

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADÉMICA
CMF. DR. IGNACIO CHÁVEZ
ISSSTE**

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES
DERECHOHABIENTES DE DOS CLÍNICAS DE MEDICINA
FAMILIAR DEL ISSSTE**

T R A B A J O

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA
DRA. AMALIA ALVAREZ ESCUTIA**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES
DERECHOHABIENTES DE DOS CLÍNICAS DE MEDICINA FAMILIAR DEL
ISSSTE**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. AMALIA ALVAREZ ESCUTIA

AUTORIZACIONES

**DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
PROFESORA TITULAR
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
ASESORA**

**DR E. RAÚL PONCE ROSAS
PROFESOR TITULAR “A” TC
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM
ASESOR**

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES
DERECHOHABIENTES DE DOS CLÍNICAS DE MEDICINA FAMILIAR DEL
ISSSTE**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. AMALIA ALVAREZ ESCUTIA

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

DR. ISAÍAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES
DERECHOHABIENTES DE DOS CLÍNICAS DE MEDICINA FAMILIAR DEL
ISSSTE**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. AMALIA ALVAREZ ESCUTIA

AUTORIDADES DE LA CLÍNICA “DR. IGNACIO CHAVEZ” ISSSTE.

**DR. DAVID ESCOBEDO HERRERA
DIRECTOR DE LA CLINICA “DR. IGNACIO CHAVEZ”
ISSSTE**

**DR. LUIS BLANCO LOYOLA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN,
CLINICA “DR. IGNACIO CHÁVEZ” ISSSTE**

**DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR.
CLÍNICA “DR. IGNACIO CHÁVEZ” ISSSTE**

INDICE

A la Psicóloga Berta Boschetti Fentánes.

A la Dra. Boschetti es éste agradecimiento muy especial y muy cariñoso, ya que fue mi primera asesora en éste proyecto y que por motivo de su jubilación no pudo concluir éste trabajo conmigo.

Le agradezco infinitamente todas sus enseñanzas y experiencias que compartió con nuestro grupo y que a cada momento nos recalcó la importancia, necesidad y humildad que debe tener el papel del Médico Familiar.

De igual forma reconozco que es una persona admirable tanto como profesionalista, ya que a pesar de los obstáculos que se nos puedan poner si hay esfuerzo, constancia y cariño a la profesión se puede lograr cuanto queramos.

Como esposa, ya que siempre nos demostró el apoyo hacia su familia sin importar cansancio, y de igual forma la admiro como ser humano porque la recordaré como una persona dedicada fielmente a su profesión y con muchos ejemplos a seguir.

Gracias Dra. Boschetti por ser como es.
La quiero mucho y la recordaré siempre.

Dedicado con mucho amor y cariño a mi esposo

DANIEL

Y

MIS HIJOS: ERICK Y NELLY

Gracias a ustedes concluí este objetivo más en
nuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la Virgen de Guadalupe por permitir que esté escribiendo estas líneas de agradecimiento por haber concluido una meta más en mi vida, que es mi especialidad como Médico Familiar.

A mi esposo Daniel

No tengo palabras para agradecerte todo el apoyo incondicional y constante que me has brindado para lograr esta meta tanto como pareja, esposo y como padre de nuestros hijos; ya que sin tu ayuda éste propósito no lo hubiera concluido.

Gracias por estar conmigo en éstos momentos y que éste escalón que logramos subir nos sirva para bien de nuestra familia.

Daniel te amo y te quiero mucho.

A mis hijos Erick y Nelly

A mis tesoros que tanto quiero y que son mi vida: Gracias por haberme ayudado en estos tres años, por tratar de comprenderme en los momentos de estrés y enojo; por el tiempo que no pude estar con ustedes como lo solíamos hacer antes; momentos que sin embargo me impulsaban a no declinar para concluir éste objetivo.

Los quiero muchísimo: Mi chaparrín pin-pin y mi Nelly bombón.

A mis padres

José y Cristina que cuando necesité apoyo estuvieron ahí para dármelo y a los que agradezco el haberme enseñado que el estudio y dedicación siempre serán reconocidos y los cuales una herencia perpetúa nos dejarán en nuestras vidas.

A mis tutores de la Clínica Dr. Ignacio Chávez y al Dr Ponce, agradezco todas las enseñanzas y frases que debe tener y cumplir un Médico Familiar.

A mis compañeros de guardia y equipo Claudia, Rene, Isabel, Gaby, Daniel y Nancy que estuvieron conmigo; y que así como compartimos momentos muy agradables e inolvidables, compartimos momentos también desagradables que formaron lo que fue *“mis tres años de residencia en Medicina Familiar.”*

Un agradecimiento infinito a la Dra. Ladgrave por haberme ayudado a concluir este trabajo y por todas sus palabras de aliento para no decaer y concluir este proyecto.

Mil gracias Doctora Ladgrave, la admiro por su dedicación y disposición hacia nosotros los residentes de Medicina Familiar.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÓRICO	3
1.1 ANTECEDENTES DEL TEMA	3
1.1.1 DEFINICIÓN	3
1.1.2 CLASIFICACIÓN	3
1.1.3 DEPRESIÓN POSPARTO	6
1.1.4 EPIDEMIOLOGÍA	6
1.1.5 ETIOLOGÍA	8
1.1.5.1 Factores biológicos	8
1.1.5.2 Factores genéticos	9
1.1.5.3 Factores psicológicos	9
1.1.6 FACTORES DE RIESGO	10
1.1.6.1 Factores de riesgo individuales	10
1.1.6.2 Factores de riesgo familiares	10
1.1.7 SÍNTOMAS	11
1.1.8 DIAGNÓSTICO	12
1.1.8.1 Prueba de diagnóstico para la depresión posparto	14
1.1.8.2 Antecedentes del EDPS	15
1.1.8.3 Descripción del EDPS	16
1.1.9 TRATAMIENTO	17
1.1.10 EL MÉDICO FAMILIAR Y LA ATENCIÓN INTEGRAL HACIA PACIENTES CON POSIBLE DEPRESIÓN POSPARTO	20
1.1.10.1 El médico familiar y su labor para anticiparse al riesgo	21
1.1.10.2 Abordaje familiar en la paciente con posible depresión postparto	23
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
1.3 JUSTIFICACIÓN	24
1.4 OBJETIVO GENERAL	25
1.1.4.1 Objetivos específicos	26
2. MATERIAL Y METODOS	26
2.1 TIPO DE ESTUDIO	26
2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	26
2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	28
2.4 MUESTRA	28
2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	28
2.6 VARIABLES	28
2.7 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA	32

	DE LAS VARIABLES	
2.8	DISEÑO ESTADÍSTICO	32
2.9	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
2.10	MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
2.11	MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS	34
2.12	PRUEBA PILOTO	34
2.13	PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS	35
2.14	CRONOGRAMA	40
2.15	RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	40
2.16	CONSIDERACIONES ÉTICAS	41
3.	RESULTADOS	42
4.	DISCUSIÓN	54
5.	CONCLUSIONES	56
6.	REFERENCIAS	58
7.	ANEXOS	62

RESUMEN

Objetivo: Identificar la frecuencia de depresión posparto en mujeres derechohabientes de dos clínicas de Medicina Familiar pertenecientes al ISSSTE.

Diseño: Observacional, transversal, descriptivo.

Material y métodos: El estudio se realizó en dos clínicas pertenecientes al ISSSTE, una ubicada en la Ciudad de México Dr. Ignacio Chávez y la otra en Tlalnepantla, Estado de México, en los meses de junio a octubre del 2006; fue dirigida a las pacientes que tuvieron a su bebé posterior a las 4 semanas a 6 meses. Previo consentimiento informado de la paciente, se aplicó el instrumento que constó de 5 secciones: 1) ficha de identificación, 2) antecedentes gineco-obstétricos, 3) información de los integrantes de la familia, 4) criterios del DSM IV y 5) cuestionario de EDPS. Las encuestas fueron aplicadas en consultorios, medicina preventiva y sala de espera por el investigador.

Resultados: Se aplicaron 130 cuestionarios, de los que se detectaron de acuerdo a los criterios del DSM IV 32 pacientes (24.6%) sospechosas de depresión posparto y con el EDPS 22 pacientes (16.9%) sospechas igualmente de depresión posparto. Encontrándose en éste trabajo una sensibilidad del 53%, especificidad del 94% con un valor predictivo positivo de 77% y un valor predictivo negativo del 86%. La edad promedio de las madres fue de 29.4 años, casadas con un 70.8%, la mayoría fueron amas de casa 47.7% y profesionistas 23.1%, edad promedio de los bebés fue de 3 meses, múltiparas 66.9% y el 71% vivían con su pareja e hijos.

Conclusión: Se identificaron pacientes sospechosas de depresión posparto mediante el cuestionario EDPS. Este instrumento es útil ya que es de fácil aplicación, además al detectar la presencia de algún caso de posible depresión, el médico familiar puede emitir un probable diagnóstico y derivar a las pacientes de manera oportuna al especialista.

Palabras clave: Depresión, posparto, EDPS, médico familiar.

SUMMARY

Objective: To identify the depression frequency postpartum in women rightful claimants of two Familiar Medicine clinics pertaining to the ISSSTE. **Design:** Observational, cross-sectional, descriptive. **Material and methods:** The study was made in two clinics pertaining to the ISSSTE, one located in the City of Mexico Dr Ignacio Chávez and the other in Tlalnepantla, State of Mexico, in the months of June to October of the 2006; it was directed to the patients who subsequent to had to their baby the 4 weeks to 6 months. Previous consent informed into the patient, was applied the instrument that consisted of 5 sections: 1) card of identification, 2) antecedent gineco-obstetricians, 3) information of the members of the family, 4) criteria of 5 DSM IV and) EDPS questionnaire. The surveys were applied in doctor's offices, preventive medicine and waiting room by the investigator. **Results:** 130 questionnaires were applied, of which 32 patients (25,4%) suspicious of depression also detected themselves according to the criteria of DSM IV postpartum and with the EDPS 22 patients (16,9%) suspicions of depression postpartum. Being in this one work a sensitivity of 53%, specificity of 94% with positive a predictive value of 77% and a negative predictive value of 86%. The age average of the mothers was of 29,4 years, married with 70,8%, the majority were housewives 47,7% and professional 23,1%, age average of you babies them was of 3 months, múltiparas 66,9% and the 72,5% lived with their pair and children. **Conclusion:** Suspicious patients of depression identified themselves postpartum by means of questionnaire EDPS. This instrument is useful since it is of easy application, in addition when detecting the presence of some case of possible depression, the family physician can emit a probable diagnosis and derive to the patients from opportune way the specialist. **Key words:** Depression, postpartum, EDPS, family physician.

Introducción

Las mujeres embarazadas experimentan importantes cambios biológicos, fisiológicos, psicológicos y su actitud respecto al embarazo es el de una etapa más del desarrollo.

Las mujeres psicológicamente sanas suelen encontrar el consiguiente trabajo de adaptación psíquico, a los cambios que se presentan en el embarazo y posteriormente a la nueva situación de ser madre.^{3, 18, 21, 2,}

Sin embargo otras mujeres viven el embarazo de manera negativa, experimentando sentimientos de tristeza, ansiedad, temor o confusión. Para muchas madres estos sentimientos desaparecen rápidamente, pero cuando éstos persisten o empeoran es posible que esté sufriendo una depresión posparto.^{3,9,}

La depresión posparto es una de las enfermedades más frecuentes posterior al nacimiento del bebé y que afecta a una de cada diez parturientas. Su inicio se puede presentar en la 2a y 8a semana,^{10, 15,} con una duración de 4 a 6 semanas y si no se trata adecuadamente puede persistir durante meses incluso años, llegando a la cronicidad.^{9,20}

La forma de inicio más característica de la depresión, es con la presencia de fuertes sentimientos de culpa de la madre, de incapacidad total de hacerse cargo del hijo y de ambivalencia en relación con el afecto por éste. La mujer que sufre una depresión posparto generalmente experimenta una variada sintomatología. Dentro de los síntomas se encuentra: tristeza, fatiga, insomnio, pérdida del apetito, disminución de la libido, alteración de la memoria, sobreprotección del niño o rechazo, sentimiento de culpa, irritabilidad y ansiedad entre los más frecuentes.^{3, 6,9,15,}

Es necesario distinguir la depresión posparto del periodo de tristeza o melancolía “normal”, que puede presentarse después del parto; debida a la experiencia misma del alumbramiento y al estado estresante que se produjo así como la separación biológica de la madre y su producto. Éste estado de tristeza es de duración breve y no impide a la madre cuidar y atender a su bebé.

La tristeza es el síntoma más frecuente de la depresión posparto, las pacientes se sienten bajas de ánimo, infelices y desgraciadas la mayor parte del tiempo.

Todas las nuevas madres se sienten un poco abrumadas y fatigadas, pero la madre con depresión posparto se siente tan agotada que llega a pensar que padece alguna enfermedad física.

Probablemente no existe una causa única sino más bien diferentes tipos de estrés o factores ^{9,10,16,21,,26,27} que pueden tener la misma consecuencia o que pueden actuar conjuntamente, además de relacionarse al parecer con los importantes cambios hormonales que tiene lugar en el momento del nacimiento de su hijo, aunque todavía no se dispone de evidencias al respecto. ^{6,18}

Sin embargo una mujer puede sufrir una depresión postparto sin que se aprecie ninguna razón obvia para la misma; y de ahí la importancia de hacer una evaluación de cuadros de depresión anteriores durante la entrevista. ^{3, 20, 21}

Muchas madres deprimidas no son conscientes de que tiene una enfermedad y se sienten avergonzadas de tener que admitir cómo les ha afectado su reciente maternidad. Algunas pueden llegar a pensar que si expresan su sentir realmente puede que les quiten a su hijo (esto no ocurrirá). ¹⁸ Algunos médicos, enfermeras y trabajadores sociales están preparados para reconocer la depresión postparto ya que conocen su existencia y se esfuerzan por detectarla; sin embargo otros profesionales la pasan por alto, o lo que es peor; la ignoran; considerándola como un simple tristeza materna (maternity blues). ^{3,18}

Una vez que se sospecha la presencia de éste trastorno, hay que animar a la paciente para que exprese como se siente realmente tras el parto de su hijo. Si manifiesta sentirse triste, desgraciada, irritable, incompetente, asustada y desinteresada por el bebé, debe aceptarse esto con una actitud comprensiva, no con alarmas, reproches y ofrecer ayuda inmediata. ^{9,18}

La depresión posparto conlleva consecuencias negativas para las propias mujeres, que van deteriorando su nivel de salud, calidad de vida y relaciones personales. También para el desarrollo del niño/a, que presenta un mayor riesgo de trastornos afectivos e incompetencia social, problemas de conducta y somáticos, problemas de atención, dificultades en el aprendizaje y desarrollo cognitivo. ^{2, 15, 16, 17,25}

En este trabajo de investigación se realizó un estudio con mujeres en etapa postnatal, donde se aplicó un instrumento de tamizaje para identificar si alguna de estas mujeres se encontraba cursando con algún problema de depresión postparto.

1.MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES DEL TEMA

1.1.1 DEFINICION DE DEPRESION:

Depresión: Sentimiento psicopatológico de tristeza.¹

Diversos autores^{1,2,18,29-32,35} coinciden en que la depresión es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por tristeza profunda, disminución de la actividad física y psíquica, con pérdida del interés por las ocupaciones habituales. Así el término “ estado de ánimo, indica un estado emocional que puede ser normal, elevado o deprimido, y pueden afectar a todos los aspectos de la vida del individuo,^{1,2,30,31} debiendo considerarse como existentes en un continuo con el estado de ánimo normal.

Este abanico incluye desde un ánimo elevado (manía) con autoestima exagerada e ideas de grandeza; hasta el ánimo deprimido (depresión) con pérdida de energía e interés ante la vida.^{1, 2, 29-31} Los trastornos del estado de ánimo se llaman también trastornos afectivos.

1.1.2 CLASIFICACION DE LOS ESTADOS AFECTIVOS DE ACUERDO AL DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)^{1, 2}

- a) Trastornos Afectivos Mayores ^{a.} Primer episodio y recurrente
^{b.} Con inicio en el postparto

Trastorno Depresivo Mayor

- ❖ Trastorno Bipolar I: Manía, depresión mayor y mixto
- ❖ Trastorno Bipolar II: Hipomanía y depresión mayor

b) Otros Trastornos Afectivos Mayores

- ❖ Trastorno distímico
- ❖ Trastorno ciclotímico

c) Trastornos afectivos atípicos

- ❖ Trastorno depresivo menor
- ❖ Trastorno depresivo breve recurrente
- ❖ trastorno disfórico premenstrual

a. Primer episodio y recurrente: Un trastorno depresivo recurrente, son los pacientes que sufren por lo menos, un segundo episodio de depresión. Para ser considerados episodios separados debe haber un intervalo de por lo menos 2 meses consecutivos en los que no se cumplen los criterios de depresión mayor.

b. Con inicio en el postparto: Con inicio en el postparto, el DSM IV, permite especificar una alteración del estado de ánimo postparto si los síntomas comienzan 4 semanas postparto. Los trastornos mentales postparto suelen incluir síntomas psicóticos.

a) Trastornos Afectivos Mayores

❖ Según el DSM IV

Un trastorno depresivo mayor se define por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Un estado depresivo mayor debe durar al menos 2 semanas: típicamente la persona está deprimida o deja de interesarse por la mayoría de las actividades.

Quienes reciben el diagnóstico de episodio depresivo mayor deben también experimentar al menos 4 síntomas de una lista que incluye: cambios en el apetito y peso, cambios en el sueño y nivel de actividad, pérdida de energía, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para pensar y tomar decisiones e ideas recurrentes de suicidio.^{1,2,29-32}

Los pacientes que sufren únicamente un episodio de depresión mayor, se dice que padecen un Trastorno Depresivo Mayor.

❖ Trastorno Bipolar I

Se define por la evolución clínica de uno o más episodios maníacos y algunas ocasiones por episodios depresivos mayores o mixtos. En donde un episodio maniaco es un periodo de estado de ánimo persistentemente eufórico, expansivo o irritable, que dura por lo menos una semana.

Y el episodio mixto, es aquel periodo de no menos una semana en el que se encuentra un episodio maniaco y uno depresivo mayor casi diariamente.^{1,2,29-32}

❖ Trastorno Bipolar II

Se caracteriza por episodios de depresión mayor e hipomanía; en donde un episodio hipomaniaco dura no menos de 4 días y no es suficientemente grave para deteriorar el funcionamiento social y laboral.

La hipomanía y la manía se asocian con autoestima exagerada, menos necesidad de sueño, distracción, gran actividad física y mental e inclinación excesiva a actividades placenteras.^{1,2,29-32}

b) Otros Trastornos Afectivos Mayores

Existen otros dos trastornos del estado de ánimo; el trastorno distímico y el trastorno ciclotímico; ambos trastornos se caracterizan por la presencia de síntomas de menor intensidad que los síntomas de depresión mayor y trastorno bipolar I.

- ❖ El trastorno distímico, según el DSM IV está caracterizado por un Estado de ánimo deprimido de al menos dos años de duración, que está presente la mayor parte del tiempo, y por síntomas depresivos adicionales que no cumplen el diagnóstico de episodio depresivo mayor.^{1,2,29-32}
- ❖ Trastorno ciclotímico, se caracteriza por no menos de 2 años de Síntomas hipomaniacos frecuentes, que no cumplen con los criterios diagnósticos de un episodio maniaco y de síntomas depresivos que no cumplen el diagnóstico de episodio depresivo mayor.^{1,2,29-32}

c) Otros trastornos Afectivos Atípicos

El DSM IV menciona tres categorías en investigación de trastornos del estado de ánimo, que son:

- ❖ Trastorno depresivo menor, en este trastorno, los criterios diagnósticos para éste padecimiento, se aplican aquellos pacientes cuyos síntomas no alcanzan la gravedad necesaria Para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, en cuanto a gravedad, pero sí en cuanto a duración.^{1,2}
- ❖ Trastorno depresivo breve recurrente, los criterios diagnósticos para este padecimiento, se aplican a pacientes con síntomas depresivos que cumplen los criterios de episodio depresivo mayor en cuanto a duración pero no en cuanto a gravedad.^{1,2}
- ❖ Trastorno disfórico premenstrual, llamado también síndrome premenstrual, los criterios diagnósticos definen síntomas relacionados con un estado de ánimo, conducta anormal y quejas somáticas durante e periodo premenstrual.^{1,2}

1.1.3 DEPRESION POSTPARTO

La depresión posparto consiste en el desarrollo de un conjunto de síntomas en la madre tras el nacimiento de su hijo. A veces ésta depresión puede tener una fácil explicación, bien porque el hijo no ha sido deseado o porque no es normal. Estas mujeres experimentan una de las complicaciones más frecuentes del parto, la depresión posparto, un trastorno que todavía sufren en silencio un gran número de mujeres¹⁸

A pesar de que la literatura define la depresión como posparto, se debe tomar en cuenta, que el producto en algunas ocasiones se obtiene por vía cesárea.

Los trastornos del estado de ánimo que pueden encontrarse tras el parto se clasifican en:

- a) Depresión posparto leve o “maternity blues”: síndrome leve y transitorio que se presenta a los 2-4 días del parto y afecta al 20-80%^{3,5}, otros autores mencionan cifras de oscilación entre 50-80%,^{10,17,26} entre las mujeres que han dado a luz, desaparece sin secuelas, de forma espontánea en un plazo de no más de 10 días¹⁷ o dos semanas.^{3,4,5}
- b) Depresión mayor posparto: se inicia entre la 2a a 8a semanas tras el parto, y en ocasiones incluso 6 meses más tarde^{3,6,9,10,26}, de forma característica como una depresión melancólica con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad para hacerse cargo del hijo y de ambivalencia afectiva hacia el mismo.^{3,5}
- c) Psicosis Posparto: Es una enfermedad aguda y grave, ocurre en 1-2 de cada 1000 nacimientos.^{1,2,3,20} Comienza en un promedio de la segunda y tercera semana, el síndrome se caracteriza por depresión, ideas delirantes y pensamientos de dañar al lactante o a ella misma.^{1,3,9,10,26,27,32} El posparto constituye un periodo de mayor vulnerabilidad, en el que el riesgo de padecer éste trastorno es el doble que en cualquier otra etapa.²

1.1.4 EPIDEMIOLOGÍA

Esta depresión es un problema psiquiátrico que va en aumento y que afecta del 8 a 25%^{5- 8,15,32} a nivel mundial, por otra parte Espíndola y cols.⁴² menciona cifras reportadas de prevalencia en occidente de depresión posparto que oscilan entre 10 y 15%; en mujeres árabes (1997) con un 15.8%; en Zimbabwe (1998) el porcentaje oscila en 16% ; en mujeres de Sudáfrica (1999) refiere una prevalencia de 34.7%, en tanto en mujeres chinas (2001) se refiere una cifra de 11.2%; en

mujeres japonesas (2002) con una prevalencia de 17% y en mujeres de la india (2002) con una prevalencia de 23%.

En México no se encontró en la bibliografía consultada, investigaciones hechas y publicadas antes de 1997; sin embargo el Instituto Nacional de Perinatología (INPER) perteneciente a la Secretaría de Salubridad, realizó el primer estudio en 1997 para detección de depresión postparto a través de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPS) en mujeres mexicanas embarazadas. La muestra que se utilizó en dicho estudio fue con 360 mujeres embarazadas en el último trimestre que aceptaron contestar el cuestionario de EDPS y otros instrumentos tales como cuestionario general de salud de Goldberg, el Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo de Spielberger, la Escala de Locus de control de Rotter⁴¹; pruebas que se volvieron a aplicar después de 6 semanas postparto, contestando únicamente 97 mujeres de las 360.

Este estudio realizado en el INPER fue con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión postparto a través del EDPS y determinar validez y confiabilidad al instrumento del EDPS.

Espíndola y cols. (1992)⁴² reportaron en el INPER una prevalencia de 121.7% en depresión postparto.

En cuanto a las instituciones del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la bibliografía consultada del Anuario Estadístico 2005⁴⁴ y del Boletín de Información Estadística 2005⁴³, no se reporta como causa de morbilidad la depresión postparto, sino que los trastornos depresivos relacionados con el puerperio se reportan en conjunto como “otras causas maternas.”

En relación a las características de dichas pacientes se encontró que en cuanto a:

- a) Persona. Las pacientes que tienen mayor riesgo de padecer la depresión postparto son aquellas mujeres jóvenes^{6,27}, sobre todo si se presenta en las adolescencia, las cuales son solteras, sin apoyo moral de su pareja o familia,^{6,9,16,27} con un nivel socio-económico generalmente bajo^{6,16}; aunque Lori ER³³ menciona que se presenta en mujeres con nivel socioeconómico medio-alto. Se puede presentar en cualquier embarazo, siendo más frecuente en las primigestas,^{2,39} aunque Ortega y cols.⁴¹ mencionan que es más frecuente en multigestas; y en aquellas que presentan una historia previa de depresión.^{1,27}

- b) Lugar. Se menciona que es más frecuente esta patología en mujeres que viven en medio urbano donde se cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios, con nivel socioeconómico bajo^{6,16}, algunos autores^{33,43} mencionan que se puede encontrar en nivel socioeconómico medio y con igual presentación en países desarrollados y subdesarrollados.³³
- c) Tiempo. Hay pocos estudios de depresión postparto fuera del mundo occidental con preferencia del público inglés, situación que existe a pesar de que hay pruebas de estudios internacionales de que la prevalencia de depresión postparto existe a nivel mundial.^{33,41} En México se realizó un estudio en el INPER en 1997 y reportado en el 2001 y otro realizado en el 2004 también del INPER. Se ha reportado en el estudio del 2001 que el promedio de tiempo que se presenta la depresión posparto es entre la 6^{ta} y 12^a semana postparto.

Por lo tanto se puede mencionar que estas mujeres pueden ser consideradas “*malas madres*” pero están experimentando una de las complicaciones más frecuentes del parto; la depresión postparto, un trastorno que sufren en silencio un gran número de mujeres³² y que el médico familiar, debido a éste amento y a su privilegiada posición en el ámbito familiar juega un papel decisivo en la identificación de éste problema.³

1.1.5 ETIOLOGÍA

Los trastornos depresivos pueden originarse por diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, y que pueden manifestarse a través de diversas presentaciones clínicas por lo que siempre es necesario descartar las enfermedades médicas que simulan la depresión, antes de diagnosticarlos de manera conclusiva.^{1,2,29}

1.1.5.1 Factores Biológicos

Algunos estudios^{1,2,29,30} han sugerido anomalías en los metabolitos de las aminas biógenas, en sangre, orina y líquido cefalorraquídeo en pacientes con trastornos del ánimo.

- Aminas biogénicas: La noradrenalina y la serotonina son dos neurotransmisores implicados más habitualmente en la fisiopatología de los trastornos del ánimo; asociándose a un descenso en la sensibilidad de los receptores postsinápticos beta adrenérgicos y en los receptores tipo 2 de la 5 - hidroxitriptamina (5-HT₂).

- Regulación endocrina: El hipotálamo es esencial en la regulación de los ejes neuroendocrinos utilizando aminas biógenas como neurotransmisores. El funcionamiento alterado de los sistemas neuroendocrinos podría ser el resultado de anomalías en las neuronas que contienen aminas biogénas.
- Entre los pacientes con depresión suelen observarse anomalías del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal.^{1,2,29-31}

Los ejes neuroendocrinos de mayor interés son el adrenal, el tiroideo y el de la hormona de crecimiento.

- Eje adrenal: Muchos pacientes deprimidos muestran aumento de la secreción de cortisol, éste hallazgo se ha utilizado en la prueba de supresión en la que la dexametasona es un esteroide exógeno que suprime el nivel de cortisol en sangre.^{1,2,29}
- Eje tiroideo: Los trastornos tiroideos se han asociado a menudo con síntomas afectivos. Investigaciones han encontrado además trastornos autoinmunes que afectan a la glándula de tiroides.^{1,2,15,20}
- Hormona de crecimiento: Los pacientes deprimidos presentan menor estimulación de la liberación de ésta hormona, inducida durante el sueño.^{1,2}

1.1.5.2 Factores genéticos

Algunos estudios demuestran^{1,2,29} un factor genético implicado claramente en el desarrollo de los trastornos del estado de ánimo. La posibilidad de presentar algún trastorno del estado de ánimo entre parientes de primer grado es mayor en comparación con los pacientes de segundo grado.

Estudios familiares. Los familiares de primer grado de los pacientes con trastornos bipolar I tienen una probabilidad de sufrir este trastorno entre 8 y 18 veces superior, decreciendo la probabilidad a medida que se aleja el parentesco.¹

1.1.5.3 Factores psicosociales

Algunos de los investigadores han compartido la convicción de que existe una relación entre los sucesos estresantes de la vida y la depresión.^{15,29,30}

Existen teorías que explican que el estrés que acompaña al primer episodio de trastornos afectivos, produce cambios a largo plazo en la biología cerebral, produciendo variaciones en los neurotransmisores⁵ y disminución exagerada de conexiones sinápticas. Como consecuencia la persona resulta más vulnerable para

sufrir episodios posteriores de trastornos del estado de ánimo, incluso sin factores estresantes.

Además se recalca la importancia de evaluar la vida familiar del paciente e identificar los posibles factores estresantes relacionados con el contorno familiar.^{10,16,29,30}

1.1.6 FACTORES DE RIESGO

Hay mujeres que se encuentran en riesgo de sufrir depresión posparto, aunque no se pueda prevenir del todo. Se sabe que la mayoría de las mujeres que han sufrido esta patología se caracterizan por haber tenido un parto difícil, un embarazo peligroso, carecer del apoyo familiar o de la pareja, no desear al bebé, e incluso por baja autoestima e historial depresivo.^{1,6,9,10,26}

Recientemente se señalaron otros elementos que intervienen en la aparición del trastorno, como si se encuentra casada, soltera, en unión libre, etc.; si es de nivel socioeconómico bajo o alto y/o la planificación del embarazo.^{16,17,21} El riesgo de depresión posparto aumenta cuando hay antecedentes de depresión en la madre o en su familia,² o cuando la madre ha sufrido una enfermedad psiquiátrica pospartum con anterioridad.^{1,16}

Así que se presentan factores de riesgo tanto individuales como familiares, que a continuación se mencionan:

1.1.6.1 Factores de Riesgo Individuales

- Nivel escolar bajo^{6,16}
- Bebé prematuro o con alguna patología
- Un embarazo no planeado ni deseado²
- Estrés psicosocial fuerte^{6,27}
- Crisis de pareja^{6,16}
- Edad materna joven^{6,27}

1.1.6.2 Factores de Riesgo Familiares

- Falta de apoyo por parte de la pareja, madre soltera o separada.²⁷
- Historia previa de depresión (en la adolescencia o antecedentes familiares)^{1,27}.
- Pérdida materna en etapa temprana de la niñez

- Acumulación de acontecimientos vitales adversos, como el fallecimiento de un ser querido, la pérdida del empleo de la paciente o de su pareja, problemas económicos, de vivienda y falta de preparación para el embarazo, parto; etc.^{6,16}

En éste momento es importante el apoyo de la familia de origen de la paciente; como involucrar a su pareja, de forma que él pueda comprender qué es lo que esta pasando (sin olvidar que su pareja también sufre las consecuencias de la depresión posparto).

Posiblemente él sea quien mejor pueda apoyar a la paciente, aunque también necesitará algo de apoyo para sí mismo, especialmente si es el primer hijo que tienen y si se ha sentido desplazado tras su llegada.^{9,27,}

Este es realmente un aspecto importante ya que si el marido está resentido y no comprende hasta que punto su esposa necesita de su apoyo y ayuda podrán surgir más problemas.

El marido de la paciente también se sentirá aliviado por el diagnóstico y por recibir consejos sobre como actuar. La atención para el recién nacido, como una actitud comprensiva y afectiva ayudará incluso cuando la depresión haya desaparecido.¹⁸

1.1.7 SÍNTOMAS

Los trastornos del estado de ánimo que pueden encontrarse en el puerperio son:

a) Depresión posparto leve o “maternity blues”:

Síndrome leve y transitorio, que desaparece en forma espontánea y sin secuelas en unas semanas. En ésta depresión el conjunto sintomático se caracteriza por:

Ansiedad, insomnio, irritabilidad, labilidad emocional, cefalea, cambios del apetito y sentimiento de minusvalía; y se ha considerado como un proceso mental fisiológico de adaptación a la nueva situación. No obstante debe vigilarse, la posibilidad de que éstos síntomas persistan o aumenten de intensidad y deriven a una depresión posparto. La depresión leve pueden durar solo unas horas o hasta una o dos semanas después del parto. No se requiere atención médica por parte del personal de salud, en ocasiones sólo con apoyo de grupos de nuevas madres.^{3,5,9,10}

b) Depresión posparto:

La clínica de éste cuadro es más florida, iniciándose entre las segunda y octava semanas posterior al nacimiento del bebé e incluso varios meses después.^{3,9,10,26}

Puede ocurrir después del nacimiento de cualquier hijo, no sólo del primero. Aunque la forma de inicio más característica es la de una depresión melancólica, con tristeza, fatiga, alteración del sueño y apetito, falta de concentración, confusión, pérdida de memoria, irritabilidad hacia el marido o a otros hijos, sentimiento de culpa, pérdida de la libido, miedo de autolesionarse o dañar al niño, sobreprotección del niño, la madre ve al niño siempre como enfermo, lo que motiva repetidas consultas al médico.

A veces ésta situación es el único síntoma de una depresión silenciosa, puede aparecer una intolerancia extrema hacia el bebé; llegar a gritarle incluso a pegarle, con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad total de hacerse cargo del niño y de ambivalencia en relación con el afecto por éste.^{3,10,32}

Si no se recibe atención médica para este padecimiento, los síntomas pueden empeorar y durar hasta un año.

c) Psicosis posparto:

Aparece generalmente de forma brusca entre el tercero y noveno día postparto³ aunque puede iniciarse entre la segunda y tercera semana e incluso hasta la 8a semana posparto.^{1,3,9,10}

Típicamente las pacientes comienzan con fatiga, labilidad emocional, insomnio, llanto, confusión, ideas delirantes, alucinaciones que involucran al niño (puede pensar que el niño está muerto o defectuoso), sentimientos de no cuidar al bebé, de hacerse daño al niño o a ella misma. Las mujeres pierden contacto con la realidad y a menudo tiene alucinaciones auditivas e ilusiones. Puesto que la madre puede con frecuencia autolesionarse o dañar a su niño la psicosis posparto es una emergencia médica.^{1,3,9}

1.1.8 DIAGNÓSTICO

La detección de este trastorno es difícil lo que provoca que su incidencia esté subestimada y que muchas de éstas pacientes pasen desapercibidas. Dificulta aún más el diagnóstico el hecho de que el periodo posparto está asociado a cambios psicológicos y complicaciones somáticas que puedan ocultar el cuadro depresivo.^{3,17}

La depresión posparto predispone alteraciones en el binomio madre e hijo lo que puede ser más preocupante y que obliga a su detección temprana para prevenir un impacto negativo en el desarrollo emocional y cognitivo del recién nacido, en especial si se presenta en un contexto socioeconómico desfavorable.¹⁰

El diagnóstico exacto es el primer escalón para detectar la depresión posparto y por lo tanto es imprescindible establecer líneas generales en las que se evalúen los aspectos como el estado emocional de la paciente, que incluyan:

- Historia clínica junto con un examen físico completo y evaluación emocional.
- Identificación de grupos de riesgo. Es aconsejable profundizar en las características pre y postnatales que pudieran predecir una mayor probabilidad de desarrollar ésta patología.

Es necesario que para una detección precoz, ofrecer una información adecuada a las madres embarazadas, en donde se hiciera participar también a los padres e informarles sobre los síntomas de la depresión y los posibles sentimientos de ansiedad, miedo o inseguridad que pueden aparecer tras el parto.^{2,3}

El médico de primer nivel presenta algunas dificultades para diagnosticar este padecimiento; ya que puede considerar los cambios somáticos inespecíficos de la paciente como algo transitorio y no sospechar que pudiera tratarse de un cuadro de depresión posparto.

El DSM IV enumera los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, permitiendo especificar una alteración del estado de ánimo posparto, sí los síntomas comienzan dentro de las 4 semanas posparto. El DSM IV especifica que para diagnosticar la depresión es necesario que estén presentes cinco o más de los síntomas mencionados por lo menos durante dos semanas. Además uno de los cinco síntomas debe ser ya sea el estado de ánimo reprimido o pérdida del interés o placer.

Se presenta a continuación la entrevista clínica según el DSM IV, y en cada pregunta la respuesta es si o no.¹ (Las preguntas se encuentra escritas textualmente de la fuente bibliográfica)

- 1- ¿Usted se ha sentido triste o la han notado llorosa?
- 2- ¿Ha notado marcada disminución del interés o del placer en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día?
- 3- ¿Ha tenido pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días?
- 4- ¿Ha tenido insomnio o hipersomnia?
- 5- ¿Ha presentado agitación o retraso psicomotores casi todos los días?
- 6- ¿Se ha sentido fatigada o con pérdida de energía casi todos los días?
- 7- ¿Ha sentido sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva, casi todos los días?
- 8- ¿Se ha notado con menor capacidad de pensar o concentrarse casi todos los días?
- 9- ¿Ha tenido pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas recurrentes, o intento de suicidio o un plan de suicidio específico?

1.1.8.1. Pruebas de diagnóstico para la depresión postparto

Además de la entrevista clínica, se han utilizado escalas psicológicas de distintos tipos. Son muchas las dificultades que encuentran los investigadores en precisar los diagnósticos de depresión, tanto por la diversidad de sistemas clasificados como por la gran variedad de instrumentos utilizados para el éste diagnóstico.¹⁷

Así el médico familiar puede apoyarse para el diagnóstico de la depresión posparto con distintas pruebas diagnósticas que a continuación se mencionan:

- ❖ Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS)^{3,5,6,,8,10-14,17,19,22-27}
- ❖ Postpartum Depression Screening Scale^{4,7,11,12,13}
- ❖ Beck Depresión Inventory^{8, 11,17}
- ❖ Semi-structured clinical interview (SADS)³
- ❖ Scale and Goldberg's standardised Psychiatric Interview³

- ❖ The Bromley Postnatal depression scale (detecta episodios depresivos en el postparto o previos)³
- ❖ The Zerssen self-rating scale (se ha utilizado en los primeros días tras el parto para el diagnóstico de la depresión postparto leve o Maternity Blues)³.
- ❖ Zung Scale^{3,26}
- ❖ The Psychiatric Assessment Schedule³

Una de las alternativas que con más frecuencia se utiliza para la detección de síntomas depresivos en el posparto es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (Edinburgh Posnatal Depression Scale, EDPS),^{3,6,7,8,10-14,17,22-27} que ha sido ampliamente utilizada para evaluar la depresión posparto.

1.1.8.2 Antecedentes del EDPS

En ésta investigación se utilizó la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo debido a que ha demostrado ser la prueba más utilizada en la atención primaria para la detección de la depresión posparto.²²⁻²⁷ La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (Edinburgh Posnatal Depresión Scale), fue diseñada por Cox (1987)¹⁷, específicamente para detectar estados depresivos en el periodo postnatal, y desarrollada en los centros de salud de Livingston y Edimburgo^{10,3} publicándose por vez primera en 1987 en un idioma original inglés. El propósito del instrumento es detectar específicamente síntomas de depresión posparto, evaluando percepciones acerca de la sintomatología de la mujer después de haber tenido a su hijo.^{10,13} Es un instrumento específico muy utilizado en estudios actuales, en el ámbito de la salud materno-infantil, sobre todo en población anglosajona.¹⁷

Ha demostrado ser de especial utilidad tanto en la clínica como en la investigación, habiéndose aprobado su eficacia para detectar estados depresivos en ámbitos hospitalarios y de atención primaria y en los propios hogares de las madres.^{17,10} Ha sido traducida a múltiples idiomas y se ha probado en poblaciones de madres de muy diferentes países como Alemania (1988), Arabia Saudita (1977), Australia (1993), Canadá (1995), Chile (1995), China (1998), Francia (1998) Holanda (1992), Italia (1997), Japón (1996), Nigeria (2003), Noruega (2001), Perú (2002), Portugal (1996), Singapur (1994), Suecia (1996), Vietnam (1997). Su utilización en población española aún parece escasa, aunque recientemente se han obtenido datos de validación en España de acuerdo a los criterios del DSM IV (García Esteve, Ascaso, Ojuel y Navarro, 2002; Ascaso et.al 2003).¹⁷

1.1.8.3 Descripción del EDPS

Este cuestionario es autoaplicable, consta de 10 preguntas cortas de síntomas comunes de depresión y usa un formato tipo likert¹³ para calificar las respuestas.

La madre elige las respuestas que mejor describen el cómo se siente ella en la última semana. Cada pregunta es clasificada en una escala de 0 a 3^{7,8,10-13} de acuerdo a la severidad de los síntomas, la puntuación para las preguntas 1,2 y 4 es de menor a mayor puntaje; y de las preguntas 3,5,6,7,8,9 y 10 la puntuación es a la inversa es decir de 3 a 0.²² El rango total va de 0 a 30.

Las 10 preguntas de depresión que se incluyen en el EDPS²³⁻²⁵ son:

1. he sentido incapacidad para reír y ver el lado positivo de las cosas.
2. He disfrutado mirar hacia adelante.
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal.
4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo.
5. He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo
6. Las cosas me han agobiado.
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir.
8. Me he sentido triste o desgraciada.
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando.
10. He tenido pensamientos de hacerme daño.

Diversos autores^{3,7,5,10,11-13,22-27} proponen diferentes puntos de corte para la escala de depresión posparto de Edimburgo (EDPS); que van de 9 a 12; de 12 a 13 y mayor de 13 puntos. La decisión de utilizar uno u otro punto de corte dependerá del objetivo que se busque con la aplicación de la prueba.

Se recomienda utilizar un punto de corte de 9/10 para los estudios de tamizaje,²³ dado que se obtiene una sensibilidad aceptada 85.7. Si se usa para precisar los “casos” es preferible utilizar un punto de corte de 12/13, ya que se logran valores adecuados para la especificidad.²³

Este punto de corte de 12/13 es también el que sugiere la prueba original del EDPS de Cox.²

1.1.9 TRATAMIENTO

Autores como Kaplan, Carro, Clay, Cooper^{1,3,6,15} sugieren que para el tratamiento de la depresión posparto recomiendan un tratamiento integral que puede ser sólo o una combinación de ellas:

- a) Tratamiento de psicoterapia
- b) Tratamiento farmacológico
- c) Terapia electroconvulsiva

a) Tratamiento de psicoterapia: Mediante la cual intentará comprender la depresión en términos de lo que le ocurrió en el pasado.¹⁸ La importancia que han demostrado tener las medidas de apoyo para disminuir de forma significativa la incidencia de los síntomas depresivos leves.^{3,20,29} Existen diferentes subtipos de psicoterapia como la terapia interpersonal donde se emplea la relación entre terapeuta y paciente como agente curativo. La terapia cognitiva^{18,29} y de comportamiento donde controla los pensamientos pesimistas, intentando hacer sentirla más positiva sobre sí misma. La psicoterapia psicodinámica²⁹ se enfoca en sucesos del pasado y conflictos internos, que tal vez interfieran con la capacidad de la paciente en alcanzar su máxima capacidad en el momento actual; y por último en la psicoterapia de grupo^{3,29} donde recibe apoyo para que identifique sus puntos fuertes y aumentar su confianza en sí misma.^{29,15} En el maternity blues, dado que es un cuadro transitorio y sin consecuencias, dar seguridad y apoyo, junto a información sobre su posible aparición clínica suele ser suficiente en la mayoría de los casos.

Sin embargo su resolución a veces puede verse comprometida y las mujeres que lo experimentan pueden tener un riesgo aumentado para desarrollar depresión postparto^{3,20}

b) Tratamiento farmacológico: Aunque la psicoterapia constituye el tratamiento de primera elección, muchas pacientes con una depresión posparto grave requieren el tratamiento con psicofármacos^{1,20}; éste tratamiento y la elección del antidepresivo se fundamentarán en las características y circunstancias de la madre, así como en la interacción madre-hijo.^{21,29} Los más usados son los antidepresivos tricíclicos (ATC), como la amitriptilina, e imipramina; los cuales su mecanismo de acción es bloquear la recaptura de noradrenalina y serotonina así como histamínicos y colinérgicos.

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) tales como fluoxetina, sertralina, paroxetina, que inhiben la recaptura de serotonina. También se han utilizado los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) como es la meclobemida.^{1,3,6,29-32}

Iniciado el tratamiento se obtiene respuesta en un lapso de dos a cuatro semanas.²⁹ A menos que efectos adversos lo impidan, un antidepresivo se debe aumentar hasta el nivel máximo recomendado y mantener a ese nivel durante no menos de 4 o 5 semanas antes de considerar que no es útil. Alternativamente, si un paciente está mejorando clínicamente con una dosis baja del fármaco, no se debe incrementar ésta dosis, a menos que la mejoría clínica se detenga antes de obtener el máximo beneficio^{1,29}.

El tratamiento antidepresivo se debe de tomar por nueva a doce meses tras haber logrado la remisión total de la sintomatología. Un tratamiento profiláctico con antidepresivos es eficaz para reducir el número y gravedad de las recurrencias, algunos estudios han sugerido que el tratamiento profiláctico está indicado durante 5 años cuando los episodios tiene un intervalo inferior a 2 años y medio, o cuando los episodios previos han sido graves^{1,6,29-32}. Cuando se suspende el tratamiento, la dosis del fármaco se debe disminuir gradualmente durante 1 a 2 semanas según la vida media del compuesto particular.^{29,30}

Las combinaciones de antidepresivos entran en consideración cuando la monoterapia no ha proporcionado los efectos idóneos; no produciéndose más efectos colaterales de los que se observan con cada fármaco por separado. La asociación recomendable en primera instancia es antidepresivos tricíclicos con litio; una segunda combinación es antidepresivo tricíclico con un inhibidor de la mono-amino-oxidasa (IMAO); otra combinación es un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS) con un tricíclico. No administrar un ISRS con un IMAO, ya que se produciría un síndrome serotoninérgico.

Una tercera opción es asociar hormona tiroidea al antidepresivo.^{1,29,31,32} Clay, Rabat y Romero^{6,20,21} mencionan que los estudios realizados sobre la seguridad del uso de psicofármacos en madres lactantes para sus bebés son escasos y limitados.

Por lo que se debe de valorar en forma individualizada la relación beneficio/riesgo; y siempre debe informarse a la mujer y a su pareja de los datos que se conocen acerca de la lactancia y el uso de psicofármacos.³

A continuación se presenta en el siguiente cuadro un resumen de antidepresivos con sus indicaciones, dosis, vida media y efectos colaterales.

Resumen de antidepresivos mas prescritos en depresión

	Indicaciones principales	Dosis mg/día	Efectos colaterales	Vida media en hrs
TRICICLICOS Imipramina	Depresión Enuresis	50 a 150mg VO	Anticolinérgico	4 A 7hrs
Clorimipramina	Trastorno obsesivo compulsivo Depresión.	50 a 150 VO.	Anticolinérgico	
Amitriptilina	Depresión		Anticolinérgico Crisis Convulsivas	10 a 25hrs
IMAO Meclobemida	Depresión y distimias	100 a 600 Iniciar 50mg	Hipotensión ortostática, mareo, vertigo Trastorno del sueño Evitar alimentos con tiramina	
Hipericina (Hierba de San Juan)	Depresión ligera y moderada	1 tab c/12hrs	Nauseas, vomito, diarrea, prurito, hipersensibilidad solar, pérdida de cabello	25hrs
INHIBIDOR SELECTIVO DEL RECEPTOR DE LA SEROTONINA (ISRS) Citalopram	Depresión, trastornos obsesivo-compulsivo	20mg en el día y 20mg en la noche	Boca seca, trastornos de atención, bradicardia y temblor	33hrs
Escitalopram	Trastorno depresivo mayor Bulimia nerviosa	10mg por la mañana o noche	Nausea, vomito, sudoración , fatiga, mareo diarrea, boca seca y estreñimiento	27 a 32hrs
Fluoxetina	Trastorno depresivo Trastorno obsesivo-compulsivo Bulimia Nerviosa	20 a 80mg Se inicia con 10mg por la mañana o al medio día	Ansiedad, nausea, trastorno del sueño, mareo, temblor, pérdida de peso, cefalea, boca seca	1 a 4días
Paroxetina	Depresión, y trastorno obsesivo compulsivo	10 a 60mg Iniciar 10 a 20mg /mañana o noche	Nausea o vomito somnolencia, sudoración, retraso para eyacular	24hrs
Sertralina	Todo tipo de depresiones Trastorno obsesivo-compulsivo	50 a 200mg Iniciar con 50mg por la mañana o noche	Nausea, diarrea, dispepsia, temblor, mareo, somnolencia, retardo en la eyaculación	2 a 4 días
INIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA Y NORADRENALINA (IRSR Y N) Venlafaxina	Depresión y ansiedad generalizada	75mg con los alimentos por la mañana	Hipertensión o hipotensión, taquicardia, insomnio, nausea, vomito, mareo, estreñimiento.	6hrs
Duloxetina	Depresión, dolor neuropatico por diabetes mellitus	De 30 a 60mg/día Iniciar con 30mg por la mañana	Nausea, fatiga, mareo, hipertensión, estreñimiento, tendencias suicidas	12hrs
MODULADORES DE SEROTONINA Trazodona	Depresión	100 a 500mg/día Iniciar con 50mg por la noche	Somnolencia, priapismo, hipotensión.	5 a 9hrs
ANTIDEPRESIVOS ATIPICOS Bupropion o amfebutamona	Depresión	150 a 300mg Iniciar con 150mg por la mañana	Ansiedad, insomnio, arritmias. Hipertensión, crisis convulsivas	14hrs

* Fuente bibliográfica ¹, 29-31

* En el cuadro original existe una columna de contraindicaciones y precauciones, pero debido a que es mucha información se refiere al lector a la fuente bibliográfica.

c) Tratamiento electroconvulsivo. Autores como Elkin y Goldman^{29,30} mencionan que éste tipo de tratamiento está indicado en casos de depresión resistente al tratamiento y en quienes no toleran los efectos secundarios de los medicamentos, siendo tan eficaz como la medicación antidepresiva, Sus efectos secundarios son sobre la memoria a corto plazo.

Los médicos familiares no siempre prescriben tratamiento farmacológico para sus pacientes con trastornos emocionales. Sin embargo, en ocasiones la naturaleza de la depresión es tal que hace necesario un tratamiento con fármacos antidepresivos, complementado con métodos terapéuticos. Tanto el tratamiento con los fármacos y la psicológica ha mostrado tener un efecto significativo en la depresión posparto.¹⁵ Si en la psicosis posparto existe riesgo para el niño (abandono, abuso, infanticidio) o para la madre (auto agresión o suicidio), está indicado el ingreso psiquiátrico. Deben utilizarse fármacos estabilizadores del estado de ánimo y, con gran frecuencia neurolépticos para controlara las crisis agudas y los episodios de agitación.

En caso de que la paciente no responda a la farmacoterapia o los síntomas vayan en escalada puede ser necesaria la terapia electro convulsiva.³

No está bien claro la utilización de hormonas para éste tipo de tratamiento.^{6,18}

1.1.10. EL MÉDICO FAMILIAR Y LA ATENCIÓN INTEGRAL HACIA PACIENTES CON POSIBLE DEPRESIÓN POSPARTO

Se menciona que el médico familiar desde la década de los sesentas hasta la actualidad, en cuanto a su definición ha variado, siendo la más relevante y aceptada la propuesta en 1997 por la organización Mundial de Médicos de Familia WONCA la cual señala que:

“El Médico general o de familia, es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continua a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de salud que prestaran sus servicios cuando sea necesario.”

“El médico general o de familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicite atención, al contrario de otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo y/o diagnóstico de los pacientes.

Atiende al individuo en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, la religión, cultura o clase social. Se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continua a sus pacientes.”

“El médico general o de familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.”⁴⁵

Estas definiciones llevan a que el médico familiar ante la paciente con posible depresión posparto, debe actuar anticipándose en las actividades sobre dicha población para prevenir la aparición de dicha enfermedad, trabajando sobre sus factores de riesgo y detectando las que están en fase presintomática.

Esto nos lleva a tratar el siguiente punto que es:

1.1.10.1 El Médico Familiar y su labor para anticiparse al riesgo

Se sabe que los tres principales ejes entrono a los cuales gira la medicina familiar son: el estudio de la familia, la continuidad de la atención y el enfoque de riesgo; representados éstos de manera gráfica en un triángulo. Es en el último eje mencionado donde en este caso tiene particular importancia la acción del médico familiar en cuanto a la anticipación al riesgo ya que con su labor de educación en pacientes posparto está haciendo labor de prevención y por consiguiente de anticipación al riesgo.

El médico familiar está más comprometido con la persona que con el cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o técnicas especiales, intenta comprender el contexto de la enfermedad dentro y fuera de su ambiente en el marco personal, familiar y social.

Igualmente, el médico familiar considera a cada contacto con su paciente como una oportunidad para aplicar medidas de prevención y educación sanitaria. Ve en sus pacientes a una población en riesgo y no sólo como un individuo expuesto. Se considera asimismo como una red de apoyo.

Desde un punto de vista ideal, el médico familiar debe compartir el mismo hábitat que sus pacientes, y los atenderá en la consulta, en el domicilio y en el hospital.⁴⁶

Siendo la depresión posparto un problema de salud pública comprobado en la literatura médica^{5,10,23}, poco reconocido por parte del personal sanitario, problema

que origina a que las instituciones de salud en México (IMSS, ISSSTE, SSA), diseñen programas de apoyo a la paciente parturienta debido a que es una enfermedad que al igual que otras requiere de su prevención, detección y control en forma individual y familiar los cuales deben ser adecuados a las costumbres y cultura locales.

Dicho lo anterior, se comprende de manera clara que la depresión posparto requiere un enfoque de prevención de riesgo a dicha población, y es aquí donde el médico familiar juega un papel importante en la prevención y/o retardo en el desarrollo de complicaciones, todo ello a través de proporcionar educación para la salud a las pacientes parturientas.

Dicha prevención consistirá en que el médico familiar detecte aquellas pacientes a través de la consulta externa, que presenten factores de riesgo conocidos y relacionados con dicha patología una vez detectadas realizar el seguimiento posterior al parto, es decir, una vez que la paciente tenga a su bebé, citar mensualmente tanto a la madre como al hijo para brindar consulta a los dos, explicándole a la madre que podría sentir sentimientos de irritabilidad, insomnio, ansiedad, cefalea que durarán no más de 2 semanas; pero si esta sintomatología se exagera o perdura por más tiempo entonces acudir al médico y comentárselo porque podría ocasionar daños más severos tanto para ella como al bebé.

Una vez detectadas a dichas pacientes aplicarles en la primera consulta el cuestionario EDPS si salen sospechosas, volverles aplicar el cuestionario dos y 6 meses posterior al parto según valore el médico familiar y de esta forma dar seguimiento hasta la confirmación de la sospecha o no de dicha enfermedad y poder ser derivada a la paciente a un servicio de salud mental especializado.

No menospreciando el papel que tendrá la familia para el apoyo que se le brindará a la paciente, ya que no será lo mismo que ésta presente apoyo incondicional de su pareja y familiares de aquella que se encuentre sola, o únicamente con sus hijos, todo esto valorará el médico familiar para la detección y derivación oportuna de dichas pacientes con posible depresión posparto.

El desempeño del médico familiar puede ser por tanto, de gran trascendencia, al contribuir con su labor de anticipación al riesgo de dicha enfermedad, básicamente mediante una de sus múltiples funciones como lo es la enseñanza, pues como se sabe el médico familiar debe ser capaz de desarrollar actividades de educativas dirigidas a su equipo de salud y a la población derechohabiente.

1.1.10.2 Abordaje familiar en la paciente con depresión posparto

Se debe reconocer que la paciente con posible depresión posparto tiene la influencia de factores familiares e individuales sobre su salud, además de reconocer la influencia de problemas del paciente en su familia, ya que como es de esperarse su dinámica familiar se verá alterada en menor o mayor grado ante dicha enfermedad.

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el brindar apoyo a los miembros que la integran. En el caso de la depresión posparto, ésta función de apoyo adquiere importancia, ya que gracias a ello se podrán resolver situaciones conflictivas tanto en el bebé, la madre y la familia, que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad.

Como se sabe, a lo largo del ciclo vital familiar aparecen diversos acontecimientos que actúan afectando la homeostasis familiar y que requieren de mecanismos de adaptación para su recuperación, para augurar que dichos mecanismos adaptativos tengan éxito, se requiere idealmente que exista una adecuada función familiar. Pero con la aparición de una enfermedad mental, que conlleva a situaciones estresantes que alteran la homeostasis familiar y en la que se requerirá de modificaciones en los hábitos y modo de vida de uno de los miembros; es ahí cuando la familia debe echar andar estos mecanismos de adaptación hasta recuperar el equilibrio alterado.

El factor común de todas esas situaciones es la necesidad que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y por consiguiente adopten nuevas normas y a veces nuevos papeles.

Por otro lado, el impacto de la depresión posparto y su familia depende de la etapa del ciclo familiar en la que se establezca el diagnóstico, sin embargo en cualquiera de ellas lo principal es el apoyo que la familia debe brindar a la paciente para mantener la homeostasis o equilibrio familiar.

El equipo de salud debe estar atento del cuidado de la paciente parturienta y de su familia así como de su estructura y su dinámica familiar y de los recursos que moviliza la familia para enfrentarse a las situaciones estresantes, esto redundará al convertir a la familia en una auténtica unidad de cuidados que facilitará el correcto control integral y no sólo mental de la paciente con depresión posparto; además le permitirá proteger a la familia de situaciones disfuncionales que pudieran ser desencadenantes por la aparición de la enfermedad o sus complicaciones.⁴⁷

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica a nivel mundial, además de ser también una de las más importantes causas de incapacidad que causa al ser humano y la alta probabilidad de generar suicidio.^{1,2}

Países como España, Estados Unidos de Norteamérica, India, Chile, Arabia, Sudáfrica, China y Japón,^{5,6,8,10,16,24} mencionan la importancia que tiene la depresión posparto en sus población femenina; presentándose este trastorno con una frecuencia que varía del 8 al 25% en los meses subsiguientes del nacimiento del bebé.^{5,6,8,,15,20,25}

En México, después de un revisión del banco de datos médicos con respecto a la depresión posparto en instituciones de salud; se encontró que el INPER (Instituto Nacional de Perinatología), ha realizado en usuarias de éste instituto, estudios para determinar la prevalencia de depresión posparto en el último trimestre del embarazo, determinar la validez y confiabilidad de la escala de Edimburgo (EDPS), así como determinar el punto de corte del EDPS para una mejor sensibilidad y especificidad en mujeres embarazadas.^{41,42}

En las clínicas del ISSSTE de Medicina Familiar, Dr Ignacio Chávez y Tlalnepantla, donde se brinda atención de primer nivel, no existe registro estadísticamente de depresión posparto.

El médico de primer contacto, ante la sospecha de dicho padecimiento deriva a la paciente al servicio de salud mental.

El problema que se identificó y motivó al desarrollo de esta investigación fue que el diagnóstico de depresión posparto no se realiza o pasa desapercibido por parte del médico familiar, aún cuando existen herramientas útiles que pueden ser aplicadas por parte del personal de salud de primer contacto, para identificar a las pacientes que presenten ciertas características que orienten al diagnóstico de una posible depresión posparto; y con ésto evitar así complicaciones a futuro tanto para la madre como para el hijo.^{3,5}

1.3 JUSTIFICACIÓN

Debido a que la depresión posparto es un padecimiento que se presenta a nivel internacional documentado y en México no hay suficientes datos sobre el adecuado registro de esta patología en las instituciones de primer nivel^{43,44}, se considera una situación en la que el médico familiar, debe sospechar de ella para lograr un adecuado funcionamiento del binomio madre-hijo.

A pesar de que muchas mujeres después de tener un bebé tienen cambios en el temperamento, en unos momentos se sienten felices y en otros comienzan a llorar, pueden sentir además dificultad para concentrarse, perder el apetito o descubrir que no pueden dormir bien aún si el bebé está dormido, son síntomas que usualmente aparecen a los 2 a 4 días después del parto y que desaparecerán espontáneamente.^{3,38} Resulta importante conocer dichos cambios, ya que a través de ellos se puede identificar aquellas pacientes que empiezan a tener un cuadro depresivo postparto.

Esta patología en muchas ocasiones no es percibida por la mujer ni por su familia como una enfermedad, sino como un defecto de la madre, y sentirse como una “mala madre” o una “madre inútil”, sin olvidar el papel que juega la pareja como apoyo en este trastorno.^{18,40}

Dicha depresión si no es tratada adecuadamente puede traer serias consecuencias tanto para la madre como para el hijo^{6,10,15,16,18,21,38}, ocasionando un impacto negativo en el desarrollo emocional y cognitivo del recién nacido, en especial si se presenta en un contexto socioeconómico desfavorable; y para la madre llegar a presentar un cuadro psicótico.³ Lo que obliga al médico del primer nivel a una detección temprana¹⁰

En las clínicas de Medicina Familiar Dr Ignacio Chavéz y Tlalnepantla se ha visto en la consulta diaria que se da poca importancia el cómo se siente o está anímicamente la madre posterior al parto, cuando acude a revisión de su bebé, prestando más atención a la salud del recién nacido.

El propósito de éste estudio es que con la aplicación del instrumento utilizado, únicamente con fines de tamizaje, en caso de que la puntuación sea alta e indique probable depresión, se refiera a las mujeres a los servicios de salud mental, para que se investigue a profundidad mediante la entrevista clínica y otros instrumentos si efectivamente existe depresión postparto.

Finalmente se proporcionó a la madre orientación sobre el trastorno depresivo enfatizando la importancia de continuar el tratamiento con los profesionales de salud correspondientes.

1.4 OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia de la depresión postparto, en un grupo de mujeres derechohabientes a las Clínicas de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chavéz y Tlalnepantla del ISSSTE.

1.4.1 Objetivos Específicos

- a) Aplicar el cuestionario de Edimburgo modificada para detectar una posible depresión postparto.
- b) Aplicar los criterios diagnósticos del DSM IV para identificar si existen síntomas de depresión postparto.
- c) Perfil general de las mujeres entrevistadas.
- d) Clasificar la tipología familiar de las mujeres estudiadas.
- e) Proporcionar orientación a la pacientes que resulten con posible depresión postparto.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO:

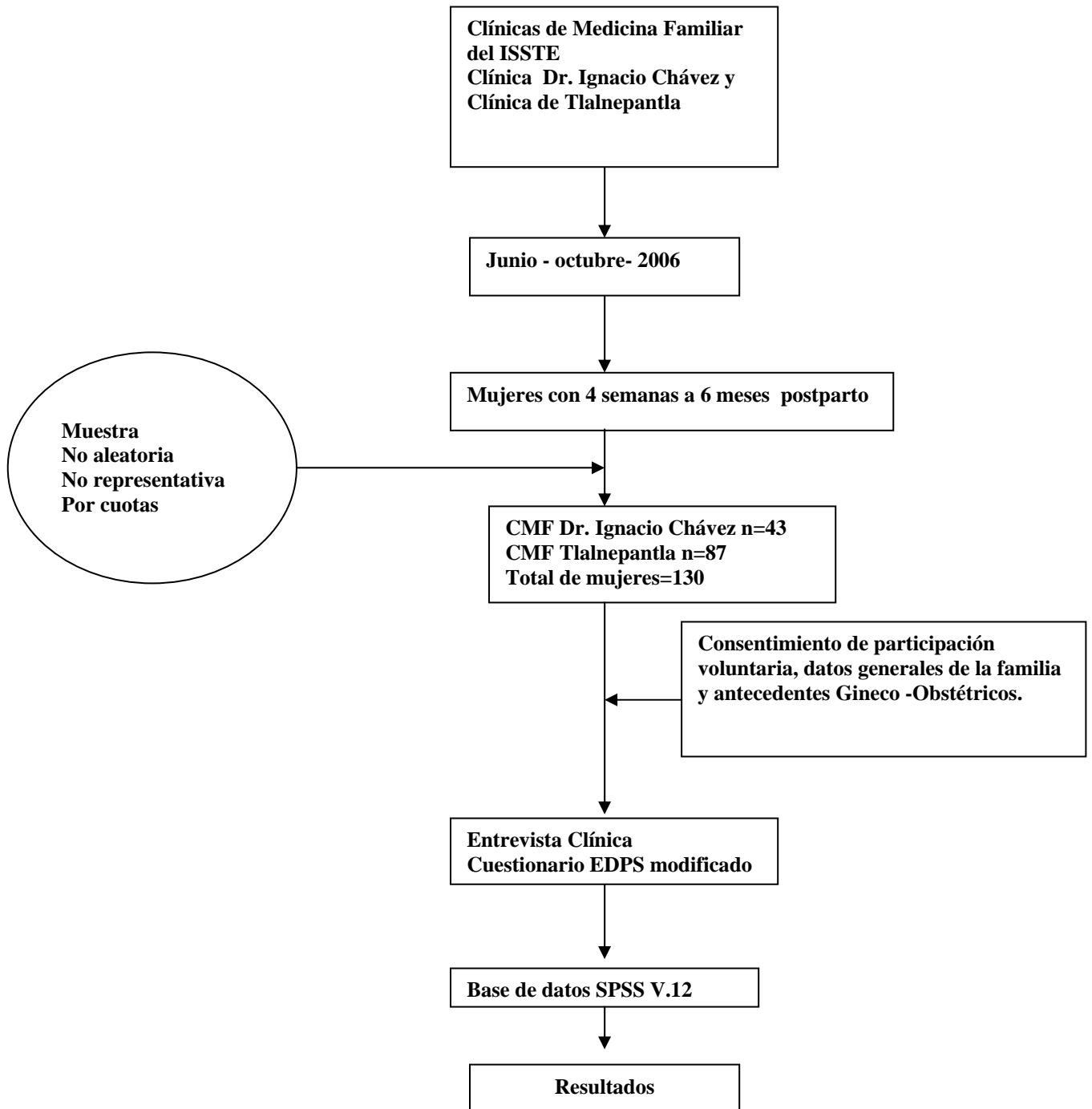
- Transversal
- Observacional
- Descriptivo

2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO

En el siguiente esquema se presenta el diseño de investigación del estudio, donde se trabajó en 2 clínicas de medicina familiar del ISSSTE durante los meses de junio a octubre del 2006; la población de trabajo fueron mujeres con 4 semanas a 6 meses posterior al nacimiento del bebé para identificar aspectos de depresión postparto.

La muestra fue no aleatoria, no representativa, obtenida por cuotas, estudiándose un total de 130 mujeres; se usó la técnica de encuesta estructurada y entrevista clínica para identificar depresión postparto utilizando el cuestionario EDPS.

La información se almacenó en una base de datos y los resultados fueron descriptivos.



2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Un grupo de mujeres derechohabientes que asistieron a consulta externa en los turnos matutino y vespertino de todos los consultorios, en el servicio de medicina preventiva y en la sala de espera de las CMF Dr. Ignacio Chávez y de la Clínica de Medicina Familiar Tlanepantla del ISSSTE dentro de las 4 semanas de posparto a los 6 meses; durante los meses de junio a octubre del 2006.

2.4 MUESTRA

La muestra utilizada fue no aleatoria, no representativa, obtenida por cuotas, y en total se estudiaron 130 mujeres.

2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Criterios de inclusión. Mujeres derechohabientes de la CMF Dr. Ignacio Chávez y de la Clínica Familiar Tlanepantla del ISSSTE de ambos turnos, de cualquier edad y de todos los consultorios, que se encontraron entre la cuarta semana y seis meses posteriores al parto, y aceptaron voluntariamente participar en la investigación.

Criterios de exclusión: Mujeres derechohabientes pertenecientes a la CMF Ignacio Chávez y de la Clínica de Medicina Familiar Tlanepantla del ISSSTE, de ambos turnos, de todos los consultorios, que tuvieron menos de 4 semanas y más de 6 meses de posparto, o que no aceptaron participar.

Criterios de eliminación: Mujeres derechohabientes de la CMF Dr Ignacio Chávez y de la Clínica de Medicina Familiar de Tlanepantla del ISSSTE, en ambos turnos, de todos los consultorios, y que no completen los cuestionarios de manera adecuada.

2.6 VARIABLES

Se evaluaron un total de 51 variables, distribuidas en 5 secciones:

- ❖ Primera sección: Ficha de identificación con 7 variables.
- ❖ Segunda sección: Antecedentes Gineco-Obstétricos con 18 variables.
- ❖ Tercera sección: Datos de la familia con 7 variables por individuo.
- ❖ Cuarta sección: Entrevista clínica según en DSM IV con 9 variables.
- ❖ Quinta sección: Cuestionario de Edimburgo Modificada con 10 variables.

El nombre completo de las variables, su tipo, escala y valores que tuvieron las respuestas se muestran en el cuadro siguiente:

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable o código
1ª SECCIÓN FICHA DE IDENTIFICACION			
No. De folio	Cuantitativa	continua	No. Consecutivo de uno a n.
Expediente	Cuantitativa	continua	Textual
Clínica	Cuantitativa	nominal	1- Ignacio Chávez 2- Tlalnepantla
Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros y fracciones/año
Escolaridad	Cuantitativa	Continua	Numero total de años de estudio a partir de la primaria
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1= Soltera 2= Casada 3= Separada 4= Unión libre 5= Divorciada
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. =Ama de casa 2. =Jubilado/ pensionado 3. =Desempleado 4. =Subempleado 5. =Menor de edad(< 4 años) 6. =Estudiante 7. =Estudia y trabaja 8. =Campesino 9. =Artesano 10. =Obrero 11. =Chofer 12. =Técnico 13. =Empleado 14. =Profesional 15. =Artista 16. =Comerciante establecido 17. =Empresario 18. =Directivo 19. =Servicios diversos 20. =Otras ocupaciones
2ª SECCIÓN ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS			
Edad de menstruar	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Edad de rel. sexuales	Cuantitativa	Continua	Números enteros
No. Parejas sex.	Cuantitativa	Continua	Numero total de parejas
No. embarazos	Cuantitativa	Continua	No. Total de embarazos
No. Partos	Cuantitativa	Continua	No. Total de Partos
No. Abortos	Cuantitativa	Continua	No total de Abortos
No. Cesáreas	Cuantitativa	Continua	No. Total de Cesáreas
No. Hijos vivos	Cuantitativa	Continua	No. Total de hijos vivos
Nac. Ultimo hijo	Cuantitativa	Nominal	Textual
Lactancia actual	Cualitativa	Nominal dicotomica	Si= 1 No= 2
Met. Anticonceptivo	Cualitativa	Nominal dicotomica	Si= 1 No= 2
Cuál met. anticoncep.	Cualitativa	Nominal	1= DIU 2= OTB 3= HO 4= IY 5= Preservativo 6= otros

Papanicolao	Cualitativa	Nominal dicotomica	Si= 1 No=2
Ultima vez Papanicolao	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Exploración de mama	Cualitativa	Nominal dicotomica	Si= 1 No= 2
Ud. se explora mama	Cualitativa	Nominal dicotomica	Si= 1 No= 2
El Medico la explora	Cualitativa	Nominal dicotomica	Si= 1 No= 2
Ultima vez exp. mama	Cuantitativa	Continua	Año o meses
3ª SECCIÓN DATOS DE FAMILIA			
No. Personas que viven en casa	Cuantitativa	Discontinua	No. de integrantes que habitan en casa
Parentesco con la paciente	Cualitativa	Nominal	1= Madre 2= Padre 3= Hijo 4= Hija 5= yerno 6= Nieto 7= Hermanos maternos 8= Hermanos paternos 9= Sobrinos maternos 10= Sobrinos paternos 11= Primos maternos 12= Primos paternos 13= Abuelos maternos 14= Abuelos paternos 15= Bisabuelos maternos 16= Bisabuelos paternos 17= Otros
Sexo del familiar	Cualitativa	Nominal	1= Femenino 2= Masculino
Edad del familiar	Cuantitativa	Ordinal	Números enteros y fracciones/año (meses hacer la equivalencia en fracciones. 6 meses= 0.5años)
Ultimo años de estudios	Cualitativa	Ordinal	Años de estudio completos
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. =Ama de casa 2. =Jubilado/ pensionado 3. =Desempleado 4. =Subempleado 5. =Menor de edad(< 4 años) 6. =Estudiante 7. =Estudia y trabaja 8. =Campesino 9. =Artesano 10. =Obrero 11. =Chofer 12. =Técnico 13. =Empleado 14. =Profesional 15. =Artista 16. =Comerciante establecido 17. =Empresario 18. =Directivo 19. =Servicios diversos 20. =Otras ocupaciones
Estado de salud	Cualitativa	Nominal	1= Sano 2= Enfermo 3= No se
Clasificación familiar en base al parentesco	Cualitativa	Nominal	1= nuclear 2= Nuclear simple 3= Nuclear numerosa

			4= reconstruida 5= Monoparental 6= Monoparental extendida 7= Monoparental extendida compuesta 8= extensa 9= extensa compuesta 10 = No parental 11= Monoparental extendida sin parentesco
4ª SECCIÓN ENTREVISTA CLINICASEGÚN DSM IV			
¿Usted se ha sentido triste o la han notado llorosa?	Cualitativa	Nominal dicotomica	1= Si 2= No
¿Ha notado marcada disminución del interés o del placer en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día?	Cualitativa	Nominal dicotomica	1= Si 2= No
¿Ha tenido pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento Significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días?	Cualitativa	Nominal dicotomica	1= Si 2= No
¿Ha tenido insomnio o hipersomnía?	Cualitativa	Nominal dicotomica	1= Si 2= No
¿Ha presentado agitación o retraso psicomotores casi todos los días?	Cualitativa	Nominal dicotomica	1= Si 2= No
¿Se ha sentido fatigada o con pérdida de energía casi todos los días?	Cualitativa	Nominal dicotomica	1= Si 2= No
¿Ha sentido sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva, casi todos los días?	Cualitativa	Nominal dicotomica	1= Si 2= No
¿Se ha notado con menor capacidad de pensar o concentrarse casi todos los días?	Cualitativa	Nominal dicotomica	1= Si 2= No
¿Ha tenido pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas recurrentes, o intento de suicidio o un plan de suicidio específico?	Cualitativa	Nominal dicotomica	1= Si 2= No
5ª SECCIÓN CUESTIONARIO DE EDIMBURGO MODIFICADA			
He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	Cualitativa	Ordinal	0= Siempre 1= Casi siempre 2=Casi nunca 3= Nunca
He disfrutado mirar hacia delante	Cualitativa	Ordinal	0= Siempre 1= Casi siempre 2=Casi nunca 3= Nunca
Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	Cualitativa	Ordinal	3= siempre 2= Casi siempre 1= Casi nunca 0= Nunca
He estado ansiosa o preocupada sin tener razones claras para ello	Cualitativa	Ordinal	0= Siempre 1= Casi siempre 2=Casi nunca 3= Nunca
He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo	Cualitativa	Ordinal	3= siempre 2= Casi siempre 1= Casi nunca 0= Nunca

Las cosas me han agobiado	Cualitativa	Ordinal	3= siempre 2= Casi siempre 1= Casi nunca 0= Nunca
Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir	Cualitativa	Ordinal	3= siempre 2= Casi siempre 1= Casi nunca 0= Nunca
Me he sentido triste o desgraciada	Cualitativa	Ordinal	3= siempre 2= Casi siempre 1= Casi nunca 0= Nunca
Me he sentido tan infeliz que he estado llorando	Cualitativa	Ordinal	3= siempre 2= Casi siempre 1= Casi nunca 0= Nunca
He pensado en hacerme daño a mi misma	Cualitativa	Ordinal	3= siempre 2= Casi siempre 1= Casi nunca 0= Nunca

2.7 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

DEFINICIÓN DE DEPRESION POSPARTO: Es un término clínico referido a un trastorno depresivo mayor asociado temporalmente con el parto, y no ha sido catalogada como una entidad diferenciada en ninguna clasificación internacional; la única salvedad que hace el DSM IV, es que permite añadir el criterio de “Inicio en el posparto”, para aquellas pacientes cuyo trastorno acontece dentro de las 4 primeras semanas tras el mismo. .

Operativamente en el cuestionario de Edimburgo (EDPS) se suman los puntos de las diez preguntas del instrumento y la puntuación obtenida que esté por arriba de 12 puntos indicará la posible existencia de sufrir el trastorno depresivo.

2.8 DISEÑO ESTADÍSTICO

- El propósito de la investigación fue identificar la frecuencia de la depresión posparto en este grupo de mujeres, de dos clínicas familiares pertenecientes al ISSSTE.
- La muestra estudiada fue de 130 mujeres posparto (periodo comprendido entre la 4a semana a 6 meses posterior al nacimiento del hijo)
- Se realizó solo una medición aplicando el cuestionario EDPS una sola vez.
- Las variables del cuestionario de EDPS son de tipo ordinal utilizando de una escala tipo likert de 0 a 4

- Se espera que la distribución de los datos del cuestionario de Edimburgo sea en forma no paramétrica.
- Se investigó una muestra no representativa ya que fue elegida por cuotas.

2.9 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para este trabajo se eligió de todos los revisados el cuestionario EDPS, éste fue el instrumento de evaluación para el trabajo actual. Sus preguntas originales fueron modificadas, debido a que causaba en las pacientes encuestadas confusión en una prueba piloto, por lo que se decide adaptar palabras menos confusas. Además del EDPS se hicieron preguntas estructuradas para recabar datos socio-demográficos y otras variables de salud.

El instrumento que se creó para ésta investigación, consta de 6 secciones que son:

- 1ª. Sección Consentimiento y participación voluntaria
- 2ª. Sección Ficha de identificación con 7 variables
- 3ª. Sección Antecedentes Gineco-obstétricos con 18 variables
- 4ª. Sección Datos de la familia, en ésta sección se interrogan 7 variables
- 5ª. Sección Entrevista clínica según el DSM IV con 9 variables
- 6ª. Sección Escala de Edimburgo modificada que consta de 10 variables

Las dos últimas secciones ya fueron explicadas en el marco teórico de este documento. El instrumento se presenta en el anexo 1

2.10 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Una vez aprobado el proyecto por las autoridades de las clínicas Dr. Ignacio Chávez y de Tlalnepantla, pertenecientes al ISSSTE, se inició el trabajo de investigación.

- Se pidió la cooperación al personal médico de la consulta externa de ambos turnos así como de ambas clínicas a través de un oficio extendido por la Coordinación de Enseñanza en el caso de la clínica Dr. Ignacio Chávez y a través del Coordinador de Consulta Externa de la clínica de Tlalnepantla.
- Se informó al personal de enfermería de medicina preventiva de ambas clínicas, para que las madres que acudieran a la aplicación de vacunas de sus hijos a partir de la 4ª semana a los 6 meses, fueran enviadas con la autora de esta investigación.
- La recolección de datos también se obtuvo en la sala de espera de las unidades médicas.

- Una vez detectadas, se solicitó a las madres su consentimiento de participación voluntaria antes de aplicar los cuestionarios.
- Una vez que las pacientes aceptaron ser entrevistadas, las preguntas se les realizó en un consultorio o en la sala de espera.
- Se procedió enseguida mediante la técnica de entrevista dirigida a realizar las preguntas incluidas de los cuestionarios.

2.11 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS.

Sesgo de selección: Se reconoce que en la investigación existió este sesgo, debido a que la muestra fue no aleatoria.

Se reconoce también que hay sesgo de información, porque la información proporcionada no se puede corroborar, en donde sólo las pacientes estudiadas saben si es verdad o no.

Para controlar los sesgos de medición se revisará la base de datos adecuadamente para evitar sobrestimación o subestimación de información, realizando la base de datos de manera adecuada.

2.12 PRUEBA PILOTO

En una prueba piloto previa se aplicó un cuestionario con las preguntas y respuestas originales; se encontró que hubo problemas en el entendimiento de las preguntas y respuestas; por tal motivo se decidió hacer una modificación en su lenguaje y está confusión justificó el que se haya hecho está modificación en el tipo de preguntas y respuestas.

Se conservó la misma puntuación en las preguntas que se dan de acuerdo al cuestionario original.

Se utilizó un cuestionario estructurado en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS), versión traducida al castellano por Cox y Holden (1994).²³

Los cambios se indican a continuación a manera de ejemplo, en la siguiente tabla:

Cuestionario original EDPS	Cuestionario modificado EDPS
He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo	He estado ansiosa o preocupada sin tener razones claras para ello
He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo
Las cosas me han abrumado	Las cosas me han agobiado
Me sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir

En cuanto a la escala de evaluación se realizaron modificaciones en la redacción de las respuestas, que a manera de ejemplo se mencionan en la siguiente tabla

Escala original EDPS		Escala modificada EDPS	
Respuestas para preguntas 1,2 y 4	Puntuación original	Respuestas para preguntas 1,2 y 4	Puntuación final
Tanto como siempre	0	Siempre	0
No, tanto ahora	1	Casi siempre	1
Mucho menos ahora	2	Casi nunca	2
No, nada	3	Nunca	3
Respuestas para preguntas de la 3 a 10			
Si, bastante	3	Nunca	3
Si, a veces	2	Casi nunca	2
No, no mucho	1	Casi siempre	1
No, nunca	0	Siempre	0

2.13 PROCEDIMIENTOS ESTADISTICOS

Se muestra en el siguiente cuadro el diseño de la base de datos empleada para la captura de los datos

Nombre de la variable. (ocho caracteres)	Tipo. N = numérico	Ancho de la columna. Enteros. Decimales.	Etiqueta. Nombre completo de la variable	Valores que toma la variable. Códigos	Escala de medición. S= escalar O= ordinal N= nominal
1ª SECCIÓN. FICHA DE IDENTIFICACIÓN					
Folio	N	3	Numero de folio	Numero consecutivo 1 al 130	S
Clínica	N	3	Nombre de la clínica	1= Ignacio chavez 2= Tlalnepantla	N
Edad	N	3	Edad de la paciente	No. de años	S
Escolari	N	3	Escolaridad de la paciente	Numero total de años que cursa a partir de la primaria	S
Edocivil	N	3	Estado civil de la paciente	1= soltera 2= casada	N

				3= separada 4= unión libre 5= divorciada	
Ocupacio	S		Ocupación e la paciente	1. =Ama de casa 2. =Jubilado/ pensionado 3. =Desempleado 4. =Subempleado 5. =Menor de edad(< 4 años) 6. =Estudiante 7. =Estudia y trabaja 8. =Campesino 9. =Artesano 10. =Obrero 11. =Chofer 12. =Técnico 13. =Empleado 14. =Profesional 15. =Artista 16. =Comerciante establecido 17. =Empresario 18. =Directivo 19. =Servicios diversos 20. =Otras ocupaciones	N
2ª SECCIÓN ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS					
Edadmena	N	3	Edad de la menarca	Número de años	S
Edadrese	N	3	Edad de inicio de relaciones sexuales	Número de años	S
numpasex	N	3	Número de parejas sexuales	Número total	S
Numembar	N	3	Número de embarazos	Número total	S
Numparto	N	3	Número de partos	Número total	S
Numabort	N	3	Número de abortos	Número total	S
numcesar	N	3	Número de cesáreas	Número total	S
numhijvi	N	3	Número de hijos vivos	Número total	S
Naculthi	N		Nacimiento del ultimo hijo	Fecha textual	S
Lactactu	N		Lactancia actual	Si= 1 No= 2	N
Metantic	N		Método anticonceptivo	Si= 1 No= 2	N
Nommetan	S	3	Nombre del método anticonceptivo	1=DIU 2= OTB 3=HO 4= IY 5= Preservativo 6= Otros	N
Papanico	N		Realización de Papanicolao	Si= 1 No= 2	N
Ultvezpa	S		Última vez del Papanicolao	Fecha textual	S
Explmama	N		Exploracion de	Si= 1	N

			mama	No= 2	
Udexplma	N		Usted se explora las mamas	Si= 1 No= 2	N
Medexpma	N		El médico le explora mamas	Si= 1 No= 2	N
Ulvezex	S		Última vez que le exploro mamas	Fecha textual	S
3ª SECCIÓN DATOS DE FAMILIA					
Numperca	N	3	Número de personas que viven en casa	Números consecutivos	S
Paconpac	N	3	Parentesco con la paciente	1= Madre 2= Padre 3= Hijo 4= Hija 5= yerno 6= Nieto 7= Hermanos maternos 8= Hermanos paternos 9= Sobrinos maternos 10= Sobrinos paternos 11= Primos maternos 12= Primos paternos 13= Abuelos maternos 14= Abuelos paternos 15= Bisabuelos maternos 16= Bisabuelos paternos 17= Otros	N
Sexofami	N	3	Sexo del familiar	1= femenino 2= masculino	N
edadfami	N	3	Edad de familiar	Números enteros y fracciones/año (si se toman mese entonces se debe hacer la equivalencia en fracciones. 6 meses= 0.5 años)	S
Ulañesfa	N	3	Últimos años de estudio de los integrantes de la familia	Número consecutivo	N
Ocintfam	N	3	Ocupación actual de los integrantes de familia	1. =Ama de casa 2. =Jubilado/ pensionado 3. =Desempleado 4. =Subempleado 5. =Menor de edad(< 4 años) 6. =Estudiante 7. =Estudia y trabaja 8. =Campesino 9. =Artesano 10. =Obrero 11. =Chofer 12. =Técnico 13. =Empleado 14. =Profesional 15. =Artista 16. =Comerciante establecido 17. =Empresario 18. =Directivo 19. =Servicios diversos	N

				20. =Otras ocupaciones	
Estasalu	N	3	Estado de salud de los integrantes de familia	1= sano 2= enfermo 3= no sé	N
clafampa	N	3	Clasificación familiar en base al parentesco	1= nuclear 2= Nuclear simple 3= Nuclear numerosa 4= reconstruida 5= Monoparental 6= Monoparental extendida 7= Monoparental extendida compuesta 8= extensa 9= extensa compuesta 10= No parental 11= Monoparental extendida sin parentesco	N
4ª SECCION ENTREVISTA CLINICA SEGÚN DSMIV					
ENDSMIV1	N	3	¿Usted se ha sentido triste o la han notado llorosa?	1= Si 2= No	N
ENDSMIV2	N	3	¿Ha notado marcada disminución del interés o del placer en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día?	1= Si 2= No	N
ENDSMIV3	N	3	¿Ha tenido pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento Significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días?	1= Si 2= No	N
ENDSMIV4	N	3	¿Ha tenido insomnio o hipersomnia?	1= Si 2= No	N
ENDSMIV5	N	3	¿Ha presentado agitación o retraso psicomotores casi todos los días?	1= Si 2= No	N
ENDSMIV6	N	3	¿Se ha sentido fatigada o con pérdida de energía casi todos los días?	1= Si 2= No	N
ENDSMIV7	N	3	¿Ha sentido sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva, casi todos los días?	1= Si 2= No	N
ENDSMIV8	N	3	¿Se ha notado con menor capacidad de pensar o concentrarse casi todos los días?	1= Si 2= No	N
ENDSMIV9	N	3	¿Ha tenido pensamientos recurrentes de	1= Si 2= No	N

			muerte, ideas suicidas recurrentes, o intento de suicidio o un plan de suicidio específico?		
5ª SECCION CUSTIONARIO DE EDIMBURGO MODIFICADA					
Hscrvlde	N	3	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	0= Siempre 1= Casi siempre 2=Casi nunca 3= Nunca	N
Hedimiha	N	3	He disfrutado mirar hacia delante	0= Siempre 1= Casi siempre 2=Casi nunca 3= Nunca	N
Ccsmhcmi	N	3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	3= siempre 2= Casi siempre 1= Casi nunca 0= Nunca	N
Heaptrce	N	3	He estado ansiosa o preocupada sin tener razones claras para ello	0= Siempre 1= Casi siempre 2=Casi nunca 3= Nunca	N
Hsmheatm	N	3	He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo	3= siempre 2= Casi siempre 1= Casi nunca 0= Nunca	N
Lacomhag	N	3	Las cosas me han agobiado	3= siempre 2= Casi siempre 1= Casi nunca 0= Nunca	N
Mhsiqtdd	N	3	Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir	3= siempre 2= Casi siempre 1= Casi nunca 0= Nunca	N
Mhstride	N	3	Me he sentido triste o desgraciada	3= siempre 2= Casi siempre 1= Casi nunca 0= Nunca	N
Mhstiell	N	3	Me he sentido tan infeliz que he estado llorando	3= siempre 2= Casi siempre 1= Casi nunca 0= Nunca	N
Hpehdamm	N	3	He pensado en hacerme daño a mi misma	3= siempre 2= Casi siempre 1= Casi nunca 0= Nunca	N

2.14 CRONOGRAMA

Trimestres

ETAPA/ACTIVIDAD	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Planeación del proyecto	X	X	X									
Marco teórico				X	X	X	X					
Material y métodos					X	X	X					
Registro y autorización del proyecto												X
Prueba piloto						X	X					
Etapas de ejecución del proyecto						X	X	X				
Recolección de datos							X	X				
Almacenamiento de datos												X
Análisis de datos												X
Descripción de los resultados												X
Discusión de los resultados												X
Conclusiones del estudio												X
Integración y revisión final												X
Reporte final												X
Autorizaciones												X
Impresión del trabajo final												X

2.15 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

El estudio fue realizado por un solo investigador, mismo que aplicó los cuestionarios a las mujeres postparto.

Se utilizaron recursos materiales tales como: computadora, disketts, fotocopias, lápices, bolígrafos.

Los recursos físicos utilizados fueron: consultorios, espacio físico del área de medicina preventiva y sala de espera de las clínicas Dr. Ignacio Chávez y Tlalnepantla.

El financiamiento de la investigación estuvo a cargo de la autora.

2.16 CONSIDERACIONES ETICAS

La presente investigación no viola y está de acuerdo con las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki³⁶ de la Asociación Médica Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000, que guía a los médicos en la investigación biomédica y donde participan seres humanos.

Este trabajo está de acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud vigente en México, el cual lo clasifica como categoría 1 en base en el título segundo artículo 17; en donde se estipula que es una investigación sin riesgo, debido a que los participantes del estudio únicamente aportaron datos a través de una entrevista y una encuesta, lo que no provoca daños físicos ni mentales.³⁷

En éste estudio se solicitó en primer lugar la autorización por parte del director en la clínica Dr. Ignacio Chávez y del Coordinador de consulta externa en la clínica de Tlalnepantla, para llevar acabo la investigación.

Una vez aceptada se solicitó el consentimiento de participación voluntaria de las madres para la realización de los cuestionarios, que se encuentran en la primera sección del instrumento que se muestra en el anexo 1.

3. RESULTADOS

3.1 DATOS DE LAS CLINICAS DE PROCEDENCIA

3.1.1 Número de pacientes estudiadas pertenecientes a las clínicas de medicina familiar.

Se aplicaron un total de 130 encuestas, de las cuales 43 fueron de la clínica Dr. Ignacio Chávez con un porcentaje de 33.1%; y 87 encuestas fueron de Tlalnepantla con un porcentaje de 66.9%.

3.2 DATOS PERSONALES DE LAS PACIENTES

3.2.1 Edad de las pacientes

Del total de 130 mujeres entrevistadas hubo una edad mínima de 17 años y una máxima de 44 años, con una media de 29.4 y una desviación estándar de 5.8.

3.2.2 Estado civil de las pacientes

En la tabla 1 se muestra la frecuencia y porcentaje del estado civil de la paciente.

Tabla 1
Estado civil de las pacientes

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	8	6.2
Casada	92	70.8
Separada	4	3.0
Unión libre	26	20.0
Total	130	100.0

3.2.3 Escolaridad de las pacientes

Se encontró que de las 130 mujeres entrevistadas hubo desde mujeres analfabetas hasta con una escolaridad de 19 años completos estudiados; con una media de 12.6 años y una desviación de 3.78.

3.2.4 Ocupación de las pacientes

En la tabla 2 se presentan las diferentes ocupaciones que se encontraron con su frecuencia y porcentaje.

Tabla 2
Ocupación de las pacientes

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	62	47.7
Estudiante	1	0.8
Obrero	1	0.8
Empleado	29	22.3
Profesional	30	23.1
Comerciantes establecidos	1	0.8
Directivo	4	3.0
Servicios diversos	2	1.5
Total	130	100.0

3.3 DATOS GINECO-OBSTÉTRICOS DE LAS PACIENTES

3.3.1 Datos Gineco-obstétricos

A continuación se muestra en la tabla 3 algunos datos Gineco-obstétricos de la 130 mujeres en estudio, donde se reporta la edad mínima y máxima de cada pregunta; así como su media y desviación estándar.

Tabla 3
Antecedentes Gineco-Obstétricos de las pacientes

Datos Gineco-Obstétricos	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Inicio de vida sexual	130	15	33	20.26	3.929
Número de parejas sexuales ha tenido	130	1	15	1.87	1.998
Número de embarazos	130	1	5	2.05	0.947
Número de partos	130	0	5	0.82	0.994
Número de abortos	130	0	2	0.24	0.479
Número de cesáreas	130	0	3	0.99	0.960
Número de hijos vivos	130	1	5	1.81	0.788
Edad del ultimo hijo en meses	130	0.166	0.500	0.2905	0.124348

3.3.2 Lactancia

Se encontró que de las 130 mujeres entrevistadas 91 dijeron que sí estaban lactando al momento de la entrevista con un 70.0%; y 39 dijeron que no con un 30.0%.

3.3.3 Uso de métodos anticonceptivos

Se encontró una frecuencia de 75 pacientes que contestaron que sí utilizaban algún método anticonceptivo con un 57.7%; y a las que contestaron que no hubo una frecuencia de 55 con un porcentaje de 42.3%.

3.3.4 Tipo de método anticonceptivo

En la tabla 4 se muestra los métodos anticonceptivos que las mujeres usaban al momento de la entrevista.

Tabla 4
Métodos anticonceptivos

Método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
Dispositivo intrauterino	17	13.1
Obstrucción tubárica bilateral	25	19.2
Hormonales orales	6	4.6
Inyectables	2	1.5
Preservativo	24	18.5
Otros	1	0.8
Ninguno	55	42.3
Total	130	100.0

3.3.5 Realización de la prueba de papanicolau cérvico-vaginal

De un total de 130 pacientes 114 dijeron que sí se habían realizado el papanicolau cervico-vaginal con un porcentaje del 87.7%; y 16 contestaron que nunca se habían realizado el papanicolau con un porcentaje de 12.3%.

3.3.6 Ultima vez de la realización del papanicolau Cérvico-vaginal

En las 130 pacientes encuestadas, la frecuencia varía desde ninguna vez la realización del papanicolau hasta hace 7 años la última vez, mostrándose en la tabla 5.

Tabla 5
Tiempo de realización de papanicolau

Años	Frecuencia	Porcentaje
0	16	12.3
1	76	58.5
2	23	17.7
3	4	3.1
4	7	5.4
5	2	1.5
6	1	0.8
7	1	0.8
Total	130	100.0

3.3.6 Explicación de la autoexploración de mama por personal médico

De un total de 130 encuestadas, 113 contestaron que sí les habían explicado como autoexplorarse las mamas con un 86.9%, y 17 contestaron que no, con un 13.1%.

3.3.7 Práctica de la autoexploración de mama

Hubo una frecuencia de 112 que contestaron que sí se realizan la autoexploración de mama, con un 86.2%; y 18 contestaron que no se autoexploraban sus mamas con un 13.8%.

3.3.8 Revisión de mama por parte del personal médico

Se encontró de un total de 130 una frecuencia de 108 para las pacientes que contestaron que sí recibían revisión de mama por parte del personal médico, con un 83.1%; y las que respondieron que no tuvieron una frecuencia de 22 con un 16.9%.

3.3.9 Última vez de revisión de mama por su médico.

Se encontró una frecuencia de 9 pacientes que ninguna vez el médico les había realizado revisión de mama con un 6.9% hasta pacientes que desde hace 7 años fue que el médico les revisó las mamas con una frecuencia de 1 y un de 8%.

3.4 RESULTADOS DE LA ENTREVISTA CLINICA SEGÚN EL DSM IV

En la tabla 6 se muestran la frecuencia y porcentaje obtenidos de la entrevista clínica del DSM IV; y en la tabla 7 el número de casos sospechosos de depresión postparto donde se encontró que de las 130 mujeres 32 resultaron sospechosas de presentar tal depresión.

Tabla 6
Resultados de la entrevista clínica según DSM IV

Preguntas	Frecuencia	Porcentaje
Usted se ha sentido triste o la han notado llorosa	Sí -72 No-58	55.4 44.6
Ha notado marcada disminución del interés o del placer en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día	Sí-51 No-79	39.2 60.8
Ha tenido pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo o disminución o aumento del apetito casi todos los días	Sí-50 No-80	38.5 61.5
Ha tenido insomnio o hipersomnia	Sí-51 No-79	39.2 60.8
Ha presentado agitación o retraso psicomotor casi todos los días	Sí-25 No-105	19.2 80.8
Se ha sentido fatigada o con pérdida de energía casi todos los días	Sí-59 No-71	45.4 54.6
Ha sentido sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva casi todos los días	Sí-39 No-91	30.0 70.0
Se ha notado con menor capacidad de pensar o concentrarse casi todos los días	Sí-42 No-88	32.3 67.7
Ha tenido pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas recurrentes o intento o un plan de suicidio específico	Sí-4 No-126	3.1 96.9

Tabla 7
Sospechosas de depresión postparto según DSM IV

Sospechosas de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sí	32	24.6
No	98	75.4
Total	130	100.0

3.4.1 Evaluación del Cuestionario EDPS

A continuación se muestra en la tabla 8 la frecuencia y porcentaje de las 10 preguntas dada la calificación del cuestionario EDPS

Tabla 8
Resultados del EDPS

Pregunta	Calificación	Frecuencia	Porcentaje
He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	0= Siempre	56	43.1
	1= Casi siempre	60	46.2
	2=Casi nunca	13	10.0
	3= Nunca	1	.8
	TOTAL	130	100.0
He disfrutado mirar hacia delante	0= Siempre	82	63.1
	1= Casi siempre	38	29.2
	2=Casi nunca	9	6.9
	3= Nunca	1	.8
	TOTAL	130	100.0
Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	3= Nunca	46	35.4
	2= Casi nunca	61	46.9
	1= Casi siempre	15	11.5
	0= Siempre	8	6.2
	TOTAL	130	100.0
He estado ansiosa o preocupada sin tener razones claras para ello	0= Siempre	9	6.9
	1= Casi siempre	29	22.3
	2=Casi nunca		
	3= Nunca	44	33.8
	TOTAL	48	36.9
		130	100.0
He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo	3= Nunca	62	47.7
	2= Casi nunca	44	33.8
	1= Casi siempre	16	12.3

	0= Siempre	8	6.2
	TOTAL	130	100.0
Las cosas me han agobiado	3= Nunca	46	35.4
	2= Casi nunca	55	42.3
	1= Casi siempre	16	12.3
	0= Siempre	13	10.0
	TOTAL	130	100.0
Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir	3= Nunca	86	66.2
	2= Casi nunca	32	24.6
	1= Casi siempre	5	3.8
	0= Siempre	7	5.4
	TOTAL	130	100.0
Me he sentido triste o desgraciada	3= Nunca	70	53.8
	2= Casi nunca	43	33.1
	1= Casi siempre	12	9.2
	0= Siempre	5	3.8
	TOTAL	130	100.0
Me he sentido tan infeliz que he estado llorando	3= Nunca	71	54.6
	2= Casi nunca	39	30.0
	1= Casi siempre	14	10.8
	0= Siempre	6	4.6
	TOTAL	130	100.0
He pensado en hacerme daño a mi misma	3= Nunca	120	92.3
	2= Casi nunca	9	6.9
	1= Casi siempre	0	0
	0= Siempre	1	0.8
	TOTAL	130	100.0

3.4.2 Puntuación de la Escala EDPS.

En la tabla 9 se muestra la puntuación final de los cuestionarios aplicados a las 130 pacientes entrevistadas, así como su frecuencia y porcentaje.

Tabla 9
Puntuación del EDPS

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
1.00	1	0.8
2.00	2	1.5
3.00	19	14.6
4.00	8	6.2
5.00	15	11.5
6.00	18	13.8
7.00	12	9.2
8.00	10	7.7
9.00	10	7.7
10.00	8	6.2
11.00	5	3.8
12.00	5	3.8
13.00	5	3.8
14.00	3	2.3
16.00	3	2.3
17.00	2	1.5
18.00	1	0.8
19.00	1	0.8
20.00	2	1.5
Total	130	100.0

Según Vega, Cox y Alvarado^{14,22,23}, el punto de corte para detectar la probabilidad de tener depresión postparto es a partir de 12 puntos; por lo que en éste estudio se realizó el punto de corte a partir de los 12 puntos, ya que se obtiene una mejor sensibilidad, especificidad así como un valor predictivo positivo.

Por lo tanto en la tabla 10 se muestra el total de pacientes sospechosas de depresión posparto, así como su porcentaje.

Tabla 10
Sospechosas de depresión postparto
Según cuestionario EDPS

Sospechosas de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sí	22	16.9
No	108	83.1
Total	130	100.0

3.4.3 Comparación del DSM IV y el EDPS

Al comparar los resultados del EDPS con referencia a los criterios del DSM IV, se encontró lo que se muestra en la tabla 11.

Tabla 11
Comparación del cuestionario EDPS y DSM IV

Sospechosa de depresión según el EDPS	Sospechosa de depresión posparto según el DSM IV		Total
	Sospechosa de depresión	Sin depresión	
Sospechosa de depresión	17	5	22
Sin depresión	15	93	108
Total	32	98	130

Sensibilidad: 53%

Especificidad: 94%

Valor predictivo positivo: 77%

Valor predictivo negativo: 86%

Se observa que la sensibilidad del EDPS comparado con el DSM IV en éste estudio en las mujeres estudiadas, se encontró en un 53% detectar los verdaderos positivos, una especificidad de 94% de encontrar verdaderos negativos; la probabilidad de encontrar como sospechosas a una paciente es de 77%; y la probabilidad de encontrarla como negativa es de 86%.

3.5 DATOS FAMILIARES DE LAS PACIENTES

A continuación se presentan datos obtenidos acerca de las personas que convivieron con las mujeres entrevistadas.

3.5.1 Clínicas de procedencia de los familiares

Se encontró un total de 556 personas que convivían con las pacientes entrevistadas, de las cuales 185 eran procedentes de la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez con un 33.3%; mientras que 371 familiares fueron procedentes de la unidad familiar Tlalnepantla con un 66.7%, ambas clínicas del ISSSTE.

3.5.2 Parentesco de familiares con las pacientes

En la tabla 12 se muestra el parentesco de familiares con respecto a las pacientes encuestadas; así como su frecuencia y porcentaje.

Tabla 12
Parentesco de familiares con la paciente

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Madre	130	23.4	23.4	23.4
Padre	115	20.7	20.7	44.1
Hijo	131	23.6	23.6	67.6
Hija	99	17.8	17.8	85.4
Hermanos Maternos	20	3.6	3.6	89.0
Hermanos Paternos	5	.9	.9	89.9
Primos maternos	4	.7	.7	90.6
Primos paternos	1	.2	.2	90.8
Abuelos maternos	33	5.9	5.9	96.8
Abuelos paternos	17	3.1	3.1	99.8
Bisabuelos paternos	1	.2	.2	100.0
Total	556	100.0	100.0	

3.5.3 Sexo del familiar de las pacientes

Se encontró que el sexo femenino del familiar de las pacientes, tuvo una frecuencia de 275 con un porcentaje del 49.5%; mientras que del sexo masculino fue una frecuencia de 281 con un 50.5 %.

3.5.4 Estado aparente de salud del familiar de las pacientes

Se reportó que el estado aparente de salud del familiar de las pacientes entrevistadas fue el siguiente: sano con una frecuencia de 509 y un 91.5%; y enfermo con una frecuencia de 47 y un porcentaje de 8.5.

3.5.5 Edad del familiar de las pacientes

La edad mínima del familiar de las pacientes entrevistadas fue de 0.166 años (2 meses) hasta 80 años; con una media de 20.8 años y una desviación estándar de 18.0.

3.5.6 Escolaridad del familiar de las pacientes

Se encontró que del total de 556, 372 personas tuvieron una escolaridad que va desde analfabeta hasta un máximo de 19 años de estudio; con una media de 10.8 años de estudio y una desviación estándar de 4.8.

3.5.7 Ocupación del familiar de las pacientes

En la tabla 13 se muestra la ocupación del familiar que se encontraron

Tabla 13
Ocupación del familiar de las pacientes

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Menor de edad (menor de 4 años)	173	31.1
Ama de casa	86	15.5
Estudiante	76	13.7
Profesional	68	12.2
Empleado	67	12.1
Comerciante establecido	18	3.2
Servicios diversos	16	2.9
Chofer	10	1.8
Obrero	9	1.6
Técnico	8	1.4
Directivo	7	1.3
Jubilado o pensionado	6	1.1
Desempleada	4	.7
Estudia y trabaja	3	.5
Empresario	3	.5
Artista	2	.4
Total	556	100.0

3.5.8 Clasificación familiar en base al parentesco

La clasificación de la familiares en base a su parentesco, basándose en el último consenso en Medicina Familiar; y se muestra en la tabla 14.

Tabla 14

Clasificación familiar según su parentesco

Clasificación familiar	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear simple	92	71
Nuclear numerosa	2	1.5
Monoparental	4	3.0
Monoparental extendida	11	8.4
Extensa	21	16.1
Total	130	100

4. DISCUSIÓN

En éste trabajo se utilizó el cuestionario de Edimburgo para detectar posible depresión en las mujeres en etapa del posparto, éste cuestionario ha sido utilizado por varios autores, en diversos escenarios, con diferentes poblaciones estudiadas; cabe mencionar que al respecto las modificaciones que se realizaron, permitieron hacer un análisis de información adecuado para tratar de detectar una posible depresión posparto.

En ésta investigación se utilizó para la escala de Edimburgo un punto de corte de 12 puntos; ya que partir de ese corte la mayor parte de los autores consultados^{3,5-7,11,12,22,23}, indican que es el más adecuado para identificar posibles casos de depresión posparto, corte que también se utilizó en el cuestionario original realizado por Cox.²²

Éste punto de corte sugiere que las mujeres tiene más probabilidad de sufrir la depresión posparto, por lo que se recomienda recibir ayuda para ser atendida por personal médico específico, para confirmar si existe o no tal depresión; así el EDPS no es un sustituto de la valoración clínica por parte del trabajadores de salud.

Por lo tanto el corte a 12 que se eligió en esta investigación para detectar posible depresión posparto a través del cuestionario EDPS modificado; deduce que si se utiliza ese corte por arriba de 12/13 el número de casos que se detecte será menor; pero si se elige un punto de corte menor a 9,10 y 11, el número de casos posibles será mayor; esto dependerá de las circunstancias e intenciones de cada autor.^{5,14,17,,22-25}

Respecto al punto de corte en este trabajo se uso el recomendado por Cox, sin embargo si se hubiera bajado a 11 los resultados hubieran parecido muy semejantes a los criterios del DSM IV; al respecto hay controversia en que unos autores como Alvarado²³, menciona que si el punto de corte se baja a 9/10 la sensibilidad aumenta; otros autores como Vega¹⁴ mencionan que si se baja el corte a 7.5 la sensibilidad llega al 100% esto es una controversia entre autores, al respecto preferimos tomar como criterio el DSM IV y para hacerlo más cercano a éstos se sugiere bajarlo a 11 para que los porcentajes del cuestionario de Edimburgo sean más semejantes al DSM IV.

En éste trabajo también se utilizaron los criterios del DSM IV y basados en ellos se encontró una frecuencia de 32 pacientes sospechosas de depresión con un 24.6 sí se tiene que con el cuestionario de Edimburgo se encontraron 22 pacientes sospechosas de depresión postparto con una frecuencia de 16.9%.

Por lo consiguiente se encontró que al aplicar los criterios del DSM IV en comparación con el cuestionario de Edimburgo, se observó que el DSM IV obtuvo 10 casos más de posible depresión posparto; esto se debe fundamentalmente a que se eligió el punto de corte de 12; si se hubiera elegido el punto de corte de 11 se hubieran detectado 5 casos más, por lo que se sugiere que en posibles trabajos futuros, elegir el punto de corte de 11; y así se acercaría más el número de casos de posible depresión posparto detectados tanto con los criterios diagnósticos del DSM IV y el cuestionario de Edimburgo.

Otra cuestión es que a pesar de que no coincida el número exacto de mujeres detectadas a través de DSM IV con las que se encontraron con el cuestionario EDPS, sí se encontró que existe relación con la puntuación del EDPS y los síntomas del DSM IV para depresión; es decir que a mayor número de puntos del EDPS y de síntomas del DSM IV mayor será la probabilidad de que la paciente padezca de depresión posparto.¹⁴

En relación al perfil general de las pacientes encuestadas se encontró que dentro de la edad promedio de las madres fue de 29.4 años siendo más frecuente el estado civil de casadas con un 70.8%, el mayor porcentaje de ocupación de las madres encuestadas se encontraron 2 principales ocupaciones que fueron la de ama de casa con un 47.7% y de empleadas con un 22.3%. Así mismo 57.6% utilizaron algún tipo de método anticonceptivo, la edad promedio de sus bebés fue de 3 meses; 33.1% fueron primíparas y 66.9% multíparas; el 71% vivían con su pareja e hijos, el 16.1% convivían además de su pareja con algunos de sus familiares y el 8.4% vivía la paciente con sus hijos y algún familiar.

En cuanto a una orientación verbal corta que se les brindó a las pacientes que pudiesen tener la posible depresión postparto al termino de la entrevista, haciendo hincapié en que se trataba de un trastorno que se presenta después del parto poco identificado por ellas mismas y que necesitaban de ayuda por parte de su médico familiar al ser canalizadas por ellos a un servicio de salud mental para poder ser atendidas por personal especializado en ese tipo de trastornos y así evitar problemas futuros para ella y su bebé.

Los resultados obtenidos no son aplicables a otras instituciones ni tampoco es posible realizar generalizaciones a poblaciones más amplias, debido a que la muestra no fue aleatoria, presentándose sesgos de selección e información, pero sin embargo, y reconociendo éstas deficiencias la utilidad del estudio es enfocarse a la importancia de la salud mental de la madre posterior al parto y no únicamente al adecuado control de salud de su hijo.

En éste trabajo se logró identificar la frecuencia de posible depresión postparto detectada a través del instrumento modificado que fue el cuestionario de Edimburgo.

Se encontró con el punto de corte 12 en dicho cuestionario que el 16.9% de mujeres pasaban por una posible depresión posparto dato que se aproxima con los criterios del DSM IV; sin embargo se recomienda que el punto de corte sea 11 para futuros trabajos realizados con una metodología semejante.

4. CONCLUSIONES

Es necesario hacer más estudios para seguir probando éste instrumento en poblaciones semejantes en nuestro medio, México; debido a que el punto de corte puede variar según la intención de los autores si se desea más sensibilidad es posible aumentar el punto de corte; y sí se desea más especificidad disminuir el punto de corte; por lo que se sugiere utilizar un punto de corte de 11 ya que tiene un balance con el DSM IV en éste trabajo.

Se encontró que las familias en su mayoría fueron familias nucleares, algunas extensas y pocas fueron monoparentales; encontrándose también que la mayoría fueron amas de casa y casadas como lo menciona en su trabajo Sierra y Alvarado^{10,23}; cuestión que Carro, Hidalgo y Machado^{21,3,26} contradicen; enfatizando que a las pacientes con falta de apoyo de parte de sus familiares tienen más probabilidad de tener o presentar ésta patología.

Es importante mencionar que ésta cuestión de que la mayoría de las pacientes tengan una familia con pareja e hijos y que aún así se reportaron casos de posible depresión posparto nos hace reflexionar que ignoramos que tanto apoyo de su familia podría recibir y si en caso de recibirla, entonces suponer que no sólo es necesario el apoyo familiar como factor de riesgo condicionante de ésta patología sino que podría deberse a problemas socio-culturales más estresantes como los que estamos viviendo en estos tiempos.

Pero como se sabe, sin duda la familia es un sistema en el que la paciente forma parte de ella y conociendo que esta institución es una forma de apoyo en la parturienta para recibir apoyo y poder enfrentar problemas que pudiesen presentar como resultado de los cambios por la llegada del nuevo miembro de la familia.

A dichas mujeres detectadas con probable depresión posparto, se les brindó orientación sobre éste tema, recalcando la importancia que tiene éste padecimiento no solo en ella y el bebé, sino en su entorno familiar y social.

Además se les hizo hincapié de la importancia y necesidad de acudir con profesionales de salud mental, a través de su médico tratante, no restando importancia a su problema de salud para dedicarse y enfocarse únicamente a la atención de su hijo, es decir del bebé.

Es importante por lo tanto recalcar que este padecimiento de depresión posparto, debe tenerlo presente y saber de él, el médico de primer nivel y así evitar que pase desapercibido, no realizándose un diagnóstico oportuno y por lo tanto un tratamiento adecuado que conllevaría consecuencias graves no solo en el binomio madre-hijo sino en su entorno bio-psico-social.

BLIBLIOGRAFIA

1. Kaplan S, James S B, Alcott S V. Sinopsis de psiquiatría, 9a. Edición 2003. Barcelona, España. Editorial Waverly Hispanica. pp: 275-289,534-589.
2. Pichot P,López - Ibor AJ, Valdés MM. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV – TR: Edit. Masson Doyma, reimpresión 1996, Barcelona, España. pp: 391 – 399, 471 – 472.
3. Carro GT, Sierra M JM, Hernández G Ma.J, Ladrón Moreno E. Antolín B. Trastornos del estado de ánimo en el posparto. Rev Med Gral 2000; 24:452-456
4. Clemmens D. Postpartum Depresión as profiled through the depresión screening scale. Am J Maternal/Chile Nursing. 2004; 29(3):180-185
5. Ascaso TC, García EL. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. Med Clínica (Barcelona) 2003; 120(9): 326-329
6. Clay CPT Emily C, Seehusen, MAJ D. A review of postpartum depresión for the primary care physician. Med J Southern 2004; 97(2): 157-161.
7. Georgiopoulos AM, Bryan TL. Population-based screening for postpartum depresión. Am College of Obstetric and Gynecology,1999; 93(5, part I):653-657
8. Lee, DT. S, Yip, ASK. Postdelivery screening for postpartum depresión. Med Psychosomatic 2003; 65(3):357-361
9. Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer. Depresión posparto. Citado 20 de julio 2002, 10 pantallas. Disponible en: URL:<http://www.4woman.gov/espanol/preguntas/postpartum.htm>
- 10.Sierra MJM, Carro GT, Ladrón ME. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto Edinburg Postnatal Depresión Scale. Aten Primaria 2002; 30(2):101-111
- 11.Beck ChT, Gable RK. Comparative análisis of the performance of the postpartum depresión screening scale with two other depresión instruments. Nurs Res 2001; 50(4):242-250

12. Beck ChT, Gable RK. Further validation of the postpartum depression screening scale. *Nurs Res* 2001; 50(3):155-164
13. Beck ChT, Gable RK. Postpartum depression screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res* 2000; 49(5): 272-285
14. Vega DJM, Mazzotti SG. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Act Esp Psiquiat.* 2002; 30(2): 106-111
15. Cooper PJ, Murria L. Fortnightly review: Postnatal depression. *BMJ* 1998; 316 (7148):1884-1886
16. Patel VMRC, Rodriguez MMA. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am Psychiatric Ass* 2002; 159(1):43-47
17. Maremoto NG, García CM, Fernández PA. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo. *Inter J Clin Health Psicol.* 2005; 5(2):305-318
18. Sierra MJM. Depresión posparto. *Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria.* 1999; 24(4):215-222
19. Georgiopoulos AM, Bryan TL. Routine screening for postpartum depression. *J Fam Practice* 2000; 50: 117-125
20. Rabat A, Dances I. Depresión Posparto. *Med. Clinica (Barcelona)* 2003; 121(17):673-675
21. Romero HAI, Carrillo G. Alteraciones psiquiátricas en el posparto. *La Medicina hoy.* Citado Marzo 2006, 4 pantallas. Disponible en [URL:http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident-articulo=13039067&pident-usuario=553740&pident-revista=1&fichero=1v63n144](http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident-articulo=13039067&pident-usuario=553740&pident-revista=1&fichero=1v63n144)
22. Cox JL, Holden JM. Sagosvsky. Detection of Postnatal Depression development of the 10-item Edinburg Postnatal Depression Scale. *British J Psychiat* 1987; 150:782-786
23. Alvarado R, Vera CA, Rojas M. La Escala de Edimburgo para la detección de cuadros depresivos en el posparto. *Rev. Psiquiatric* 1992; 3(4):1177-1181

24. Jadressic ER, Araya JC. Validation of the edinburgh postnatal depression scale (EDPS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16:187-191
25. García EL, Ascaso C, Ojuel J. Validation of the edinburgh postnatal depression scale (EDPS) in spanish mothers. *JAffect Disord* 2003; 75:71-76
26. Machado RF, García S, Moya R. Depresión puerperal, factores relacionados. *Atent Primaria* 1997; 20(4):161-166
27. Alvarado M, Rojas M, Monardes J. Cuadros depresivos en el posparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Revista de Psiquiatría* 1991; 3(4): 1168-1176
28. Elementos esenciales de la Medicina Familiar. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. *Arch Med Fam.* 2005; 7 (suplemento 1):15-19
29. Elkin D. *Psiquiatría Clínica*. 1ª. Edición. España. Editorial Mc Graw Hill. 2000. pp:64-85
30. Goldman H. *Psiquiatría General*. 5ª. Edición: México: Manual Moderno, 2001. pp: 323-244
31. Harrison. *Principios de Medicina Interna*. 15ª Edición. Estados Unidos de América. Editorial Mc Graw Hill. 2001. pp: 2981-2986
32. Lawrence MT, Stephen JM, Papadakis M. *Diagnóstico Clínico y tratamiento*. 39ª Edición. México. Editorial El Manual Moderno. 2004. pp: 1004-1016
33. Lori ER, Vasthi LSC, Clindy-Lee D. Demographic characteristics of participants in studies of risk factors, prevention, and treatment of postpartum depression. *Can J Psychia* 2006; 51(11): 704-710
34. Jeanine K, Morris R, Margaret CF, Bernstein PS. Screening for postpartum depression in an inner-city population. *Am J. Obstet Gynecol* 2003; 188: 1217-1219
35. *Diccionario de la lengua española*. Vigésima segunda edición. 2004. 1 pantalla. Disponible en: URL http://buscon.rae.es/drae/srvltconsulta?tipo_bus=3&lema=depression
36. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adaptada en

La 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Filadelfia, junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea general, Edimburgo, Escocia, octubre del 2000.

37. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaría de Salud, México 3 de febrero 1983.
38. Depresión postparto y la melancolía de la maternidad. Citado en julio del 2004, 3 pantallas. Disponible en URL: <http://familiy.org/e379.xml>
39. Medline Plus. La depresión y los problemas mentales son más comunes en las madres primerizas. Citado en diciembre del 2006, 3 pantallas. Disponible en: URL: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_42281.html
40. Centro de enseñanza del embarazo. Complicaciones: Depresión después del parto. Citado en febrero del 2007, 4 pantallas. Disponible en: URL: http://www.nacersano.org/centro/9254_10080.asp
41. Ortega L, Lartigur T, Figueroa ME. Prevalencia de depresión, a través de la escala de depresión perinatal de Edimburgo (EDPS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15: 11-20
42. Espíndola JG, Morales F, Mota C. Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edinburgh, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18(3): 179-186
43. Boletín de Información Estadística 2005 Vol II. Daños a la Salud. Sistema Nacional de Salud. Edición 2006. México. Secretaría de Salud.
44. Anuario Estadístico 2005. Secretaría de Salud y Servicios de Salud en los Estados. Edición 2006. México. Dirección General de Información en Salud.
45. Morón M, JA. La educación para la salud en el ámbito comunitario. Citado en mayo 1995, 5 pantallas. Disponible en : URL: <http://www.tecnologíaedo.us.es/revistaslibros/feria5.html>
46. Gallo VF, Altisent TR, Diez EJ, Perfil profesional del médico de familia. *Aten Prim* 1999. Vol 23(4): 236-248.
47. Zurro MA, Cano P, JF. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5ª. Edición. España. Editorial Elsevier. 2004. pp: 535-551

CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE DEPRESIÓN POSTPARTO

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION VOLUNTARIA

Este trabajo cuenta con la autorización para realizarse en ésta unidad médica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y voluntaria. Si usted siente que algunas de la preguntas le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla (s) respetando su pensamiento y decisión. También si usted se siente en algún momento herida, lastimada o agredida en su intimidad, dignidad, valores o moral; el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, y la entrevista será cancelada, terminando así con su valiosa colaboración. La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación, con el objeto de mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona ésta unidad médica. El cuestionario consta de 43 preguntas y se contesta en aproximadamente 15 minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta usted contestar?

SI _____ No _____

Muchas Gracias por su participación

I FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1. Expediente _____
2. Clínica: UMF. Dr. Ignacio Chávez _____ UMF Tlalnepantla _____
3. Edad _____ años
4. Escolaridad _____ años
5. Estado civil: Soltera ___ Casada ___ Separada ___ Unión libre ___ Divorciada ___.
6. Ocupación _____

II ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS

7. ¿A qué edad empezó a menstruar? _____ años
 8. ¿A que edad empezó a tener relaciones sexuales? _____ años
 9. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? _____
 10. ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____
 11. ¿Cuántos partos ha tenido? _____
 12. ¿Cuántos abortos ha tenido? _____
 13. ¿Cuántas cesáreas ha tenido? _____
 14. ¿Cuántos hijos vivos tiene? _____
 15. ¿Cuándo nació su ultimo hijo? _____
 16. ¿Esta usted dando leche materna? Si _____ No _____
 17. ¿Usa usted algún método anticonceptivo? Si _____ No _____.
- Si contestó que no pasar a la pregunta 18
18. ¿Qué método anticonceptivo actualmente utiliza para no embarazarse?:
DIU _____, OTB _____, HO _____, IY _____, Preservativo _____, Otros _____
 19. ¿Se ha realizado la prueba de Papanicolauo? Si _____ No _____
 20. ¿Cuándo fue la última vez que se lo realizó? _____
 21. ¿Le ha enseñado el personal de salud como auto explorarse sus mamas? Si _____, No _____
 22. ¿Usted acostumbra explorarse sus mamas? Si _____, No _____
 23. ¿Su médico le explora sus senos? Si _____, No _____
 24. ¿Cuándo fue la última vez que la revisó? _____ años

III DATOS DE LA FAMILIA

Parentesco	Sexo 1= Femenino 2= Masculino	Edad en años	Escolaridad (Años de estudio completos)	Ocupación	Estado de Salud aparente 1= Sano 2=Enfermo
*					

* Paciente identificada

Clasificación de familia según su parentesco

IV ENTREVISTA CLINICA SEGÚN DSM IV

Después de 4 semanas de que nació su último niño

	SI	NO
25. ¿Usted se ha sentido triste o la han notado llorosa?		
26. ¿Ha notado marcada disminución del interés o del placer en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día?		
27. ¿Ha tenido pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento Significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días?		
28. ¿Ha tenido insomnio o hipersomnia?		
29. ¿Ha presentado agitación o retraso psicomotores casi todos los días?		
30. ¿Se ha sentido fatigada o con pérdida de energía casi todos los días?		
31. ¿Ha sentido sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva, casi todos los días?		
32. ¿Se ha notado con menor capacidad de pensar o concentrarse casi todos los días?		
33. ¿Ha tenido pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas recurrentes, o intento de suicidio o un plan de suicidio específico?		

V CUESTIONARIO DE EDINBURGO MODIFICADA

Por favor marque con un (x) la respuesta correcta acerca de su estado de ánimo
En los últimos 7 días

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
34. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas				
35. He disfrutado mirar hacia delante				
36. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente				
37. He estado ansiosa o preocupada sin tener razones claras para ello				
38. He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo				
39. Las cosas me han agobiado				
40. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir				
41. Me he sentido triste o desgraciada				
42. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando				
43. He pensado en hacerme daño a mi misma				