



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL DE LA MUJER

**“EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DEPRESION
POSPARTO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

IDUNA GARAY HERNANDEZ

ASESORES:

DRA. MARÍA ESTHER MEZA LOPEZ
MTRA. MINERVA BEATRIZ IXTLA PEREZ
DR. NILSON AGUSTIN CONTRERAS CARRETO

MÉXICO, D.F.

ENERO 2014



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.

DRA. MARIA DE LOURDES MARTÍNEZ ZÚÑIGA
DIRECTORA

DR. JOSÉ JESÚS PRADO ALCÁZAR
JEFE DE DIVISIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. ESTEBAN GARCÍA RODRÍGUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DRA. MARÍA ESTHER MEZA LOPEZ
ASESOR

MTRA. MINERVA BEATRIZ IXTLA PÉREZ
ASESOR

DR. NILSON AGUSTIN CONTRERAS CARRETO
ASESOR

Dedicatoria.

A mi madre Guillermina Garay Hernández, quien con su ejemplo de trabajo y lucha y paciencia he podido continuar en este camino, manteniéndome en pie a pesar de los obstáculos y de las adversidades. Por su comprensión y por estar a mi lado incondicionalmente. Por escucharme y ayudarme en momentos de duelo y por no juzgar mis actos y sobre todo por ser ella.

A mis maestro Dr. Carlos Guzmán Cuervo por su apoyo y por su fe en mi persona, dándome herramientas escritas para seguir, por su afecto y siendo un ángel que me ha seguido desde los inicios de mi carrera.

A todos mis verdaderos maestros del Hospital de la Mujer. A todos y a cada uno de ellos, con sus lecciones comprendí el objetivo de ser ginecoobstetra, con su experiencia entendí que siempre debemos estar en constante actualización y su amor por la profesión.

A mi Gran Hospital de la Mujer, lugar en el que un día soñé estar y al que agradezco todo lo que me ha dado y me seguirá dando en un futuro.

Y a todas esas mujeres que dejan en nuestras manos su salud y la del próximo ser que esta por nacer. Gracias por permitir su salud para darnos enseñanza y seguridad y continuar aprendiendo.

ÍNDICE

I.	Marco Teórico.	5
	1. Introducción.	5
	2. Antecedentes históricos.	8
	3. Generalidades sobre depresión posparto.	9
	4. Epidemiología.	12
	5. Etiología.	13
	6. Factores de riesgo.	15
	7. Factores protectores.	18
	8. Clasificación.	20
	9. Diagnóstico.	25
	10. Tratamiento.	28
	11. Pronóstico.	31
II.	Justificación.	32
III.	Planteamiento del Problema.	33
IV.	Objetivos.	34
V.	Material y Métodos.	35
VI.	Resultados.	38
VII.	Discusión.	45
VIII.	Conclusiones.	48
IX.	Bibliografía.	49
X.	Anexos.	51

I. MARCO TEORICO.

1.1 introducción.

La depresión es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente donde predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.¹² Durante el embarazo y puerperio ocurren cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que hacen más vulnerable a la mujer para la aparición de estos trastornos.⁷

Al comparar las prevalencias de depresión entre hombres y mujeres, se evidencia en la niñez cifras equivalentes y, en la adultez, es más frecuente en mujeres. Esta diferencia se observa fundamentalmente en la etapa reproductiva de la mujer y se asocia con el síndrome premenstrual, embarazo, puerperio y menopausia.

En el periodo puerperal, se observa importantes variaciones fisiológicas, debido al declive posparto de las hormonas reproductivas, lo cual podría condicionar a la mujer a sufrir depresión, definida según El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV, 2003) considera la Depresión Posparto (DPP) como diagnóstico dentro del EJE I denominado Trastornos Clínicos en el apartado de Trastornos del estado de ánimo y se le reconoce como Trastorno depresivo mayor con especificación de inicio en el posparto. Como la presentación de depresión a partir de las 4 semanas posteriores al parto.^{9,10.}

La Escala de Depresión de Posparto de Edinburg se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de posparto (DPP); una afección alarmante más

prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto), pero que es menos grave que la psicosis del puerperio.⁴

A nivel internacional existe una amplia literatura respecto a la DPP. Numerosas investigaciones en países desarrollados y en vías de desarrollo. A pesar de esto, son pocas las investigaciones que se han abocado a la búsqueda de factores de riesgo psicosocial, sintomatología depresiva y prevalencia de la DPP. Los episodios depresivos en el posparto comparten las mismas características que en otros periodos de la vida, pudiendo eso sí, ser más frecuente el curso fluctuante y la labilidad emocional. Asimismo, es común que los sentimientos depresivos, ideas obsesivas y la culpa, giren en torno al recién nacido. La puérpera puede sentir que es mala madre e incapaz de cuidar bien a su hijo, o sentirse desinteresada por éste. Las ideas delirantes, cuando las hay, incluso pueden aludir a que el bebé está poseído, o que tiene poderes especiales.⁵

En cuanto a la edad, se ha concluido que ser adolescente era un factor de riesgo independiente para DPP, entre las jóvenes de 15 años respecto a las de 16 ó 17. Respecto a los factores psicosociales se ha encontrado que el principal factor predictor de DPP era el percibirse como estresada, no sólo encontraron que el estrés aumentaba significativamente entre el tercer trimestre de embarazo y el posparto, sino que además se asociaba a la presencia de DPP, y se encontró que tener antecedentes de abuso físico y/o sexual en la infancia, predecía en forma estadísticamente significativa la aparición de DPP entre las madres adolescentes⁵.

Desde el punto de vista psicoanalítico, el embarazo se considera un periodo de maduración y a la vez de regresión que evoca conflictos infantiles, particularmente en los casos en que existen modelos maternos inadecuados. Se ha asegurado que las actitudes negativas hacia la maternidad y/o una infancia conflictiva

predisponen a la depresión posparto y asocia una pobre identificación materna con la depresión en el periodo inmediato al mismo.²

Existen autores que afirman que el mayor predictor de una depresión en momentos de crisis no es la ausencia o el número de confidentes, sino el apoyo que estos prestan en las circunstancias adversas, considera que el riesgo de padecer una depresión se multiplica por veinte cuando la mujer valora a una persona como confidente y esta no le proporciona apoyo en los momentos de crisis.²

Existe un considerable cuerpo de evidencia avalando el hecho de que la DDP limita la capacidad de la madre para involucrarse positivamente con su bebé, ya que estudios han demostrado que la DDP compromete el desarrollo cognitivo, conductual y emocional del niño⁵. Ha resultado difícil de predecir la incidencia de DDP antes del parto⁶ y, y de todas maneras,, las intervenciones preventivas en gran medida han demostrado ser ineficaces. Por consiguiente, las investigaciones y la atención clínica se han enfocado en el tratamiento de la DDP una vez se ha manifestado.⁸

1.2 Antecedentes históricos.

En el siglo IV a. de C., Hipócrates realizó la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto. En su reseña consideró que algunas apreciaciones sobre las características clínicas de la manía posparto, asociadas a la lactancia, se trataban de *delirium* asociado a “sepsis puerperal”, entidad relativamente común en la antigua Grecia. En los siglos XVIII y XIX, la literatura médica alemana y francesa introdujo los primeros reportes sistemáticos de casos sobre locura puerperal.

En el año 1818, Jean Esquirol realizó la primera descripción detallada de 92 casos de psicosis puerperal. En 1829, Robert Gooch, reportó la psicosis puerperal en su informe *Enfermedades propias de las mujeres*. En 1856, el médico francés Víctor Louis Marcé, en su libro *Traite de la Folie des Femmes Enceintes*, caracteriza de manera sistemática la enfermedad mental durante el posparto. Este médico fue el primero en sugerir que los cambios fisiológicos durante el puerperio influían en el estado de ánimo materno. En 1969, B. Pitt caracterizó un tipo de depresión leve asociada al posparto.

El concepto sobre una forma más grave de enfermedad mental no asociada con psicosis fue elaborado en los años setenta, en estudios de población fundamentados en entrevistas estructuradas y en criterios diagnósticos estandarizados.³

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

1.3 Generalidades sobre depresión.

Por depresión se puede entender a un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos de los criterios diagnósticos racionales y operativos, por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos, esfera de sentimientos y emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado, siempre están presentes síntomas de tipo volitivo, cognitivo, o incluso somático.¹

La depresión o el episodio depresivo según el DSM IV y el CIE-10, consiste en un periodo de al menos dos semanas, en las que existe un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer para casi todas las actividades. El sujeto experimenta además de los síntomas anteriores, otros como: cambios en el apetito o pérdida de peso corporal, alteraciones del sueño y actividad psicomotora y sentimientos de infravaloración, o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida y/o intentos suicidas.¹

El trastorno depresivo se asocia a una alta prevalencia y a una importante carga en términos humanos y económicos, por lo que la OMS ha estimado que esta enfermedad se convertirá en la segunda causa de discapacidad hacia el año 2020. No obstante la alta prevalencia de la depresión, se especula que esta enfermedad es subdiagnosticada, ya que su reconocimiento puede dificultarse debido a la alta frecuencia de síntomas físicos asociados, sobre todo de naturaleza dolorosa, mismos que pueden ser más evidentes que los síntomas emocionales subyacentes. Estudios actuales revelan que hasta el 76% de los pacientes con depresión reportan síntomas físicos dolorosos como cefalea, dolor abdominal, dolor lumbar y dolor sin localización precisa. Además, se ha demostrado que las

molestias musculoesqueléticas inespecíficas, el dolor lumbar y el dolor precordial predicen la intensidad de la depresión.

La probabilidad de enfermedad psiquiátrica se incrementa dramáticamente con el número de síntomas físicos, en tanto que la resolución de los síntomas físicos es un predictor importante de la remisión en el tratamiento de la depresión. Los pacientes que alcanzan la remisión completa tienen menos probabilidades de recaer.

Durante el embarazo y puerperio ocurren cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que hacen más vulnerable a la mujer para la aparición de estos trastornos. Dentro de los vinculados al puerperio se distingue la tristeza y depresión posparto y la psicosis puerperal.⁷

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), fue quizá la clasificación que dio cabida en la psiquiatría actual a la relación reconocida desde la época de la medicina hipocrática, de que el posparto (DPP) se asocia con cambios del ánimo y otros síntomas mentales.⁶

Según el DSM-IV, el especificador de inicio en el posparto debe ser realizado a los trastornos que se inicien durante las cuatro semanas posteriores al parto y puede realizarse a episodios depresivos mayor, maniaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve.⁶

Esta definición delimita el tiempo posparto a cuatro semanas, ya que es en este periodo en el que se evidencian cambios hormonales y el retroceso físico de los principales cambios fisiológicos. Tal retroceso puede durar en total un tiempo aproximado de seis meses, siendo esta la razón por la que algunos autores consideran que se debe ampliar el tiempo del especificador.⁶

La depresión posparto se diferencia de cualquier otro cuadro depresivo, porque aparece entre las 4-30 semanas del puerperio con síntomas incapacitantes como irritabilidad, rabia, anhedonia, abulia, confusión, olvido, culpa, incapacidad de afrontamiento y ocasionalmente, pensamientos suicidas, que pueden exacerbarse por falta de confianza, expectativas irreales sobre la maternidad y baja autoestima materna⁷.

La importancia de investigar los factores de riesgo de esta problemática, es que una vez iniciados los síntomas, esta puede hacerse crónica y cada día se incrementa su prevalencia a nivel nacional. Considerando los efectos que sobre su salud y la de su hijo puede ocasionar esta patología surge el interés por determinar cuáles son en nuestro medio los factores que intervienen en su desarrollo.¹

1.4 Epidemiología.

La depresión posparto es el trastorno anímico más prevalente asociado al nacimiento, su recidiva es 1:3 a 1:4, si la madre no es tratada correctamente y se asocia a severa discapacidad para desarrollar actividades de la vida diaria. Afecta aproximadamente hasta el 19.2% de las puérperas durante los tres primeros meses posparto, con una prevalencia que varía entre 3-30% durante el primer año. En la mayoría de los casos remite luego de tres a seis meses. Sin embargo, una proporción puede seguir un curso crónico.

Sus efectos en la relación madre-hijo(a) no distinguen diferencias culturales o por nivel socioeconómico de la madre y su impacto en el desarrollo del niño(a) está directamente relacionado con su duración e intensidad. El deterioro que puede ocasionar en la interacción madre-hijo, se traduce en el establecimiento de apegos inseguros y alteraciones del desarrollo psicomotor. Algunos investigadores, dan cuenta que los hijos de madres con DPP tienen más del doble de posibilidades de desarrollar problemas de conducta a largo plazo y de ser víctimas de violencia intrafamiliar. Asimismo, asisten a un menor número de controles de salud, reciben menos inmunizaciones y presentan alteraciones en sus rutinas de cuidados básicos.^{7.}

1.5 Etiología.

Se considera de etiología multifactorial y lo que distinguiría a este cuadro de otros episodios depresivos es su presentación en las primeras cuatro semanas del posparto, aunque varios autores consideran que puede iniciarse hasta un año o más después del parto.⁵

Durante el embarazo los cambios hormonales y físicos pueden condicionar la aparición de un ánimo disfórico, con frecuente irritabilidad y aumento en la sensibilidad. Puede aparecer llanto inmotivado, cambios bruscos de humor y ansiedad, que quizá no sean comprendidos por la mujer y su pareja. Un estilo cognitivo depresivo previo predice un nivel de depresión más elevado en postparto y se asocia con falta de apoyo conyugal.²

Una de las hipótesis biológicas asociadas al desarrollo de DPP, se relaciona con los niveles séricos de triptófano, los que se encuentran más bajos al final del embarazo e inicio del puerperio al compararlos con las mujeres no embarazadas.

El triptófano es precursor de serotonina, neurotransmisor involucrado en la etiopatogenia de estos trastornos. Entre el primer y segundo día posparto, en las mujeres se observa elevación del triptófano sérico como mecanismo natural de compensación, lo que no ocurriría en quienes desarrollan un cuadro depresivo puerperal. Además, se observan en ellas un aumento de la respuesta inflamatoria del organismo, con elevación significativa de citoquinas proinflamatorias como IL-1, IL-6 y proteína C-reactiva y disminución de la concentración del factor inhibidor de estas.

Esta elevación provoca en las personas variaciones de patrones habituales de conducta, entre ellos, del sueño, apetito, niveles de energía, actividad sexual y social, todos comportamientos asociados a los cuadros depresivos.

Los estresores físicos y psicosociales aumentan la respuesta inflamatoria, por lo que se ha postulado que este mecanismo podría estar en la base de todos los factores de riesgo tradicionalmente asociados a la ocurrencia de DPP y permitiría explicar interrogantes tales como por qué una mujer que tiene dificultades de pareja o trastornos del sueño durante el puerperio aumenta su riesgo de desarrollar el trastorno del ánimo. Además, el mecanismo es bidireccional, es decir, el aumento del proceso inflamatorio aumenta el riesgo de depresión y esta a su vez, aumenta el proceso inflamatorio estableciéndose así la relación entre ambos fenómenos.⁷

También se ha mencionado que las causas de depresión posparto están relacionadas básicamente con factores psicosociales entre los que cita, problemas con la vivienda o masificación de ésta, síntomas fisiológicos (náuseas, vómitos y anorexia) factores obstétricos (antecedentes de síndrome disfórico premenstrual y dismenorrea, primer embarazo o historia previa de abortos), pérdidas parenterales precoces, falta de atención materna, embarazo no deseado, así como respuesta negativa por parte de la mujer o su pareja.²

1.6 Factores de riesgo.

Durante el embarazo y el puerperio se sucede una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasiona una mayor vulnerabilidad para la aparición de los trastornos psíquicos en la mujer. Los trastornos del estado de ánimo en el postparto acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y comportan considerables repercusiones tanto para la propia mujer, que ve mermado su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares, sin olvidar las consecuencias económicas que conllevan las bajas laborales.⁷

A nivel internacional existe una amplia literatura respecto a la DPP. Numerosas investigaciones en países desarrollados y en vías de desarrollo que informan sobre la prevalencia del trastorno, los factores de riesgo y las consecuencias asociadas, así como de las intervenciones efectivas para tratarlo. A pesar de esto, son pocas las investigaciones que se han abocado a la búsqueda de factores de riesgo psicosocial, sintomatología depresiva y prevalencia de DPP exclusivamente en madres adolescentes⁵.

Desde el punto de vista biomédico en el que se incluyen los factores genéticos, hormonales, anatómicos y fisiológicos asociados a depresión postparto. Se han agrupado los factores de vulnerabilidad que hace que la mujer se deprima; hormonales relacionados al ciclo reproductivo papel importante en predisposición. Otros autores mencionan que algo influye mucho en la vida reproductiva de las mujeres y que está en relación directa con niveles circulantes de estrógenos y progesterona por lo que propone que estas hormonas gonadales así como aspectos psicosociales sean también causantes de depresión postparto.

Debido a la influencia hormonal que existe en relación a depresión postparto, se realizó un estudio comparativo entre neonatos prematuros recién nacidos a

término con problemas médicos leves y moderados y neonatos prematuros encontrando que estos eran altamente reactivos a la depresión materna , es decir demostraron niveles de cortisol, esto encontrado en mujeres deprimidas por bajos niveles de cortisol¹.

Dentro de los factores de riesgo de mayor asociación con DPP antecedentes personales de baja autoestima, depresión y depresión posparto previas, relaciones maritales dificultosas, redes de apoyo insuficientes y en particular, cuadros ansiosos, depresivos y de estrés durante el embarazo.

El estado civil, antecedentes familiares de problemas mentales, vulnerabilidad genética de la madre, tristeza posparto severa, características de personalidad y estilos cognitivos tendientes a la negatividad, la experiencia del parto y las complicaciones obstétricas, la depresión en las parejas y por último, características de salud y temperamento del recién nacido, presentan una asociación más débil.

También se han asociado regiones con bajo consumo de alimentos que aportan estos ácidos grasos, con elevadas prevalencias de depresión. En forma concordante, se han realizado intervenciones en pacientes depresivos, que consisten en suplementarlos con ácidos grasos omega-3, por cortos períodos, lográndose mejoras estadísticamente significativas de los síntomas depresivos, incluso de la ideación suicida en pacientes resistentes a tratamiento.

La asociación de los ácidos grasos omega-3 con la depresión puede ser fundamental en las embarazadas, ya que ellas traspasan sus reservas al feto, lo que puede ocasionar una depleción de los mismos en la madre.¹⁶

Finalmente, se reporta una discreta asociación entre disfunciones tiroideas, cambios hormonales, alta hospitalaria precoz, parto prematuro, alimentación artificial del bebé, relación de pareja pobre, procesos de duelo en curso, edad, etnia, religión y paridad de la madre, habitar lugares apartados o rurales, dificultades para adaptarse a la maternidad, antecedentes de abuso sexual en la infancia, consumo de tabaco y enfermedad médica de la madre.⁷

1.7 Factores protectores.

Se los estilos cognitivos positivos, niveles elevados de autoestima materna, buenas relaciones de pareja y participación religiosa, que ayudarían a afrontar el estrés inicial de la maternidad. Como también la percepción materna de apoyo en tareas hogareñas y de crianza ya que la disponibilidad y uso de efectivo de redes de apoyo social puede mitigar el desarrollo o la severidad del cuadro depresivo.

Igualmente se ha descrito como factor protector, especialmente en madres primerizas, la alimentación del bebé con lactancia materna. Esta induciría algunos beneficios psiconeuroinmunológicos reduciendo la actividad inflamatoria al atenuar la elevación de cortisol, ACTH, epinefrina y norepinefrina y disminuiría la reactividad materna al estrés propiciando comportamientos nutricios hacia el bebé. Por el contrario, el cese brusco o su corta duración, se ha asociado a una mayor probabilidad de ocurrencia de DPP.⁷

Durante el embarazo las madres pueden llegar a un estado de depleción de ácidos grasos omega-3 debido a que traspasan sus reservas para el desarrollo del cerebro fetal. Este estado de depleción se asocia a la aparición de depresión. Este hecho es muy importante, porque puede ser un factor que contribuya a la aparición de depresión durante el embarazo y después del parto. Por lo tanto, es conveniente suplementar a las embarazadas con estos ácidos grasos, ya sea con cápsulas, jarabes o fomentando el consumo de alimentos que los contengan. La suplementación puede ser útil para prevenir la aparición de la depresión y como coadyuvante terapéutico una vez que ella se manifiesta. Además presenta las ventajas de que puede ser administrada durante el embarazo, durante la lactancia, es bien tolerada oralmente, no presenta reacciones adversas ni efectos secundarios.

Adicionalmente a sus efectos antidepresivos, es traspasado de la madre al feto durante la gestación y a través de la leche materna, favoreciendo el desarrollo del SNC del recién nacido.¹⁵

1.8 Clasificación.

a) “Baby blues” o síndrome del tercer día.

Es este el nombre con el que actualmente se conocen los síntomas transitorios, depresivos y ansiosos, que presentan alrededor del 50 por ciento al 80 por ciento de las mujeres durante el puerperio. El término *blues* es debido al nombre acuñado por los afro-americanos a un tipo de música triste que produce nostalgia y refleja recuerdos y costumbres del pasado de los músicos. Los síntomas consisten en labilidad afectiva, irritabilidad, ansiedad y tristeza, pero no son lo suficientemente intensos para producir un deterioro significativo en la mujer que los padece, ni es necesario implementar un tratamiento específico para este. El pico de estos síntomas ocurre generalmente entre el tercero y el quinto día posparto y su duración generalmente es corta, pero puede durar varios días, e incluso, semanas.

Hay dos hipótesis principales que intentan explicar este fenómeno. La primera es la que relaciona la supresión hormonal abrupta. Se conoce que el gran cambio hormonal presente en todas las mujeres durante este periodo y en especial el bajo nivel de progesterona y sus metabolitos, principalmente de alopregnanolona, puede asociarse con los síntomas. Estas sustancias poseen gran afinidad a los receptores GABA siendo esta la razón por la que poseen efectos ansiolíticos y anestésicos.

Se ha observado que las mujeres con *baby blues* presentan un mayor aumento de los niveles de progesterona en las últimas semanas del embarazo y durante el posparto, presentan una mayor disminución de este nivel y de otras sustancias como el colesterol y los triglicéridos que también se han asociado con cambios en el ánimo.

La segunda hipótesis se relaciona con la activación del sistema biológico mamífero que relaciona la madre y su hijo y que está regulado por la oxitocina. Este mecanismo en situaciones normales produce una mejor relación entre la madre y su hijo; sin embargo, ante la presencia de tensión emocional y pobre apoyo ambiental puede relacionarse con los síntomas depresivos y ansiosos, en especial en mujeres más sensibles al estrés psicosocial.⁶

b) Depresión posparto sin psicosis (DPSP).

Este trastorno está presente aproximadamente en el 10-20 por ciento de las mujeres en diferentes países durante los seis meses del posparto. Se ha calculado entonces que en países como Estado Unidos una de cada ocho mujeres presentan en su posparto tal patología, estando el número total de mujeres afectadas en aproximadamente un millón de mujeres por año. Este trastorno generalmente inicia antes de la sexta semana y dura entre tres y catorce meses.

Se han identificado factores predictores y factores de riesgo para DPP como el antecedente de personal o familiar de depresión o de trastorno disfórico premenstrual, la presencia de ansiedad o depresión durante el embarazo o de *baby blues*, el alto estrés psicosocial, el ser madre soltera o la disfunción de pareja, la baja autoestima materna, el bajo nivel socioeconómico, los embarazos no deseados o no planeados, y la imposibilidad de lactar o con el cese temprano de la lactancia.

Además de la influencia de los factores ya mencionados la presencia de síntomas depresivos persistentes después de seis meses de posparto, situación que ocurre hasta en el 50% de los casos, se ha relacionado con el inicio durante el embarazo de los síntomas, el temperamento del recién nacido, el bajo nivel educativo de la madre y anomalías o enfermedades del hijo o de la madre.

No hay evidencia de que un desbalance hormonal o de neurotransmisores sea la causa de la DPSP y los cambios mencionados en el *baby blues* solo llevan a depresión cuando existe una vulnerabilidad genética o alto estrés psicosocial.^{9, 10} Sin embargo, las teorías más acertadas hasta el momento son las que se relacionan con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas de estos pacientes durante este período.⁶

Se ha relacionado entonces, que durante el quinto y sexto día posparto se encuentra una reducción de los niveles plasmáticos de triptófano, principalmente en las madres con *baby blues* pero este nivel persiste reducido hasta por seis meses en las madres deprimidas; sin embargo, el administrar triptófano en el embarazo no previene la aparición ni de *baby blues* ni de DPSP.¹

Los síntomas presentados se caracterizan por anhedonia, agotamiento físico, alteraciones del sueño y del apetito, dificultad para concentrarse, ideas de minusvalía que generalmente incluyen contenidos relacionados con su papel en la crianza e ideas obsesivas con respecto a agredir a su hijo. Estas generalmente no son llevadas a cabo excepto en casos psicóticos o cuando hay ideación suicida estructurada y desean no abandonar a su hijo.⁶

c) Depresión posparto con psicosis (DPCP).

Si se descartan los casos de psicosis relacionados con enfermedad médica y/o con fármacos, los síntomas psicóticos durante el DPP son en la mayoría de los casos, síntomas de un trastorno afectivo ya sea uni o bipolar y ocurren dependiendo de los criterios y el tiempo utilizado para el diagnóstico, entre el 0.1% y el 0.2% de los pospartos. Comparado con los episodios afectivos con síntomas psicóticos que no se relacionan con el parto, se evidencia que en las DPCP hay alucinaciones visuales, olfativas y táctiles, labilidad afectiva, desorientación y confusión. Además estos síntomas son oscilantes, y confrontando este cuadro con la DPSP hay una mayor probabilidad de presentar ideas de agredir a su hijo y más riesgo de que este pensamiento se lleve a cabo, acusándosele a esta patología estar presente en casi 2/3 del total de los filicidios.

Se han realizado diferentes estudios tratando de establecer la etiología de este fenómeno y se ha encontrado entonces que las mujeres con alto riesgo de DPCP tienen una respuesta aumentada de la hormona de crecimiento a la aplicación de apomorfina durante el cuarto día posparto (antes del inicio del episodio), demostrándose a su vez, que las mujeres que tienen episodios recurrentes durante los siguientes pospartos poseen una respuesta aún mayor que las que presentan un solo episodio y que el grupo control. Esto se puede explicar debido a que la hormona del crecimiento se puede usar para medir la respuesta de las neuronas hipotalámicas o de otras áreas cerebrales, sensibles a la dopamina durante la supresión de estrógenos del posparto.⁶

d) Depresión posaborto.

Las mujeres que presentan pérdidas del producto de la gestación, ya sea por aborto o por el nacimiento de un mortinato, poseen también riesgo de desarrollar un episodio de síntomas mentales DPP, principalmente dentro de los primeros tres meses de la pérdida; no obstante, el riesgo de presentar trastornos psiquiátricos permanece aumentado hasta cuatro años posaborto.

Se ha observado que las mujeres que presentan abortos y tienen antecedente de depresión, poseen casi el doble del riesgo que tendría si hubiera obtenido un hijo vivo; en las mujeres sin antecedente de depresión el riesgo es similar al que poseen las madres que obtienen hijos vivos.⁶

A su vez, se ha evidenciado que este riesgo se eleva en las mujeres de bajo nivel socioeconómico, que no tienen hijos, y también se puede producir un episodio depresivo en aquellas que no deseaban el embarazo, siendo un factor de alarma las que no se noten afligidas durante las dos primeras semanas o las que después de seis a nueve meses no presenten ninguna reducción de los síntomas depresivos. Se afirma, además, que las mujeres que tienen mortinatos, poseen más síntomas de depresión y ansiedad especialmente en el tercer trimestre de su próximo embarazo y mayor riesgo de depresión posparto de su próximo parto, en especial si entre el mortinato y el posterior embarazo hay un lapso de tiempo menor de un año.⁶

1.9 Diagnóstico.

El diagnóstico de DPP confiere algunas dificultades, entre ellas el escaso reconocimiento de los trastornos del ánimo durante el embarazo. Alrededor de la mitad de los cuadros depresivos diagnosticados durante el puerperio iniciaron o continuaron su curso durante el embarazo, pese a conocerse que el diagnóstico y tratamiento correcto previo al parto implica una menor probabilidad de cursar una depresión posnatal. Por otro lado, la sintomatología depresiva durante el puerperio puede confundirse con la adaptación normal a esta etapa de la vida.⁷

Muchos estudios reportan una serie de métodos para su evaluación, sin embargo, existe consenso que el mejor instrumento de tamizaje es la Escala de Depresión de Edimburgo, diseñada especialmente para reconocer síntomas anímicos en mujeres puérperas. Sus ítems se agrupan básicamente en torno a dos factores: tristeza y ansiedad; tiene una consistencia interna adecuada, 100% de sensibilidad y 80% de especificidad. Ha sido validada en diversos países y culturas, con resultados que permiten justificar su uso como instrumento de tamizaje, logrando su mayor sensibilidad con un punto de corte entre 9 y 10 puntos.⁷

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo y/o el postparto es importante por su morbimortalidad, consecuencias y posibles complicaciones, lo que ha llevado a que en los últimos años se haya intentado optimizar el diagnóstico y proveer tratamientos tempranos y eficientes para estos. Al respecto, se han diseñado varias escalas para el tamizaje de esta patología, entre las cuales se encuentra la escala de depresión posparto de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS) (**Anexo 1**).¹⁵

El instrumento EPDS se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la

Maternidad” (“*Blues*” en inglés) (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo.⁴

El instrumento EPDS ha sido diseñado específicamente como método de “cribado” y no de diagnóstico para depresión posparto. Consiste en un registro de autoaplicación, que consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje variable entre 0-3 puntos de acuerdo a la severidad de los síntomas. La calificación global del instrumento varía entre 0-30 puntos.

La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estos ítems evalúan la disforia (ítems 1, 2, 7, 8, 9), 2 ítems están relacionados con ansiedad (ítems 4 y 5), 1 con sentimiento de culpa (ítem 3), 1 con ideas suicidas (ítem 10) y 1 con dificultad de concentración (ítem 6).

Según los resultados obtenidos la paciente puede ser clasificada en tres grupos de riesgo:^{1,4,8,9,10}

- EPDS ≤ 9 : sin riesgo de DPP.
- EPDS 10-12: puntaje límite, riesgo de DPP.
- EPDS ≥ 13 : indicador de probable DPP.

Instrucciones de uso:^{1,4,8,9,10}

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas por completo.

3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas durante la aplicación del instrumento.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que existe imposibilidad visual o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de posparto. La visita inicial al pediatra para valoración del recién nacido, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades idóneas para realizar el instrumento.

Pautas para la evaluación:^{1,4,8,9,10}

- a) A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)
- b) Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.
- c) Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.
- d) La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo.
- e) Se deben evaluaciones adicionales y confirmar diagnóstico por expertos a todas las pacientes antes de decidir el tipo de tratamiento.

1.10 Tratamiento.

El tratamiento de la DPP requiere un abordaje que considere la multiplicidad de factores involucrados en su ocurrencia y mantención y las implicancias que tiene para madre e hijo(a). Frente al diagnóstico, es frecuente que los profesionales de la salud se planteen interrogantes relacionadas con el mejor abordaje del cuadro clínico: ¿cuál es el mejor tratamiento?, ¿las medidas no farmacológicas son tan efectivas como el uso de drogas antidepresivas?, ¿existe evidencia que apoye el uso de algunos fármacos durante el período de lactancia materna?, ¿cuáles son los fármacos más recomendados, entre otras.⁷

Los antidepresivos son la piedra angular del tratamiento de la depresión posparto. Un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina debe administrarse de manera rápida, pues este tipo de agentes presentan un bajo riesgo de efectos tóxicos en caso de sobredosis. La mayoría de los estudios existentes son ensayos abiertos; recientemente, se han realizado estudios controlados con placebo.

Varios estudios han demostrado la eficacia de medicamentos como sertralina, paroxetina, fluoxetina y venlafaxina en el tratamiento de la depresión posparto sin psicosis. La sertralina se considera como el antidepresivo de elección durante el embarazo, en virtud de su baja tasa de excreción en la leche materna y, generalmente, no se detecta en el plasma del neonato; tampoco se han reportado efectos adversos en el niño.

En un estudio se reportó que los niños que recibían lactancia de madres tratadas con fluoxetina ganaron menos peso. A diferencia de otros antidepresivos, la fluoxetina tiene un metabolito activo (norfluoxetina) con una vida media larga (6-16 días) y se han descrito cuadros de cólico del lactante después de la ingestión materna de este fármaco. Otro antidepresivo considerado apropiado durante la lactancia es la paroxetina, ya que ha mostrado un bajo porcentaje en el niño, de la

dosis ajustada de la madre (hasta 2.24%) y una media de concentración leche/plasma de 0.96. Además, es poco probable que se detecte en el plasma del lactante, no se ha asociado a ningún efecto adverso y no posee metabolitos activos³

Los antidepresivos tricíclicos, excepto la doxetina, no se asocian con dosis significativas en los recién nacidos y no se presen tan efectos agudos en éstos, en especial si son mayores de 10 semanas de edad. Los metabolitos de la doxetina sí se encuentran en el plasma de los niños y se relacionan con efectos en el recién nacido.³ Una vez establecido el diagnóstico, las indicaciones del tratamiento deben ser claras en relación con su inicio, dosis, efecto terapéutico y efectos adversos. Es importante informar a la madre de la existencia de un período de latencia en el inicio de la respuesta farmacológica, que oscila entre 2-4 semanas, durante el cual deberá continuar ingiriendo el fármaco pese a no observar remisión de los síntomas.⁷

Un número de tratamientos han demostrado ser efectivos en ayudar a madres con DPP a recuperarse de su trastorno de estado de ánimo, aunque hasta el momento ninguno ha demostrado ser mejor que otro, y no hay evidencia de beneficios a largo plazo sobre el estado de ánimo materno. Se ha logrado cierto éxito en mejorar de la calidad de las interacciones madre-hijo al centrarse en las dificultades en la crianza de los niños, aunque los estudios tienden a ser a corto plazo con seguimientos breves.⁸

En los casos en que la relación madre-hijo se note marcadamente alterada, las técnicas conductuales, como el entrenamiento de los padres y los masajes al recién nacido, pueden mejorar la interacción, pero no han mostrado ser efectivas para el tratamiento de la depresión.⁶

La hospitalización está indicada en alto riesgo suicida o alto riesgo de infanticidio. La terapia electroconvulsiva es eficaz y su inicio de acción es menor que con los fármacos. Está indicada en los casos severos, en los que esperar el tiempo de inicio de acción de los medicamentos sea riesgoso.

Otro tratamiento que ha mostrado ser más efectivo que el placebo en la DPP es la terapia con estrógenos; sin embargo, estos producen solo una reducción de la intensidad de los síntomas sin llegar a eliminarlos. Además están relativamente contraindicados en casos de alto riesgo de cáncer de mama, hipercoagulabilidad y en el embarazo. A su vez, se ha relacionado que el tratamiento con progestágenos durante el posparto puede producir un aumento de los síntomas depresivos-ansiosos.

La psicoterapia, individual o grupal, que en muchos casos deberá incluir a la pareja o familia de la puérpera. La terapia de grupo permite trabajar en la psicoeducación, fomentar el apoyo entre mujeres que se encuentran viviendo situaciones similares, así como explorar la red social y comunitaria, ya que en muchos casos se requiere la derivación a servicios de asistencia social y/o judiciales específicos.⁵

1.11 Pronóstico.

Las mujeres con antecedente de depresión tienen un riesgo hasta del 35% de depresión durante posparto, las que tienen antecedentes de trastorno afectivo bipolar tienen una probabilidad hasta del 50% de recaer durante el posparto y las que han presentado un episodio de depresión posparto tienen una probabilidad de un segundo episodio posparto hasta del 70%. Es por tal razón que la planificación familiar es de gran ayuda para controlar el número de embarazos y programarlos para periodos de tiempo en los que haya un menor número de factores estresores.

En estas mujeres se debe evaluar igualmente la posibilidad de presentar depresión durante el embarazo que, aunque se ha dicho que su presencia es poco probable, en caso de presentarse no solo predice un mayor riesgo de exacerbación sintomática en el posparto, sino que los síntomas depresivos en especial durante el tercer trimestre de embarazo se han asociado con mayor probabilidad de requerir cuidados intensivos por complicaciones obstétricas, como por ejemplo, retardo del crecimiento intrauterino, parto pretérmino, desprendimiento de placenta y, además, se asocia con alteraciones comportamentales del recién nacido.⁶

II. JUSTIFICACION.

Llama la atención el hecho de que la depresión posparto sea habitualmente subdiagnosticada en centros de atención materno-infantil, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a otras patologías obstétricas tales como preeclampsia, parto prematuro y diabetes gestacional, entre otras entidades.

Conociéndose que éste es un periodo en el que la mujer y su hijo acuden a nuestro hospital, se pretende, detectar pacientes que padecen depresión postparto, ya que en no se encuentran registros de pacientes diagnósticas, ni seguimiento de pacientes con antecedentes de depresión.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los trastornos del ánimo son enfermedades multisistémicas, que se manifiestan con distintos grados de alteración patológica del ánimo asociados a un significativo deterioro físico y social. La importancia de investigar los factores de riesgo de esta problemática es que una vez iniciados los síntomas, esta puede hacerse crónica y cada día se incrementa su prevalencia a nivel nacional.

La depresión en cualquier momento de la vida afecta profundamente la autopercepción y comportamientos de las personas, especialmente en las relaciones interpersonales y sociales. Al asociarla al puerperio, que es uno de los periodos de mayor riesgo para desarrollar depresión por ser un tiempo de gran exigencia física y emocional tanto para la nueva madre como para la familia en general sobre todo durante el primer año de vida del nuevo integrante, sus consecuencias pudieran extenderse a toda la vida.

El tener la oportunidad de identificar algunos de los factores desencadenantes o que participan en el inicio del cuadro clínico así como el diagnóstico de la depresión posparto, es de mucha importancia para la atención adecuada y en su oportunidad, la prevención.

IV. OBJETIVOS.

a) General:

- Evaluación del riesgo de depresión posparto en el Hospital de la Mujer mediante la aplicación del instrumento de tamizaje EPDS.

b) Específicos:

- Clasificar a las pacientes de acuerdo al riesgo de presentar DPP.
- Referencia al servicio de psicología del hospital para confirmación diagnóstica y referencia a un centro especializado en caso necesario.

V. MATERIAL Y METODOS.

Se trata de un estudio prospectivo, transversal y descriptivo en una muestra de 131 pacientes durante el periodo comprendido del 1º de octubre al 19 de diciembre de 2013.

El análisis estadístico de los resultados se realizó con el programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 16.0 para Windows®. Se calcularon proporciones y medidas de tendencia central (media, rango), así como medidas de dispersión (desviación estándar).

Variables:

a) Demográficas:

- Edad.
- Estado civil.
- Escolaridad.
- Ocupación.

b) Clínicas:

- Paridad.
- Vía de resolución del embarazo.
- Comorbilidades.
- Patologías del embarazo.

c) Clasificación en grupos de riesgo EPDS.

- Con base en los resultados obtenidos en el instrumento EPDS, diseñado especialmente para reconocer síntomas anímicos en mujeres durante el

puerperio, con consistencia interna adecuada, >90% de sensibilidad y >80% de especificidad (**Anexo 1**).

Criterios de inclusión:

- Pacientes con resolución del embarazo \leq 8 semanas.
- Declaración explícita de colaboración en el estudio mediante firma del consentimiento informado (**Anexo 2**).

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no desearon participar en el estudio o negación explícita a firmar el consentimiento informado.

Descripción detallada de la aplicación del instrumento EPDS.

En el estudio se utilizó la técnica de la observación indirecta, mediante la utilización de un cuestionario autoadministrado basado en las variables demográficas y clínicas seleccionadas, además del cuestionario EPDS validado al español.

Para la ejecución de esta investigación, se procedió a seleccionar en la sala de medicina preventiva a las pacientes en puerperio que acudieron a recibir su resultado de tamiz neonatal, auditivo o que acudieron a aplicación de vacuna de los 2 meses de edad en el recién nacido.

A las pacientes se les explicó con detalle los objetivos del estudio y se les solicitó firma del consentimiento informado, para después aplicárseles el instrumento EPDS.

Las participantes incluidas completaron el cuestionario mientras estaban sentadas solas en un consultorio.

Las pacientes quienes obtuvieron un tamiz positivo fueron referidas al Servicio de Psicología del hospital para confirmación diagnóstica y referencia a un centro especializado en Salud Mental más cercano a su domicilio ya que no contamos con servicio de psiquiatría y, nuestro servicio de psicología es exclusivo para pacientes hospitalizadas.

VI. RESULTADOS.

Se obtuvo una muestra de 131 pacientes a las cuales se les aplicó el instrumento EPDS. La media de edad fue de 24.73 ± 6.55 años, con un rango entre 15-43 años.

El 34.4% (n=45) eran solteras, 48.1% (n=63) en unión libre y, 17.6% (n=23) casadas.

El 1.5% (n=2) eran analfabetas, 53.4% (n=70) educación básica, 32.1% (n=42) educación media superior y, 13.0% (n=17) educación superior. El 76.3% (n=100) eran amas de casa, estudiantes 9.2% (n=12), comerciantes 5.3% (n=7), otras ocupaciones 9.2% (n=12). De la muestra, 96.95% (n=127) sin comorbilidades, epilepsia 1.53% (n=2), cáncer de mama 0.76% (n=1), hipotiroidismo 0.76% (n=1). El 6.10% (n=8) padeció preeclampsia, 6.10% (n=8) ruptura prematura de membranas (RPM), 3.05% (n=4) oligohidramnios, 3.05% (n=4) amenaza de parto pretérmino y, 1.52% (n=2) trombocitopenia gestacional. El 51.1% (n= 67) eran primigestas, 48.9% (n=64) multigestas. En el 65.6% (n=86) la vía de resolución del embarazo fue parto y en 34.4% (n=45) por cesárea.

La media general obtenida en el instrumento EPDS fue 4.87 ± 4.80 puntos, rango entre 0-23 puntos.

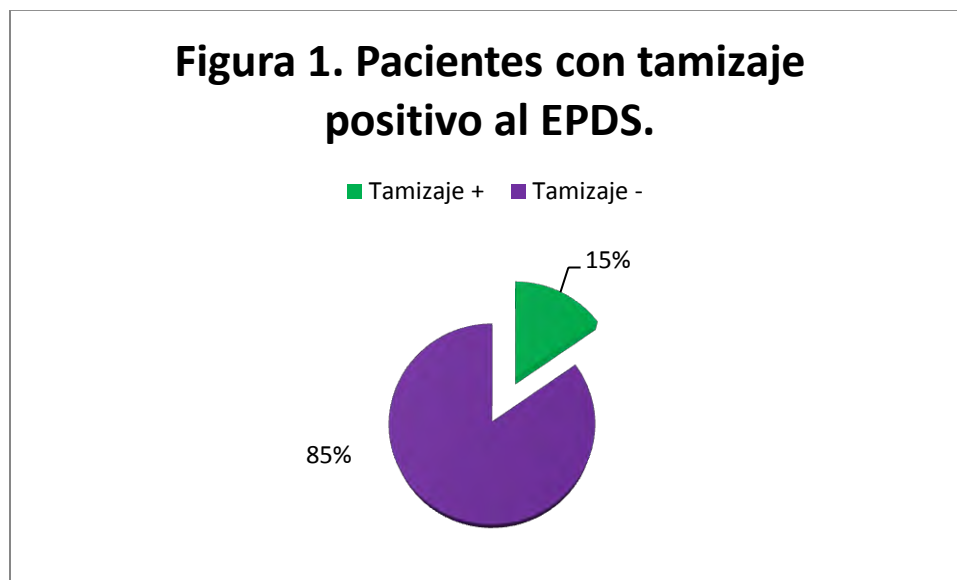
- *Análisis general descriptivo por ítem:* ítem 1: media 0.27 ± 0.70 puntos, con un rango de 0-4 puntos; ítem 2: media 0.23 ± 0.61 puntos, con un rango de 0-3 puntos; ítem 3: media 0.92 ± 1.03 puntos, con un rango de 0-3 puntos, ítem 4: media 0.87 ± 1.01 puntos, con un rango de 0-4 puntos; ítem 5: media 0.57 ± 0.93 puntos, con un rango de 0-3 puntos; ítem 6: media 0.55 ± 0.88 puntos, con un rango de 0-3 puntos; ítem 7: media 0.37 ± 0.82 puntos, con un rango de 0-3 puntos; ítem 8: media 0.45 ± 0.87 puntos, con un rango de

0-3 puntos; ítem 9: media 0.59 ± 0.84 puntos, con un rango de 0-3 puntos; ítem 10: media 0.03 ± 0.21 puntos, con un rango de 0-3 puntos.

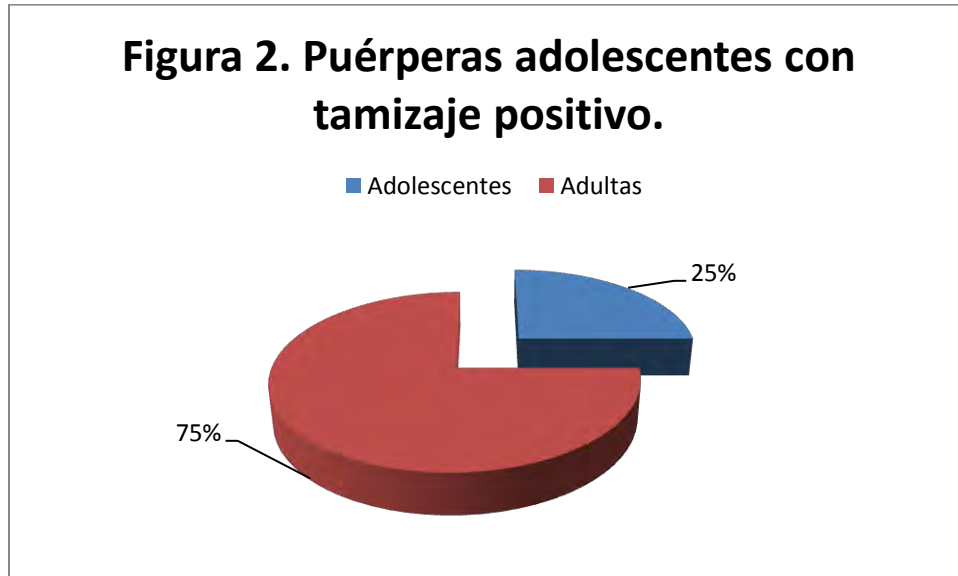
- *Análisis general descriptivo por categorías:* Disforia: media 0.38 ± 0.78 puntos, con un rango de 0-4 puntos; ansiedad: media 0.72 ± 0.98 puntos, con un rango de 0-4 puntos; sentimiento de culpa: media 0.92 ± 1.03 puntos, con un rango de 0-3 puntos, dificultad de concentración: media 0.37 ± 0.82 puntos, con un rango de 0-3 puntos; ideación suicida: media 0.03 ± 0.21 puntos, con un rango de 0-3 puntos.

Análisis de las pacientes con tamizaje positivo EPDS.

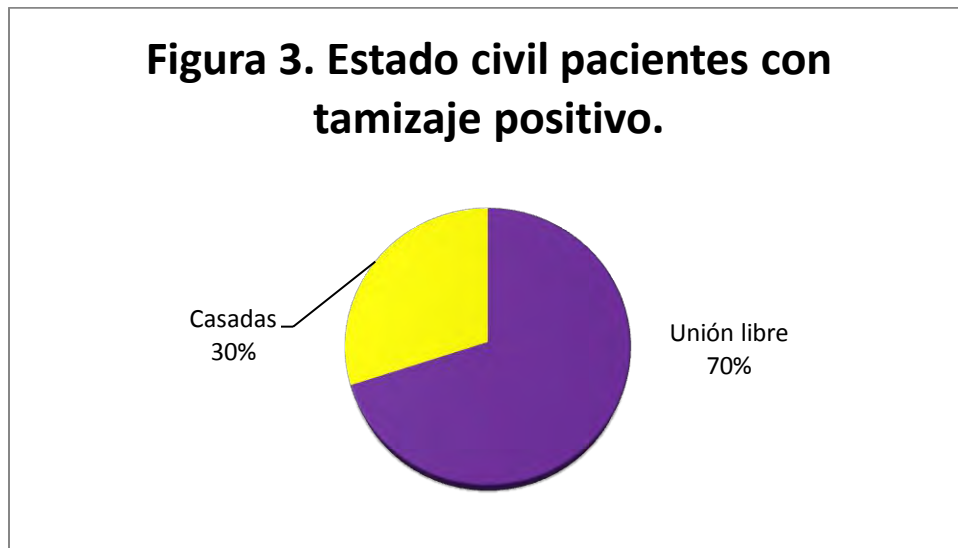
En la muestra, la positividad de riesgo a la aplicación de DPP fue del 15.26% (n=20). Clasificadas por DPP: riesgo de DPP 60% (n=12) e; indicador probable de DPP: 40% (n=8) (**Figura 1**).



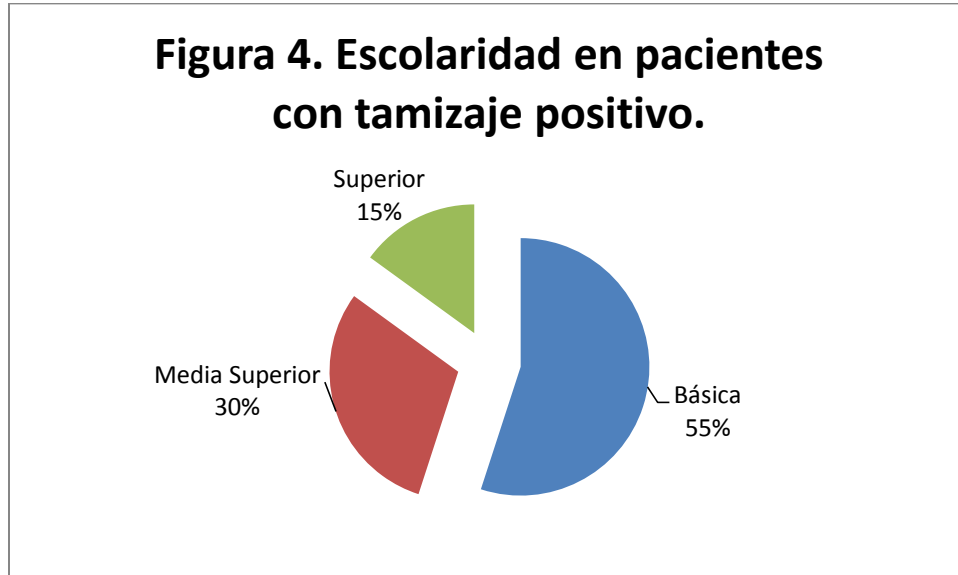
En este grupo de pacientes con tamizaje positivo, las características demográficas y clínicas fueron las siguientes: Edad 24.9 ± 6.71 años, con un rango entre 16-38 años. Adolescentes (≤ 19 años, OMS) 25% (n=5) (**Figura 2**).



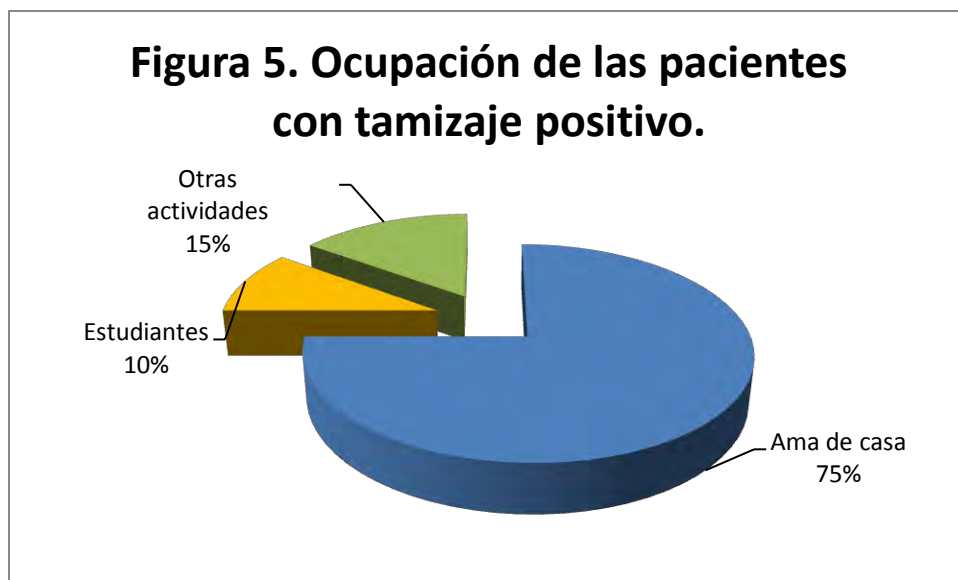
El 70.0% (n=14) unión libre y, 30.0% (n=6) casadas (**Figura 3**).



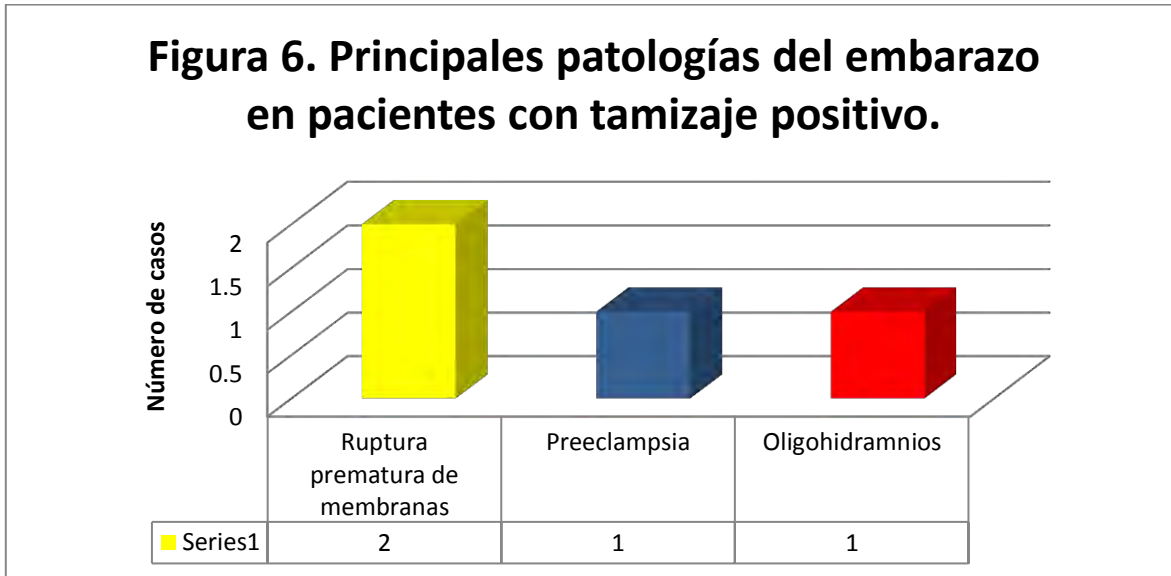
El 55.0% (n=11) educación básica, 30.0% (n=6) educación media superior y, 15.0% (n=3) educación superior (**Figura 4**).



El 75% (n=15) eran amas de casa, estudiantes (licenciatura) 10% (n=2), embalsamadora 5% (n=1), empleada doméstica 5% (n=1), estilista 5% (n=1) (**Figura 5**).



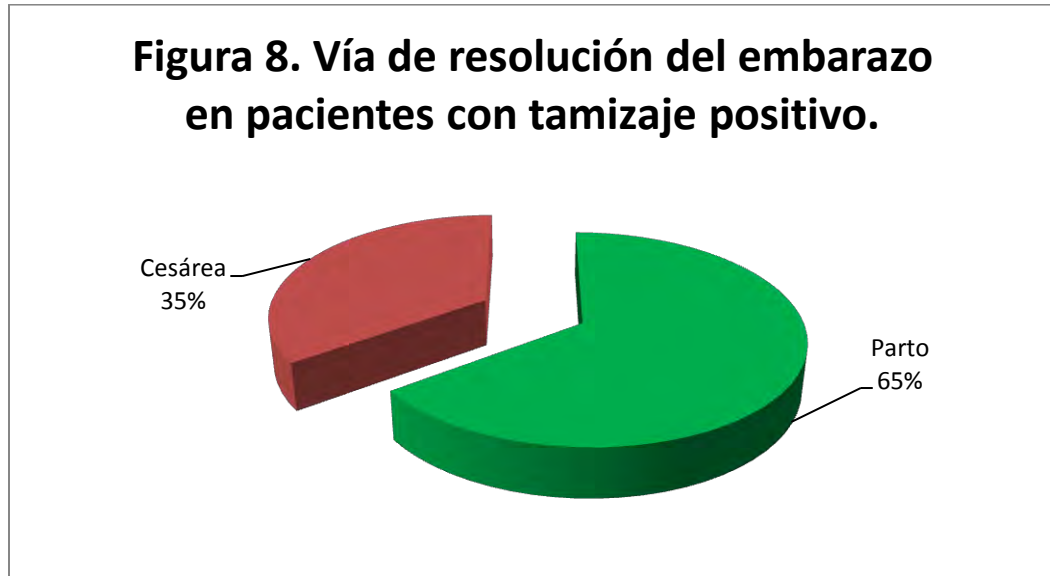
De la muestra, el 100% (n=20) sin comorbilidades. El 10.0% (n=2) padeció ruptura prematura de membranas (RPM), preeclampsia 5.0% (n=1), oligohidramnios 5.0% (n=1) (**Figura 6**).



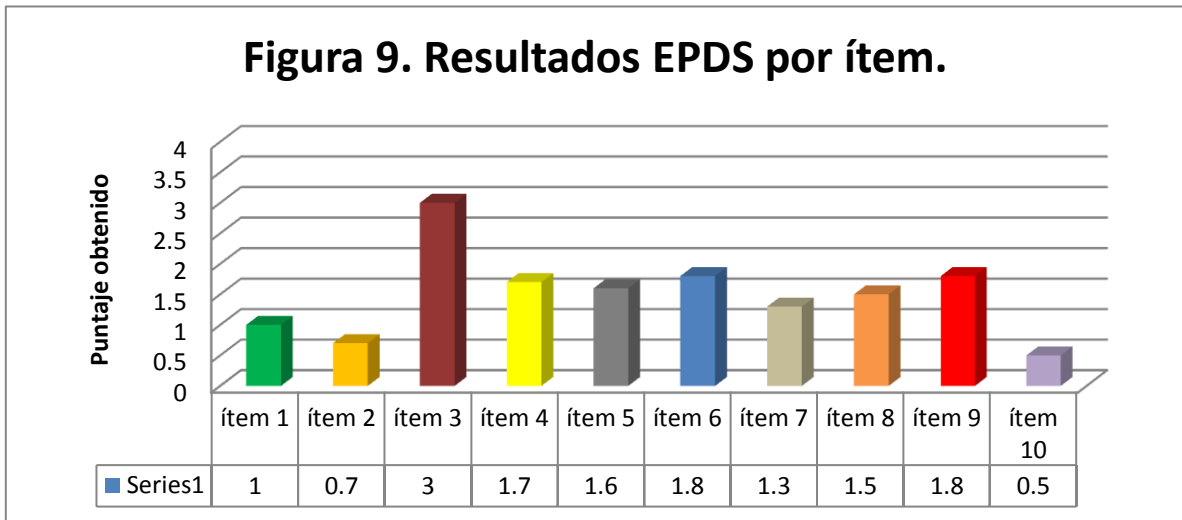
El 45.0% (n=9) eran primigestas, 55.0% (n=11) multigestas (**Figura 7**).



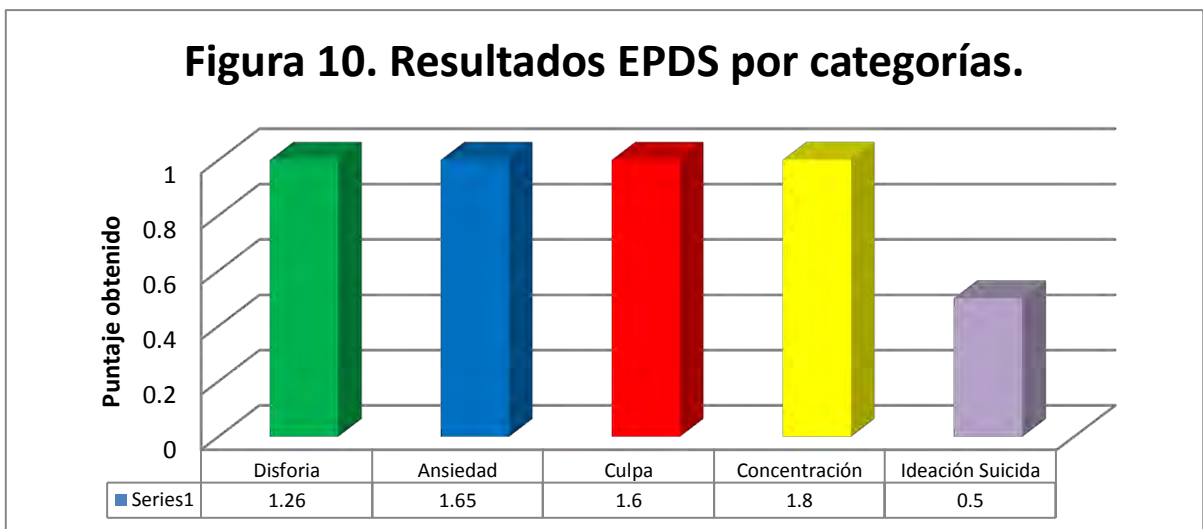
En el 65.0% (n=13) la vía de resolución del embarazo fue parto y en 35.0% (n=7) por cesárea (**Figura 8**).



- *Análisis descriptivo por ítem en pacientes de riesgo:* ítem 1: media 1.0 ± 0.97 puntos, con un rango de 0-3 puntos; ítem 2: media 0.70 ± 0.97 puntos, con un rango de 0-3 puntos; ítem 3: media 1.60 ± 1.04 puntos, con un rango de 0-3 puntos; ítem 4: media 1.70 ± 1.03 puntos, con un rango de 0-4 puntos; ítem 5: media 1.60 ± 1.09 puntos, con un rango de 0-3 puntos; ítem 6: media 1.80 ± 0.05 puntos, con un rango de 0-3 puntos; ítem 7: media 1.30 ± 1.21 puntos, con un rango de 0-3 puntos; ítem 8: media 1.50 ± 1.41 puntos, con un rango de 0-3 puntos; ítem 9: media 1.80 ± 0.83 puntos, con un rango de 1-3 puntos; ítem 10: media 0.50 ± 0.52 puntos, con un rango de 0-2 puntos (**Figura 9**).



- *Análisis descriptivo por categorías en pacientes de riesgo:* Disforia: media 1.26 ± 1.08 puntos, con un rango de 0-3 puntos; ansiedad: media 1.65 ± 1.05 puntos, con un rango de 0-4 puntos; sentimiento de culpa: media 1.60 ± 1.04 puntos, con un rango de 0-3 puntos, dificultad de concentración: media 1.80 ± 0.05 puntos, con un rango de 0-3 puntos; ideación suicida: media 0.50 ± 0.52 puntos, con un rango de 0-2 puntos (**Figura 10**).



VII.DISCUSION.

Los trastornos de la afectividad son frecuentes durante el puerperio; tiene su mayor incidencia entre la segunda a cuarta semana después de la resolución del embarazo. A pesar de que la sintomatología puede ser similar a la de los trastornos depresivos fuera del posparto; las características propias de este grupo de pacientes en todas las dimensiones humanas le dan connotaciones especiales que le traducen en una entidad nosológica propia de gran importancia para la salud pública.

Campo- Arias *et al*, menciona que el tamizaje tras la aplicación del instrumento EPDS realizado entre la semana 4-8 posparto, demuestran un riesgo elevado de padecer DPP tanto en multíparas como primíparas, con pruebas de tamizaje positivo en alrededor del 90%. Se enfatiza que este instrumento no es una prueba diagnóstica, sino un medio de tamizaje, que de salir positivo; requiere confirmación diagnóstica y tratamiento especializado en centros de salud y atención mental a la mayor brevedad posible.

El principal problema de la DPP es que se trata de una patología subdiagnosticada y subestimada en su verdadera dimensión humana y de salud. Ello puede advertirse en que los medios de tamizaje para DPP como lo es el EPDS, no se aplican de modo rutinario a pesar de haber demostrado sensibilidad y especificidad $\geq 80\%$. Un problema agregado es la falta de seguimiento, ya sea por desinterés del personal de salud o, de la propia paciente.

La positividad al tamizaje (clasificación como paciente de riesgo) con EPDS es muy variable, dependiendo del autor y del centro hospitalario que reporta. Morris *et al* (Venezuela), reportan una positividad mayor al 40%. Otros autores como Moreno y Pérez (Brasil) reportaron una positividad al tamizaje del 22%.

Para Wójcik *et al*, la positividad a la prueba alcanza hasta el 30%. En nuestro estudio, la positividad al EPDS fue del 15.26%, lo cual se encuentra dentro del rango reportado en la literatura en poblaciones similares (latinoamericanas).

Los anteriores autores mencionan como principales factores de riesgo el nivel socioeconómico, la escolaridad y la presencia de patologías durante el embarazo. En nuestro estudio, el 55% de las pacientes tenían escolaridad básica, un 30% medio superior y el 15% escolaridad superior. Llama la atención que ninguna de las pacientes con tamizaje positivo tenían comorbilidades y que, de todas las pacientes que sufrieron alguna patología del embarazo 19.8% (n=26), sólo el 15.3% (n=4) se encontraron en algún grupo de riesgo para DPP.

Estos resultados sugieren la importancia de identificar los posibles factores de riesgo involucrados en la génesis de depresión posparto y la necesidad de un tamizaje sistemático en este grupo de pacientes.

También se ha identificado por Wolff *et al*; el embarazo adolescente como factor de riesgo para DPP. En las pacientes con tamizaje positivo de nuestro estudio, el 25% fueron adolescentes. Esta alta incidencia en el embarazo adolescente podría deberse a factores desmoralizadores en el entorno social y las experiencias pasadas de la paciente, las cuales tornan a la adolescente como más vulnerable a hechos vitales como el embarazo y la maternidad posparto.

Dentro de las pacientes con tamizaje positivo, las categorías con mayor afectación fueron: “dificultad de concentración” 1.80 ± 0.05 puntos, seguido de “ansiedad” 1.65 ± 1.05 puntos y “sentimiento de culpa” 1.60 ± 1.04 puntos; representadas por los ítems 9 “infelicidad” con 1.80 ± 0.83 puntos, ítem 6 “agobio” 1.80 ± 0.5 e ítem 4 “preocupación” 1.70 ± 1.03 . Llama la atención la positividad en 3 pacientes al ítem 10 “ideas suicidas” lo cual es imperativo de atención mental urgente.

Por lo observado en nuestro estudio, la detección de depresión posparto fundamental en la evaluación de la paciente puérpera, con una incidencia tan alta que podría representar la principal patología del puerperio infradiagnosticada.

El seguir minimizando el riesgo de padecer DPP puede conllevar a graves consecuencias tanto para la madre, como para el hijo(a) y la familia en general; entre las que se encuentra el suicidio y/o maltrato infantil e incluso filicidio.

A este respecto, la creación de una consulta posparto sistemática y la difusión del uso de este tipo de herramientas de tamizaje puede impactar favorablemente en la calidad y seguridad del paciente, tanto de la madre como de su hijo(a).

VIII. CONCLUSIONES.

La DPP es un grave problema de salud pública con incidencias tan altas, hasta del 40%. Es una patología poco diagnosticada pero que puede tener graves consecuencias en la vida y salud de la madre y su hijo (a).

El instrumento de tamizaje EPDS ha demostrado en varios estudios el ser altamente sensible para el diagnóstico de DPP con una especificidad aceptable; sin embargo, es necesario confirmar el diagnóstico con otras pruebas complementarias.

Los diferentes estudios difieren en cuanto a los posibles factores de riesgo identificados. Al respecto podemos comentar la gran variabilidad entre los estudios de los autores y los diferentes centros hospitalarios que reportan.

En nuestro estudio, la positividad fue del 15.26%; lo cual se encuentra acorde a lo reportado a nivel internacional.

Los diversos autores estudiados recomiendan incluir dentro de la evaluación posnatal la aplicación de este tipo de instrumentos de tamizaje, para detectar oportunamente síntomas depresivos durante el puerperio y evitar sus graves consecuencias.

IX. BIBIOGRAFIA.

1. Aramburú, P; Arellano, R; Jáuregui, S; Pari, L; Salazar, P; Sierra, O. *Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004.* Revista Peruana de Epidemiología. 2008; 12 (3): 1-5.
2. Brockington, I. *Postpartum psychiatric disorders.* The Lancet. 2004; 363(9405): 303-10.
3. Paschetta, E; Berrisford, G; Coccia, F; Whitmore, J; Wood, AG; Pretlove, S; Ismail, KM. *Perinatal psychiatric disorders: an overview.* Am J Obstet Gynecol. 2013; 9378(13): 1047-1048.
4. Oviedo Lugo, GF; Jordán Mondragón, V. *Trastornos afectivos posparto.* Universitas Médica 2006; 47(2)131-140.
5. Sockol, LE; Epperson, CN; Barber, JP. *Preventing postpartum depression: A meta-analytic review.* Clin Psychol Rev. 2013; 33(8):1205-1217.
6. Wolff, LC; Valenzuela, XP; Esteffan, SK; Zapata, BD. *Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias.* Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología. 2009; 74(3): 151-158.
7. Dois Castellón, A. *Actualizaciones en depresión posparto.* Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012; 38(4):576-586.

8. Cox, JL; Holden, JM; Sagovsky, R. *Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale.* Br J Psychiatry. 1987;(150):782-786.
9. Milgrom, J; Gemmill, AW. *Screening for perinatal depression.* Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28 (1):13-23.
10. Umboh, SJ; How, CH; Chen, H. *Postnatal depression: a family medicine perspective.* Singapore Med J. 2013; 54(9):477-479.
11. Kim, DR; Sockol, LE; Sammel, MD; Kelly, C; Moseley, M; Epperson, CN. *Elevated risk of adverse obstetric outcomes in pregnant women with depression.* Arch Womens Ment Health. 2013; 16(6):475-482.
12. Petrozzi A, Gagliardi L. *Anxious and depressive components of Edinburgh Postnatal Depression Scale in maternal postpartum psychological problems.* J Perinat Med. 2013 Jul;(4):343-348.

X. ANEXOS.

Anexo 1. Escala EPDS.

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Instrucciones: Queremos saber cómo se siente si ha tenido un bebé recientemente (últimos 2 meses). Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy. Es decir, el cómo se ha sentido la mayor parte del tiempo durante la semana pasada al día de hoy.

Por favor, subraye las preguntas que se le presentan a continuación.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.

Tanto como siempre.

No tanto ahora.

Mucho menos.

No, no he podido.

2. He mirado el futuro con placer.

Tanto como siempre.

Algo menos de lo que solía hacer.

Definitivamente menos.

No, nada.

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien.

Sí, la mayoría de las veces.

Sí, algunas veces.

No muy a menudo.

No, nunca.

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo.

No, para nada.

Casi nada.

Sí, a veces.

Sí, a menudo.

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.

Sí, bastante.

Sí, a veces.

No, no mucho.

No, nada.

6. Las cosas me oprimen o agobian.

Sí, la mayor parte de las veces.

Sí, a veces.

No, casi nunca.

No, nada.

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.

Sí, la mayoría de las veces.

Sí, a veces.

No muy a menudo.

No, nada.

8. Me he sentido triste y desgraciada.

Sí, casi siempre.

Sí, bastante a menudo.

No muy a menudo.

No, nada.

9. He sido tan infeliz que he estado llorando.

Sí, casi siempre.

Sí, bastante a menudo.

Sólo en ocasiones.

No, nunca.

10. He pensado en hacerme daño a mí misma.

Sí, bastante a menudo.

A veces.

Casi nunca.

No, nunca.

Anexo 2. Carta de Consentimiento informado.

**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL DE LA MUJER**



Hospital de la Mujer

Carta de Consentimiento Informado.

Investigación: Incidencia de depresión posparto en el hospital de la mujer.

Se le está invitando a formar parte de un estudio de investigación acerca de la depresión posparto. Este documento proporciona información acerca de lo que trata la investigación. No está obligada a formar parte del estudio, en caso de que no decida formar parte de este, no se verá afectada la atención médica que recibirá.

Información del estudio de investigación.

Se tiene como objetivo detectar a las mujeres que padecen depresión posparto y canalizarlas al lugar adecuado para su atención

¿En qué consistirá su participación en el estudio?

En contestar un cuestionario de 10 preguntas breves y fáciles de analizar respecto a su estado de ánimo en las últimas semanas.

¿Por qué se le pidió participar en el estudio?

Porque usted se encuentra en el grupo de personas con factores de riesgo para la presentación de la depresión.

¿Cuántas personas participan en el estudio?

130 mujeres que tuvieron a sus hijo hace 2 meses o hace 4 semanas, rango en el que se diagnostica la depresión posparto.

¿Qué sucederá cuando el estudio finalice?

Se canalizara a las mujeres diagnosticadas con depresión posparto a la instancia correspondiente

¿Qué riesgos existen al participar?

Ninguno, es un estudio descriptivo (se realizan encuestas y se analizan resultados), en el que no habrá ningún riesgo.

¿Qué beneficios hay al participar en el estudio?

El beneficio que se obtiene es detectar a las mujeres con depresión posparto y canalizarla para su atención, así como establecer una base de datos en nuestro hospital que sirva como referencia para seguimiento de las pacientes

¿Cuánto me costara el estudio?

En este estudio no se necesitan materiales, medicamentos o instrumentos para la investigación únicamente la contestación de una encuesta.

Usted al firmar este documento de usted confirma que:

- **Están aclaradas sus dudas respecto al estudio**
- **Se han discutido las características del estudio de investigación y los beneficios de este.**
- **Está de acuerdo en participar en la investigación.**
- **Está de acuerdo en que se usen sus datos con absoluta confidencialidad.**
- **Usted entiende que la participación de este estudio es voluntaria y que si usted desea abandonar el estudio en cualquier momento está en la libertad de hacerlo sin que su atención medica se vea afectada.**
- **Ha recibido copia de este documento con fines informativos.**

México, D.,F a _____ de _____ de 2014.

PARTICIPANTE
NOMBRE Y FIRMA.

TESTIGO
NOMBRE Y FIRMA