

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**“ANTECEDENTES BIOPSIICOSOCIALES COMO FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESION POST EVENTO OBSTETRICO DIAGNOSTICADO EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL NORTE, HOSPITAL CENTRAL SUR Y HOSPITAL REGIONAL DE POZA RICA DE PETRÓLEOS MEXICANOS COMPRENDIDO EN EL PERIODO DEL 1 DE ABRIL DEL 2018 AL 30 DE JUNIO DEL 2018”**

**PETRÓLEOS MEXICANOS  
SERVICIOS MÉDICOS**

**HOSPITAL CENTRAL NORTE**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN**

**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**CD.MX. 2018**



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.



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

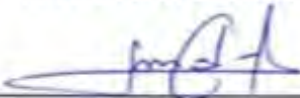
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

## FIRMAS

**DR. LUIS JAVIER CASTRO D'FRANCHIS**

DIRECTOR  
HOSPITAL CENTRAL NORTE  
DE PETROLEOS MEXICANOS



**DR. LEONARDO LIMÓN CAMACHO**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



**DRA. ADRIANA ALEJANDRA HUERTA ESPINOSA**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
JEFA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE  
PETROLEOS MEXICANOS  
ASESOR DE TESIS



**DRA. MARIA CRISTINA JUÁREZ CABRERA**  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Y MÉDICO ADCSRITO AL SERVICIO DE  
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PETROLEOS MEXICANOS  
ASESOR DE TESIS



## AGRADECIMIENTOS

### **A Dios**

*Por su amor incondicional , darme sabiduría e inteligencia , brindarme fortaleza para seguir adelante y guiar mis pasos conforme a su promesa*

### **A mis Padres y Hermanos**

*Por haber confiado en mí y estar siempre presentes, gracias por su amor y apoyo infinito*

### **A mi Prometida**

*Por su amor , confianza , apoyo y comprensión , sin duda nos espera un futuro prometedor con metas y anhelos por cumplir*

### **A mis Maestros**

*Mi admiración y profundo respeto , gracias por inspirarme a ser mejor día con día*

### **Hermanos Residentes**

*Agradecerles infinitamente a cada uno de ustedes, en estos momentos tomamos caminos distintos pero se que en un futuro nos volveremos encontrar, mi mas grande admiración.*

*“Todo es posible para el que cree”*

**Marcos 9:23**

# ÍNDICE

<b>Parte</b>	<b>Página</b>
Título	2
Agradecimientos	4
Índice	5
Abreviaturas, siglas y acrónimos	6
Lista de tablas	7
Lista de figuras	8
Marco Teórico	9
Planteamiento del problema	19
Pregunta de investigación	19
Justificación	20
Hipótesis de trabajo	21
Objetivos	22
Sujetos, material y metodos	23
Implicaciones éticas	27
Resultados	28
Discusión	34
Conclusiones	36
Referencias	42

## ABREVIATURAS, SIGLAS, Y ACRÓNIMOS

<b><i>Siglas</i></b>	<b><i>Descripción</i></b>
<b>DSM-V</b>	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales
<b>EDPS</b>	Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

## ÍNDICE DE TABLAS

<b><i>Tabla</i></b>	<b><i>Descripción</i></b>	<b><i>Página</i></b>
<b>Tabla 1</b>	Características gineco-obstétricas de las pacientes	28
<b>Tabla 2</b>	Incidencia de depresión post-evento obstétrico según características sociodemográficas y obstétricas	31
<b>Tabla 3</b>	Riesgo (Odds ratio) para depresión post-parto según características biopsicosociales	32



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Descripción</b>	<b>Página</b>
<b>Figura 1</b>	Distribución de las pacientes por grupos de edad.	27
<b>Figura 2</b>	Estado civil de las pacientes.	28
<b>Figura 3</b>	Frecuencia de primíparas, multíparas y antecedente de aborto.	29
<b>Figura 4</b>	Tipo de evento obstétrico y porcentaje de madres lactando.	29
<b>Figura 5</b>	Incidencia de depresión post-evento obstétrico y requerimiento de atención inmediata.	31

## MARCO TEORICO

La depresión bien e del latín depressio que significa opresión, encogimiento o abatimiento. Es el diagnostico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de animo transitorio o permanente caracterizado por tristeza, decaimiento, incapacidad de afrontar las actividades y los retos de todos los días, perdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras

La depresión postparto es la complicación psiquiátrica más frecuente del postnatal, y dadas sus potenciales repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé, su correcto abordaje debe constituir una prioridad en Salud Pública. Además, provee una especial oportunidad de prevención pues está precedida por un “marcador” de nido: el nacimiento de un hijo. Se han identificado grupos de riesgo y un período de mayor vulnerabilidad, que son los primeros tres meses del período postnatal El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) incluyó como novedad frente a la versión el trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto, considerando su desarrollo durante el embarazo o en las primeras 4 semanas del postparto. En este punto mantuvo el mismo criterio de tiempo, lo que ha generado cuestionamientos, ya que para efectos clínicos de investigación el periodo de riesgo puede ampliarse a los tres meses de la resolución.

La incidencia de la depresión posparto resulta muy variable, en un rango entre 30 y 200 casos por cada 1 000 nacimientos (3–20 %), tasa de recurrencia estimada entre 10 y 35% de la población mundial.

En mujeres mexicanas se encontró una prevalencia de 24.6%. La responsabilidad de una vida nueva pueden ser la causa, Puede tratarse de mujeres que vienen de familias estables, sin antecedentes de problemas mentales o mujeres con familias disfuncionales que tuvieron episodios de depresión. Existe el riesgo de que los cambios emocionales normales puedan confundirse con la depresión o puedan enmascarar los síntomas depresivos, estando subdiagnosticado en cerca del 50 % de los casos debido a que los profesionales de la salud se centran en la salud física de la madre y el niño y suelen no estar entrenados para diagnosticar estos problemas , así como la madre no consulta por temor a defraudar a los demás, por lo que no reciben una evaluación y asesoramiento oportuno, provocando la intensificación de los síntomas convirtiéndose en un padecimiento crónico y alterando la calidad de vida.

Durante el embarazo y el puerperio se presentan cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición de trastornos psíquicos.

Cerca del 80% de las mujeres sufren algún tipo de alteraciones durante estas etapas, pueden ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto fácil, incluyendo síntomas como la angustia y dificultad en la relación con su hijo, incluso situaciones graves como ideas suicidas.

Los padecimientos afectivos que se pueden presentar en la resolución son la tristeza postparto, la depresión post parto y la psicosis postparto.

### **Tristeza post parto**

También llamada comúnmente Baby Blues, se describe como una alteración del estado de ánimo, debida principalmente a los cambios hormonales, psicológicos y sociales, estos tienen una intensidad y duración variable, y suelen aparecer entre los dos y cuatro días posteriores a la resolución obstétrica. Los síntomas son de

alivio espontáneo dentro de dos o tres semanas siguientes al alumbramiento y no requieren de atención médica y/o psicológica.

El cuadro se presenta generalmente con labilidad emocional, irritabilidad y tristeza o llanto fácil, así como con ansiedad y desesperación por dificultad en el manejo del recién nacido.

Se debe informar a la madre y pareja, así como familiares cercanos de la existencia de esta entidad clínica y la diferencia con depresión post evento obstétrico, recomendando que haya acompañamiento y apoyo familiar durante estos momentos con el propósito de que la mujer pueda atravesar esta etapa con mayor facilidad.

Debe informarse que este estado de tristeza se debe principalmente 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 o tres semanas se debe contactar un profesional de la salud.

### **Depresión Post Parto**

Es definida como un trastorno el episodio depresivo de inicio posterior a la resolución obstétrica. Muchas mujeres al no tener suficiente información pueden suponer que sus síntomas son parte de un proceso transitorio y sin aparente relevancia o que son comunes y normales dentro de la etapa perinatal. Se ha visto, también que la familia o los amigos pueden llegar a manipularlas directa o indirectamente para que no verbalicen sus sentimientos negativos, lo cual se ve reforzado por algunas actitudes sociales de idealizar esta etapa.

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPS) tanto en nuestro país como en otras partes del mundo, es la prueba más utilizada, esto debido posiblemente a la accesibilidad de reproducirla sin costo, y a la rapidez y facilidad de su aplicación, calificación e interpretación.

Esta escala fue desarrollada para identificar síntomas depresivos y depresión clínica, específicamente en mujeres puérperas, buscando discriminar aquellos síntomas físicos y psicológicos, propios de la gestación, de los síntomas asociados a depresión. Es una escala de autorreporte que explora los síntomas comunes de un episodio o de un trastorno depresivo mayor o menor, que hayan ocurrido 15 días anteriores a su aplicación

La observación de la interacción madre-hijo, así como del bebe, son también herramientas muy valiosas para corroborar y complementar el diagnóstico.

En relación a la intervención, el primer paso es detectarla, especialmente en sus inicios, cuando se perciban síntomas o se presenten signos de alarma, como quejas psicósomáticas, cansancio, dolores, múltiples llamadas para pedir ayuda, o se observe que la mujer está triste, preocupada o con miedo.

Cuando la mujer no recibe tratamiento puede presentar dificultades y estrés para cuidar al recién nacido, lo que tiende a generar problemas en el vínculo materno-infantil. Dichos bebés pueden llegar a presentar retraso en el desarrollo psicomotor, temperamento difícil o irritabilidad, así como mostrar un apego inseguro. Así mismo, se ha observado que algunos no son tan atentos y activos, y sonríen menos lo que puede generar déficits en el área social y cognitiva. Las madres que no reciben atención médica o psicológica, suelen percibir de forma negativa a sus hijos, y/o considerar que son difíciles de criar.

Con una intervención adecuada la depresión post evento obstétrico es temporal y se puede alcanzar una completa recuperación. Por el contrario, cuando la mujer no recibe tratamiento, se puede convertir en un padecimiento crónico, recurrente y/o refractario, y en algunos casos, tener graves consecuencias.

### **Psicosis Post Parto**

Las mujeres que han padecido un trastorno psicótico previo tienen el riesgo de 35% de desarrollarla. En aquellos casos en que la psicosis apareció por primera

vez durante la resolución obstétrica, el riesgo de recurrencia en un siguiente nacimiento es del 50 a 60 %. Después de un episodio de psicosis, hay una posibilidad de recaída con episodios maniacos o depresivos.

Las manifestaciones inician generalmente de forma brusca entre el tercero y el noveno día post evento obstétrico, aunque puede iniciarse incluso hasta el sexto mes. Los síntomas suelen comenzar como insomnio o incapacidad para descansar, junto con irritabilidad, ansiedad e irritabilidad del estado de ánimo. 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.

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

Una vez que la sintomatología psicótica comienza remitir, es necesario introducir medidas terapéuticas de tipo psicosociales. En primera instancia esta intervención esta encaminada a identificar y reducir todo aquello que pueda resultar estresante.

Cuando la mujer esta en condiciones de cuidar al bebé, y no existe riesgo de daño hacia ella misma o hacia su hijo, se puede restablecer paulatinamente este vínculo.

## **Epidemiología**

Existen diferentes investigaciones a nivel mundial sobre la prevalencia , fluctuan entre el 6 y 34 % . En nuestro país , los estudios reportan prevalencia que va desde el 13.9 hasta 32.6% . A pesar de esta situación, se podría hablar de cerca

del 20% de las mujeres en periodo post obstetrico, pueden presentar sintomas de depresion post parto. En cuanto a la recurrencia, existe una probabilidad del 10 al 35% de volverla a presentar en embarazos posteriores

## **Etiologia**

Se pueden distinguir varios factores biologicos , factores psicologicos y psicosociales:

### **Factores Biologicos:**

#### **Hormonas reproductivas:**

El rapido descenso en los niveles de hormonas gonadales luego del parto ha llevado a muchos autores a sugerir una posible relacion de esta disminucion con los cambios en el estado de animo de las mujeres durante la resolucion obstetrica.

En el embarazo los niveles de estrogenos son mas bajos con trastornos del sueño y mas elevados en mujeres con mayor grado de irritabilidad con respecto a los niveles en gestantes normales. se ha encontrado una mayor caida de progesterona luego de la resolucion obstetrica.

#### **Eje hipotalamo-hipofisis-adrenal:**

Debido a la asociaci3n entre los niveles de glucocorticoides y el estado de animo en el puerperio, se ha encontrado correlaci3n entre niveles elevados de cortisol en plasma, saliva y orina en mujeres que experimentan cambios de animos positivos en los primeros dias de resolucion obstetrica.

#### **Otros factores :**

Niveles altos de AMP c3clico urinario en los primeros dias del puerperio, y bajos niveles de triptofano, acido folico , beta-endorfina y T3 libre durante el embarazo y el puerperio, tambien han sido implicados en la etiopatogenia de la depresion.

### **Factores Psicol3gicos:**

### **Formulacion psicodinamicas:**

El embarazo se considera un periodo de maduracion y a la vez de regresion que evoca conflictos infantiles, particularmente en los casos en los que existen modelos maternos inadecuados. Las actitudes negativas hacia la maternidad y/o la infancia conflictiva predispone a la depresion, y asociacion una pobre identidad materna con la depresión en periodo inmediatamente posterior a la resolución obstétrica.

### **Personalidad:**

Se encuentra relación signnificativa entre algunos rasgos de la personalidad (mayor neocriticismo y menor extroversión)

### **Estilo Cognitivo:**

Relación entre determinados aspectos cognitivos y de la conducta y la depresión postparto. las variables que se consideran importantes para el desarrollo de la depresión post parto son trastornos del autocontrol, estilo atribucional alterado y atribuciones externas e inestables debidas a cogniciones negativas acerca del mundo futuro y de uno mismo.

### **Diagnostico:**

La detección precoz es difícil, lo que provoca que su incidencia este subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas ya que en función de las expectativas sociales deben de estar contentas y llenas de satisfacción tras el acontecimiento. Dificulta aún más el diagnostico el hecho que en el puerperio está asociado a cambios psicológicos y complicaciones somáticas que pueden remedar un cuadro depresivo.

Para un diagnóstico exacto se requiere:



Historia clínica completa junto con examen físico y analítica. La fatiga y astenia puede deberse a la excesiva pérdida de sangre durante la resolución, a la disminución del sueño y a la adaptación de las necesidades del recién nacido.

Identificar a los grupos de riesgo, profundizar en las características pre y postnatales que pudieran predecir una mayor probabilidad de desarrollar esta patología.

Información y educación adecuada junto con grupos de apoyo, donde se oriente sobre los síntomas de depresión y los posibles sentimientos de ansiedad, miedo o inseguridad que pueden aparecer tras la resolución obstétrica.

Test de Edimburgo:

Se han usado distintos métodos para evaluar la depresión postparto, aunque el más usado es la Edimburgo. Esta escala ha sido desarrollada para ayudar a los profesionales de Atención Primaria en la detección de las madres que sufren depresión postnatal. El EPDS se desarrolló en centros de salud de Livingston y Edimburgo y se han realizado diversas validaciones en numerosos países.

### **Diagnostico Diferencial:**

Antes de iniciar tratamiento es importante descartar algunas otras posibilidades diagnosticas. El hipotiroidismo es relativamente común en las mujeres luego del parto y pueden causar síntomas muy parecidos al trastorno depresivo mayor, mujeres con trastorno psiquiátrico preexistente puede tener una exacerbación de sus síntomas en el puerperio.

### **Impacto de la enfermedad:**

Presenta un doble impacto negativo, afectando a la madre quien padece directamente la enfermedad, como al recién nacido, pues depende completamente de los cuidados de ésta para bienestar físico y emocional.

### **Impacto de la madre**

La enfermedad suele acompañarse de un monto considerable de sufrimiento emocional y ocasiona deterioro importante en la calidad de vida, afectando las diversas áreas de funcionamiento de la paciente. Además, la mujer que experimenta un episodio depresivo en el puerperio queda expuesta a mayor riesgo de futuros episodios depresivos, tanto en los puerperios como en cualquier otro momento de la vida. Aunque las tasas de suicidio en el periodo puerperal son menores que en periodos no puerperales, ésta se considera una causa importante de mortalidad materna en algunos países.

### **Impacto sobre el hijo**

Las madres deprimidas tienen menos disposición a estimular a sus hijos mediante interacciones vocales, físicas y de juego, además tienden más a percibir a sus hijos de una manera negativa, se les dificulta más su cuidado y manifiestan aislamiento materno y hostil. Las mujeres pueden mostrarse menos dispuestas a iniciar y mantener la lactancia.

### **Tratamiento**

La respuesta a las intervenciones farmacológicas y psicosociales son buenas, se deben de valorar los riesgos absolutos y relativos de tratar y no tratar la depresión, existen diversas técnicas de manejo.

Manejo psicosocial: terapias sociales, de soporte, intervenciones de pareja, intervenciones madre-infante, actividad física.

Terapias farmacológicas: varían dependiendo el periodo

### **Manejo Farmacológico:**

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y de los antidepresivos tricíclicos, se pueden ofrecer en depresión de moderada a severa y una vez

iniciados se deben continuar por lo menos 4-6 semanas, no se recomienda el uso de estrógenos en tratamiento de rutina.

Las pacientes con un primer episodio de depresión sin síntomas psicóticos deben ser tratadas con antidepresivos durante 6-9 meses después de la remisión de los síntomas y en un segundo episodio debe de mantenerse el tratamiento durante 1 a 2 años.

La lactancia materna tiene claros beneficios tanto para la madre como el niño, por lo que estos beneficios deben sopesarse frente a los riesgos para el recién nacido de la exposición a medicamentos durante la lactancia. Los niveles de medicamento a través de la leche materna son muy bajos y clínicamente no son relevantes para el recién nacido.

La lactancia debe interrumpirse inmediatamente si un lactante desarrolla síntomas anómalos probablemente asociados con exposición al medicamento, evitar la doxepina si es inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina evitar fluoxetina, citalopram y escitalopram

### **Tratamiento no farmacológico:**

Cuando los síntomas sean en rango de leve a moderado, la psicoterapia es el tratamiento de primera línea para las mujeres que amamantan ya que no conlleva ningún riesgo conocido para el niño, las madres deben de ser monitoreadas y reevaluadas, si no mejoran o sus síntomas agravan, el tratamiento con antidepresivos debe ser considerado.

Si la madre no tiene antecedentes de tratamiento antidepresivo, la paroxetina o la sertralina son la primera línea de tratamiento debido a los niveles bajos en la leche materna y en sangre del infante, presentando pocos efectos secundarios.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El cambio social, psicológico y hormonal que sufre una mujer en periodo de puerperio favorece al desarrollo de depresión, esto implica complicaciones para la madre y el desarrollo del niño. La depresión post evento obstétrico es una patología frecuente, sin embargo, la baja tasa de detección y atención en los sistemas de salud de depresión post evento obstétrico requiere la implementación de protocolos eficaces y de bajo costo, a fin de salvaguardar el bienestar de las madres y sus hijos, ante las complicaciones que pueden desarrollarse a causa de este padecimiento.

Identificar a las pacientes que cuentan con factores de riesgo para presentar depresión post evento obstétrico con el fin de solicitar valoración por el especialista para prevenir el deletéreo sobre la madre y el recién nacido evitando afectación en el desarrollo psicológico social y educativo del niño, así como evitar la afectación negativa en la relación de la madre y su pareja

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

“Antecedente biopsicosocial como factor de riesgo para depresión post evento obstétrico diagnosticado en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Central

Norte, Hospital Central Sur y Hospital Regional de Poza Rica de Petróleos Mexicanos comprendido en el periodo del 1 de abril del 2018 al 30 de junio del 2018”

## **JUSTIFICACION**

La depresión post evento obstétrico es una patología que tiene gran prevalencia a nivel mundial, sin embargo, se encuentra subdiagnosticada y son pocos los estudios realizados. Es importante conocer a aquellas pacientes embarazadas que cuentan con factores de riesgo para mantener una vigilancia más estrecha y evitar afectaciones en su calidad de vida, así como el deterioro en el desarrollo del hijo y evitar complicaciones como la desintegración familiar. Es importante que el personal de salud se encuentre capacitado para identificar los síntomas desde un inicio.

En esta investigación se busca mostrar cuales son los factores biosicosociales más frecuentes asociados a depresión post evento obstétrico en las pacientes de los Hospital de Petróleos Mexicanos con la finalidad de referir al especialista y con esto evitar que afecte su salud, así como la relación con el recién nacido y la familia

## **HIPOTESIS**

En mujeres en etapa de resolución obstétrica de los Hospitales de Petróleos Mexicanos los factores asociados a depresión post evento obstétrico que predominan son edad materna avanzada y post aborto.

## **OBJETIVOS**

### **General**

Identificar los factores de riesgo asociados a depresión post evento obstétrico en el servicio de Ginecología y Obstetricia de los Hospital Central Norte, Central Sur y Hospital Regional de Poza Rica de Petróleos Mexicanos del 1 de abril del 2018 al 30 de junio del 2018

### **Específicos**

Determinar la incidencia de depresión post evento obstétrico en las pacientes derechohabientes de los Hospitales de Petróleos Mexicanos

Determinar el promedio de edad de las pacientes con depresión post evento obstétrico en la consulta de planificación familiar de los Hospital de Petróleos Mexicanos

Determinar el estado civil de las puérperas de los Hospitales de Petróleos Mexicanos

Determinar la vía de resolución del ultimo evento obstétrico en los Hospitales de Petróleos Mexicanos

Determinar el número de gestas de las pacientes con depresión post parto en los Hospitales de Petróleos Mexicanos

Determinar la relación que existe entre las pacientes que dan y no dan lactancia materna con el riesgo de presentar depresión post parto

## **MATERIAL Y METODOS**

### **Universo de trabajo**

Pacientes puérperas que se atendieron y resolvieron en el Hospital Central Norte, Hospital Sur y Hospital Regional de Poza Rica de Petróleos Mexicanos en el periodo comprendido del 1 de abril del 2018 al 30 de junio del 2018

### **Tipo de estudio**

Observacional, Descriptivo, Prospectivo

### **Criterios de inclusión**

Control prenatal en Hospital Pemex

Puerperio tardío post parto y post cesárea

Post aborto

Post ectópico

### **Criterios de exclusión**

Pacientes con antecedente de enfermedad psiquiátrica

### **Criterios de Eliminación**

Muerte Materna

Muerte Perinatal

Recién nacido con malformaciones



## Variables operacionales

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	de Escala de Medición
Depresión Post Evento Obstétrico	Trastorno del ánimo de mayor prevalencia asociado al nacimiento, su sintomatología aparece entre las 4 y 30 semanas del puerperio y se caracteriza por la presencia de síntomas incapacitantes de incomodidad y afrontamiento, que pueden verse exacerbados por baja autoestima materna, falta de confianza y expectativas irreales sobre la maternidad	Mujeres que obtengan puntuación de 10 o más puntos en la escala de Depresión Posnatal de Edimburgo	Cuantitativa Discreta.	Escala Edimburgo >10 Pregunta 10 >1
Edad Materna	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el día de la entrevista	Edad en años de la paciente puérpera al momento del estudio.	Cuantitativa Discreta	Edad en años cumplidos
Gestas	Número de embarazos que ha tenido el paciente	Número de embarazos de la paciente al momento del estudio	Cuantitativa Discreta	Primigesta: Primer Embarazo  Multigesta: Presencia de dos o mas embarazos
Parto/ Cesárea	Parto: nacimiento que se lleva a cabo por vía vaginal  Cesárea: Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del mediante una incisión en la pared abdominal y útero	Vía de resolución de la gestación de su última gestación	Cuantitativa Dicotomica	Parto / Cesárea
Aborto	Expulsión o extracción de un feto o embrión,	La resolución de la gestación	Cualitativa Dicotomica	SI / NO

	de su madre, cuyo peso sea de 500 gramos o menos. Este estadio corresponde aproximadamente a 20 semanas de gestación.	de su ultimo embarazo		
Embarazo Ectópico	Implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina	La resolución de la gestación de su ultimo embarazo	Cuantitativa Dicotomica	SI / NO
Lactancia materna	Es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables	Alimenta al recién nacido con lactancia materna al momento del estudio	Cualitativa Dicotomica	SI / NO
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia	Condición civil de las mujeres puérperas durante la aplicación de la encuesta.	Cualitativa Nominal	Casada Unión Libre Soltera Divorciada Viuda
Trabajadora	Persona que realiza un trabajo a cambio de un salario.	Actividad que desempeña la paciente en el momento del estudio.	Cualitativa Dicotomica	SI / NO

### Instrumento de Investigación:

La Escala de Depresión de Edinburgo se c6e6 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 ingles] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio.

La Escala de depresión 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.

En el año 2000 la escala fue validada para la población mexicana con un estudio realizado en el Instituto de Perinatología, siendo un instrumento ampliamente utilizado y validado para la patología emocional, traducida en 23 idiomas tiene una sensibilidad de 86% y valor predictivo de 73%.

Esta escala de Edimburgo se aplicó a las mujeres en etapa cursando su resolución obstétrica, en el área de consulta de planificación familiar de los Hospitales de Petróleos Mexicanos en el periodo de abril al 30 de junio del 2018.

## **IMPLICACIONES ÉTICAS**

La presente investigación se rigió por la declaración de Helsinki con el fin de salvaguardar la salud de las personas y el código de Ética Médica donde el medico deberá de actuar únicamente en interés del paciente, cuyo objetivo fundamental de dicha investigación fue diagnosticar a las pacientes con el fin de brindar una atención más personalizada.

Durante la investigación se informó a las pacientes sobre los objetivos, así como los posibles riesgos previstos y molestias que el estudio podría ocasionar, siendo totalmente libres de tomar la decisión de participar o revocar la participación en el proyecto.

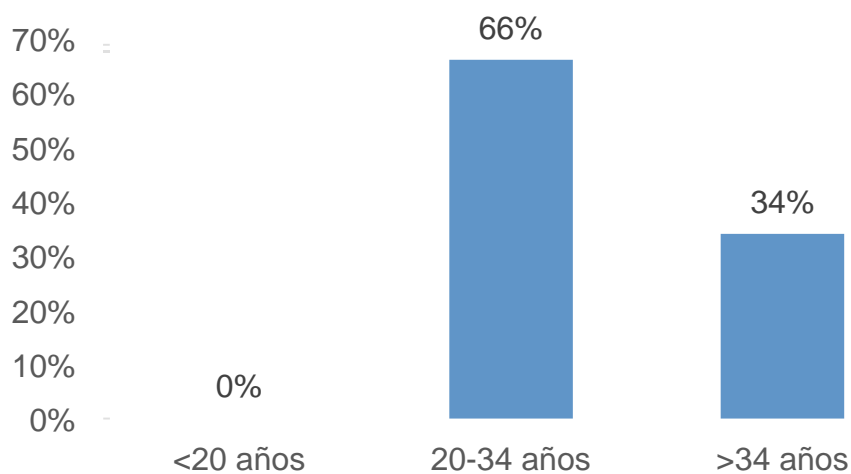
Toda información recopilada se mantuvo en total discreción utilizándose únicamente con fines de investigación manteniendo confidencialidad del paciente.

Durante la investigación ningún participante sufrió ningún daño físico ni moral, salvaguardando en todo momento su seguridad e identidad y teniendo plena libertad de abandonar el estudio en el momento que lo considerara necesario sin tener repercusiones por lo mismo.

## RESULTADOS

### Características sociodemográficas y gineco-obstétricas

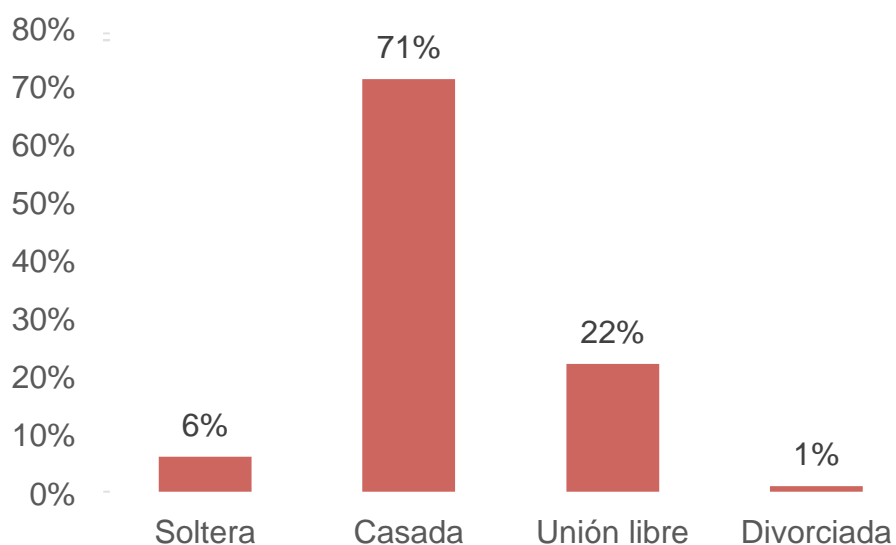
En el presente estudio se incluyeron un total de 100 pacientes post-evento obstétrico de los Hospitales Central Norte, Central Sur y Regional de Poza Rica de Petróleos Mexicanos. La edad promedio de las pacientes fue  $32.2 \pm 3.9$  años; ninguna paciente era menor a 20 años, el 66% tenían 20-34 años y el 34% tenían 35 años o más (Figura 1).



**Figura 1.** Distribución de las pacientes por grupos de edad.

El estado civil de las pacientes fue principalmente casadas 71% y unión libre 22%, solo 6% eran solteras y el 1% divorciadas (Figura 2) y el 72% eran trabajadoras.

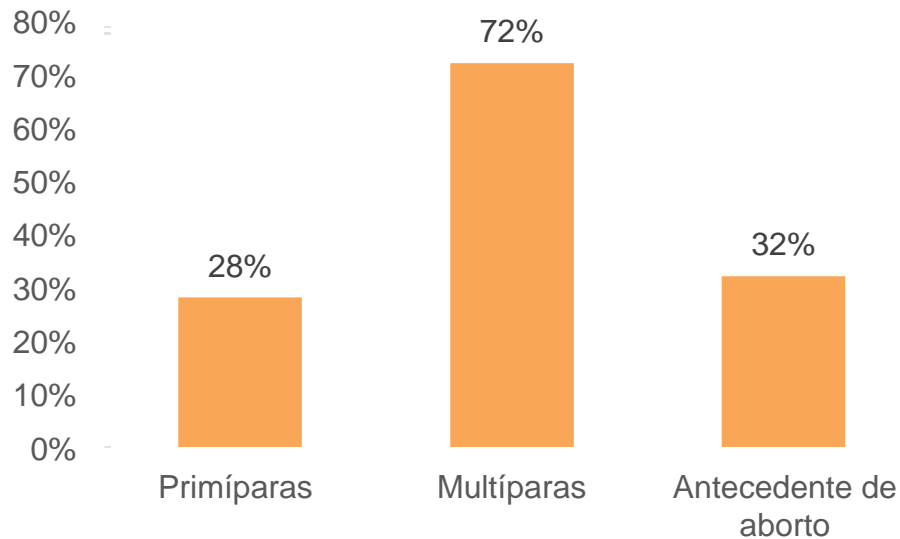
En relación con las características gineco-obstétricas, el promedio de gestas, paras, abortos, cesáreas se presentan en la Tabla 1. El 28% de las pacientes eran primíparas, el 72% multíparas, mientras que el 32% tenían antecedente de aborto (Figura 3).



**Figura 2.** Estado civil de las pacientes.

Tabla 1. Características gineco-obstétricas de las pacientes					
	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
<b>Gestas</b>	100	1	7	2.2	1.1
<b>Paras</b>	100	0	4	1.1	1.0

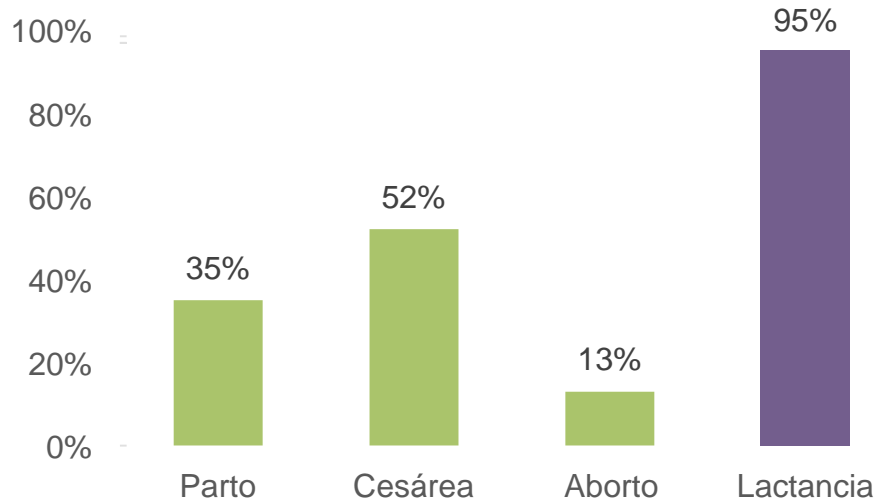
<b>Abortos</b>	100	0	3	0.4	0.6
<b>Cesáreas</b>	100	0	3	0.8	0.0



**Figura 3.** Frecuencia de primíparas, multíparas y antecedente de aborto.

### Tipo de evento obstétrico y lactancia

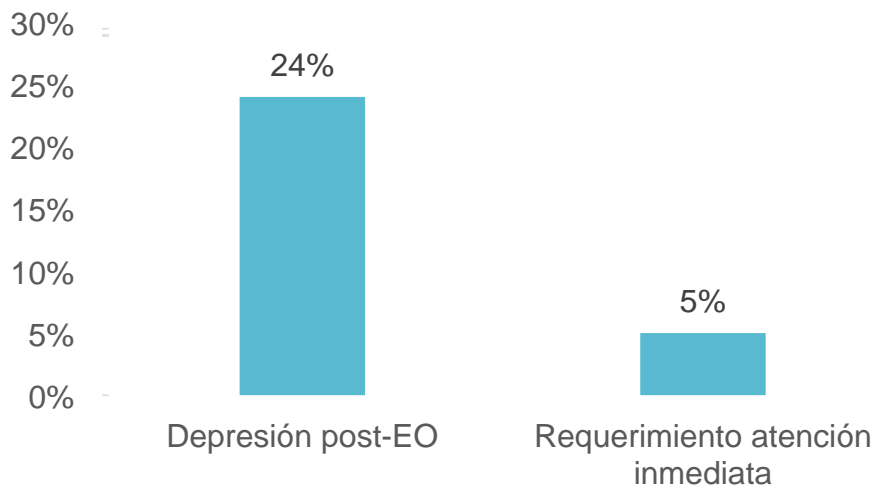
Los eventos obstétricos de las pacientes fueron: parto el 35%, cesárea el 52% y aborto el 13%. Mientras que, de las madres que tuvieron parto o cesárea el 95.5% de las pacientes se encontraban lactando (Figura 4).



**Figura 4.** Tipo de evento obstétrico y porcentaje de madres lactando.

### **Incidencia de depresión post-evento obstétrico**

El puntaje promedio de la escala de Edinburgo fue  $6.1 \pm 4.4$  (mínimo 0 y máximo 18 puntos). Con base en este puntaje, la incidencia de depresión post-evento obstétrico fue 24%, con un 5% de las pacientes que requerían atención inmediata por tener más de 0 puntos en la pregunta número 10 de la escala de Edinburgo (Figura 5).





**Figura 5.** Incidencia de depresión post-evento obstétrico y requerimiento de atención inmediata.

Al comparar la incidencia de depresión post-evento obstétrico por características demográficas y obstétricas, se encontró que tuvieron significativamente mayor incidencia de depresión post-evento obstétrico las pacientes mayores de 35 años (38.2%) que las de menor edad ( $p=0.017$ ), las pacientes con antecedente de aborto que sin antecedente de aborto (40.6% vs 16.2%;  $p=0.008$ ), las pacientes que tuvieron aborto (69.2%) y las que no lactaron (75%,  $p=0.021$ ), Tabla 2.

**Tabla 2. Incidencia de depresión post-evento obstétrico según características sociodemográficas y obstétricas**

	No. Pacientes con depresión post-EO	Incidencia/100 casos	Valor de $p^{\&}$
<b>Edad mayor a 35*</b>	13	38.2	0.017
<b>Trabajadoras**</b>	16	22.2	0.504
<b>Primíparas***</b>	7	25.0	0.884
<b>Antecedente de aborto****</b>	13	40.6	0.008
<b>Evento obstétrico aborto^</b>	9	69.2	0.021
<b>No lactancia<sup>ç</sup></b>	3	75.0	0.004

\* vs menor 35 años; \*\* vs no trabajadoras; \*\*\* vs multíparas; \*\*\*\* vs no antecedente de aborto; ^ vs parto y/o cesárea; ç vs lactancia; & prueba exacta de Fisher cuando  $n < 5$  y Chi-cuadrada con  $n > 5$ .

**Factores de riesgo asociados a depresión post-evento obstétrico**

Mediante tablas de 2x2 se determinaron los factores de riesgo asociados a depresión post-evento obstétrico, encontrando que si bien ser trabajadora o primípara no se asoció con mayor riesgo de depresión post-evento obstétrico, tener mas de 35 años se asoció con un riesgo 3.1 veces mayor de depresión post-parto. Tener antecedente de aborto aumentó 3.5 veces el riesgo de depresión post-parto, tener un aborto como evento obstétrico aumentó 8.4 veces el riesgo de depresión post-parto en comparación con cesárea y 17.4 veces en comparación con parto. Así mismo, no lactar incrementó 15.2 veces el riesgo de depresión post-parto (Tabla 3).

<b>Tabla 3. Riesgo (Odds ratio) para depresión post-parto según características biopsicosociales</b>			
	<i>OR</i>	<i>IC95%</i>	<i>Valor de p<sup>&amp;</sup></i>
<b>Trabajadoras</b>	0.7	0.3-1.9	0.504
<b>Primíparas</b>	1.0	0.40-3.0	0.884
<b>Edad mayor a 35</b>	3.1	1.1-4.6	0.017
<b>Antecedente de aborto</b>	3.5	1.4-9.2	0.008
<b>Aborto (evento obstétrico)</b>			
<i>versus cesárea</i>	8.4	2.2-32.4	0.001
<i>versus parto</i>	17.4	3.6-83.9	<0.001
<b>No lactancia</b>	15.2	1.5-157.1	0.004

<sup>&</sup> prueba exacta de Fisher cuando n<5 y Chi-cuadrada con n>5. <sup>1</sup> vs cesárea, <sup>2</sup> vs parto

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se determinó la incidencia de depresión post-evento obstétrico y se determinaron los factores asociados a esta condición encontrando que uno de cada cuatro pacientes (24%) tuvieron depresión post-parto, una cifra superior a la reportada en población española, en la cual se ha reportado una incidencia de 10-15% (Paz, 2015).

Mientras que en un estudio realizado en Uruguay se reportó una incidencia de depresión post-parto de 16.5%, y en un estudio realizado en México por Álvarez Escutia se encontró una prevalencia de 24.6%, es decir, la prevalencia encontrada en el presente estudio es superior a la reportada en otros países, pero similar a la reportada previamente en México (González, 2016).

En la literatura se reportan como factores asociados a depresión post-parto en mujeres mexicanas tener bajo ingreso, edad materna joven, escasa escolaridad, sexo del niño, depresión previa, eventos adversos en la vida y relación insatisfactoria con el cónyuge. Ninguno de estos factores fueron evaluados en el presente estudio (Cabada-Ramos, 2015). En cambio se encontraron asociados a depresión post-parto, el tener edad mayor a 35 años, antecedente de aborto, aborto como evento obstétrico y no lactancia.

En relación con la edad materna joven como factor de riesgo reportada en otros estudios, no fue posible determinar tal asociación dado que en este estudio no se incluyeron pacientes menores de 20 años. Pero el tener edad mayor a 35 años se encontró como un factor que incrementa 3.1 veces el riesgo de depresión post-parto. Esto está de acuerdo con lo reportado por Silverman y cols., quienes encontraron que tener edad avanzada incrementaba el riesgo de depresión post-parto 1.25 veces (Silverman et al., 2017).

El tener antecedente de aborto o tener un aborto en el último evento obstétrico se asoció en el presente estudio con 3.5-17.4 veces más riesgo de depresión post-parto. De hecho, Giannandrea y cols. encontraron que en mujeres con pérdidas gestacionales previas como mortinato o aborto tienen mayor frecuencia y riesgo de trastornos psiquiátricos post-parto incluyendo depresión, trastorno de estrés post-traumático y ansiedad (Giannandrea et al., 2013).

De forma similar, el no lactar se asoció con mayor riesgo de depresión post-parto en el presente estudio. Es posible que la imposibilidad de la madre para lactar al neonato genera un incumplimiento de la expectativa generada antes del nacimiento de lactar al bebé como lo han sugerido estudios previos (Pope et al., 2016).

Algunos estudios sugieren que la lactancia puede proteger a las madres de la depresión posparto, entre otros mecanismos, porque promueve procesos hormonales que atenúan la respuesta del cortisol al estrés y porque contribuye a regular patrones de sueño y vigilia en la madre y el niño, mejorando la autoeficacia de la madre y su compromiso emocional con el niño, reduciendo las dificultades temperamentales del niño y promoviendo una mejor interacción entre madre e hijo (Figueiredo et al., 2013).

De esta manera, los factores asociados a depresión post-parto son dependientes de las características biopsicosociales de las pacientes, y se encuentran en distinta frecuencia según el sitio donde se realiza el estudio.

Se recomienda diseñar un programa de medidas para prevenir depresión post-parto como promover embarazos antes de los 35 años y lactancia materna, así como intervenciones psicológicas para prevenir el desarrollo de depresión post-parto en mujeres con antecedente de aborto.

## CONCLUSIONES

La incidencia de depresión post-parto entre pacientes de los Hospitales Central Norte, Central Sur y Regional de Poza Rica de Petróleos Mexicanos (24%) es similar a la reportada en otros estudios realizados en México (24.7%).

Los factores significativamente asociados a depresión post-parto fueron tener edad mayor a 35 años, antecedente de aborto, aborto como evento obstétrico y la imposibilidad de lactar.

Se recomienda fuertemente la promoción de embarazos antes de los 35 años, la promoción de lactancia materna e intervenciones psicológicas antes del evento obstétrico para prevenir el desarrollo de depresión post-parto en toda mujer con alguno de los factores de riesgo aquí identificados.

## BIBLIOGRAFÍA

Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Rev Med Chile 2010;138 Angelina Dois , Claudia Uribe. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público Rev Med Chile 2012

Maroto G, García M, Fernández A. Evaluación del estado del ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Int J Clin Health Psychol 2004

Gjerdingen D, CrowS, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum Depression Screening at well-child visits: Validity of a 2-questions screen and the PHQ-9. Ann Fam Med 2009

Alvarado C, Cifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández AB, Ortiz SG, et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. Gac Méd Méx 2010;146

Carta G, et al. "Colposcopy, cytology and histology in the diagnosis of squamous intraepithelial lesions of the cervix." Clin Exp Obstet Gynecol. 1999; 26(2): 60-2.

MSc. EM Angelina Dois Castellón Actualizaciones en depresión posparto Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012; 38(4)576-586

Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: SS-666-14

Priest S, Barnett B. Perinatal anxiety and depression: issues, outcomes and interventions. En: Sved-Williams A, Cowling V, (Ed.).Infants of Parents with Mental

Illness: Developmental, Clinical, Cultural and Personal Perspectives. Bowen Hills: Australian Academic Press; 2008.

Dr. Rubén Alvarado dra. Viviana Guajardo validación de la escala de edimburgo para embarazadas diciembre 2012

American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for depression during and after pregnancy. Committee Opinion No. 453. Obstet Gynecol 2010;115:394-5.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. ACOG Practice Bulletin No.92. Obstet Gynecol 2008;111:1001-20. Reaffirmed 2009.

Elvira Cabada-Ramos Fátima Rincón-Cabada, Karla Paola García-Cabrera Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena Rev Esp Méd Quir 2015;20:18-23.

Barra F, Barra L. Depresión posparto hacia un tratamiento integral. Actualizaciones en Psicoterapia Integra va 2009;1:77-88.

Vargas MJE, García JM. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología 2009:3

Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. Rev Peru Epidemiol 2008;12

Alvarado C, Cifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández AB, Ortiz SG, et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. Gac Méd Méx 2010

Perez R, Saez K, Alarcon L, Aviles V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez 2007

Rahman A, Fisher J, Bower P, Luchters S, Tran T, Yasamy MT, Saxena S, Waheed W. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle- income countries: a systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ. 2013

Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. 2016. NOM- 007-SSA2-2016.

Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, Holmes W. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. Bull World Health Organ 2012;90(2):139–149.

Lara M, Navarrete L. Detección de depresión en las mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. Salud Mental. 2012; 35(1):57-62.57.

Lara MA, Natera RG, Berenzon S, Juárez GF, Villatoro VJ, Nieto L, Medina-Mora ME. Intimate Partner Violence and Depressive Symptoms in Pregnant Mexican Women: national survey results. Revista de Investigación Clínica 2014;66



Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black M. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ 2011

Albuja AF, Lara MA, Navarrete L, Nieto L et al. Social Support and Postpartum Depression Revisited: The Traditional Female Role as Moderator among Mexican Women Sex Roles 2016.

Gómez-López MA, Aldana Calva, E. Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo Psicología y Salud 2007;17(1):53-61.

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Segunda edición. Barcelona, España: Editorial Masson; 2003.

Lacunza I, Martínez-Cengotitabengoa M. Pregnancy Depression from a Gender Perspective. En: Sáen- Herrero M, Editor. Psychopathology in women. Incorporating Gender Perspective into Descriptive Psychopathology. Suiza: Springer; 2015. p. 451-479.

Cabada-Ramos E, Rincón-Cabada F, García- Cabrera KP, Munguía-Alamilla E, Torres-Iglesias E, Montoya- Rodríguez M. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. Rev Esp Méd Quir 2015; 20:18-23.

Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. Revisión Médica Chile 2008; 136: 851-858.

Oquendo M, Lartigue T, González I, Mendez S. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamizaje para detectar depresión perinatal. Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh.

Olza I, Serrano E, Muñoz C. Lactancia para psiquiatras: Recomendaciones sobre el empleo de Psicofármacos en madres lactantes. Archivos de Psiquiatría. 2011;74:2: 1-16.

Yonkers, K. A., Smith, M. V., Gotman, N., y Belanger, K. (2009). Typical somatic symptoms of pregnancy and their impact on a diagnosis of major depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 31(4), 327-333.

Alvarado-Esquivel el C, Sifuentes-Álvarez ez A, Estrada-Martínez ez S, Salas-Martínez ez C, Hernández-Alvarado do AB, Ortiz-Rocha ha SG, et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Médica México*. 2010;146(1):1-9.

Paz Lozano J. Depresión postparto. (Tesis). Universidad Francisco de Vitoria. Madrid: 2015.

González M. Estudio de prevalencia de la depresión materna en el primer año postparto. (Tesis). Universidad de la República . Uruguay: 2016.

Cabada-Ramos E, Rincón-Cabada F, García-Cabrera KP, Munguía-Alamilla E, Torres-Iglesias E, Montoya-Rodríguez M. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. *Rev Espec Méd-Quirúrgicas*. 2015;20(1).

Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, Larsson H, Sandin S. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depress Anxiety*. 2017;34(2):178-187.

Giannandrea SA, Cerulli C, Anson E, Chaudron LH. Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013;22(9):760-8.

Pope CJ, Mazmanian D, Bédard M, Sharma V. Breastfeeding and postpartum depression: Assessing the influence of breastfeeding intention and other risk factors. *J Affect Disord*. 2016;200:45-50.

Figueiredo Bárbara C, Brandão S, Canário C, Nunes-Costa R. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *J. Pediatr (Rio J)*. 2013; 89(4): 332-338.