tratamiento específico que vaya más allá de la comprensión, escucha y empatía (8).

Tomando en cuenta que la historia natural de la enfermedad de la Tristeza pos Parto es su progresión a Depresión pos parto. Podríamos identificar la tristeza pos parto de una manera temprana y generar un impacto en su diagnóstico y tratamiento reduciendo la frecuencia de depresión pos parto.

En el presente estudio se compara la frecuencia de la tristeza pos parto y su progresión a la depresión pos parto con el fin no solo de conocer los porcentajes si no de crear un antecedente y generar la necesidad de el estudio, diagnóstico y tratamiento sobre la enfermedad.

# CAPITULO 1

## 1.1 ANTECEDENTES.

Ya se comienza a dejar testimonio de la depresión Desde el siglo XIX a. C. donde se conocen los Libros de Los muertos, en los que se habla en ocasiones de la melancolía como enfermedad del estado de ánimo. En Mesopotamia la primera interpretación cíclica de la melancolía respondía al movimiento periódico de los cuerpos celestes.

En Egipto en los papiros de Ebers y el de Edward Smith (año 1550 a.C) aparece por primera vez el diagnóstico de histeria y pensaban que era una enfermedad producida por el útero, órgano móvil, que recorría las distintas partes del cuerpo produciendo estas alteraciones.

Lao-Tse, el gran filósofo del siglo VI a.C, menciona en sus escritos la importancia de la tristeza.

En esa misma época, Confucio escribió también sobre los sentimientos de fatiga y hundimiento y abordó la manera de alcanzar la serenidad.

En la medicina oriental hindú la melancolía se localizaba dentro del cuerpo y en ciertas características de la personalidad.

Hipócrates (época de la Grecia Clásica) en el siglo IV a. C. describe en su libro “Las epidemias”, la bilis negra que corrompe los humores como agente causal de la melancolía. <sup>(14)</sup>.

En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina y parece ser sustancialmente mayor durante el embarazo y el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital, especialmente en las embarazadas de bajos ingresos económicos (1).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, la depresión se define como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer. Estos síntomas, que perduran durante al menos dos semanas y están presentes la mayor parte del día, suelen estar acompañados por al menos cuatro de los síntomas siguientes: a) cognitivos, como pérdida de interés, dificultad para concentrarse, baja autoestima, culpa, ideas suicidas; b) conductuales, como retraso o agitación psicomotora, retraimiento, tendencia al llanto y c) somáticos, como trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia), aumento o disminución del apetito, pérdida o aumento de peso, fatiga y disminución de la libido.<sup>(7)</sup>

Los trastornos depresivos son un problema de salud pública en todo el Mundo, pues son altamente prevalentes y producen grados importantes de discapacidad, estimándose que en el futuro será la segunda causa de años perdidos por discapacidad en el mundo.

La tristeza posparto consiste en una labilidad afectiva, irritabilidad, ansiedad y tristeza, pero no son lo suficientemente intensos para producir un deterioro

significativo en la mujer que padece, ni es necesario implementar un tratamiento específico para este. Hay dos hipótesis principales que intentan explicar este fenómeno. La primera es la que se relaciona con la supresión hormonal abrupta, se conoce que el gran cambio hormonal presente en todas las mujeres durante este periodo y en especial el bajo nivel de progesterona y sus metabolitos, principalmente alopregnanolona, puede asociarse con los síntomas esta sustancia posee gran afinidad a los receptores GABA siendo esta razón por la que poseen efectos ansiolíticos y anestésicos.

La segunda Hipótesis se relaciona con la activación del sistema biológico mamífero que relaciona la madre y su hijo y que está regulado por la oxitócina, este mecanismo en situaciones normales produce una mejor relación entre la madre y su hijo; sin embargo ante la presencia de tensión emocional y pobre apoyo ambiental puede relacionarse con síntomas de depresión y ansiedad sobre todo en mujeres sensibles al estrés psicosocial. (3)

La depresión posparto (DPP) no es muy diferente de la depresión en otro momento de la vida. De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), es similar a la depresión mayor pero con manifestaciones de ansiedad intensa, e incluso crisis de angustia, así como una preocupación excesiva por el bebé. Su importancia radica en que en este momento de la vida tiene consecuencias muy negativas sobre la salud y el desempeño de la madre y sobre el desarrollo cognitivo, conductual y emocional del infante. (9)

## 1.2 EPIDEMIOLOGIA

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%.

La depresión pos Parto es la complicación puerperal más frecuente con una prevalencia de 2 al 27 % según lo reportado mundialmente aunque Resulta difícil determinar la prevalencia real de la depresión posparto, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las puérperas 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 % <sup>(1)</sup>.

Las estadísticas en México sobre trastornos depresivos durante el embarazo y puerperio son escasas sin embargo. En un estudio presentado en el 2009 sobre depresión pos parto en mujeres atendidas en hospitales públicos del Estado de Durango México De las 178 mujeres estudiadas, La prevalencia general de depresión posnatal fue de 32.6 % (58/178). Las prevalencias de depresión mayor y menor fueron 14.1 % (25/178) y 18.5 % (33/178), respectivamente. Este estudio utilizo la escala de depresión post parto de Edimburgo. <sup>(10)</sup>

En la ciudad de México, la prevalencia de depresión en dos muestras distintas de embarazadas que acudieron a su control prenatal al Instituto Nacional de Perinatología (INPer) fue alrededor de 17 % evaluadas con la escala de depresión pos parto de Edimburgo <sup>(11)</sup>.

Y datos encontrados en el IMSS reportan una frecuencia de 13 % de casos de depresión pos parto en la clínica de medicina familiar Número 19 del estado de Nuevo León también utilizando la escala de Edimburgo.

Dentro del hospital Materno infantil de Cuatepec se encuentra una tesis del año 2013 que reporta una prevalencia del 30 % de depresión pos parto en el periodo Perinatal. (12)

## 1.2 CLASIFICACION

### CLASIFICACIÓN CIE 10

Sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª revisión) ó CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994). CIE-10 es un sistema pensado con finalidad básicamente epidemiológica, por este motivo es menos precisa. Describe los trastornos mentales y del comportamiento del puerperio en las categorías F 53.0, F 53.1 en los que incluye la depresión posparto, aunque especifica que debe ser utilizada únicamente de manera restrictiva, cuando el trastorno no pueda ser clasificado en otro lugar (15).

CLASIFICACIÓN DSM IV- TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, 2000). Trastornos del estado de ánimo

El DSM-IV de la American Psychiatric Association (APA) funciona por criterios y surgió como reflejo de la insatisfacción con el sistema CIE. Es mucho más completo y preciso y se realizó incorporando desarrollos de la experiencia clínica, así como avances de la investigación.

La característica principal de la depresión es la alteración del humor. El DSM IV define, por una parte, episodios afectivos de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer) o maníaco (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo.

En esta clasificación se incluye un apartado para la depresión pos parto.

### **Criterios para la especificación de inicio en el posparto**

Con inicio en el posparto: puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve. Inicio del episodio en las primeras 4 semanas del posparto. <sup>(16)</sup>

La depresión posparto (DPP) no es muy diferente de la depresión en otro momento de la vida. De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), es similar a la depresión mayor pero con manifestaciones de ansiedad intensa, e incluso crisis de angustia, así como una preocupación excesiva por el bebé. Su importancia radica en que en este momento de la vida tiene consecuencias muy negativas sobre la salud y el desempeño de la madre y sobre el desarrollo cognitivo, conductual y emocional del infante. <sup>(9)</sup>

La tristeza posparto consiste en una labilidad afectiva, irritabilidad, ansiedad y tristeza, pero no son lo suficientemente intensos para producir un deterioro significativo en la mujer que padece, ni es necesario implementar un tratamiento específico para este (3).

### 1.3 FACTORES DE RIESGO.

Diversos estudios han encontrado una mayor asociación de Depresión Pos Parto en mujeres con.

Embarazo adolescente. (10)

Antecedentes personales de baja autoestima.

Trastornos de la personalidad.

Depresión y depresión postparto previas.

Dificultades en las relaciones maritales.

Redes de apoyo insuficientes o pobres.

Antecedentes de eventos estresantes.

Antecedentes familiares o personales de depresión sin asociación al puerperio.

Mujeres inmigrantes, desarraigo cultural.

Síndrome premenstrual.

Embarazo no deseado.

Embarazo múltiple.

Antecedentes de trastorno de la alimentación.

Antecedente de adicciones

Cuadros ansiosos, depresivos y de estrés durante el embarazo.

También se ha descrito una asociación discreta con.

Sexo del recién nacido

Tristeza postparto severa.

La experiencia del parto

Las complicaciones obstétricas

Las características de la salud y temperamento del recién nacido.<sup>(14)</sup>

Las mujeres que desarrollan trastornos depresivos mayores durante el embarazo, están en riesgo no solo por la probabilidad de exacerbación en el puerperio, sino también por la mayor probabilidad de tener complicaciones obstétricas como retardo en el crecimiento intraútero, parto pre término, abrupto placentae y conducta neonatal alterada.

La privación de libertad o la carencia de soporte socioeconómico de la mujer se relacionan con la presentación de cuadros depresivos. Esta gama de agresiones son conocidas como violencia basada en género, considerada como un serio problema de salud pública, por su frecuencia y el impacto que tiene tanto en la mujer como en la familia <sup>(17)</sup>.

#### 1.4 ETIOLOGIA.

Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad

para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer <sup>(1)</sup>

Inmediatamente antes del parto, los niveles de estrógenos y de progesterona son unas 50 veces más altos que antes del embarazo. En el curso de pocos días estos niveles bajan bruscamente hasta los valores normales. Al propio tiempo, empieza a segregarse en abundancia prolactina. En todo caso, tales oscilaciones hormonales no son mayores en las madres deprimidas que en las sanas, por lo que no podemos considerarlas factor desencadenante de la depresión. El dramático descenso hormonal que ocurre en el periodo postnatal juega un papel significativo en la etiología de la depresión posparto, pero la exacta naturaleza de estas influencias permanecen desconocidas aunque sí se conoce la implicación de la subunidad delta de los receptores GABAérgicos. <sup>(18)(19)</sup>.

En realidad aun no se puede determinar con certeza los desencadenantes de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio, sin duda se trata de un conjunto de factores asociados en un ambiente idóneo y la paciente susceptible de padecerlo sin embargo se enlistan diversos factores o teorías que se encuentran relacionados con la presentación del cuadro.

##### • Teorías bioquímicas

Se han investigado distintas teorías, entre ellas la existencia de: <sup>(21)</sup>

– Un *fenómeno 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 del 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 remedan 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.

## **Factores psicológicos**

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.

El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito, indican problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de éste, al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo que pueden condicionar secuelas (21).

## **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, ya sea por parte de familiares o de su pareja, supone un incremento en el riesgo de estos trastornos (22,23).

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 (23).

## **Factores sociodemográficos**

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 (22,23).

## **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 (22).

## 1.5 DIAGNOSTICO.

### 1.5.1. Métodos de Cribado.

La escala PHQ-9 (Patient Health Questionnaire).

Es un instrumento que no sólo permite realizar la pesquisa de pacientes con Trastorno depresivo mediante una encuesta de autoevaluación sino que permite, además, definir la severidad de dicho cuadro y el seguimiento del tratamiento en los Trastornos depresivos.

El instrumento PHQ-9 permite separar más finamente a los pacientes que cursan con episodios depresivos, mejorando, por tanto, la efectividad de la evaluación

clínica sicopatológica del médico encargado del programa, quien actualmente debe evaluar muchos casos de falsos positivos (24).

Esta escala se usa para detectar trastornos depresivos sin embargo no es específica para su uso en embarazo o puerperio aunque ya esta validada para su uso en el embarazo y puerperio pero no en nuestro país.

El inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Este sirve para identificar su intensidad, lo que obviamente es muy importante para evaluar, por ejemplo, el estado general de una persona, identificar personas con síntomas o síndromes depresivos o evaluar el progreso terapéutico. Sin embargo, el trastorno depresivo mayor o un trastorno distimico se efectúa teniendo en cuenta no solo el tipo y numero de síntomas presentes, sino también ciertos criterios de duración (p. ejemplo los síntomas aparecen en la mayor parte del tiempo de la mayoría de los días durante al menos 2 años), gravedad (p. ejemplo al menos aparecen cinco síntomas y estos provocan un malestar clínicamente significativo ), curso (p. Ejemplo los síntomas representan un cambio respecto a la actividad previa), incapacidad (p. Ejemplo los síntomas provocan deterioro social, escolar, o laboral), y ausencia de ciertas causas posibles o de ciertos diagnósticos concurrentes (p. ejemplo no se considera el efecto fisiológico directo de una enfermedad medica o de la ingestión de drogas o medicamentos).

No obstante, el BDI-II podría ser un buen instrumento de cribado para detectar personas con un trastorno depresivo en muestras de población general (y cuyo

posible diagnóstico debería de ser confirmado posteriormente mediante algún tipo de entrevista diagnóstica).

Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo.

La *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo* (de Cox, Holden y Sagovsky) fue diseñada y validada por sus autores para evaluar específicamente la

Sintomatología depresiva durante el periodo postnatal. Posteriormente, Murray y Cox determinaron su validez en las semanas 28 a 34 de gestación, su uso se ha extendido hasta casi cuatro años posparto, recomendándose el nombre de Escala de Depresión Perinatal por el de Escala de Depresión Perinatal.

El instrumento consiste en diez preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo. Cada pregunta se califica en un rango de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración de los síntomas; requiere únicamente de cinco minutos para ser respondida.

En 2008 el INPer publica la validación de la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo* como un instrumento *seguro* y *válido* para ser utilizado como tamiz en detección de trastornos depresivos en la población del INPerIER.

Utilizaron un punto de corte de 14 puntos con los siguientes resultados

Aplicando las fórmulas respectivas obtenemos:

- **Sensibilidad:** 90%, es decir, 90 de cada 100 pacientes con depresión perinatal serán correctamente detectadas como positivas por la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo*.

- **Especificidad:** 82%, es decir, 82 de cada 100 pacientes sin depresión perinatal serán correctamente detectadas como negativas por la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh*.
- **Valor predictivo positivo:** 77%, es decir, 77 de cada 100 pacientes que resultaron “positivo” en la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* Presentarán depresión perinatal.
- **Valor predictivo negativo:** 94%, es decir, 94 de cada 100 pacientes que resultaron “negativo” en la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh*, No presentarán depresión perinatal <sup>(26)</sup>.

#### 1.5.2 Confirmar diagnostico.

Por las dificultades diagnósticas que pueden existir al principio, la mayoría de los autores consideran un periodo de inicio más amplio para hablar de depresión posparto (hasta pasados 3-6 meses), abarcando este especificador a episodio depresivo mayor, maniaco o mixto, trastorno bipolar de tipo I o de tipo II o aplicable a un trastorno psicótico breve. El síndrome del tercer día, disforia posparto o tristeza pos parto o Baby blues es la alteración del estado de ánimo más frecuente en el posparto, que tiene una prevalencia del 50% al 80% de los casos. El término blues hace referencia a un tipo de música afroamericana triste que produce nostalgia y refleja recuerdos del pasado de los músicos, su aparición suele ser entre el tercer o quinto día posparto y tiene una duración corta de 1 a 3 semanas. Incluye síntomas breves de ansiedad, rumiaciones negativas sobre la crianza del hijo, labilidad afectiva y llanto frecuente. La sintomatología no llega a

tener la intensidad suficiente como para precisar tratamiento farmacológico, siendo muy útil la psicoterapia de apoyo breve.

En algunos estudios se ha visto que hasta el 20% de los casos de postpartum blues podría desarrollar una depresión (sobre todo cuando la tristeza se asocia con euforia) influyendo en ello la presencia de estresores ambientales, la lactancia o la paridad. La tristeza posparto generalmente no produce deterioro funcional y no requiere tratamiento farmacológico específico, si bien es una situación que requiere nuestra alerta ante el posible desarrollo posterior de una franca depresión clínica.

Para el diagnóstico definitivo de depresión pos Parto se utilizan los 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

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
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o medicamento), o una enfermedad médica
- 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 <sup>(9)</sup>.

## TRATAMIENTO.

La psicoterapia Interpersonal logro disminuir la frecuencia de depresión pos parto identificada por la escala de depresión pos parto de Edimburgo del 19.4 % al 8.3 % en la primera encuesta mientras que las pacientes a las que se les aplico el inventario de depresión de Beck disminuyo del 23.6 % al 10.6 % tratadas con Psicoterapia Interpersonal a las 12 semanas (27).

Entre las principales intervenciones psicoterapéuticas disponibles, esta la terapia cognitivo conductual es considerada una estrategia de primera línea en el tratamiento de la depresión mayor y de la depresión pos parto.

Resulta así importante evaluar en estas mujeres la eficacia de los nuevos modelos cognitivos como el post-racionalista en cuanto están potencialmente en condición de producir un más eficaz y estable reordenamiento emocional (8).

## CAPITULO 2

### 2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Durante años se pensó que la paciente puérpera esta en un bienestar emocional. Sin embargo actualmente se sabe que existen múltiples padecimientos psicológicos en el puerperio y además a causa de este, los trastornos depresivos son la complicación mas frecuente del puerperio, sin embargo existe un subdiagnostico lo que lleva a no tener tratamiento adecuado o no tener ninguno, por lo que lleva a problemas no solo para la paciente que lo padece sino para la familia y el desarrollo del producto. La identificación de este padecimiento podría tener un impacto importante desde la paciente que lo padece hasta en el terreno de la salud pública de la población estudiada.

Dentro del Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc la mayoría de las pacientes hospitalizadas no son vistas previamente en la consulta externa por lo que hay poca oportunidad de identificar la depresión en el embarazo, por lo que queremos saber la frecuencia de tristeza pos parto en nuestras pacientes hospitalizadas o que acuden a la toma de Tamiz al producto y de estas ver la progresión a depresión pos parto para que continúen con el diagnostico certero y tratamiento oportuno.

¿Cuál es la frecuencia de la tristeza pos parto y su progresión a depresión post-parto, en el H. Materno Infantil Cuauhtémoc, durante el periodo 15 Mayo enero al 31 de jun de 2014?

## 2.2 JUSTIFICACIÓN

Los trastornos del ánimo son enfermedades multisistémicas, que se manifiestan con distintos grados de alteración patológica del ánimo asociados a un significativo deterioro físico y social. El médico ginecólogo no está familiarizado con la identificación de problemas psicológicos por lo que es de vital importancia aplicar la escala de depresión pos parto de Edimburgo de manera generalizada como tamizaje y a las pacientes a las que se les identifique con depresión pos parto o tristeza pos parto canalizar al servicio especializado, ya que de no identificar la patología esta puede hacerse crónica y trae alteraciones no solo a la persona que lo padece sino al producto y extenderse incluso a el entorno familiar. Cada día a nivel mundial se identifica y se trata esta patología con una frecuencia de 2 al 27 % para depresión pos parto y a pesar de ser la primer causa de morbilidad en el puerperio (por arriba de la fiebre puerperal, mastitis etc) en México es poco estudiada o el estudio de la misma esta por debajo de lo ideal por lo cual surge la necesidad de saber su frecuencia y así generar la necesidad de que el servicio especializado, continúe con el tratamiento de las pacientes.

## 2.3 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

### 2.3.1 HIPÓTESIS

¿La frecuencia de la tristeza pos parto y su progresión a depresión post parto en la población estudiada es similar a la reportada por la OMS?

### 2.3.2 OBJETIVO PRINCIPAL

Demostrar la frecuencia de la tristeza pos parto y su progresión a depresión pos parto en la población estudiada.

### 2.3.3. OBJETIVO ESPECIFICO.

Dejar un antecedente en nuestro hospital para cuestiones estadísticas.

A partir del diagnostico de las pacientes poder hacer un seguimiento de su patología y enviarla a el personal de salud adecuado para su tratamiento.

Identificar la progresión de la tristeza pos parto a la depresión pos parto

## CAPITULO 3

### 3. MATERIAL Y METODO

#### 3.1 TIPO DE INVESTIGACION.

Estudio clínico, observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

#### 3.2 DEFINICIÓN DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN.

##### 3.2.1 Criterios de inclusión.

Paciente en puerperio inmediato pos parto o cesárea atendido en el Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc.

Contestar en dos ocasiones la Escala de Depresión pos Parto de Edimburgo.

##### 3.2.2 Criterios de No inclusión.

Paciente con diagnostico de deficiencia mental.

Incapacidad para la comprensión de los Cuestionarios y la Entrevista Clínica (por causas psicológicas, culturales o de idioma).

Mujeres con un diagnóstico reciente de duelo

Paciente con diagnostico previo al embarazo de enfermedad psiquiátrica.

Cuando en el producto se diagnostique enfermedad grave o muera.

##### 3.2.3 Criterios de interrupción.

Muerte de la paciente

No completar en 2 ocasiones la Escala de depresión Pos Parto por cualquier circunstancia.

### 3.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se captaron pacientes en día 3 del puerperio captándolas en hospitalización o en la toma del tamiz metabólico y se realiza nueva evaluación a las 2 semanas captándolas en la aplicación de vacuna. Se compararon los resultados de ambos cuestionarios observando el comportamiento de la tristeza posparto y su progresión a depresión pos parto.

Se seleccionaron de manera aleatoria simple a 140 pacientes puérperas atendidas en el Hospital materno infantil de Cuauhtepac del 01-05-14 al 30-06-14 de las cuales 129 pacientes completaron en 2 ocasiones la escala de depresión pos parto. 6 de no se realizo la 2 la ocasión y 5 fueron contestaciones incompletas.

### 3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### 3.4.1 Definición de variables e indicadores.

Variable / categoría	Tipo	Definición Conceptual.	Definición Operacional	Escala de medición.
Tristeza pos parto	Independiente. Cuantitativo	es una labilidad afectiva, irritabilidad, ansiedad, pero no son lo suficientemente intensos para producir un deterioro significativo en la mujer que padece. Aparece al 3 er a 4 to dia y	Con el uso de la EDP de Edimburgo se toma en corte de 13 hacia arriba	Escala de depresión pos parto de Edimburgo.

		desaparece a la segunda semana del puerperio.		
Trastorno depresivo pos parto	Dependent e Cuantitativo	De acuerdo al (DSM-IV), es similar a la depresión mayor pero con manifestaciones de ansiedad intensa, e incluso crisis de angustia, así como una preocupación excesiva por el bebé.	Con el uso de la EDP de Edimburgo se toma en corte de 13 hacia arriba	Escala de depresión pos parto de Edimburgo que consta de 10 reactivos. A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma.
Forma Termino Emb.	Contextual	Procedimiento por el cual se extrajo al producto.		Parto. Cesarea.
Puerperio postparto	Contextual	Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación	Horas y semanas	Puerperio inmediato menos de 24 hrs. Puerperio mediato de 24 hrs a 1 semana De > 1 semana a 6 semanas
Edad	Contextual	Tiempo que a vivido una persona se tomara en años cumplidos	Cuantitativo Continua	Años.
Paridad	Independiente cuantitativa	Numero de hijos anteriores	Nominal.	1,2,3,4,etc...

### 3.5 Instrumentos de recolección de datos.

Se utilizó para recolección de datos la Escala de Depresión Pos parto de Edimburgo (anexo A) que es la escala de tamiz que se prefirió para este estudio la cual explora los síntomas más comunes de un episodio depresivo mayor o menor ocurrido durante los últimos 7 días antes de la aplicación de la escala.

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. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. 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 EPDS 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. 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 sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

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.

Se realizó la entrevista inicial a todas las mujeres embarazadas recogiendo una serie de datos de su historia general, ginecológica y obstétrica así como datos familiares, sociales y personales de la pareja.

## Capitulo 4

### 4. RESULTADOS

Se seleccionaron de manera aleatoria simple a 140 pacientes puérperas atendidas en el Hospital materno infantil de Cuauhtepac del 01-05-14 al 30-06-14 de las cuales 129 pacientes completaron en 2 ocasiones la escala de depresión pos parto. 6 de no se realizo la 2 da ocasión y 5 fueron contestaciones incompletas.

Se realizaron encuestas a pacientes en edad reproductiva con el siguiente comportamiento por grupo etario ilustración 1.

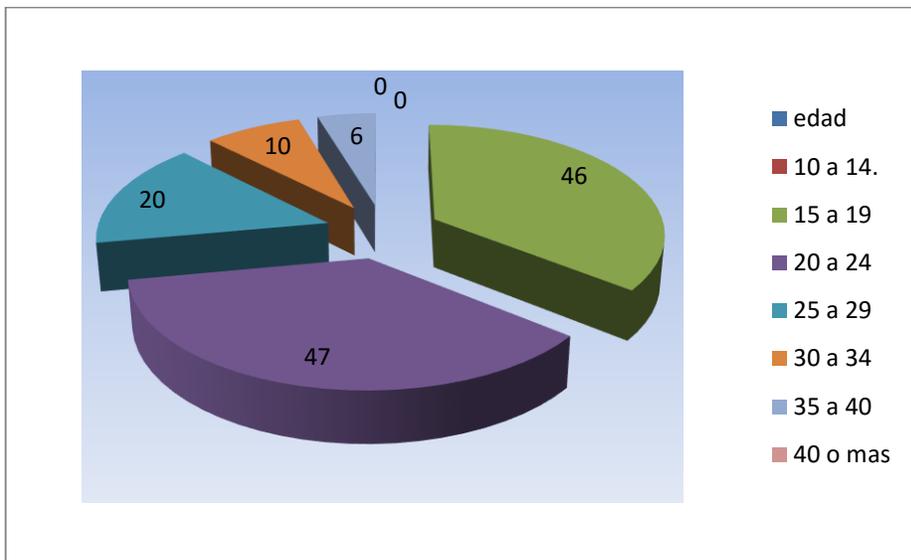


Ilustración 1 pacientes encuestadas por grupo etario.

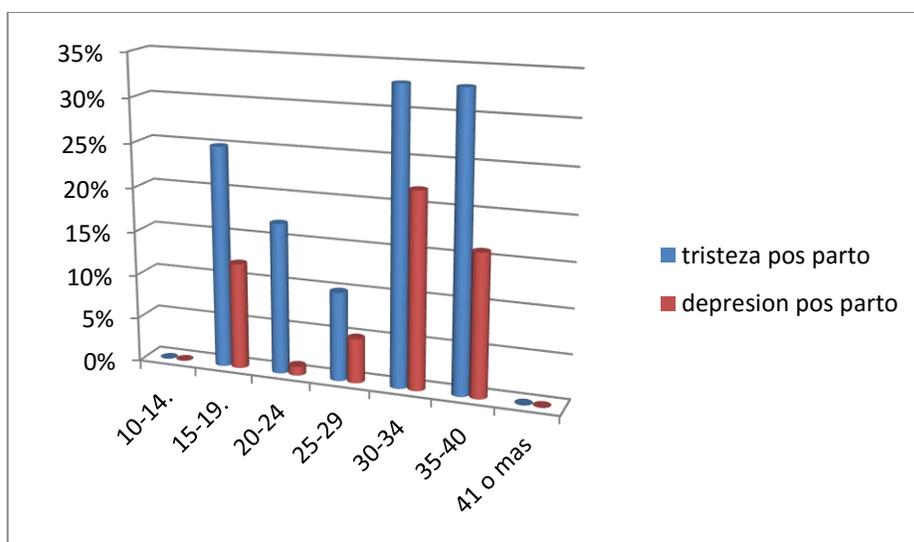
De las 129 resultaron con tristeza pos parto 27 pacientes dando un 20.9 % de frecuencia y a las pacientes a las que se aplico el cuestionario a las 2 semanas resultaron 13 pacientes con datos de depresión pos parto dando un 10.7 % de frecuencia distribuidas de la siguiente manera.

Característica socio-demográficas, frecuencia de tristeza pos parto y depresión pos parto en las mujeres 129 puérperas estudiadas.

Característica.	Mujeres estudiadas	Frecuencia tristeza posparto %	frecuencia depresión pos parto %
Edad (años).			
10 a 14.	0	0	0
15 a 19.	48	25 %	12.5 %
20 a 24.	45	17%	0.66%
25 a 29.	20	10%	5%
30 a 34.	9	33.3 %	22.2 %
35 a 40	6	33.3%	16.6%
Educación.			
Sin estudios	0	0	0
Primaria	9	33.3 %	22.2%
Secundaria	104	22.1%	9.6 %
bachillerato	13	7.6 %	7.6%
licenciatura	3	0	0
Estado civil.			

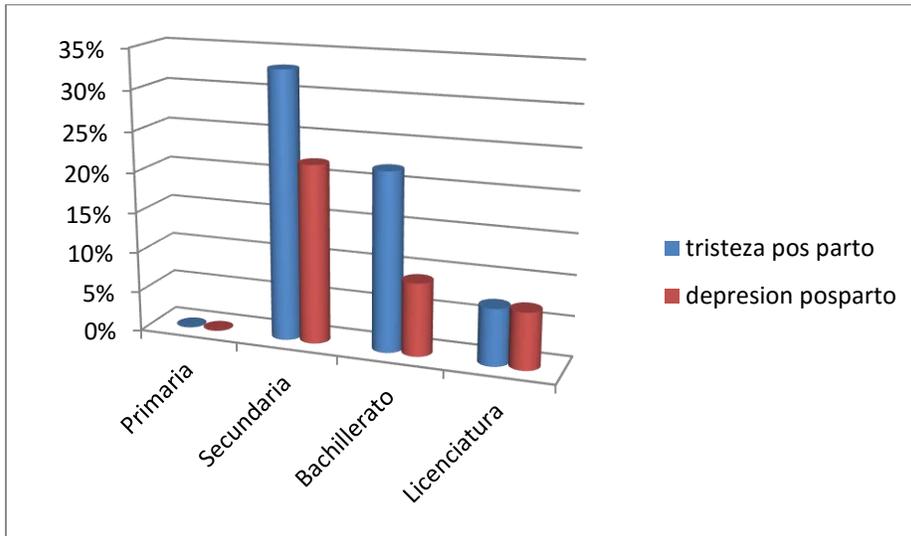
Casada	34	8.5%	2.9 %
Soltera	24	29.1%	25%
Union libre	71	22.5%	8.4%
Embarazo.			
Planeado	51	23.5%	9.8%
No planeado	78	20.5%	6.4%
Deseado	127	20.4%	10.2%
No deseado	2	50%	0%
Sexo del			
producto.	68	30.8%	10.2%
Masculino	61	9.8%	9.8%
Femenino			
Terminación del			
embarazo.			
Parto	93	15%	8.6%
Cesárea	36	36.1%	13.8%
Gesta.			
1	54	18.5%	5.5%
2	33	18.1%	15.1%
3	29	27.5%	13.7%
4	5	0	0
5	3	100%	33.3%
6	4	0	0

Con respecto a la frecuencia de tristeza pos parto y depresión pos parto en grupo de edad se ha reportado generalmente que las pacientes adolescentes presentan mayor frecuencia en estos padecimientos sin embargo nuestros resultados arrojan la mayor frecuencia en mujeres por arriba de 30 años en los dos rangos las pacientes del grupo de 30-34 presentan una frecuencia de tristeza pos parto del 33 % mientras que su progresión a depresión es del 22 % que es la más alta casi el doble que en el grupo de 15 a 19 años que su frecuencia de tristeza Pos parto es del 25 % y su progresión a depresión pos parto es del 12 % (ilustración 2). esto puede ser debido a una mayor capacidad de adaptación.



**Ilustración 2** frecuencia de tristeza pos parto y de depresión pos parto por grupo etario

Dentro de las pacientes de el estudio el nivel de escolaridad mayor mete presentado fue secundaria por lo que es de esperarse que ahí descansa el peso de nuestras pacientes con trastornos depresivos por lo que estos datos realmente no sirven para este análisis



**Ilustración 3 frecuencia de tristeza pos parto y depresión pos parto por escolaridad**

Dentro del campo de vivir en pareja, que refleja un apoyo moral. Social y económico, las mujeres solteras son las que más presentan tristeza pos parto hasta 29% y su progresión a depresión pos parto es del 25 % la cual es alta pues sin apoyo es más difícil su recuperación además de estar asociado a una perdida debido a que la mayoría de las veces la soltería es consecuencia de abandono por

parte de la pareja.

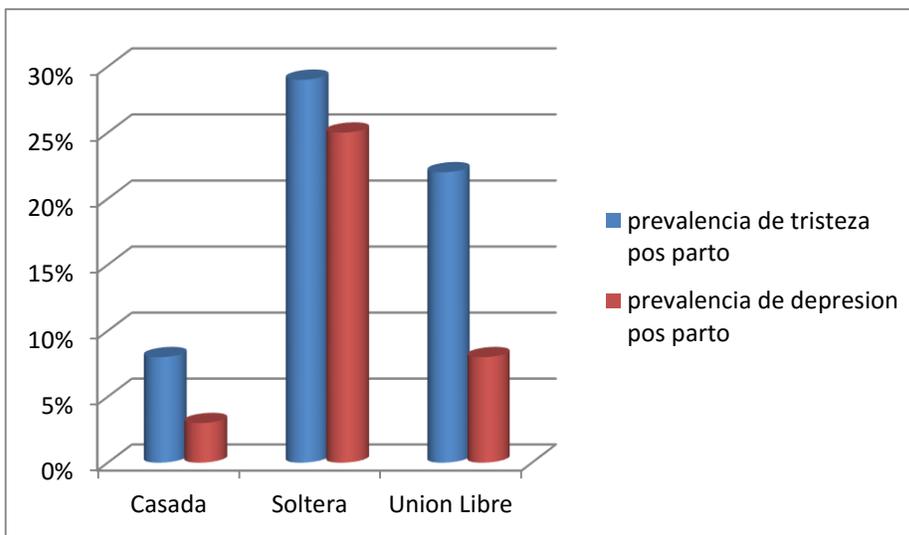


Ilustración 4 frecuencia de tristeza pos parto y depresión pos parto por estado civil.

Es importante recalcar que según los resultados del estudio las pacientes que mencionaron un embarazo planeado presentaron mayor depresión pos parto del 23 % sin embargo también hay que recalcar que confunden mucho el termino planeado con deseado pues de todas las mujeres que “planearon el embarazo” ninguna tubo cuidados antes del embarazo como toma de vitamínicos o laboratorios incluso ninguna cita médica pre concepción.

Y de las mujeres que abiertamente mencionaron que no tenían un embarazo deseado el 50% presento tristeza pos parto sin embargo no progreso a depresión pos parto cabe mencionar que estas mujeres no eran adolescentes ni fue producto de violación referida.

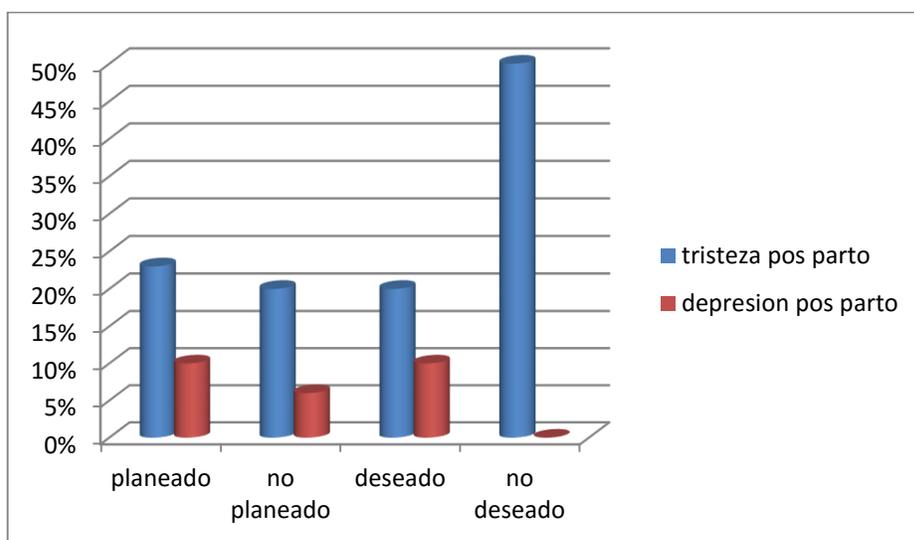
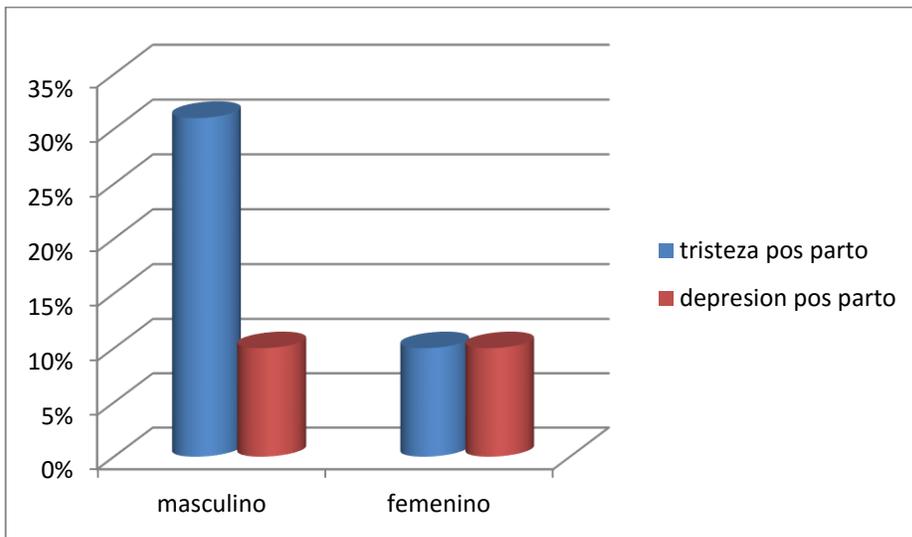


Ilustración 5 relación de tristeza pos parto y depresión pos parto por planeación y deseo de embarazo

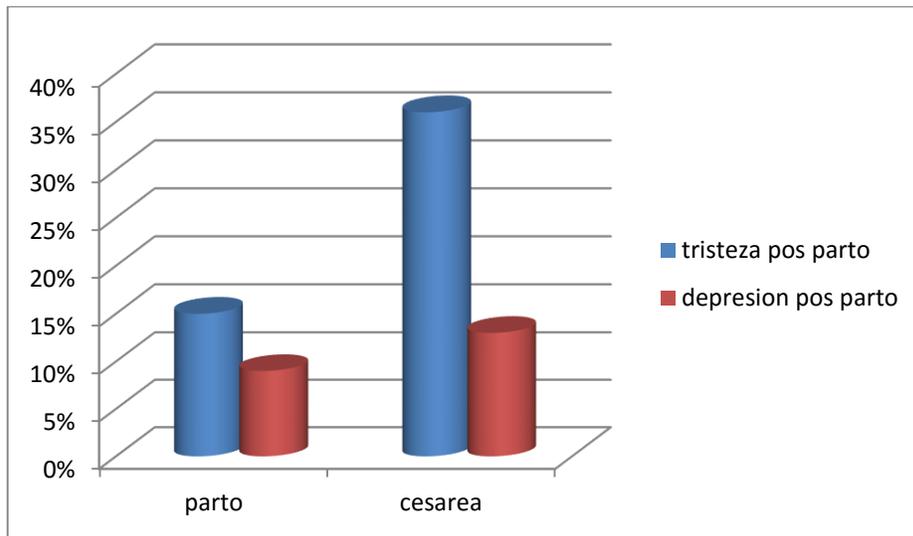
Ya hay estudios que relacionan el sexo del producto femenino asociado con tristeza pos parto y depresión pos parto sin embargo en el estudio la paciente con producto masculino presento una frecuencia mas alta de tristeza pos parto del 31 % con una progresión a depresión del 10% sin embargo la paciente con producto femenino presento una frecuencia de tristeza pos parto del 10 % pero su progresión a depresión pos parto fue del 100 % es decir todas los mujeres que presentaban tristeza pos parto presentaron depresión pos parto 10%.



**Ilustración 6 frecuencia de tristeza pos parto y depresión pos parto por sexo del producto**

La terminación del embarazo se a asociado a mayor depresión pos parto esto relacionado con la cesárea y sobre todo con la cicatriz de la cesárea con incisión media infra umbilical. Según nuestro estudio la mujer con cesárea presento una frecuencia de tristeza pos parto del 36 % con una progresión a depresión del 13 % mientras que las pacientes que terminaron el embarazo por parto presentaron una

menor frecuencia de tristeza pos parto de 15% con una progresión del 9% si bien es cierto puede estar asociado a la cicatriz también hay que recalcar que las cesáreas fueron por una indicación médica que podría asociarse a mayor incertidumbre de posibles complicaciones.



**Ilustración 7** frecuencia de tristeza pos parto y depresión pos parto por terminación del embarazo.

De acuerdo a la gestación se puede dividir en primigestas y multigestas pero aun no está bien especificado en la literatura con cuantos productos es considerada multigesta por lo que se decidió clasificar por numero de gesta. Con los siguientes resultados se encuentra en la gesta 3 un mayor porcentaje de depresión pos parto de manera valida por que en el caso de la gesta 5 solo se conto con 3 pacientes las cuales las 3 estaban con tristeza pos parto es decir el 100% siendo también su progresión a depresión pos parto del 33% que es una paciente debido a esto los datos no son comparables. Y se toma en la gesta 3 la mas representativa.

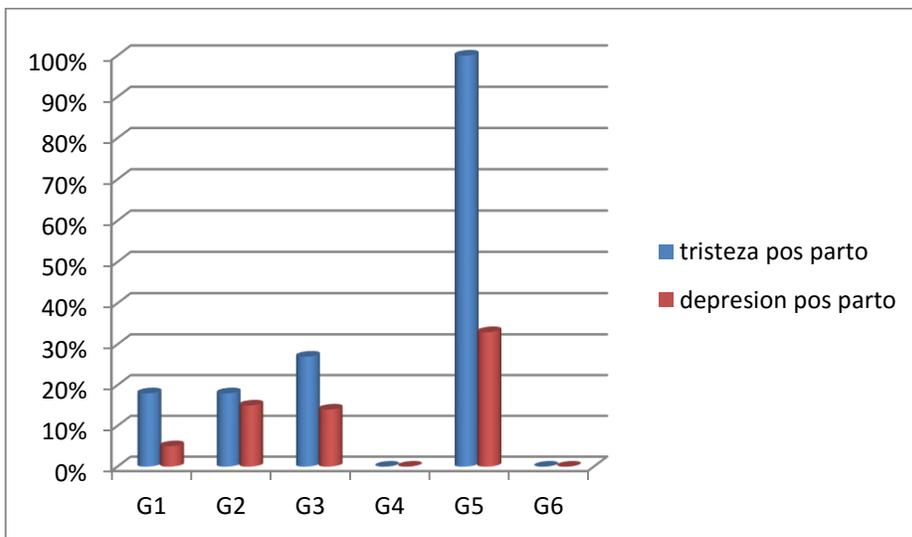


Ilustración 8 frecuencia de tristeza pos parto y depresión pos parto por gestación

## Capitulo 5

### 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

#### 5.1 Conclusiones.

Nuestros resultados sobre la frecuencia de tristeza pos parto y depresión pos parto que son de 20.9 % para tristeza pos parto y del 10.7% de la depresión pos parto sean en la frecuencia mundial del 2% al 21 % para depresión pos parto y también la reportada a nivel nacional de 10% a 32.6%.

En este estudio se encontró una mayor frecuencia en mujeres solteras esto podría ser resultado de un pobre apoyo social.

Pero se encontró que el grupo etario con más frecuencia es el de 30 a 34 años y es mas. Y la paciente que termina su embarazo por vía cesárea presenta también mayor depresión esto puede ser por la cicatriz que en su mayoría es media infraumbilical o como preocupación por la indicación médica de cesárea, podría ser motivo de otro trabajo sobre violencia obstétrica.

En el tema de embarazo planeado o no planeado tendría que haber información previa a la paciente sobre los términos pues se confunde con deseado o no deseado y en la sociedad en que vivimos existe una presión social a aceptar los hijos que se tengan como buena y abnegada madre por esa razón las pacientes muy difícilmente te contesta sin alguna desviación determino que los resultados no se consideran concluyentes o exactos.

La relación del sexo del producto con la depresión pos parto se encuentra en estudios previos por lo que se decidió incluirlo como parte de esta tesis, los resultados indican que la frecuencia de tristeza pos parto es más alta del 31 % en las mujeres con producto masculino pero su recuperación es más alta también pues solo el 10 % presenta de depresión pos parto en cambio la frecuencia de tristeza pos parto es del 10 % en mujeres con producto femenino pero no existe una recuperación pues el mismo 10 % presenta depresión pos parto.

De tal manera que no existe diferencia entre sexo del producto y depresión pos parto ambas resultan del 10 % la diferencia existe en la tristeza pos parto.

## 5.2 Recomendaciones.

Desacuerdo a estos datos es importante realizar un tamiz a todas las pacientes puérperas y poner especial atención en las pacientes sin apoyo social un indicador sería solteras, pero la combinación de más riesgo, serían las solteras con más de 30 años, terminación del embarazo por cesárea y en su tercera gestación, con un embarazo no planeado.

El año anterior se atendieron en el Hospital Materno Infantil de Cuautepéc 4081 pacientes obstétricas con hijo vivo de las cuales con la tendencia reportada del 10 % de depresión pos Parto se podría llegar a 408 pacientes con depresión pos parto en 1 año las cuales podrían tener complicaciones de salud y desempeño de la madre así como complicaciones en el desarrollo cognitivo, conductual y emocional del infante por lo que resulta importante el diagnóstico temprano para crear un impacto en el tratamiento y seguimiento de la paciente y de su familia.

Anexos.

Anexo A

**Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

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

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.

Taken from the British Journal of Psychiatry

June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

Anexo B

Tabla de datos adicionales.

Nombre y firma del Investigador:

Jose Luis Borja Luna.

Dias de estancia intrahospitalaria

Expediente.

Terminación del embarazo Parto Cesarea

Sexo del producto. Masculino Femenino

Embarazo. Planeado \_\_\_\_\_ Deseado \_\_\_\_\_

APGAR

Capurro. SDG

G\_\_P\_\_C\_\_A\_\_

MPF

Estado civil.

Ocupación.

Enfermedad psiquiátrica previa o duelo \_\_\_\_\_

Complicaciones perinatales.

---

Anexo C.

Carta de Consentimiento Informado.

Mexico Distrito Federal a                      de                      del 2014.

A Quien Corresponda.

Yo    Declaro libre y voluntariamente que Acepto participar en el Estudio “ frecuencia de tristeza pos parto y su progresión a depresión pos parto en pacientes atendidas en el hospital Materno Infantil de Cuauhtepec. se me explico y he entendido los objetivos de esta investigación.

Estoy consciente que el valor de la prueba depende de la veracidad de los datos que yo aporte y que los mismos no presentan riesgos para mi persona.

Estoy consciente que puedo negarme o retirarme del estudio en el momento que yo lo desee. Y que en caso de que decida negarme o retirarme la atención que como paciente recibo en esta institución no se verá afectada.

## Bibliografía.

1.- José Urdaneta m. Msc <sup>1</sup>, Rivera, García <sup>2</sup>, (2010). Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo Rev Chil Obstet Ginecol; 75(5): 312 – 320.

2.- Zulma. Fernández. (2011). Comportamiento patológico del puerperio Rev Cubana Obstet Ginecol vol.37 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set.

3.- Simón Guendelman (2008). Neurobiología Interpersonal: la depresión postparto y el vínculo de apego temprano (Rev G Psiqu. Univ. Chile; 4; 4: (454-461).

4.- Graciela Rojas C, Fritsch, Jaime Solís. (2006). Quality of life of women depressed in the post-partum period Rev Méd Chile; 134: 713-720

5.- Wittkowski A, Wieck A, Mann S. (2007). An evaluation of two bonding questionnaires: a comparison of the Mother-to-Infant Bonding Scale with the Postpartum Bonding Questionnaire in a sample of primiparous mothers. Archives of Women's Mental Health; 10; 4; 1434-1816

6.- Swain J, Lorberbaum J, Kose S. (2007). Brain basis of early parent-infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. Journal of Child Psychology and Psychiatry; 48:3/4; 262-287

7.- Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME.(2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Publica Mex; 55:74-80.

8.- Bernardo Nardi<sup>1</sup>, Cesario Bellantuono<sup>1</sup>, (2012) Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la prevención de la depresión posparto Rev Chil Obstet Ginecol; 77(6): 434 – 443

9.- Claudia Wolff L. <sup>1,2</sup>, Paula Valenzuela X. <sup>3,a</sup>, Karim Esteffan S. <sup>1,4</sup>, Daniela Zapata B. <sup>5</sup> (2009) Depresión Posparto En El Embarazo Adolescente: Análisis Del Problema Y Sus Consecuencias Rev Chil Obstet Ginecol; 74(3): 151 – 158

10.- Cosme Alvarado-Esquivel,<sup>a\*</sup> Antonio Sifuentes-Álvarez,<sup>a,b</sup> Sergio Estrada-Martínez,<sup>c</sup> (2010) Prevalencia de Depresión Posnatal en Mujeres Atendidas En Hospitales Públicos de Durango, México Gac Méd Méx Vol. 146 No. 1.

11.- Teresa Lartigue,<sup>A</sup> J. Martín Maldonado-Durán,<sup>B</sup> Itzel González-Pacheco  
Juan Manuel Saucedo-García (2008) Depresión en la etapa perinatal\* Perinatol  
Reprod Hum; 22: 111-131

12.- Ibarra (2013). Prevalencia de la Depresión Perinatal en Madres Adolescentes Atendidas en el Hospital MI Cuauhtémoc México 2013

13.-Angelina Dois, Claudia Uribe (2012). Factores de Riesgo Asociados a Síntomas Depresivos Post Parto en Mujeres de Bajo Riesgo Obstétrico Atendidas en el Sistema Público Rev Med Chile; 140: 719-725

14.- Rojas E. "(2006). Adios depresión. En busca de la felicidad razonable".

15.- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.

16.- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic criteria from DSM-IV-TR. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

17.- Juan Escobar<sup>1</sup>, Percy Pacora<sup>2</sup>, Nilton Custodio<sup>3</sup>, Walter Villar<sup>1</sup> (2009).

Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? An. Fac. Med. V.70 n.2 Lima jun.

18. Maguire J and Mody I. (2008) "GABAAR Plasticity during Pregnancy: Relevance to Postpartum Depression". Neuron. July 31, 59, 207-213.

19. Rapkin A.J, Mikacich J.A.(2002) "The Clinical Nature and Formal Diagnosis of Premenstrual, Postpartum, and Perimenopausal Affective Disorders". Current Psychiatry Reports, 4: 419-428.

20.- T. Carro García, J. M.<sup>a</sup> Sierra Manzano, M.<sup>a</sup> J. Hernández Gómez, E. Ladrón Moreno, E. Antolín Barrio (2000). Trastornos del estado de ánimo en el postparto Revista de medicina General pag. 452 Soria.

21.- Postpartum Disorders. The Harvard Medical School Mental Health Letter, May 1989.

22.- Manchado Ramírez F, García Serrano T, Moya Rüegg N, Bernabéu Sáez (1997). Depresión puerperal. Factores relacionados. Aten Primaria; 20(4): 161-66.

23.- Sebastián Romero E, Mas Lodo N, Martín Blázquez M, Raja Casillas MI, Izquierdo Zamarriego MJ, Vallés Fernández N. (1999) Depresión Postparto en el Área de Salud de Toledo. Aten Primaria; 24(4): 215-219.

24.- Tomas Baader M., phd<sup>1</sup>, José Luis Molina F.<sup>1</sup>, Silvia Venezian B.<sup>1</sup>, Carmen Rojas C.<sup>1</sup>, (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile Rev. Chil. Neuropsiquiaticas. Vol. 50 no.1 Santiago.

25.- Jesús Sanz | Antonio Luis Perdigón | Carmelo Vázquez| (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general Revista: Clínica y Salud 14.

26.- Manuel Oquendo Ca Teresa Lartigue B b Itzel Gonzalez Pacheco c Sara Mendez C d (2008). Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de

Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. Perinatol y reproducción humana 2008; 22: 195-202.

27.- Michael W. O`Hara, PhD, Scott Stuart, MD; Laura L. Gorman, (2000). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression Arch Gen Psychiatry; 57:1039-1045.