

11241
2 of 18

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA
PSICOLOGIA MEDICA Y SALUD MENTAL

FACULTAD DE MEDICINA

M. Garcia

" INCIDENCIA DE DEPRESION EN EL POSTPARTO
EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL"

Tesis que para obtener el grado de:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A :

DRA. MA. DE J. LOURDES GARCIA FONSECA

TUTOR:

DR. HECTOR A. ORTEGA SOTO

ASESORA:

DRA. MARTHA ONTIVEROS URIBE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

garcia
Ortega
Ontiveros

México, D.F. febrero, 1989

[Signature]

V. b. alum.
15-11-89



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.

I N D I C E

	PAG.
1. INTRODUCCION	1
1.1 ANTECEDENTES	1
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	15
2. POBLACION ESTUDIADA	16
3. DISEÑO, METODO Y PROCEDIMIENTOS	16
4. ANALISIS DE RESULTADOS	20
5. RESULTADOS	21
6. VALIDEZ	26
7. DISCUSION	28
8. CONCLUSIONES	33
9. BIBLIOGRAFIA	

1.1 INTRODUCCION

1.1 ANTECEDENTES

Desde los tiempos de Esquirol y Marcé, los psiquiatras se han visto envueltos en debates acerca de si las enfermedades psiquiátricas ocurridas después del parto, pueden ser clasificadas en la Clasificación General de los Desórdenes Psiquiátricos (1).

Varios autores coinciden en que pueden presentarse 3 trastornos en el postparto: la psicosis puerperal, la depresión postparto y la tristeza postparto (Puerperium Blues) (1, 2).

La psicosis postparto es un trastorno severo, que usualmente requiere hospitalización, caracterizado por incoherencia, delirios, alucinaciones, conducta desorganizada o catatónica. En la literatura se reporta una incidencia de entre el 1 y 2% (2, 3).

La tristeza postparto es una alteración transitoria del afecto que se manifiesta por deseos de llorar y episodios de llanto. A menudo inicia 3 días después del parto y dura de pocas horas a pocos días. Se reporta una incidencia de entre un 20 a un 80% (3).

La Depresión Postparto es un síndrome clínico similar a la Depresión Mayor. Inicia en la sexta semana después del parto, pero principalmente en el día 14.3 (2). La incidencia y prevalencia reportadas son muy variables.

Como ya se mencionó anteriormente, la mayoría de los autores coinciden en que la sintomatología es similar a la de Depresión Mayor. El diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor se encuentra definido en el DSM-III e incluye lo siguiente:

- Estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales.
- Poco apetito o pérdida significativa de peso o aumento del apetito con ganancia significativa de peso.
- Insomnio o hipersomnias.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Pérdida de la libido.
- Pérdida de energía o fatiga.
- Sentimientos de inutilidad, autorreproche o culpa excesiva o inapropiada.
- Quejas o pruebas de disminución de la capacidad de concentración o pensamiento.
- Pensamientos repetitivos de muerte, ideación suicida, deseos de estar muerto o intentos de suicidio (1, 4).

Sin embargo, algunos otros autores, como Pitt (5) reportan rasgos atípicos, tales como: dificultad para dormir, pesadillas, anorexia asociada con náusea, disminución de la actividad sexual y fatiga importante que empeora conforme transcurre el día, sentimientos de tristeza que empeoran conforme transcurre el día, irritabilidad y sentimientos de insuficiencia e inhabilidad para

contender con el bebé o excesiva ansiedad hacia la salud de éste.

Braverman y col. (3) reportan como sintomatología primordial: hipersomnia, bulimia y cambios del estado de ánimo reactivos.

Watson y cols. (6) en base al ICD-9 y a la escala de Neuroticismo del Cuestionario de Personalidad de Eysenck, en las mujeres estudiadas hicieron el diagnóstico de Depresión Reactiva o Depresión Neurótica, tomando en cuenta que la mayoría de ellas tuvieron altas puntuaciones en la escala de neuroticismo y tenían una experiencia aflictiva previa, sólo el 14% fueron incluidas en el criterio de depresión por factor biológico, debido a que no se encontró ninguna correlación.

La presencia de estas características atípicas ha dado lugar a las dificultades para evaluar correctamente la incidencia de depresión en estos grupos (3).

Gjerdingen y cols. (2) hacen notar la importancia de que los médicos estén alertas para detectar los problemas psicológicos que pueden presentarse en el postparto. Mencionan, además, que el riesgo de internamiento en un hospital psiquiátrico es mayor durante los primeros 12 meses posteriores al parto, que en cualquier otra época de la vida de una mujer.

Incidencia y Prevalencia:

Braverman y col. (3) efectuaron un estudio prospectivo en 120 mujeres embarazadas, con un seguimiento desde el sexto mes de embarazo hasta la sexta semana del postparto. Utilizando

un cuestionario propio para la evaluación de trastornos conductuales por el personal de enfermería, encontraron una incidencia de depresión del 10%. La sintomatología reportada en la categoría de depresión postparto fue: signos de depresión constante, fascies de tristeza, llanto, quejas somáticas sin trastorno físico, anorexia, insomnio, pérdida de interés y preocupación excesiva por el bebé.

En un estudio similar, Kendell y cols. (7) reportan una incidencia del 27% de cuadros depresivos. Se evaluaron 81 mujeres en un seguimiento del día 2 al 21 y de los 3 a 5 meses del postparto. Encontraron que quienes habían tenido puntajes altos en las escalas análogas visuales para depresión y labilidad emocional en los primeros 21 días del postparto, pero especialmente en el día 5, desarrollaban un síndrome depresivo completo entre los 3 y 5 meses siguientes. Los síntomas más frecuentes fueron: depresión, ansiedad, irritabilidad, insomnio, disminución de la libido, miedo acerca de la salud del bebé y de su capacidad para ser madres.

Watson y cols. (6) estudiaron prospectivamente a 128 mujeres, a partir de la semana 13 de gestación a la semana 52 del postparto. Mediante el uso de instrumentos tales como la Entrevista Semiestructurada de Goldberg, la Lista de Adjetivos del Afecto, evaluaciones psicológicas y criterios del ICD-9, detectaron una incidencia del 12% de trastornos depresivos.

Otro estudio prospectivo (8), llevado a cabo en 109 mujeres,

evaluadas desde el primer trimestre del embarazo hasta los 12 meses del postparto, mediante la aplicación de la Escala de Zung para Depresión, la Subescala de Hostilidad del Cuestionario de Hostilidad y Dirección y la Escala de Ansiedad (DSSI/SAD), reporta una prevalencia de depresión severa a las 6 semanas de 8.25% y a los 12 meses de 16.5%, mientras que para depresión moderada, la prevalencia a las 6 semanas fue de 20.18% y a los 12 meses de 40.35%.

O'Hara (9), llevó a cabo un estudio prospectivo en 99 mujeres, con un seguimiento desde el segundo trimestre del embarazo hasta la novena semana del postparto, utilizando la Entrevista Semiestructurada adaptada de la Cédula de Desórdenes Afectivos y Esquizofrenia (SADS), la incidencia dentro de las 9 semanas posteriores al parto de Depresión Mayor fue del 12%. El 50% de las mujeres deprimidas en el postparto, desarrollaron síntomas dentro de la primera semana y todas antes de la sexta semana, la duración promedio fue de 3.3 semanas. De las mujeres deprimidas en el postparto, 16% se habían deprimido en el embarazo pero con menor intensidad, por lo que el autor piensa que la depresión en ambos periodos parece ser independiente y obedecer a causas diferentes. La incidencia de depresión en el embarazo fue del 9%.

En el estudio prospectivo de Gard y cols. (10) se aplicaron la Escala Autoaplicable de Beck para Depresión, la Lista de Adjetivos Múltiples del Afecto y una entrevista clínica (síntomas)

a 52 mujeres y reportan una incidencia de 21% de depresión. El seguimiento se realizó desde la semana 36 a 38 de gestación hasta los 9 meses del postparto. La duración mínima del transtorno fue de 3 semanas y ocurrió principalmente a las 2 semanas. A diferencia de otros autores que reportan una incidencia elevada de Tristeza postparto, los autores encontraron que fue del 27% y que 47% de las mujeres deprimidas habían presentado también esta entidad.

La etiología de la Depresión postparto permanece aún incierta, pero se han postulado factores biológicos, psicológicos, sociales y gineco-obstétricos.

A) Factores Biológicos:

Los cambios endócrinos que se producen antes y poco después del parto tienen interés respecto a la comprensión de esta mayor vulnerabilidad emocional durante el período postparto. En el embarazo hay aumentos graduales de secreción de varias hormonas: gonadotropinas coriónica, estrógenos, progesterona, esteroides supracorticales, andrógenos y hormonas tiroideas y las concentraciones de la mayoría de ellas, decrecen bruscamente a lo largo de los 3 primeros días del postparto.

La Depresión postparto ocurre principalmente durante la primera semana, cuando los niveles de prolactina se encuentran por arriba de la normalidad, mientras los niveles de estrógenos

progesterona caen abruptamente. Se sabe que ciertas drogas que precipitan la depresión, son potentes estimuladores de secreción de prolactina, como la reserpina y la alfa-metildopa. En la literatura se refieren niveles altos de prolactina en algunos pacientes deprimidos; sin embargo, la información no es consistente ya que existen reportes en donde se han encontrado niveles normales. Además, se ha observado que mujeres tratadas con bromocriptina (agonista de receptores dopaminérgicos), que suprime la secreción de prolactina, mejoran de su disforia premenstrual (11).

Es bien aceptado que la incidencia de los trastornos afectivos es mayor en la mujer que en el hombre. Este fenómeno podría ser explicado, en parte, por la hipótesis de que las hormonas esteroides sexuales están involucradas en la etiología de diversos tipos de depresión (12). Se ha reportado en la literatura que un número significativo de pacientes que no han respondido al tratamiento con antidepresivos, han mejorado al ser tratadas con terapia estrogénica o con estrógenos en combinación con antidepresivos (4).

Gard y cols. (10) trataron de correlacionar la depresión y la tristeza postparto con un número de variables bioquímicas. Midiéron triptófano libre y total, ácidos grasos no esterificados, progesterona y estradiol, estriol, 11-hidroxicorticosteroides y algunos aminoácidos. En la tristeza postparto se observó un valor significativamente menor del triptófano total en plasma

en el puerperio inmediato. En los casos de depresión postparto se encontró alteración en el patrón de declinación de ácidos grasos no esterificados en el postparto, así como niveles altos de cortisol y bajos de estríol prenatales. El autor hace mención que en la literatura se han reportado casos de depresión endógena que muestran incrementos exagerados en ácidos grasos no esterificados después de estrés moderado y compara al parto con una situación de estrés.

Handley y cols. (13) realizaron otro estudio similar, midiendo cortisol plasmático, triptófano libre y total en 71 mujeres, desde la semana 36 de gestación hasta la sexta semana del postparto. Encontraron que en las mujeres con tristeza postparto el cortisol estaba elevado y el triptófano total reducido en el período prenatal, mientras que el triptófano libre se encontró por debajo de los niveles normales tanto en el embarazo como en el postparto.

B) Factores Psicológicos:

Las actitudes negativas hacia el cuidado del bebé, la ansiedad y la hostilidad durante el embarazo, la excesiva atención a los eventos negativos de la vida, los problemas psiquiátricos previos, historia previa de depresión tanto en la mujer como en familiares cercanos, las deficiencias en las relaciones sociales, el excesivo autocastigo e insuficiente autogratificación y los eventos tensionales recientes, se han asociado con el desa-

rollo de cuadros depresivos en el postparto (3, 8, 9, 10, 14).

Braverman y col. (3) en su estudio para detectar factores de riesgo para depresión en el postparto, utilizando un cuestionario elaborado por ellos en forma empírica por intuición clínica y derivado del conocimiento de la psicopatología general y en particular de la psicología femenina, encontraron que los reactivos que mostraron aparente valor predictivo fueron: sentimientos frecuentes de desamor por parte del esposo, embarazo no deseado y no planeado e historia previa de depresión postparto.

En la investigación llevada a cabo por Brigde y cols. (8) sobre predictores prenatales de estado de ánimo depresivo en el postparto, reportan que quienes tuvieron puntajes altos en la Subescala de Hostilidad del Cuestionario de Hostilidad y Dirección, en el embarazo, se deprimieron más a las 6 semanas del postparto y quienes obtuvieron puntajes altos en la Escala de Ansiedad (SAD) se deprimieron más a los 9 meses del postparto y menos frecuentemente a las 6 semanas.

De 99 mujeres a las que se les aplicaron evaluaciones en relación a eventos de la vida aflictivos, se refiere que las que experimentan depresión postparto, presentaron con mayor frecuencia eventos de la vida aflictivos a partir del inicio del embarazo hasta la entrevista del segundo trimestre, después del parto y en relación con cuidado del bebé. Así como también mayor número de episodios depresivos previos y con mayor frecuencia tenían antecedentes de un familiar de primer grado depri-

mido (15).

Gard y cols. (10) examinaron la interrelación de un número de variables psicológicas con tristeza y depresión postparto. En la tristeza postparto se encontró con mayor frecuencia crisis de llanto durante el embarazo y en las mujeres deprimidas en el postparto se reportó un mayor nacimiento de varones.

En un grupo de 700 mujeres embarazadas, Tod (14) menciona que las mujeres deprimidas en el postparto, tenían antecedentes de ansiedad con mayor frecuencia (49%) que el grupo control (7%). Además mostraron con mayor frecuencia: historia psiquiátrica previa y rasgos de transtorno de la personalidad.

Kumar y col. (16) en un estudio prospectivo de 119 mujeres embarazadas, encontraron una incidencia de depresión postparto del 14% y en ellas se observó con mayor frecuencia problemas en el presente con sus madres, separación durante la infancia del padre, sentimientos de desapego o mayor negativa hacia el bebé e insatisfacción con el empleo del tiempo libre.

C) Factores Sociales:

Las mujeres que no regresan a su trabajo después del parto o aquellas que estuvieron sujetas a una gran tensión laboral antes del parto, presentan en el postparto irritabilidad excesiva, disminución de la intimidad marital, depresión severa y baja autoestima, en contraste con las mujeres cuya tensión laboral antes del parto fue leve (2).

También se ha asociado con la depresión postparto, el ser madre soltera o separada, percepción de sentimientos frecuentes de desamor por parte del esposo y problemas maritales (3).

O'Hara (9) encontró con mayor frecuencia en las mujeres deprimidas en el postparto: menor escolaridad, menor apoyo social por parte del esposo y menor satisfacción marital. En forma similar, Watson y cols. (6) también reportan que las mujeres que se deprimieron en el postparto con mayor frecuencia referían insatisfacción con su relación marital.

D) Factores Gineco-obstétricos:

Gard y cols. (10) en una investigación multivariada que llevaron a cabo en 52 mujeres embarazadas, encontraron que las variables asociadas con tristeza postparto fueron: primiparidad y problemas ginecológicos previos y con Depresión postparto se asociaron también problemas ginecológicos previos y menarca tardía.

Se reporta mayor frecuencia de Depresión postparto en mujeres con mayor riesgo obstétrico, observando que estos factores hicieron que la labor de parto fuera más estresante para la madre (15).

En un estudio prospectivo llevado a cabo por Kumar y col. (16), refieren que la infertilidad de 2 años o más y la prematuridad se asociaba con mayor frecuencia a Depresión postparto, así como una edad materna de 30 años o más.

Los estudios transculturales como el de Harris (16) en

el este de Africa, indican que la incidencia de tristeza postparto es similar entre las diversas culturas. Harris detectó síntomas depresivos en 21 de 38 mujeres estudiadas, con un pico máximo de incidencia en el séptimo día postparto.

El parto es un evento importante de la vida para la mayoría de las mujeres y en algunas circunstancias puede experimentarse como un gran estrés psicológico. Como ya se hizo mención, las mujeres incrementan su riesgo de admisión a hospitales psiquiátricos en los 3 primeros meses posteriores al parto. Kendell y cols. (17) de una muestra de 704 mujeres en los primeros 90 días del postparto, encontraron que un 10% ingresaron a un hospital psiquiátrico y de ellas el 6.9 correspondió a Depresión postparto. El mayor número de ingresos se registró en las 2 primeras semanas y 50% del total de las mujeres hospitalizadas presentaron síntomas depresivos durante el embarazo.

Braverman y col. (3) han enfatizado la importancia de la psiquiatría preventiva, no sólo para evitar la presentación o agravamiento de un trastorno emocional preexistente en la mujer durante el postparto, si no porque el estado emocional de la madre reciente, es vital para la relación futura con su hijo y, consecuentemente, con el estado físico y emocional de éste.

En un estudio llevado a cabo en niños de 3 años de edad, cuyas madres estuvieron o no deprimidas en el postparto, Wrate y cols. (18) demostraron que los niños cuyas madres tuvieron episodios depresivos breves, mostraron mayor alteración conductual.

Estas mujeres con mayor frecuencia fueron primigrávidas, se encontraron más ansiosas hacia sus bebés, dudaban acerca de su papel como madres y habían manifestado repulsión hacia la alimentación al seno materno. Los autores refieren que las madres con este tipo de depresión en el postparto, por presentar episodios depresivos concernientes hacia el bebé o hacia su papel como madres, interrumpían su relación con el hijo más frecuentemente y de ahí la importancia que le dan a la investigación.

El riesgo de recurrencia de depresión postparto, reportado en la literatura es variado y va de 17 a 75% (1, 4).

El Inventario Autoaplicable de Beck, es una de las escalas para medir la intensidad sintomatológica en pacientes deprimidos ya diagnosticados (19).

Se ha hecho un gran avance en el campo de la psiquiatría y de ella en la nosología al realizar diagnósticos mediante criterios operativos específicos, puesto que esto ha permitido comparar estudios realizados en diferentes lugares y tiempos.

Para que se dé un acuerdo en el diagnóstico psiquiátrico, debe existir previamente un acuerdo en la sintomatología. El que existan escalas unifica criterios de clasificación y diagnósticos, ya que cada médico tiene diferente entrenamiento, orientación y estilo.

Existe discrepancia en la incidencia de depresión en el postparto, que puede deberse al diagnóstico clínico de depresión, así como a la carencia de instrumentos de tamizaje. Para poder obtener

el poder discriminativo de la Escala Autoaplicable de Beck para depresión en la Depresión postparto, se deben obtener primero la sensibilidad y especificidad de la Escala a diferentes puntos de corte para establecer el más adecuado y someter esto al Análisis de Características Operativas del Receptor (ROC). Este análisis permite hacer una estimación del funcionamiento de pruebas al proporcionar información sobre todos los posibles apareamientos de valores de sensibilidad y especificidad realizables. Ofrece medios comprensibles para comparar diferentes pruebas o diferentes procedimientos de puntajes para una prueba. Además el análisis puede ayudar al clínico en la selección apropiada de procedimientos de evaluación para poblaciones particulares de pacientes (20).

El Método ROC no sólo ofrece una exposición grafica del funcionamiento comparativo de diferentes instrumentos o sistemas de puntajes usando diferentes puntos de corte, sino que también ofrece procedimientos estadísticos válidos para comparación de funcionamiento sin presuponer un criterio de puntos de corte. Puede ayudar al clínico a clarificar los valores latentes para decidir el uso de un punto de corte particular en lugar de uno bajo u otro alto.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incidencia de depresión en el período postparto es significativamente mayor que en otros períodos de la vida de la mujer.

La presencia de este trastorno afecta no sólo a la paciente, sino también al producto. Para realizar cualquier acción tendiente a solucionar estos problemas es necesario, primero, conocer la magnitud del mismo. En nuestro país carecemos de algún dato al respecto. En este sentido es que se decidió realizar el presente proyecto.

(¿Es similar la incidencia de depresión en mujeres durante el período postparto a los reportes publicados en la literatura de otros países?).

Por otro lado, dado que el número de nacimientos diarios sigue siendo elevado y que sería incosteable que un trabajador de la salud mental entrevistara a las mujeres en el período de riesgo, es importante explorar la utilidad de un instrumento de tamizaje, como podría ser el Inventario para Depresión de Beck.

(¿El Inventario Autoaplicable de Beck para Depresión es útil como instrumento de tamizaje para Depresión en el Postparto?).

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

- I. Determinar la incidencia de Depresión en el período Postparto en el Servicio de Obstetricia de un Hospital General de segundo nivel.
- II. Determinar la Sensibilidad y Especificidad del Inventario Autoaplicable de Beck para Depresión, como instrumento de tamizaje para Depresión en el Postparto.

2. POBLACION ESTUDIADA

Se estudiaron 30 mujeres embarazadas que acudieron durante el último mes de gestación a consulta prenatal al Servicio de Obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González, cuyo parto fue atendido en el hospital, que sabían leer y escribir y que aceptaran participar voluntariamente, en el período comprendido entre los meses de Junio a Diciembre de 1988. Fueron excluidas en diferentes etapas 18 mujeres: que presentaron depresión en el último mes de gestación o cuyo parto fue atendido fuera del hospital o que no acudieron a las evaluaciones en el período postparto.

3. DISEÑO, METODO Y PROCEDIMIENTOS

Se trató de un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo.

Primeramente se procedió a la elaboración de una entrevista clínica semiestructurada de acuerdo a criterios del DSM-III para el diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor (ANEXO 2). Se obtuvo la versión en español del Inventario Autoaplicable de Beck para Depresión (ANEXO 1). Se diseñó una hoja de registro de las siguientes variables: Datos demográficos (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, ingresos mensuales, lugar de residencia); Historia de depresión (antecedentes personales de depresión antes del embarazo y en el postparto y antecedentes de depresión en

familiares de primer grado); Antecedentes gineco-obstétricos (menarca, ritmo menstrual, tensión premenstrual, características de la menstruación, número de embarazos, partos, abortos y cesáreas); Datos en relación con el embarazo (tipo de embarazo, embarazo deseado o no y planeación del embarazo); Estrés psicosocial (conyugal, en relación con la maternidad, relaciones interpersonal, laboral, ambiental, financiero, legal y en relación a enfermedades somáticas) (ANEXO 3). Elaboración y redacción de hoja de eventos relevantes durante el parto y puerperio inmediato: duración del embarazo, duración del trabajo de parto, tipo de parto, tipo de anestesia, complicaciones durante el parto en la madre, estado del producto, complicaciones durante el puerperio inmediato en la madre y actitud de la madre hacia el hijo (ANEXO 4).

Elaboración y redacción de hoja de eventos relevantes durante el puerperio mediato: complicaciones en la madre, tipo de lactancia, actitud de la madre hacia el hijo y estado del producto (ANEXO 5).

Finalmente, obtención de la Hoja de Consentimiento Informado por parte de la Comisión de Investigación y Ética del Hospital General Dr. Manuel Gea González, ya que de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la investigación llevada a cabo, según el capítulo I, artículo 17, fracción II, presentó un riesgo mínimo por tratarse de un estudio prospectivo que empleó el registro de datos a través de procedimientos psicológicos de diagnóstico en el que no se

manipulaba la conducta del sujeto, pero de acuerdo al capítulo IV, artículo 43 por tratarse de una investigación en mujeres embarazadas y durante el puerperio, se requirió que la carta de consentimiento informado fuera firmada por todas las mujeres de acuerdo a lo estipulado en los artículos 21 y 22 del Reglamento.

El procedimiento llevado a cabo fue el siguiente:

1. Se obtuvo la autorización de la Comisión de Investigación y Ética del Hospital General Dr. Manuel Gea González y del Servicio de Obstetricia.
2. Se estudiaron 30 mujeres durante los meses de Junio a Diciembre, que reunieron las características de población ya señaladas.
3. Se mantuvo contacto diario con los médicos de la consulta externa de Obstetricia durante los 5 primeros meses, para conocer a las mujeres embarazadas que acudieron a consulta prenatal y que cursaban el último mes de gestación de acuerdo a valoración de dicho servicio y se realizó ese mismo día la primera evaluación o se les citó posteriormente a la consulta externa de Psiquiatría.
4. En el primer contacto durante el último mes de gestación se llevó a cabo lo siguiente:
 - Previa información de los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios de la investigación, se obtuvo el consentimiento informado por escrito.

- Se les entregó a las mujeres el Inventario Autoaplicable de Beck para Depresión, mismo que se resolvió ese mismo día en el consultorio de Psiquiatría.
 - Se les aplicó la entrevista clínica semiestructurada de acuerdo a criterios del DSM-III para el diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor.
 - Se les aplicó la hoja de registro de variables demográficas y médicas.
5. Se mantuvo contacto diario con el Servicio de Hospitalización de Obstetricia durante todo el período de estudio, y se pudo de esta forma conocer los días en que se fueron presentando los partos de las mujeres incluidas en el estudio.
6. En el postparto inmediato primeras 72 horas (en hospitalización o en su domicilio) se realizó lo siguiente:
- Se les entregó a las pacientes el Inventario Autoaplicable de Beck, que se resolvió ese mismo día antes de la entrevista.
 - Se les aplicó la entrevista clínica semiestructurada de acuerdo a los criterios del DSM-III para el diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor.
 - Se contestó la hoja de eventos relevantes durante el parto y puerperio inmediato, interrogando a la madre e interrogando al médico tratante y/o revisando el expediente clínico.
 - Se citó a las pacientes al consultorio de Psiquiatría a las 2 semanas del parto.

7. A las 2 y 4 semanas del postparto aproximadamente (en el consultorio o en su domicilio).
 - Se les entregó a las pacientes el Inventario Autoaplicable de Beck, mismo que se resolvió ese día antes de la entrevista.
 - Se les aplicó la entrevista clínica semiestructurada de acuerdo a criterios del DSM-III para diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor.
 - Se les aplicó la hoja de eventos relevantes durante el puerperio inmediato mediante interrogatorio a la madre.

4. ANALISIS DE RESULTADOS

Se obtuvieron frecuencias y porcentajes de las características demográficas, antecedentes de depresión, antecedentes gineco-obstétricos, causa de embarazo de alto riesgo, actitud hacia el embarazo y planeación del mismo, estrés psicosocial, datos de parto, puerperio inmediato y mediano. Se obtuvieron también promedios y desviaciones estándar de antecedentes gineco-obstétricos, eventos del parto, puerperio inmediato y del puntaje total del Inventario de Beck para Depresión. Se realizaron las siguientes pruebas: χ^2 , Fisher, t y U de Mann Whitney.

Se calculó la Sensibilidad y Especificidad para diferentes puntos de corte con la finalidad de establecer el más adecuado.

5. RESULTADOS

INCIDENCIA DE DEPRESION EN EL POSTPARTO.

Se evaluó un total de 30 paciente, todas con embarazo de alto riesgo. La incidencia de depresión en el postparto mediante la entrevista clínica semiestructurada de acuerdo a criterios del DSM-III para Episodio Depresivo Mayor fue de 20% a las 2 semanas y de 23.3% a las 4 semanas (TABLA 1).

DATOS DEMOGRAFICOS.

La edad promedio fue de 25.1 años con una desviación estándar de 7.5 (TABLA 2).

La mayoría de las pacientes (83.3%) eran casadas o vivían en unión libre. Todas sabían leer y escribir y en la mayoría de las pacientes (60%) la escolaridad fue de secundaria o mayor. El 90% se dedicaban a las labores del hogar. Los ingresos mensuales eran superiores a 250 mil pesos en el 80% de la muestra (TABLA 3).

ANTECEDENTES DE DEPRESION.

Los antecedentes personales de depresión antes del embarazo y los antecedentes de depresión en el postparto fueron negativos en el 60% y 86.6% de las pacientes, respectivamente.

No tenían antecedentes de depresión en familiares de primer grado el 56.7% de la muestra (TABLA 4).

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

La edad promedio de la menarca fue de 12.7 años, el promedio del ritmo menstrual de 29.5 x 3.9 días y el número de embarazos promedio de 1.1 (TABLA 5).

El 70% de las pacientes eran eumenorreicas y el 60% eran multiparas. sólo 26.7% de las pacientes presentaban tensión premenstrual (TABLA 6).

La causa del embarazo de alto riesgo predominante fue debida a factores gineco obstétricos en el 66.7% (TABLA 7).

ACTITUD HACIA EL EMBARAZO Y PLANEACION DEL MISMO

El embarazo fue deseado y planeado en el 76.7% y 30% respectivamente (TABLA 8).

ESTRES PSICOSOCIAL.

El estrés psicosocial estuvo presente en 90% de las mujeres, siendo más frecuente el financiero (43.3%) y siguiéndole en importancia el conyugal y por enfermedad 40% en ambos) (TABLA 9).

Tenían 2 ó más eventos estresantes el 70% de las pacientes. (TABLA 10).

PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO

Se presentó ruptura prematura de membranas en el 70% de las pacientes; requirieron anestesia por bloqueo o local 83.3% y se les realizó episiotomía al 56.7%. El parto fue eutócico en el 66.7% y no se presentaron complicaciones durante el mismo en 76.7% de las mujeres (TABLA 11).

El sexo del producto fue masculino en el 56.7% de los casos y el 93.3% nacieron sanos. El 93.3% de las pacientes aceptaron el sexo del producto. No hubo complicaciones en el puerperio inmediato en el 96.7% de las mujeres y no se efectuó salpingoclasia en el 80% (TABLA 12).

La duración promedio del embarazo fue de 39.4 semanas y la duración promedio del trabajo de parto de 9.5 horas. El peso promedio del producto fue de 3192.3 gramos (TABLA 13).

PUERPERIO MEDIATO I

En la tercera evaluación, llevada a cabo a los 16.6 días en promedio, no hubo complicaciones de la madre en el 90%. El 86.7% de las madres estaban lactando al producto. El recién nacido se encontraba sano en el 93.3% de los casos; hubo aceptación en el 93.3% y 60% de las madres no presentaron miedo hacia el cuidado del mismo (TABLA 14).

PUERPERIO MEDIATO II

En relación a la cuarta y última evaluación realizada en promedio a los 31.97 días, no presentaron ninguna complicación el 86.7% de las pacientes y estaban lactando a su hijo el 80% de ellas.

El recién nacido estaba sano en el 93.3% de los casos; todas las mujeres lo aceptaron y no refirieron miedo hacia el cuidado del mismo el 70% de ellas (TABLA 15).

Aunque no fue el objetivo del estudio, al comparar mediante

la prueba de t la edad del grupo de las deprimidas con las no deprimidas, en el primer grupo la edad promedio fue de 30.1 años y de 23.6 años en el segundo grupo, siendo mayores las pacientes deprimidas en forma significativa con una $p < 0.025$ (TABLA 2).

Al comparar las características demográficas: estado civil, escolaridad, ocupación e ingresos mediante pruebas de Fisher y χ^2 no se encontraron diferencias significativas (TABLA 3).

Tampoco se encontró diferencia significativa en relación a antecedentes personales y/o familiares de depresión en ambos grupos al aplicar la prueba χ^2 (TABLA 4).

En relación a antecedentes gineco obstétricos no hubo diferencias significativas entre los 2 grupos con respecto a la edad materna y ritmo menstrual, sin embargo, con respecto al número de embarazos las deprimidas tuvieron un promedio de 4.9 y las no deprimidas de 1.8 y aplicando la prueba U de Mann Whitney se encontró una $p < .01$ (TABLA 5).

Con respecto a tensión premenstrual y tipo de menstruación, no hubo diferencias significativas entre las deprimidas y no deprimidas y no deprimidas. Todas las deprimidas eran multíparas y sólo el 47% de las no deprimidas; mediante la prueba χ^2 se obtuvo un valor de $p = .0156$ (TABLA 6).

Los factores gineco obstétricos como causa de embarazo de alto riesgo predominaron en ambos grupos (TABLA 7).

Tomando en cuenta la actitud hacia el embarazo y planeación del mismo, fue deseado en el 87% de las no deprimidas y sólo en

el 32.9% de las deprimidas; mediante la prueba χ^2 se obtuvo una $p = .0331$. En los 2 grupos la mayoría no había planeado el embarazo (TABLA 8).

La mayor parte de las pacientes de ambos grupos presentaban 2 ó más eventos estresantes y aunque la frecuencia era un poco mayor en las deprimidas, esto no fue significativo (TABLA 10).

De los eventos del parto y puerperio inmediato no hubo diferencias significativas en ambos grupos en relación a : ruptura prematura de membranas, tipo de parto, complicaciones de la madre durante el mismo, sexo y estado de salud del producto, rechazo hacia el mismo y complicaciones de la madre durante el puerperio inmediato.

Las no deprimidas con mayor frecuencia (95.7%) recibieron anestesia por bloqueo o local ($p = .0058$); no se efectuó episiotomía en el 85.7% de las deprimidas ($p = .0152$) y no se practicó salpingoclasia en el 91.3% de las no deprimidas ($p = .0157$) (TABLAS 11, 12).

Con respecto a duración del embarazo y peso del producto, al aplicar la prueba t de los 2 grupos no se encontró diferencia significativa, como tampoco la hubo con respecto a la duración del trabajo de parto mediante la prueba U de Mann Whitney (TABLA 13).

Durante la evaluación realizada en el puerperio mediato I, entre los 2 grupos no hubo diferencias significativas en relación a: complicaciones de la madre, lactancia y miedo hacia el

cuidado del bebé. En todas las mujeres no deprimidas, el recién nacido se encontraba sano y presentaban aceptación hacia el mismo, comparándolas con las deprimidas en donde en el 71.5% el recién nacido estaba sano y lo aceptaban. Mediante χ^2 se encontró una $p = .0483$ (TABLA 14).

En la última evaluación en el puerperio mediato II, en ambos grupos no hubo diferencias significativas en relación a: complicaciones de la madre, estado de salud del recién nacido y rechazo del mismo. La mayor parte de las no deprimidas (91.3%) estaban lactando al recién nacido en contraste con el 42.9% de las deprimidas; mediante la utilización de la prueba χ^2 se obtuvo una $p = .0157$.

La mayor parte de las deprimidas (71.4%) presentaron miedo hacia cuidado del bebé en contraste con 17.4% de las no deprimidas, por el mismo método de análisis se encontró un valor de $p < .05$ (TABLA 15).

6. VALIDEZ

En la tabla 16 se muestra la distribución de los puntajes totales del Inventario de Beck para Depresión de acuerdo al diagnóstico clínico de depresión, en donde se observa que la media obtenida por las pacientes deprimidas es mayor que la obtenida por las mujeres no deprimidas en las 4 evaluaciones. Mediante la prueba t esta diferencia fue significativa ($p = .03$, $p = .02$, $p < .001$).

Se obtuvo la Sensibilidad y Especificidad del Inventario de Beck durante la primera evaluación, para 10 diferentes puntos de corte, presentando éstas su mayor valor en los puntos de corte 8 ($S= 0.65$, $E= 0.71$) y 9 ($S= 0.78$, $E= 0.57$) (TABLA 19, GRAFICA 1).

Con respecto a la tercer evaluación, se obtuvieron la Sensibilidad y Especificidad del Inventario de Beck para 8 diferentes puntos de corte, encontrándose los valores más altos en el punto de corte 9 ($S= 1.00$, $E= 0.92$) y en los puntos de corte del 10 al 13 se obtuvo la misma Sensibilidad (0.83) y Especificidad (0.92) (TABLA 17, GRAFICA 2).

De la cuarta evaluación, al obtener la Sensibilidad y Especificidad del Inventario de Beck para 11 diferentes puntos de corte, encontramos los mismos valores para los puntos de corte del 9 al 17 ($S= 1.00$, $E= 1.00$) (TABLA 18, GRAFICA 3).

Se realizó además una Curva de ROC con el objetivo de mostrar en forma visual el poder discriminativo del Inventario de Beck en las diferentes combinaciones de Sensibilidad y Especificidad, de la primera evaluación correspondiente al último mes de gestación. Como se puede apreciar, la curva tiende a alejarse de la línea de no información, lo que ilustra lo obtenido numéricamente (GRAFICA 4).

7. DISCUSION

El total de las pacientes de la muestra cursaban con embarazo de alto riesgo, ya que en el Hospital General donde se llevó a cabo la investigación solamente se evalúan en control prenatal las mujeres que cursan con embarazo de alto riesgo. Todas fueron del área metropolitana y todas sabían leer y escribir. Sus ingresos, ocupación y escolaridad fueron muy semejantes.

La Incidencia de Depresión por criterio clínico a las 2 semanas del postparto fue de 20% y a las 4 semanas del postparto de 23.3%, cifras que se encuentran dentro de la reportada (27%) por Kendell y cols. en 1978, quienes realizaron el diagnóstico por medio de una entrevista sobre trastornos del afecto y una escala análoga visual de depresión. Y también a la incidencia reportada por Gard y cols., en 1986, que fue de 21%; estos autores hicieron el diagnóstico mediante el Inventario Autoaplicable de Beck para Depresión, una entrevista clínica semiestructurada y la Lista de Adjetivos Múltiples del Afecto (MAACL).

La presentación de la Depresión en el Postparto ocurrió a las 2 semanas en 6 mujeres, mismas que continuaron deprimidas a las 4 semanas, sumándose un caso más en esta evaluación. Datos que concuerdan con el estudio de Gard y cols. (1986) quienes encontraron que la depresión postparto aparece con mayor frecuencia 2 semanas después del parto.

Aunque nuestro interés no era conocer la incidencia de

la Tristeza Postparto, encontramos que dentro de las primeras 48 horas, 5 mujeres (16.7%) presentaban episodios de llanto y deseos de llorar sin motivo, sin reunir los criterios para diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor. Nuestro valor de incidencia se encuentra próximo al que reportan en la literatura Braverman y cols. (1978).

La edad promedio de 30.1 años encontrada en el grupo de las madres deprimidas fue significativamente mayor en comparación con la de las mujeres no deprimidas que fue de 23.6 años en promedio, lo cual concuerda con lo reportado por Kumar y cols. (1984) con respecto a que las madres con edad mayor de 30 años presentan con mayor frecuencia depresión en el postparto.

Se reporta en la literatura que presentan con mayor frecuencia depresión en el postparto las mujeres solteras o divorciadas y con menor escolaridad. Nuestros hallazgos fueron diferentes ya que encontramos que todas las deprimidas eran casadas o vivían en unión libre y el 71.4% tenían una escolaridad de secundaria o mayor.

Braverman y cols. (1978) y O'Hara y cols. (1984) reportan haber encontrado mayor frecuencia de depresión en el postparto en aquellas mujeres con antecedentes personales y/o familiares de depresión; en las mujeres deprimidas de nuestro estudio estos datos no fueron significativos.

En relación a los antecedentes gineco obstétricos no se encontró que la tensión premenstrual, la dismenorrea y la menarca

tardía se presentarían con mayor frecuencia dentro del grupo de las deprimidas, como lo reportan entre otros autores Gard y cols. (1986). Este mismo autor se alía haber encontrado con mayor frecuencia primiparidad dentro del grupo de las deprimidas y en nuestro grupo de deprimidas todas eran multiparas y al compararlas con las no deprimidas hubo diferencia significativa. Lo mismo sucedió con el número de embarazos, que fue mayor dentro del grupo de las deprimidas.

Observamos que la mayor parte de las no deprimidas (87%) sí deseaban el embarazo contra 42.9% de las deprimidas, dato concordante con el reporte de Braverman y cols. (1978) quienes mencionan una mayor frecuencia de embarazo no deseado en las mujeres que se deprimieron en el postparto. En cuanto a la planeación del embarazo no hubo significancia entre ambos grupos, lo contrario a lo mencionado por el mismo autor, que reporta mayor frecuencia de embarazos no planeados en las mujeres deprimidas.

En la literatura la mayoría de los autores entre los que se encuentran Braverman y cols. (1978); O'Hara y cols. (1984); Kumar y cols. (1984); Gjerdingen y cols. (1986) y Braverman y cols. (1978) consideran como predictivo de depresión postparto la presencia de un mayor número de eventos estresantes. Nuestros hallazgos al respecto son diferentes; ya que en ambos grupos se presentaban 2 ó más eventos estresantes y aunque las deprimidas tuvieron un mayor porcentaje, esto no fue significativo.

Se observó con mayor frecuencia que las mujeres no deprimi-

das recibieron anestesia local o por bloqueo, se les practicó episiotomía y no se les efectuó salpingoclasia, lo cual puede explicarse por el hecho de que en este grupo estaban todas las primíparas y el número de embarazos promedio fue de 1.1 en comparación con el grupo de las deprimidas, donde todas eran multíparas y su promedio de número de embarazos fue de 4.9.

Kumar y cols. (1984) reportan haber encontrado mayor rechazo hacia el sexo del producto en las deprimidas y aquí sólo 14.3% de estas presentaron dicho evento. El mayor número de nacimiento de varones se encontró con mayor frecuencia entre las mujeres deprimidas en el estudio de Gard y cols. (1986) y nosotros encontramos que un poco más del 50% de mujeres de ambos grupos tuvieron varones.

No fue posible correlacionar la duración del embarazo con la mayor presentación de depresión en el postparto, como lo mencionan Kumar y cols. (1984) quienes encontraron en dicho grupo mayor frecuencia prematuridad, ya que en toda nuestra muestra la duración del embarazo fue a término. Al analizar la duración del trabajo de parto se puede observar que fue menor en el grupo de las deprimidas, pero esto puede deberse a que todas eran multíparas.

A las 2 semanas del postparto, en ambos grupos la mayoría de las mujeres no presentaron complicaciones y estaban lactando a sus hijos. Gjerdingen y cols. (1986) mencionan que se deprimen con mayor frecuencia las mujeres que amamantan a su hijo. Todas las no deprimidas aceptaron al recién nacido y éste se encontraba

sano al tiempo de esta evaluación, en comparación con las deprimidas (71.4%).

En la última evaluación a las 4 semanas del postparto, 71.4% de las deprimidas presentaban miedo hacia el cuidado del hijo ($p < .05$), lo cual coincide con el hallazgo de O'Hara y cols. (1984). También en este periodo se encontró que 57.1% de las no deprimidas no lactaban al recién nacido comparadas con 8.7% de las no deprimidas y en este sentido tampoco existe concordancia con los hallazgos de Gjerdingen y cols. (1986) en cuanto a que las que amamantan al hijo se deprimen con mayor frecuencia, por presentar niveles más altos de prolactina según lo mencionan De la Fuente y cols. (1981).

Con respecto a la validez, las puntuaciones totales obtenidas por las mujeres con Depresión en el Postparto, fueron significativamente mayores de las que obtuvieron quienes no se deprimieron; la media de las primeras a las 2 semanas fue de 16.14 y a las 4 semanas de 21.3, valores cercanos al reportado por Beck y cols. (1961) que fue de 19.9 para depresión leve, aunque su población era psiquiátrica general.

En la primera evaluación durante el último mes de gestación, en el punto de corte de 8 se observa una Sensibilidad de 0.65 y una Especificidad de 0.71. Por el contrario en el punto de corte de 9 existe una Sensibilidad de 0.78 y una Especificidad de 0.57.

Como se puede apreciar no parecen existir puntos de corte

medianamente satisfactorios, por lo que se puede dudar de la capacidad predictora del Inventario de Beck en nuestra muestra. En este sentido sería conveniente realizar posteriormente otro estudio con una población más numerosa y valorar de esa manera si es una prueba de tamizaje para Depresión en el Postparto.

En la cuarta evaluación, con los valores obtenidos de Sensibilidad y Especificidad, podríamos afirmar que a partir del punto de corte 19 todas las mujeres estaban deprimidas y por debajo del punto de corte 7 ninguna de ellas se deprimió, existiendo entre ambos puntos un umbral en donde el diagnóstico de depresión es dudoso mediante el Inventario de Beck.

Torres (1988) en su estudio realizado en un hospital de tercer nivel, tomando en cuenta los puntajes totales del Inventario de Beck para Depresión encontró en el punto de corte 13, la máxima Sensibilidad (0.90) y máxima Especificidad (0.80) con el propósito de identificar a aquellos pacientes que cursan con alguna modalidad del síndrome depresivo.

Con esta finalidad nosotros obtuvimos las puntuaciones de 145 Inventarios de Beck efectuados en 4 evaluaciones: 42 en la primera (30 pacientes de la muestra total + 18 pacientes excluidas); 32 en la tercera y cuarta evaluaciones (30 pacientes de la muestra total + 2 pacientes excluidas). En el total de las evaluaciones encontramos 22 pacientes deprimidas.

El punto de corte óptimo lo obtuvimos en 13 en donde encontramos la máxima Sensibilidad (0.91) y máxima Especificidad (0.95),

el cual puede utilizarse en mujeres en el último mes de gestación y en el puerperio para realizar diagnóstico de depresión.

8. CONCLUSIONES

1. La incidencia de Depresión en el Postparto encontrada en este estudio es similar a la reportada en la literatura.
2. Existen una serie de factores considerados como de riesgo en reportes previos de diversos autores que coinciden con algunos de nuestro estudio; mayor edad materna, multiparidad y miedo hacia el cuidado del bebé.
3. Algunos factores también considerados como de riesgo en la literatura no concuerdan en esta investigación: embarazo no deseado y no planeado, historia personal y/o familiar de depresión, menor escolaridad, mayor estrés psicosocial, problemas ginecológicos y lactancia.
4. Las pacientes deprimidas en el postparto obtuvieron totales del Beck significativamente mayores en las cuatro evaluaciones de las obtenidas por las mujeres no deprimidas.
5. En la evaluación realizada en el último mes de gestación, no se obtuvo un punto de corte totalmente satisfactorio, por lo que para esta población estudiada no podemos afirmar que en Inventario de Beck sea una prueba de tamizaje para Depresión

en el Postparto.

6. Tomando en cuenta los puntajes del Inventario de Beck de todas las evaluaciones, encontramos en el punto de corte 13 la máxima Sensibilidad y Especificidad, por lo que sugerimos usar ese punto para diagnóstico de depresión en el último mes de gestación y en el puerperio inmediato y mediato en poblaciones similares a la nuestra.

TABLA 1

DIAGNOSTICO CLINICO DE DEPRESION DE LA MUESTRA ESTUDIADA

(n = 30)

Evaluación	DEPRESION		NO DEPRESION	
	f	%	f	%
1. último mes de gestación	-	-	30	100
2. postparto inmediato $\bar{x} = 1.7$ días	-	-	30	100
3. postparto mediato $\bar{x} = 16.6$ días	6	20	24	80
4. postparto mediato $\bar{x} = 31.9$ días	7	23,3	23	76.7

TABLA 2

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

n = 30
 $\bar{x} \pm d.e.$

	MUESTRA TOTAL n = 30	NO DEPRIMIDAS n = 30	DEPRIMIDAS n = 7	t
Edad (años)	25.1 \pm 7.5	23.6 \pm 6.8	30.1 \pm 7.2	2.1*

* p < 0.025

TABLA 3

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

	TOTAL DE LA MUESTRA n = 30		NO DEPRIMIDAS n = 23		DEPRIMIDAS n = 7		Fisher χ^2
	f	%	f	%	f	%	
- Estado civil:							
solteras/unión libre	5	16.5	5	21.7	-	-	n.s.
casadas unión libre	25	83.3	18	78.3	7	100	
- Escolaridad:							
primaria	12	40.0	10	43.5	2	28.6	n.s.
secundaria o más	18	60.0	13	56.5	5	71.4	
- Ocupación:							
hogar	27	90.0	21	91.3	6	85.7	n.s.
empleada	3	10.0	2	8.7	1	14.3	
- Ingresos (miles)							
250	6	20.0	6	26.1	-	-	n.s.
250	24	80.0	17	73.9	7	100	
TOTAL	30	100	23	100	7	100	

TABLA 4

ANTECEDENTES DE DEPRESION

	MUESTRA TOTAL n = 30		NO DEPRIMIDAS n = 23		DEPRIMIDAS n = 7		x ²
	f	%	f	%	f	%	
- Personales de depresión antes del embarazo:							
positivos	12	40.0	9	39.1	3	42.9	n.s.
negativos	18	60.0	14	60.9	4	57.1	
- Depresión en el postparto:							
positivos	4	13.3	2	8.7	2	28.6	n.s.
negativos	26	86.6	21	91.3	5	71.4	
- En familiares de primer grado:							
positivos	13	43.3	9	39.1	4	57.1	n.s.
negativos	17	56.7	14	60.9	3	42.9	
TOTAL	30	100	23	100	7	100	

TABLA 5

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

$\bar{x} \pm d.e.$

	MUESTRA TOTAL n = 30	NO DEPRIMIDAS n = 23	DEPRIMIDAS n = 7	t
- Edad de la menarca (años)	12.7 \pm 1.3	12.7 \pm 1.4	12.3 \pm 0.7	n.s.
- Ritmo menstrual	29.5 x 3.9 \pm 1.5 x 1.2	29.4 x 3.9 \pm 1.2 x 1.2	29.7 x 4.1 \pm 2.3 x 1.4	n.s.
- Número de embarazos	1.1 \pm 2.2	1.8 \pm 1.1	4.9 \pm 3.1	Prueba U 20*

* p < .01

TABLA 6

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

	MUESTRA TOTAL n = 30		NO DEPRIMIDAS n = 23		DEPRIMIDAS n = 7		x
	f	%	f	%	f	%	
- Tensión premenstrual	8	26.7	5	21.7	3	42.9	n.s.
- Sin tensión premenstrual	22	73.3	18	78.3	4	57.1	
- Dismenorrea o hipermenorrea	9	30.0	5	21.7	4	57.1	n.s.
- Eumenorrea	21	70.0	18	78.2	3	42.9	
- Multiparidad	18	60.0	11	47.8	7	100	p=.0156
- Primiparidad	12	40.0	12	52.2	-	-	
TOTAL	30	100	23	100	7	100	

TABLA 7

CAUSA DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO

	MUESTRA TOTAL n = 30		NO DEPRIMIDAS n = 23		DEPRIMIDAS n = 7	
	f	%	f	%	f	%
- Gineco obstétrica	20	66.7	14	60.9	6	85.7
- no g.o.	4	13.3	6	26.1	-	-
- edad materna (< 19 > 33 años)	6	20.0	3	13.0	1	14.3
TOTAL	30	100	23	100	7	100

TABLA 8

ACTITUD HACIA EL EMBARAZO Y PLANEACION DEL MISMO

	MUESTRA TOTAL n = 30		NO DEPRIMIDAS n = 23		DEPRIMIDAS n = 7		x ²
	f	%	f	%	f	%	
No deseado	7	23.3	3	13.0	4	57.1	p=.0331
Deseado	23	76.7	20	87.0	3	42.9	
No planeado	21	70.0	15	65.2	6	85.7	n.s.
Planeado	9	30.0	8	34.8	1	14.3	
TOTAL	30	100	23	100	7	100	

TABLA 9

ESTRES PSICOSOCIAL

n = 30

	f	%
Ausente	3	10
Presente	27	90

	P R E S E N T E	
	f	%
- Financiero	13	43.3
- Conyugal	12	40.0
- Enfermedad	12	40.0
- Relaciones interpersonales	8	26.7
- Hijos	5	16.7
- Situaciones ambientales	3	10.0
- Legal	2	6.7

TABLA 10

ESTRES PSICOSOCIAL

	MUESTRA TOTAL <u>n = 30</u>		NO DEPRIMIDAS <u>n = 23</u>		DEPRIMIDAS <u>n = 7</u>		x ²
	f	%	f	%	f	%	
0 - 1	9	30.0	8	34.8	1	14.3	n.s.
2 ó más	21	70.0	15	65.2	6	85.7	
TOTAL	30	100	23	100	7	100	

TABLA 11

PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO

EVENTO	MUESTRA TOTAL n = 30		NO DEPRIMIDAS n = 23		DEPRIMIDAS n = 7		x ²
	f	%	f	%	f	%	
Ruptura prematura de membranas	9	30.0	7	30.4	2	28.6	n.s.
Sin ruptura	21	70.0	16	69.6	5	71.4	
Parto distócico	10	33.3	7	30.4	3	42.9	n.s.
Parto eutócico	20	66.7	16	69.6	4	57.1	
Anestesia (b. y l.)	25	83.3	22	95.7	3	42.9	p = .0058
Sin anestesia	5	16.7	1	4.3	4	57.1	
Episiotomía	17	56.7	16	69.6	1	14.3	p = .0152
No episiotomía	13	43.3	7	30.4	6	85.7	
Complicaciones de la madre en el parto	7	23.3	6	26.1	1	14.3	n.s.
Sin complicaciones	23	76.7	17	73.9	6	85.7	
TOTAL	30	100	23	100	7	100	

TABLA 12

PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO

EVENTO	MUESTRA TOTAL		NO DEPRIMIDAS		DEPRIMIDAS		χ^2
	n = 30		n = 23		n = 7		
	f	%	f	%	f	%	
- bebé de sexo masculino	17	56.7	13	56.5	4	57.1	n.s.
- bebé de sexo femenino	13	43.3	10	43.5	3	42.9	
- bebé sano	28	93.3	21	91.3	7	100	n.s.
- bebé con trastorno o enfermo	2	6.7	2	8.7	-	-	
- rechazo al sexo b.	2	6.7	1	4.3	1	14.3	n.s.
- aceptación del sexo	28	93.3	22	95.7	6	85.7	
- complicaciones de la madre en puerperio inmediato	1	3.3	-	-	1	14.3	n.s.
- sin complicaciones	29	96.7	23	100	6	85.7	
- salpingoclasia	6	20.0	2	8.7	4	57.1	p = .0157
- no salpingoclasia	24	80.0	21	91.3	3	42.9	
TOTAL	30	100	23	100	7	100	

TABLA 13

PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO

$\bar{x} \pm d.e.$

EVENTO	MUESTRA TOTAL n = 30	NO DEPRIMIDAS n = 30	DEPRIMIDAS n = 7	t
- Duración del embarazo (semanas)	39.4 \pm 1.2	39.3 \pm 1.34	39.7 \pm 0.45	n.s.
- Duración del trabajo de parto (horas)	9.5 \pm 7.8	10.6 \pm 8.32	6.0 \pm 4.31	prueba de U n.s.
- Peso del bebé (gramos)	3192.3 \pm 372.1	3133.5 \pm 367.9	3385.7 \pm 316.1	n.s.

TABLA 14

PUERPERIO MEDIATO I

(Tercera Evaluación)

EVENTO	MUESTRA TOTAL n = 30		NO DEPRIMIDAS n = 23		DEPRIMIDAS n = 7		x ²
	f	%	f	%	f	%	
- Complicaciones de la madre	3	10.0	2	8.7	1	14.3	n.s.
- No complicaciones	27	90.0	21	91.3	6	85.7	
- No lactancia	4	13.3	2	8.7	2	28.6	n.s.
- Lactancia	26	86.7	21	91.3	5	71.4	
- bebé con transt.	2	6.7	-	-	2	28.6	p = .0483
- bebé sano	28	93.3	23	100	5	71.4	
- rechazo al bebé	2	6.7	-	-	2	28.6	p = .0483
- aceptación del bebé	28	93.3	13	100	5	71.4	
- miedo de no poder cuidar al bebé	12	40.0	8	34.8	4	57.1	n.s.
- no miedo	18	60.0	15	65.2	3	42.9	
TOTAL	30	100	23	100	7	100	

TABLA 15

PUERPERIO MEDIATO II
(CUARTA EVALUACION)

EVENTO	MUESTRA TOTAL n = 30		NO DEPRIMIDAS n = 23		DEPRIMIDAS n = 7		x ²
	f	%	f	%	f	%	
- Complicaciones de la madre	4	13.3	3	13.0	1	14.3	n.s.
-- No complicaciones	26	86.7	20	87.0	6	85.7	
- No lactancia	6	20.0	2	8.7	4	57.1	p = .0157
- Lactancia	24	80.0	21	91.3	3	42.9	
- bebé con trastorno	2	6.7	2	8.7	-	-	n.s.
- bebé sano	28	93.3	21	91.3	7	100	
- rechazo al bebé	-	-	-	-	-	-	n.s.
- aceptación del bebé	30	100	23	100	7	100	
- miedo a no poder cuidar al bebé	9	30.0	4	17.4	5	71.4	*
- no miedo	21	70.0	19	82.6	2	28.6	
TOTAL	30	100	23	100	7	100	

* p < .05

TABLA 16

PUNTAJES DEL BECK

$\bar{x} \pm d.e.$

EVALUACION	MUESTRA TOTAL n = 30	DEPRIMIDAS n = 7	NO DEPRIMIDAS n = 23	t
1a. último mes de gestación	6.7 \pm 3.4	8.9 \pm 2.7	6.09 \pm 3.34	2.2*
2a. postparto inmediato (\bar{x} = 1.7 días)	5.6 \pm 4.9	9.29 \pm 5.12	4.48 \pm 4.26	2.5**
3a. postparto mediato (\bar{x} = 16.6 días)	6.6 \pm 6.3	16.14 \pm 4.12	3.65 \pm 2.66	9.5****
4a. postparto mediato (\bar{x} = 31.97 días)	8.5 \pm 8.4	21.43 \pm 5.73	4.04 \pm 2.56	11.59***

* p = .03
 ** p = .02
 *** p < .001

TABLA 17

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESION CON DIFERENTES PUNTOS
DE CORTE
 (2 semanas)

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
8	1.00	0.87
9	1.00	0.92
10	0.83	0.92
11	0.83	0.92
12	0.83	0.92
13	0.83	0.92
14	0.83	1.00
15	0.67	1.00

TABLA 18

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESION CON DIFERENTES PUNTOS DE CORTE

(4 semanas)

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
8	1.00	0.87
9	1.00	1.00
10	1.00	1.00
11	1.00	1.00
12	1.00	1.00
13	1.00	1.00
14	1.00	1.00
15	1.00	1.00
16	1.00	1.00
17	1.00	1.00
18	1.00	1.00

TABLA 19

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESION CON DIFERENTES PUNTOS
DE CORTE
 (Ultima Semana de Gestación)

PUNTO DE CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
4	0.26	1.00
5	0.39	0.86
6	0.43	0.86
7	0.48	0.86
8	0.65	0.71
9	0.78	0.57
10	0.87	0.43
11	0.87	0.29
12	0.91	0.14
13	1.00	0.14

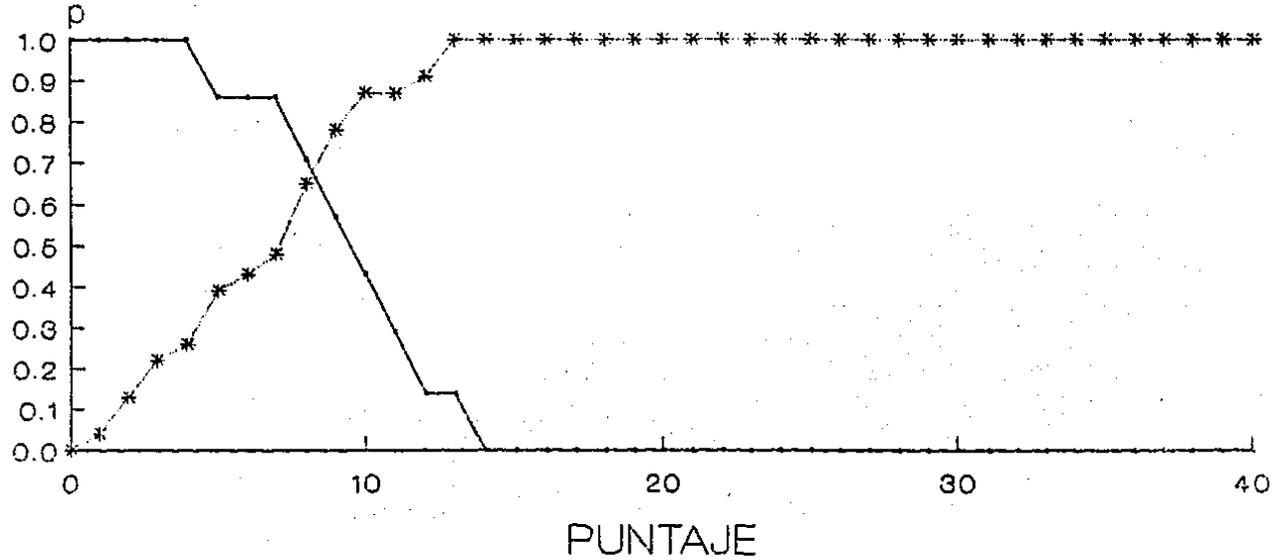
TABLA 20

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESION CON DIFERENTES
PUNTOS DE CORTE

Total de las Evaluaciones

PUNTO DE CORTE	SENSIBILIDAD.	ESPECIFICIDAD
8	1.00	0.75
9	1.00	0.82
10	0.95	0.86
11	0.91	0.89
12	0.91	0.92
13	0.91	0.95
14	0.86	0.98
15	0.82	0.98
16	0.77	0.98
17	0.73	0.98
18	0.68	0.98
19	0.64	0.99
20	0.45	1.00
21	0.32	1.00

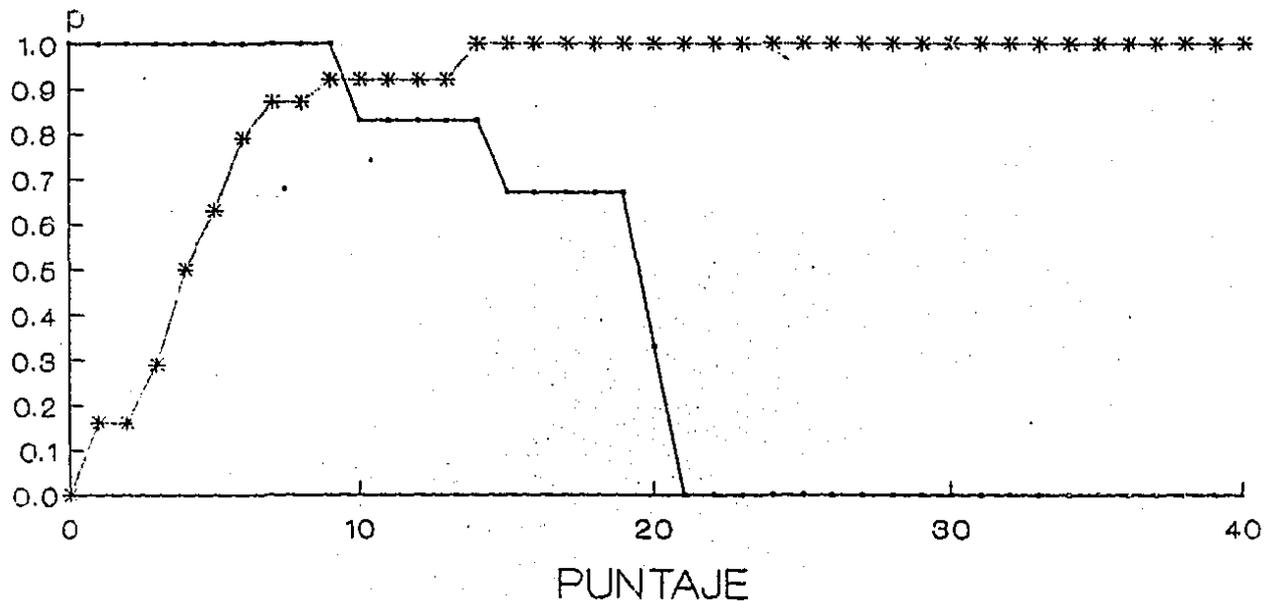
GRAFICA 1 PRIMERA EVALUACION TAMIZAJE



— SENSIBILIDAD *-* ESPECIFICIDAD

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL
INVENTARIO DE BECK EN FUNCION DE
DIFERENTES PUNTOS DE CORTE

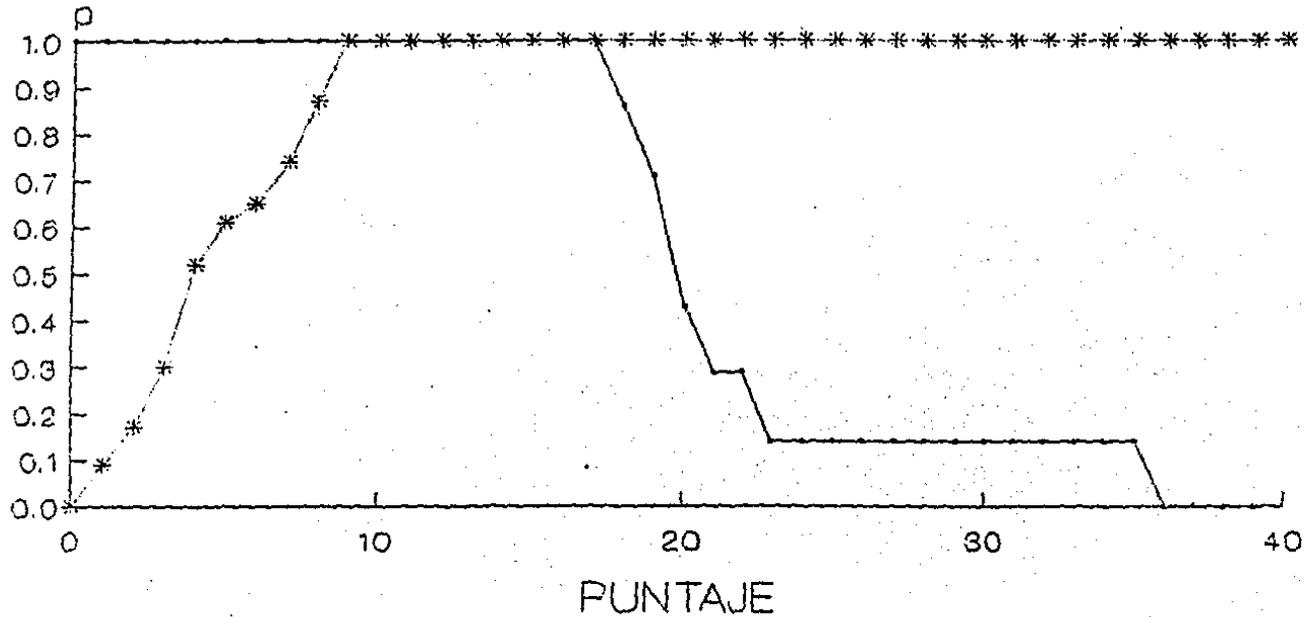
GRAFICA 2 TERCERA EVALUACION



— SENSIBILIDAD *— ESPECIFICIDAD

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL
INVENTARIO DE BECK EN FUNCION DE
DIFERENTES PUNTOS DE CORTE

GRAFICA 3 CUARTA EVALUACION

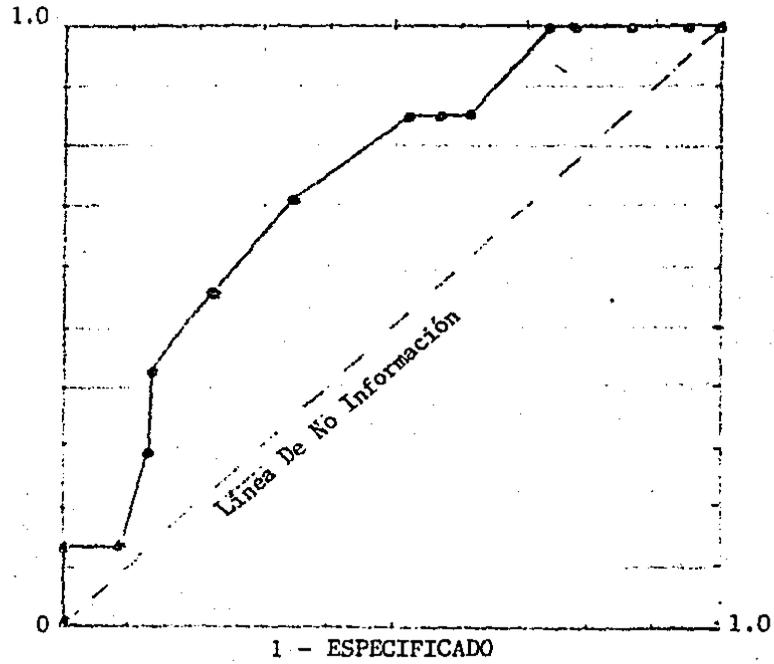


— SENSIBILIDAD *— ESPECIFICIDAD

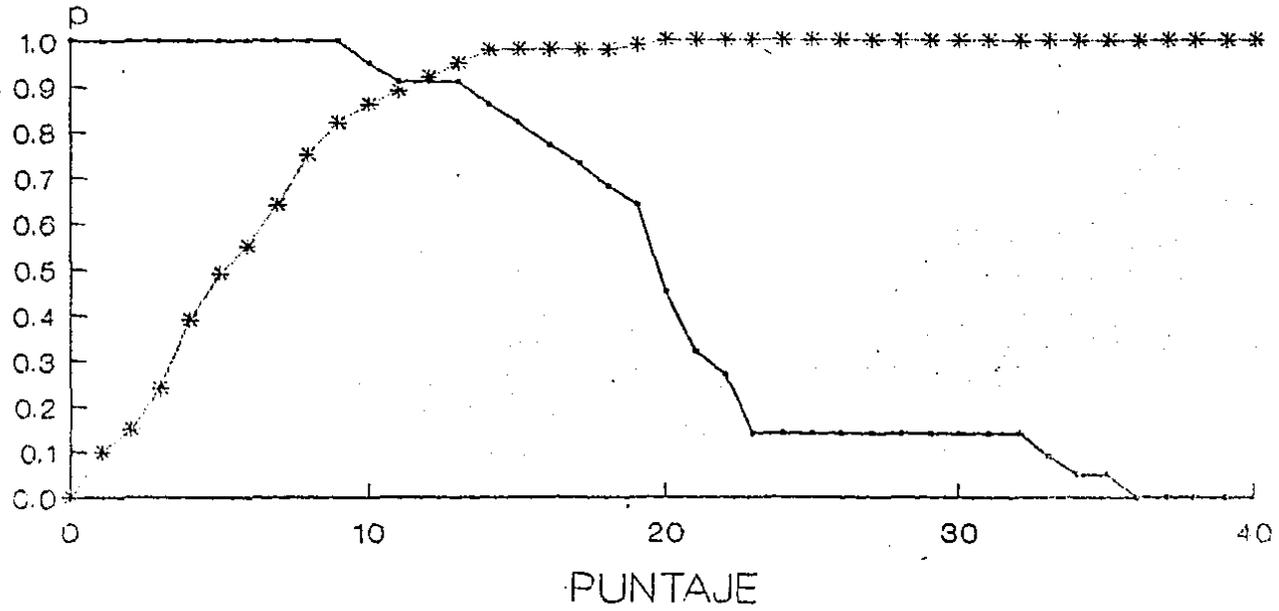
SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL
INVENTARIO DE BECK EN FUNCION DE
DIFERENTES PUNTOS DE CORTE

GRAFICA 4

CURVA ROC DEL PODER DISCRIMINATIVO DEL INVENTARIO DE BECK
PRIMERA EVALUACION
TAMIZAJE



GRAFICA 5 TOTAL DE EVALUACIONES

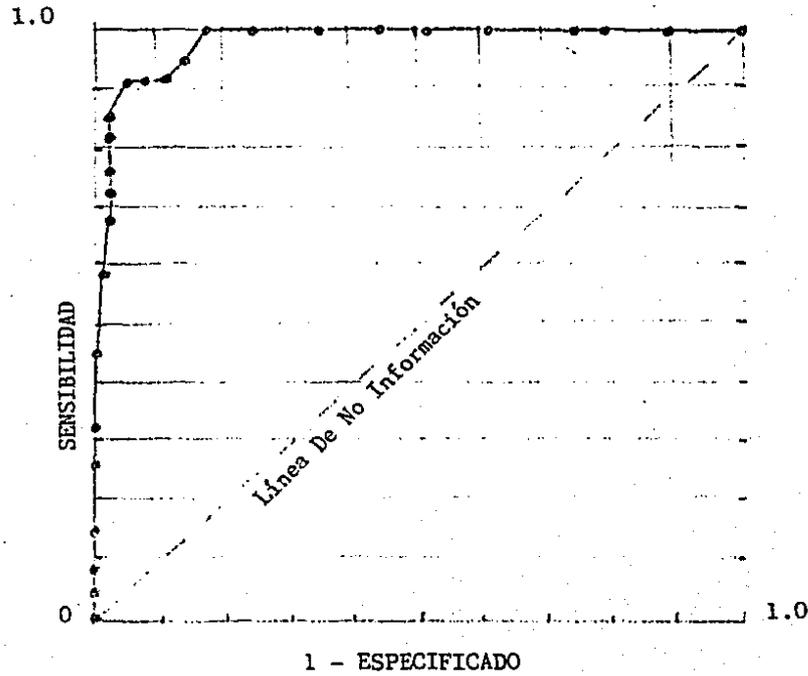


— SENSIBILIDAD * ESPECIFICIDAD

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL
INVENTARIO DE BECK EN FUNCION DE
DIFERENTES PUNTOS DE CORTE

GRAFICA 6

CURVA ROC DEL PODER DISCRIMINATIVO DEL INVENTARIO DE BECK
TOTAL DE LAS EVALUACIONES



En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lee cada grupo cuidadosamente y elige la oración, de cada grupo, que mejor describe como se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Acuéstate de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

- 1) No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
 Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.

- 2) No me siento desanimado acerca del futuro.
 Me siento desanimado acerca del futuro.
 Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.

- 3) No me siento como un fracasado.
 Siento que he fracasado más que otras personas.
 Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
 Siento que como persona soy un completo fracaso.

- 4) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
 No disfruto las cosas como antes.
 Ya no obtengo satisfacción de nada.
 Estoy insatisfecho y molesto con todo.

- 5) No me siento culpable.
 En algunos momentos me siento culpable.
 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.
 Me siento culpable todo el tiempo.

- 6) No siento que seré castigado.
 Siento que puedo ser castigado.
 Creo que seré castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.

- 7) No me siento descontento conmigo mismo.
 Me siento descontento conmigo mismo.
 Me siento a disgusto conmigo mismo.
 Me odio a mí mismo.

- 8) No siento que sea peor que otros.
 Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.
 Me culpo todo el tiempo por mis errores.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.

- 9) No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
 Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
 Quisiera suicidarme.
 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

- 10) No lloro más que de costumbre.
 Llora más que antes.
 Llora todo el tiempo.
 Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera.

- 11) Ahora no estoy mas irritable que antes.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado todo el tiempo.
 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.

- 12) No he perdido el interés en la gente.
 No me interesa la gente como antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
 He perdido todo el interés en la gente.

- 13) Tomo decisiones tan bien como siempre.
 Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
 Se me dificulta tomar decisiones.
 No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) No siento que me vea más feo que antes.
 Me preocupa que me vea viejo y feo.
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que, me vea feo.
 Creo que me veo horrible.
- 15) Puedo trabajar tan bien como antes.
 Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
 Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
 No puedo trabajar para nada.
- 16) Duermo tan bien como antes.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.
 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
- 17) No me canso más de lo habitual.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso de hacer casi cualquier cosa.
 Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18) Mi apetito es igual que siempre.
 Mi apetito no es tan bueno como antes.
 Casi no tengo apetito.
 No tengo apetito en lo absoluto.
- 19) No he perdido peso o casi nada.
 He perdido más de 2.5 kilos.
 He perdido más de 5 kilos.
 He perdido más de 7.5 kilos.
(Estoy a dieta SI NO).
- 20) Mi salud no me preocupa más que antes.
 Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal, o estreñimiento.
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.
- 21) Mi interés por el sexo es igual que antes.
 Estoy menos interesado en el sexo que antes.
 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
 He perdido completamente el interés en el sexo.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE ACUERDO A CRITERIOS
DEL DSM-III PARA DIAGNOSTICO DE EPISODIO DE PRE-
SIVO MAYOR.

- 1.- ¿Cómo se encuentra su estado de ánimo últimamente? _____
- 2.- ¿Se ha sentido triste o deprimida la mayor parte del día, casi todos los días? _____
- 3.- ¿Ha perdido el interés por las cosas, actividades o pasatiempos habituales o no ha podido disfrutarlas de la manera acostumbrada? _____
- 4.- ¿Ha presentado pérdida del apetito y/o del peso importante, sin encontrarse a dieta? _____
- 5.- ¿Ha presentado aumento del apetito o de peso? ¿cuánto? _____
- 6.- ¿Ha presentado dificultad para dormirse o se despierta frecuentemente o despierta demasiado temprano y ya no se puede volver a dormir? _____
- 7.- ¿Se ha sentido con mucho sueño durante el día y tiene necesidad de dormir más de lo habitual? _____
- 8.- ¿Ha sentido que le fallan fuerzas o se siente cansada la mayor parte del día y/o casi todos los días? _____
- 9.- ¿Se ha sentido muy inquieta o intranquila a tal grado de no poder estar sentada sin moverse casi todos los días? _____
- 10.- ¿Ha sentido que su conversación o sus movimientos son más lentos que lo normal? _____
- 11.- ¿Se ha sentido inútil o culpable por cosas que ha o no ha realizado? ¿casi todos los días? _____
- 12.- ¿Ha sentido dificultad para pensar o concentrarse? _____
- 13.- ¿Ha sido para Usted difícil tomar decisiones sobre cosas comunes? _____
- 14.- ¿Ha experimentado el deseo de morir o ha tenido en mente ideas de cómo quitarse la vida? _____
- 15.- ¿Ha intentado quitarse la vida? _____

HOJA DE DATOS GENERALES

A. DATOS DEMOGRAFICOS

- 1.- Nombre _____
- 2.- Dirección _____
- 3.- Teléfono _____
- 4.- Edad _____
- 5.- Estado civil: _____
- | | |
|--------------|---------------|
| 1 soltera | 4 separada |
| 2 casada | 5 viuda |
| 3 divorciada | 6 unión libre |
- 6.- Ocupación: _____
- | | |
|-----------------|--------------|
| 1 hogar | 6 campesina |
| 2 empleado | 7 estudiante |
| 3 obrera | 8 ninguna |
| 4 técnica | 9 otra |
| 5 profesionista | |
- 7.- Escolaridad: _____
- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| 1 sin educación escolar | 4 secundario |
| 2 primaria incompleta | 5 preparatoria o equivalente |
| 3 primaria completa | 6 profesional |
| | 7 carrera técnica |
- 8.- Nivel socioeconómico: _____
- ingreso mensual aproximado _____
 - personas que dependen de ese ingreso (no.) _____
 - persona que aporta la mayor parte _____
 - vivienda _____
 - 1 propia
 - 2 rentada
 - 3 otro
 - servicios con los que cuenta: (señale)
 - agua potable _____ W.C. _____
 - drenaje _____
 - luz _____
 - número de habitaciones: _____
- 9.- Lugar de residencia habitual _____

B. HISTORIA DE DEPRESION:

- 1.- Antecedentes personales: _____
- antecedentes de depresión antes del embarazo: _____
en caso afirmativo especificar _____
 - antecedentes de depresión en el postparto: _____
en caso afirmativo especificar _____
- 2.- Antecedentes familiares: _____
- depresión en familiares de primer grado _____
en caso afirmativo especificar _____

C. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

- 1.- Menarca _____
- 2.- Ritmo menstrual _____
- 3.- FUM _____
- 4.- Tensión pre menstrual _____
- 5.- Características de la menstruación _____
- 6.- Embarazos (no. y tipo) _____

- 7.- Partos (no. y tipo) _____
- 8.- Abortos (no. y tipo) _____
- 9.- Cesáreas (no. y motivo) _____

D. DATOS EN RELACION CON EL EMBARAZO

- 1.- Tipo de embarazo: _____
especificar motivo _____
- 2.- Actitud hacia el embarazo (desearlo o no) _____
motivo _____
- 3.- Planeación del embarazo: _____

E. ESTRÉS PSICOSOCIAL (DSM-III):

- 1.- Conyugal:
 - desavenencias _____
 - separación _____
 - enfermedad o muerte del esposo _____
- 2.- Maternidad:
 - relaciones difíciles con los hijos _____
 - enfermedad de los hijos _____
 - otros _____
- 3.- Otras relaciones interpersonales:
 - problemas con los amigos _____
 - problemas con los vecinos _____
 - problemas con familiares cercanos _____
- 4.- Laboral:
 - trabajo _____
 - escuela _____
- 5.- Situaciones ambientales:
 - cambios de residencia _____
 - amenazas a la integridad personal _____
- 6.- Financiero:
 - cambio en el estatus financiero _____
motivo _____
 - manejo inadecuado de las finanzas _____
- 7.- Legal:
 - detención _____
 - encarcelamiento _____
 - pleito _____
 - juicio _____
- 8.- Lesión o enfermedad somática:
 - enfermedad(es) _____
 - lesión(es) _____
- 9.- Otras:
 - violación _____
 - desastre natural o provocado _____
 - persecución _____

HOJA DE DATOS IMPORTANTES DEL PARTO Y PUERPERIO
INMEDIATO

I. PARTO

- 1.- Duración del embarazo: _____
1 pretérmino
2 a término
3 postérmino
- 2.- Horas de trabajo de parto: _____
- 3.- Ruptura prematura de membranas _____
- 4.- Tipo de parto: _____
1 eutócico
2 distócico
especificar motivo _____
- 5.- Tipo de anestesia: _____
1 general
2 bloqueo
3 local
4 ninguna
- 6.- Episiotomía _____
- 7.- Complicaciones: _____
1 hemorragia uterina
2 choque
3 paro
4 otras
- 8.- Estado del producto _____
1 sano
2 muerte
3 complicaciones (señalar)
- asfixia _____
- sufrimiento fetal _____
- prematuridad _____
- ictericia _____
- infección _____
- malformación congénita _____
- otra(s) _____
- 9.- Actitudes hacia el producto: _____
1. aceptación hacia el bebé
2. rechazo hacia el bebé
3. rechazo hacia el sexo
4. aceptación hacia el sexo
- 10.- Complicaciones en el puerperio inmediato de la madre: _____
1 hemorragia
2 infección
3 otra(s)
especificar _____

HOJA DE DATOS IMPORTANTES DEL PERIODO MEDIANO

- 1.- Complicaciones en la madre: _____
1 infección
2 hemorragia
3 deshidratación de la herida
4 enfermedad tromboembólica
5 mastitis
6 otra(s)
especificar _____
- 2.- Lactancia: _____
1 sí
2 no
especificar motivo _____
- 3.- Estado del producto: _____
1 sano
2 enfermedad o trastorno
3 aún permanece hospitalizado
especificar _____
4 falleció
especificar motivo _____
- 4.- Actitud de la madre hacia el hijo: _____
1 aceptación
2 rechazo
especificar motivo _____
3 angustia
4 miedo a no poder cuidarlo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D. F. a ___ de _____ de 19__.

A quien corresponda:

Yo, _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en la investigación "INCIDENCIA DE LA DEPRESION EN EL POSTPARTO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL".

que se llevará a cabo en HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

y cuyos objetivos fundamentales consisten en DETERMINAR LA INCIDENCIA DE LA DEPRESION EN EL POSTPARTO

Estoy conciente de que los procedimientos empleados en el estudio son ENTREVISTAS Y APLICACION DE CUESTIONARIOS.

que el riesgo de la investigación es MINIMO

y que los beneficios derivados de ella serán DETECCION DE SINTOMAS DEPRESIVOS Y TRATAMIENTO

Cuento con la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y/o aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación. Es de mi conocimiento que soy libre de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que se vea afectada la atención que como paciente recibo en esta Institución. Tengo la seguridad de que se mantendrá confidencialidad acerca de la información relacionada con mi privacidad.

Nombre _____ Firma _____

Dirección _____ Tel. _____

Testigo _____ Testigo _____

Dirección _____ Dirección _____

*Representante legal _____ Firma _____

Dirección _____ Tel. _____

(*En caso que se requiera)

Consentimiento del paciente:

Todos los pacientes deberán ser informados y dar su consentimiento por escrito para participar en el estudio, de acuerdo a la Declaración de Helsinki (XVIII Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia 1964 y revisada durante la XXIX Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón 1975.

Elaborada por "The World Medical Association); así como al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, (Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial el 6 de enero de 1987); al Reglamento para la Realización de Proyectos de Investigación de la Institución y demás disposiciones aplicables.

BIBLIOGRAFTA

1. Bågedahl, M.: PARAPARTUM MENTAL ILLNESS: TIMING OF ILLNESS ONSET AND ITS RELATION TO SYMPTOMS AND SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74: 490-496, 1986.
2. Gjerdingen, D.K.; Froberg, D.G., Wilson, D.L.: POSTPARTUM MENTAL AND PSYCHOSOMATIC PROBLEMS. HOW COMMON ARE THEY? *Postgraduate Medicine*, 80 (80): 133-145, 1986.
3. Braverman, J., Roux, J.F.: SCREENING FOR THE PATIENT AT RISK FOR POSTPARTUM DEPRESSION. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 52 (6): 731-736, 1978.
4. Daw, J.L.: POSTPARTUM DEPRESSION. *Southern Medical Journal*, 81(2): 207-209, 1988.
5. Pitt, B.: "ATYPICAL" DEPRESSION FOLLOWING CHILDBIRTH. *British Journal of Psychiatry*, 114: 1325-1335, 1968.
6. Watson, J.P.; Elliot, S.A.; Rugg, A.J., Brough, D.I.: PSYCHIATRIC DISORDER IN PREGNANCY AND THE FIRST POSTNATAL YEAR. *The British Journal of Psychiatry*, 144: 453-462, 1984.
7. Kendell, R.E.; McGuire, R.J.; Connor, Y., Cox, J.L.: MOOD CHANGES IN THE FIRST THREE WEEKS AFTER CHILDBIRTH. *Journal of Affective Disorders*, 3(4): 317-326, 1981.
8. Brugha, L.R.; Little, B.C.; Hayworth, J.; Dewhurst, J., Priest, R.G.: PSYCHOMETRIC ANTE-NATAL PREDICTORS OF POSTNATAL DEPRESSED MOOD. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(3): 325-331, 1985.
9. O'Hara, M.W.: SOCIAL SUPPORT, LIFE EVENTS, AND DEPRESSION DURING

- PREGNANCY AND THE PUERPERIUM. Archives of General Psychiatry; 43: 569-573, 1986.
10. Gard, P.R.; Handley, S.L.; Parsons, A.D., Waldron, G.: A MULTIVARIATE INVESTIGATION OF POSTPARTUM MOOD DISTURBANCE. British Journal of Psychiatry; 148: 567-575, 1986.
 11. De la Fuente, J.R., Rosenbaum, A.H.: PROLACTIN IN PSYCHIATRY. American Journal of Psychiatry; 139(9): 1154-1160, 1981.
 12. Maggi, A., Pérez, J.: ROLE OF FEMALE GONADAL HORMONS IN THE CNS: CLINICAL AND EXPERIMENTAL ASPECTS. Life Sciences, 37: 893-906, 1985.
 13. Handley, S.L.; Dunn, T.L.; Waldron, G., Baker, J.M.: TRYPTOPHAN, CORTISOL AND PUERPERAL MOOD. British Journal of Psychiatry, 136: 498-508, 1980.
 14. Tod, E.: PUERPERAL DEPRESSION A PROSPECTIVE EPIDEMIOLOGICAL STUDY. Lancet, ii; 1264-1266, 1964.
 15. O'Hara, M.W.; Neunaber, D.J. Zekoski, E.M.: PROSPECTIVE STUDY OF POSTPARTUM DEPRESSION: PREVALENCE, COURSE, AND PREDICTIVE FACTORS. Journal of Abnormal Psychology, 93(2): 158-171, 1984.
 16. Kumar, R., Mordeca, K.: A PROSPECTIVE STUDY OF EMOTIONAL DISORDERS IN CHILBEARING WOMEN. British Journal of Psychiatry, 144: 35-47, 1984.
 17. Kendell, R.E.; Rennie, D.; Clarke, J.A., Dean, C.: THE SOCIAL AND OBSTETRIC CORRELATES OF PSYCHIATRIC ADMISSION IN THE PUERPERIUM. Psychological Medicine; 11: 341-350, 1981.
 18. Wrate, R.M.; Rooney, A.C.; Thomas, P.F., Cox, J.L.: POSTNATAL DEPRESSION AND CHIL DEVELOPMENT. A THREE YEAR FOLLOW-UP STUDY. British

Journal of Psychiatry, 146: 622-627, 1985.

19. Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Erbaugh, M.J.: AN INVENTORY FOR MEASURING DEPRESSION. Archives of General Psychiatry; 4: 351-363, 1961.
20. Murphy, J.M. et al.: PERFORMANCE OF SCREENING AND DIAGNOSTIC TESTS. Archives of General Psychiatry; 44: 550-555, 1987.
21. Torres, M.R.: VALIDEZ DE UNA TRADUCCION AL CASTELLANO DEL INVENTARIO DE BECK PARA LA DEPRESION EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. Tesina, UNAM, 1988.