



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

PROGRAMA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE**

**INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN LAS PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO COMO MÉDICO
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA DRA. VERÓNICA MUÑOZ MENDOZA

ASESOR DE TESIS DRA. KARELIA MENDOZA BARANDA

CIUDAD DE MÉXICO, MAYO 2017

NO. DE REGISTRO 1054/16

RPI 579.2016



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.

AUTORIZACIONES

DR. RICARDO JUÁREZ OCAÑA

COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. ANTONIO TORRES FONSECA

JEFE DE ENSEÑANZA

M EN C. JOSÉ VICENTE ROSAS BARRIENTOS

JEFE DE INVESTIGACIÓN MÉDICA Y ASESOR DE TESIS

DR. RAÚL CÓRDOVA PORTILLO

ENCARGADO DE LA COORDINACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DRA. ALMA BRISEIDA ARAGÓN SANTOS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DRA. KARELIA MENDOZA BARANDA

**MÉDICO ADSCRITO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Y ASESOR DE
TESIS**

ÍNDICE

Resumen.....	1
Abstract.....	3
Introducción.....	5
Antecedentes.....	6
Objetivos.....	24
Materiales y métodos.....	24
Resultados.....	25
Conclusiones.....	30
Bibliografía.....	32

Incidencia de la depresión postparto en las pacientes atendidas en el hospital regional 1° de Octubre

Resumen

Introducción

La depresión es uno de los trastornos más comunes y la causa número uno de discapacidad a nivel mundial, en México se estima que para el 2020 será la segunda causa de discapacidad.

En México hacen falta estudios acerca de la depresión posparto, factores asociados, número de casos y las características de la población que la presentan.

Objetivo

El objetivo de este trabajo fue reportar la frecuencia de depresión posparto en los primeros tres meses del puerperio en las pacientes atendidas en el Hospital Regional 1° de Octubre.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, analítico y prospectivo en una cohorte dinámica.

Se les aplicó el test de Edimburgo en el primer mes de su puerperio, a los dos meses y a los tres meses. Se efectuó un comparativo entre nivel de respuesta por porcentaje de respuesta.

El análisis que se efectuó fue estadístico descriptivo.

Resultados

En ningún caso se obtuvo alguna puntuación igual o mayor de 10, lo que significa que al momento del estudio ninguna paciente sufría de depresión posparto.

Se observó que en el reactivo número tres se obtuvo un mayor número de respuestas positivas en mayor o menor grado lo cual pudiera darle más peso a esta pregunta en estudios posteriores.

Conclusiones

En nuestro estudio no se pudo concluir la presencia de depresión posparto lo cual nos lleva a pensar en evaluar un número mayor de población y en un periodo más amplio de tiempo para conocer la incidencia real en nuestra población.

Se observó que el reactivo número tres del Test de Edimburgo podría tener mayor peso que el resto de los reactivos en estudios posteriores.

Palabras clave: Depresión posparto, puerperio

Abstract

Introduction

Depression is one of the most common diseases and is the first cause of disability in the world, in Mexico is estimated that in year 2020 it will be the second cause of disability.

In Mexico, studies are needed about postpartum depression, about associated factors, number of cases and the characteristics of the population presenting it.

Objective

The objective of this study was to report the frequency of postpartum depression in the first three months of puerperium in patients treated at Hospital Regional 1° de Octubre.

Methods

An observational, analytical and prospective study was performed in a dynamic cohort.

Patients who participated in the study were initially interviewed and we continued with the Edinburgh test in the first month of their postpartum, at the second and in the third month.

The analysis was statically descriptive. A comparison was made between response level and percentage of response.

Results

Nobody was diagnosed with postpartum depression, that was due to the characteristics of the population studied.

No one had the diagnosis of depression, we observed that in question number three, a great number of patients got a positive response which could give more importance to this question in later studies.

Conclusions

In our study the presence of this disease could not be concluded, which leads us to think of evaluating a larger population and over a longer period of time, so we can know the real incidence in our population.

It was observed that question number three of the Edinburgh Test could have more importance than the rest of the questions in later studies.

Key words: Postpartum depression, puerperium

Introducción

La depresión mayor es el trastorno mental más frecuente y tiene un 10.5% de prevalencia, el 15% de la población la padecerá y una de cada 5 personas va a deprimirse a lo largo de su vida y de éstas el 80% consultarán por síntomas físicos como depresión “enmascarada” a médicos no psiquiatras, convencidas de padecer una verdadera enfermedad.

Dicha depresión tiene lugar hasta en el 10% de los enfermos nuevos que consultan en el primer nivel de atención, por lo que es necesario que los médicos generales y especialistas conozcan los síntomas característicos y su tratamiento. Así mismo es fundamental la detección precoz y el tratamiento eficaz de los casos leves-moderados así como derivar los casos graves a una institución especializada en la salud mental para recibir un manejo por especialistas en la materia.

Es una enfermedad de carácter progresivo que afecta a todo el organismo si no se trata adecuadamente y que tiene una elevada morbilidad somática asociada. Es responsable de una elevada mortalidad prematura, sobre todo por mediar con conductas suicidas (15-20% de los pacientes con enfermedad depresiva se suicidan). La discapacidad asociada es mayor que la producida por enfermedades crónicas, es considerada actualmente la principal causa de morbilidad y de discapacidad en el mundo después de las enfermedades cardiovasculares. Se estima que para el año 2020 la depresión mayor será la segunda causa de carga global de enfermedad, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares. En el año 2000 dio lugar al 4.4% de la pérdida total de años de vida ajustados por incapacidad. Con frecuencia se diagnostica al paciente con depresión demasiado tarde, cuando ya se ha complicado con otros padecimientos y muchas veces se le trata con dosis y durante tiempo inferior al necesario. Más de la mitad de las personas con esta enfermedad no son tratadas ni diagnosticadas adecuadamente, excepto cuando tras demasiado tiempo sus manifestaciones clínicas son muy intensas y necesitan hospitalización.

A lo largo del tiempo los sucesivos episodios depresivos tienden a ser más graves, aparecen cada vez con menor tiempo de latencia y son más difíciles de tratar. Según el modelo del “Kindling” o encendido psicobiológico cada episodio depresivo

produce un cierto efecto neurotóxico con una franca disfunción hipocámpica asociada a atrofia y necrosis neuronal e inhibición de la neurogénesis. Los pacientes que reciben tratamiento antidepresivo eficaz tienen mayor bienestar y menor morbimortalidad. El objetivo deseable en el tratamiento de la depresión debe ser la remisión completa y permitir el logro de una satisfactoria calidad de vida y bienestar personal. El problema se extiende al ámbito familiar, lo que frecuentemente es motivo de conflictos interpersonales y al ámbito laboral donde provoca ausentismo, disminución del rendimiento e incluso baja laboral.

Antecedentes

Antecedentes históricos: Desde el siglo XIX a.C. se reconocen los Libros de los muertos, en los que se habla en ocasiones de la melancolía como enfermedad del estado de ánimo. En Mesopotamia la primera interpretación cíclica de la melancolía correspondía al movimiento periódico de los cuerpos celestes. En Egipto en los papiros de Ebers y el de Edward Smith (1550 a.C) aparecen por primera vez el diagnóstico de histeria y pensaban que era una enfermedad producida por el útero, órgano móvil, que recorría las distintas partes del cuerpo produciendo estas alteraciones. Lao-Tse, el gran filósofo del siglo VI a.C, menciona en sus escritos la importancia de la tristeza. En esa misma época Confucio escribió también sobre los sentimientos de fatiga y hundimiento y abordó la manera de alcanzar serenidad. En la medicina oriental hindú la melancolía se localizaba dentro del cuerpo y en ciertas características de la personalidad. Los problemas emocionales durante el puerperio se conocen desde la antigüedad, en el siglo IV a.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 asociados a la lactancia, se trataban de delirium asociado a “sepsis puerperal” en su libro “Las epidemias”, una entidad que era común en la antigua Grecia y el agente causal se consideraba que era la bilis negra que corrompe los humores¹ así mismo aparecen en los textos de Galeno quien distinguía tres formas de melancolía: la localizada en el cerebro, la digestiva y la generalizada. Así surgen

las primeras clasificaciones de la enfermedad depresiva basada en la teoría de los humores. Galeno es el primero en hablar de las ideas negras.^{2,3} El Renacimiento es la edad dorada de la melancolía. El médico más destacado es Paracelso y pretende demostrar que la melancolía no se debe a causas sobrenaturales ni demoníacas, sino a otras de orden natural. Para curar la melancolía ya no se recurre a sustancias que evacuen la bilis negra, sino a otras que provoquen la risa administrando drogas que produzcan alegría y euforia. Algunos consideran que Trotula en el siglo XI d.C., la doctora en Salerno, fue la primera que reconoció a la depresión posparto como entidad en su libro *De Passionibus Mulierum Curandarum*: “ si el útero está muy húmedo, el cerebro se llena de agua y la humedad cae hacia los ojos, forzándoles involuntariamente a derramar lágrimas”⁴ En los siglos XVIII y XIX, la literatura médica alemana y francesa introdujo los primeros reportes sistemáticos de casos sobre locura puerperal. En 1818, Jean Esquirol realizó la primera descripción de casos de psicosis puerperal en su libro *el Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas, recién paridas y nodrizas*, el cual es considerado como el primer tratado de psiquiatría perinatal¹. En 1829, Robert Gooch, reportó la psicosis puerperal en su informe *Enfermedades propias de la mujer*. En 1856, Víctor Louis Marcé, en su libro *Traite de la Folie des Femmes Escenties*, 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 posparto¹. No es hasta 1725 cuando el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión. Tiene un gran relieve el médico español de origen árabe Piquer Arrufat (el Hipócrates español) que sistematiza con todo detalle la enfermedad del monarca español Fernando VI, diagnosticada con un doble enunciado: manía-melancolía. El cambio conceptual fundamental lo proporciona Kraepelin (1855-1926); el término maniaco-depresivo de Kraepelin incluía cuadros que hoy denominamos depresión mayor, trastorno bipolar o ciclotimia. El psiquiatra Leonhard en 1957 fue el primero en separar los trastornos afectivos en “bipolar” (personas con trastornos maníacos

depresivos o cíclicos) y monopolar (personas con historia de sólo depresión o solo de manía) y en los últimos 30 años se ha consolidado esta distinción³

En los años 70 se dio a conocer el concepto de una forma más grave de enfermedad mental no asociada a psicosis elaborado con estudios de población fundamentados en entrevistas estructuradas y en criterios diagnósticos estandarizados, en el cual se registraron altas tasas de depresión entre las mujeres durante los primeros seis meses después del parto.

Pero la cuestión se ha visto remozada con la llegada de las teorías y los modelos conductistas y cognitivos. Para Beck, las depresiones no tienen como síntoma esencial la tristeza o el descenso del estado de ánimo, sino un desorden cognitivo característico que media en un mecanismo final común de realimentación (depleción de monoaminas cerebrales) que le mantiene, en vez de ser consecuencia de estas alteraciones neurobiológicas.

El modelo de Kendler para el estudio de los factores de riesgo de la depresión en la mujer incluyen dentro de un modelo etiológico integrado por numerosos factores de riesgo, entre los que destacan acontecimientos vitales estresantes, factores genéticos, neuroticismo, la ausencia de apoyo social, antecedentes personales y familiares de depresión mayor.⁵

La depresión en la mujer

¿Qué es la depresión posparto?

La depresión posparto se define como un episodio de ánimo depresivo, sentimiento de culpa, dificultad para tomar decisiones y síntomas somáticos tales como fatiga, cambios de apetito, en el patrón de sueño- vigilia, lo que la distingue es su presentación en las primeras cuatro semanas del posparto⁶, el DSM-IV-TR delimita el tiempo posparto a cuatro semanas, ya que en este periodo hay cambios hormonales y se inicia el retroceso de los principales cambios⁷

Para nuestro estudio consideraremos el periodo posparto como el período de la vida de la mujer que sigue después de la interrupción del embarazo, comienza posterior a la expulsión de la placenta o anexos del producto independientemente de la vía de nacimiento y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente de 6 a 8 semanas.

Clasificación

Post partum blues

Es la alteración del estado de ánimo más frecuente en el posparto, que tiene una prevalencia del 50% al 80% de los casos.⁸ Este trastorno se define como una forma leve y transitoria de depresión que aparece entre el segundo y séptimo día posparto, con una duración generalmente corta. El término blues hace referencia a un tipo de música afroamericana triste que produce nostalgia y refleja recuerdos del pasado de los músicos.

Se caracteriza por irritabilidad, fatiga, accesos de llanto y de labilidad emocional. El post partum blues es un fenómeno común en este periodo y puede durar hasta dos semanas. Por lo general no requiere tratamiento farmacológico, sin embargo tienen una probabilidad del 20% de desarrollar depresión posparto. El post partum blues se puede asociar a con la caída de los picos de estrógenos y progesterona en el momento del parto.⁹

Depresión postparto sin psicosis

Se estima que en este trastorno se presenta en el período posparto, este síndrome dura más tiempo que el post partum blues y tiene un mayor impacto en la familia. En esta entidad se encuentran síntomas depresivos graves que se manifiestan de manera temprana (dos o tres días), estos síntomas incluyen anhedonia, ideas de minusvalía y culpa, llanto fácil, fatiga, insomnio o hipersomnia, dificultad para concentrarse e incapacidad para realizar las tareas maternas. Las mujeres con

depresión posparto pueden tener ideación suicida e ideas obsesivas comúnmente relacionadas con la posibilidad de hacerle daño al lactante ¹⁰

Así el concepto de depresión posparto engloba a un grupo heterogéneo de trastornos del humor como la depresión bipolar, el trastorno depresivo unipolar menor o mayor, la distimia, o el trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido que comparten su momento de aparición en el puerperio.

En relación a los criterios temporales, el riesgo de presentar depresión posparto es mayor durante el primer mes del posparto; sin embargo, varios estudios indican que el riesgo más alto se extiende hasta los tres primeros meses, pudiendo persistir durante el primer año posparto. La Sociedad Marcé la define como cualquier episodio de enfermedad psiquiátrica que ocurra durante el año siguiente al parto ¹¹

Epidemiología

Las patologías más frecuentes encontradas en mujeres fueron los trastornos del ánimo. Las mujeres presentan, en comparación con los varones, el doble de probabilidades de padecer trastornos mentales durante los años reproductivos, fundamentalmente depresión y ansiedad. El 20% de las mujeres experimentarán depresión a lo largo de su vida frente a un 10% en los hombres. La mayor vulnerabilidad de la mujer hacia la depresión depende de los factores biológicos (hormonales-endocrinológicos, dándose en cada uno de los periodos de la vida genital de la mujer, el premenstrual, la ovulación, el uso de anticonceptivos, el embarazo, el posparto y el climaterio), psicológicos y socioculturales ¹²

Los estudios epidemiológicos de los últimos años confirman que entre un 8 y un 25% de las mujeres presentan un síndrome depresivo en los meses siguientes al parto ¹³. En América Latina, se han informado valores de prevalencia medios y altos en algunos países, como Chile (15.3%), Argentina (12%), Perú (11%) y República Dominicana (9.8%) ¹⁴. En Colombia, la depresión alcanza hasta un (66%) de las

mujeres en gestación ¹⁵, por encima del 46.5% de las gestantes de Brasil ¹⁶, España ¹⁷ (11%) o México (30.7%) ¹⁸

En general las grandes variaciones en las tasas de prevalencia de depresión mayor y síntomas depresivos durante el embarazo pueden deberse a características propias de la población, a la forma de su estimación o simplemente al momento de su evaluación ¹⁹, además es difícil determinar la prevalencia real de la depresión posparto porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las puérperas ²⁰ o de un 10 a 15% ^{21,22}; con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35% ²³.

Factores de riesgo ²⁴

- Antecedente de depresión
- Antecedente de abuso físico o sexual
- Madres adolescentes
- Trastornos de la alimentación
- Eventos estresantes 12 meses antes del parto
- Número elevado de embarazos previos
- Embarazo no planeado
- Embarazo no deseado
- Embarazos múltiples

- Problemas de fertilidad en la pareja
- Mujeres con riesgo obstétrico severo
- Falta de soporte económico y social
- No habitar con su pareja
- Violencia intrafamiliar
- Desempleo de la madre o del jefe de familia
- Un número elevado de citas de control prenatal
- Diabetes gestacional o pregestacional
- Malformaciones congénitas en el producto
- No llevar a cabo la lactancia materna
- Llanto inconsolable del infante
- Mala relación entre la paciente y su madre
- Abortos
- Producto óbito

Etiopatogenia

Igual que sucede con la mayoría de patologías mentales, no existe una causa única para la depresión posparto, habiéndose propuesto como vía causal la interacción entre factores ambientales y biológicos en mujeres que presentan vulnerabilidad genética²⁵. El modelo de vulnerabilidad-estrés planteado para la depresión en

otros momentos de la vida puede ser también predictivo para la aparición de la depresión posparto²⁶. Este modelo considera el parto (estresor neurohormonal) y los cambios inherentes a la maternidad (estresores psicosociales) como precipitantes de cambios en el humor que se convierten en episodios depresivos en aquellas mujeres vulnerables. Esta vulnerabilidad puede presentarse por tres vías diferentes:

1) Vulnerabilidad genética

El estudio de los factores de riesgo genéticos en la depresión posparto es extremadamente complicado. Se sabe que las mujeres con antecedentes psiquiátricos personales y familiares presentan un riesgo mayor de presentar depresión posparto²⁷. En estudios recientes se ha encontrado una asociación²⁸ elevada expresión de determinados genotipos del gen transportador de la serotonina y la presencia de sintomatología depresiva a las ocho semanas del posparto.

2) Vulnerabilidad neurohormonal

Parte de la predisposición de algunas mujeres a presentar episodios afectivos en las etapas de cambios hormonales como el síndrome premenstrual, el embarazo, el puerperio y la perimenopausia. Parece claro que no existe una hormona responsable de la aparición de la sintomatología depresiva en el posparto²⁹, pero si existe una asociación entre diferentes acontecimientos hormonales relacionados con el parto y el posparto inmediato y la aparición de un incremento en la susceptibilidad para la aparición de clínica afectiva durante este periodo. Atendiendo a que durante el posparto se va recuperando la normalización de las alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis- adrenal y del estado de hipercortisolemia propio del embarazo, se pensó en la existencia de una relación entre el cortisol plasmático y la depresión posparto. Se sabe que en el posparto inmediato existe un descenso brusco de estradiol y progesterona, hormonas con niveles muy elevados durante la gestación. Actualmente se considera que sólo determinadas mujeres

susceptibles al descenso brusco de las hormonas gonadales en el período del posparto presentarían un riesgo incrementado a sufrir depresión posparto y otras alteraciones del estado anímico durante diferentes etapas del ciclo reproductor, mismo que las mujeres con síndrome premenstrual presentan casi dos veces más la probabilidad de sufrir una depresión en el posparto³⁰

Se han desarrollado dos hipótesis que intentan explicar este fenómeno. La primera se orienta a relacionar los síntomas con la supresión hormonal abrupta. Durante el embarazo es observable el bajo nivel de progesterona y sus metabolitos, principalmente la alopregnanolona. Este bajo nivel se ha asociado con síntomas depresivos, ya que estas sustancias poseen gran afinidad por los receptores GABA, razón por la cual poseen efectos ansiolíticos y anestésicos.

Se ha observado que las mujeres con post partum blues presentan un mayor aumento de los niveles de progesterona en las últimas semanas del embarazo y durante el posparto, así como disminución de otras sustancias como el colesterol y los triglicéridos, que se ha asociado con cambios en el ánimo³¹

La segunda hipótesis se fundamenta la activación del sistema biológico mamífero que relaciona a la madre con su hijo, regulado por la oxitocina. En situaciones normales, la oxitocina colabora con a conducta de apego entre madre e hijo. Sin embargo, ante la presencia de tensión emocional y pobre apoyo ambiental, puede relacionarse con síntomas depresivos y ansiosos, en especial, en mujeres más sensibles al estrés psicosocial.

3) Vulnerabilidad psicológica

Se hace referencia a un conjunto de constructos psicológicos implicados en la evaluación y afrontamiento de las exigencias del entorno. El impacto de las experiencias perinatales es distinto según los rasgos de la personalidad, el estilo cognitivo como lo puede ser un elevado neuroticismo o evitación del daño, las estrategias de afrontamiento utilizadas y los recursos de apoyo disponibles³². Otro

constructo de personalidad, el perfeccionismo, también se ha sugerido como factor asociado a la presencia de síntomas depresivos en el posparto, así se ha propuesto un estilo de vida vulnerable para la depresión posparto, conformado por inestabilidad emocional, ansiedad, preocupación, obsesividad, timidez y escasas estrategias de afrontamiento al estrés. Concretamente la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento como las conductas evitativas, la expresión de emociones negativas y las reacciones negativas, así mismo la tendencia a culpabilizarse y el uso de sustancias se han asociado a depresión posparto³³.

4) Alteraciones cerebrales

Las diferencias entre el cerebro de la mujer y del hombre se refieren al volumen y distribución de las neuronas. El cuerpo calloso es mayor en la mujer, así como la comisura anterior y mientras en el hombre predomina el hemisferio cerebral derecho, en la mujer es el izquierdo³⁴.

Las diferencias son muy marcadas, sobre todo en el llamado cerebro emocional, como el sistema límbico y el hipotálamo y en otras regiones de la corteza cerebral. Una alteración en el funcionamiento de dos áreas del cerebro (área frontal y área límbica) motivan la aparición de un trastorno depresivo, pero no existe una lesión anatómica visible con técnica de neuroimagen.³⁵

5) Factores ambientales

Dentro de ellos se pueden distinguir los relacionados con las vivencias tempranas y recientes de los individuos entre los cuales están los desencadenantes, que son situaciones del medio ambiente que favorecen o precipitan el cuadro depresivo. En general se relacionan con acontecimientos relativos a situaciones de pérdida, separaciones, migraciones y crisis vitales. También es un factor de predisposición un condicionamiento paterno educativo y sufrir algún problema (económico, familiar, de salud). Se da una mayor morbilidad psiquiátrica entre mujeres, solteros, viudos, separados, divorciados y desempleados (incluyendo las bajas por enfermedad). Los

individuos que reúnen criterios de pobreza tienen riesgo superior de tener nuevos episodios de enfermedad psiquiátrica. Los efectos de la pobreza sobre la salud mental son igualmente severos en jóvenes y viejos, hombres y mujeres, blancos y negros. A mayor nivel cultural y educativo se da un mejor nivel de salud mental. Los riesgos para los individuos que dentro de la sociedad industrial avanzada tienden a padecer patología psiquiátrica son para aquellos que poseen un nivel educativo por debajo del bachillerato ³⁶

Clasificación y diagnóstico

Clasificación CIE-10

Sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10a revisión, el cual es un sistema pensado con finalidad epidemiológica, por lo que es menos precisa. Describe los trastornos mentales y del comportamiento del puerperio en las categorías F 53.0, F53.1 en los que incluye la depresión posparto, aunque especifica que debe ser únicamente de manera restrictiva, cuando el trastorno no pueda ser clasificado en otro lugar. ³⁷

Clasificación DSM IV-TR ³⁸

Trastornos depresivos

Trastorno depresivo mayor, que puede presentar un episodio único o ser recidivante.

Trastorno distímico corresponde a un estado de ánimo crónicamente depresivo durante dos años por lo menos.

Trastorno bipolar tipo I, con episodios maníacos de por lo menos una semana de evolución, hipomaníacos y/o depresivos.

Trastorno bipolar tipo II episodios depresivos mayores recidivante con episodios

hipomaniacos.

Trastornos adaptativos: Es el desarrollo de síntomas emocionales o de comportamiento relacionados con un estresor psicosocial que es identificable en forma clara. La reacción es mayor o causa un malestar superior al esperado en relación a la causa. Se clasifican según la reacción sea un estado de ánimo depresivo, ansiedad y mixto. La depresión puerperal es incluida como especificador diagnóstico dentro del DSM-IV como trastorno depresivo mayor actual o recidivante, o como alguna forma de trastorno bipolar. Trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica orgánica: son aquellos problemas de salud mental cuyos síntomas psíquicos son atribuibles a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica demostrable. Las endocrinopatías que se han relacionado con trastornos son: diabetes mellitus, hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedad de Addison, enfermedad de Cushing, tumores pituitarios, hiperparatiroidismo, hipoparatiroidismo, hipoglucemia, hiperprolactinemia y obesidad. Criterios para la especificación de inicio en el posparto Con inicio en el posparto: puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual, de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II o un trastorno psicótico breve. Con inicio del episodio en las primeras 4 semanas del posparto.

Criterios para el episodio depresivo mayor

Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día indicada por el propio sujeto o lo observan los demás.

Disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.

Pérdida importante de peso o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito.

Insomnio o hipersomnias.

Agitación o enlentecimiento psicómotores.

Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados.

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.

Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Criterios para la especificación de síntomas melancólicos

A. Presencia de los siguientes síntomas durante el periodo más grave del episodio actual:

1. Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades
2. Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros

B. Tres o más de los siguientes:

1. Una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo
2. La depresión es peor por la mañana
3. Despertar precoz
4. Enlentecimiento o agitación psicómotores
5. Anorexia significativa o pérdida de peso

6. Culpabilidad excesiva o inapropiada

Diagnóstico Síntomas depresivos

1. Síntomas anímicos

La tristeza es el centro de la depresión. Los síntomas específicos de la enfermedad son la tristeza y la falta de ganas de vivir; aunque en pacientes adolescentes se manifiesta como irritabilidad, inestabilidad, sensación de vacío o nerviosismo. El ser humano gravemente deprimido se siente totalmente desvalorizado y vacío, tanto en la dimensión biológica como en la mental. Este estado clínico se conoce como síndrome de Cotard. Las pacientes con distimia. Las pacientes con depresión y ataques de ira tienen una mayor desregulación serotoninérgica.

2. Síntomas motivacionales y conductuales

Bradipsiquia: la paciente tiene dificultades para expresarse, tener ideas, comunicarse y recordar lo que acaba de hacer

Inhibición psicomotriz: falta expresividad y se cae la inacción. El papel de la inhibición es proteger al paciente de las tendencias autoagresivas.

Apatía: Las relaciones se descuidan, así como el arreglo personal y el aseo

Despersonalización: La paciente siente que “no es la misma que antes”

Anhedonia: es la pérdida de capacidad de disfrute, es junto con el estado de ánimo deprimido el síntoma principal. Levantarse de la cama por la mañana o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles. En sus formas más graves este tipo de inhibición conductual se conoce como retarde psicomotor, un enlentecimiento de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta. Intolerancia al estrés y deterioro de las capacidades adaptativas. Las conductas más graves son los intentos suicidas y el suicido

3. Síntomas cognitivos

En rendimiento cognitivo de un persona deprimida está afectado. La memoria, la atención, la capacidad de concentración, curso y contenido del pensamiento, pueden llegar a resentirse drásticamente incapacitando su desempeño en tareas cotidianas. El contenido de las cogniciones está alterado, la valoración que hace un persona deprimida de sí misma, de su entorno y de su futuro suelen ser negativas. La autoculpación y la pérdida de autoestima suelen ser contenidos claves de las cogniciones de estas personas.

4. Síntomas físicos

Centrada en la descripción de los síntoma somatopsíquicos o vegetativos, o las alteraciones de los ritmos biológicos. Un 70% u 80% padecen problemas de sueño, normalmente insomnio aunque en un pequeño porcentaje puede darse hipersomnia. Otros síntomas físicos son: fatiga sobre todo por la mañana, pérdida de apetito, disminución del deseo y la actividad sexual, con frecuencia de molestias corporales difusas. Los dolores son las quejas más frecuentes.³⁹ La depresión y el dolor comparten varios mecanismos neurobiológicos como los circuitos serotoninérgicos y noradrenérgicos tanto en los ganglios de la base como en el tronco del encéfalo y en la médula espinal⁴⁰. Estas personas empeoran en primavera y otoño, encontrándose mejor en invierno verano⁴¹.

5. Síntomas interpersonales

Una característica importante de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. Ellas normalmente sufren el rechazo de las persona que les rodean, un funcionamiento interpersonal inadecuado en estos pacientes ha mostrado ser un buen predictor de un peor curso de la depresión⁴².

Bajo estas premisas se puede tener una definición general:

Las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas, hereditaria o adquiridas, con una sintomatología determinada a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual, cognitivo y asertivo. Perdido el

interés por las cosas, el proceso depresivo tiende a autolimitarse: la enferma se encierra en sí misma, busca lo negativo de todo, se culpabiliza de cualquier cosa, sus relaciones se vuelven problemáticas y se sumerge en pensamientos penosos o de incertidumbre.

El número de síntomas debe ser de tres o cuatro de los llamados esenciales sin su presencia no se debe de hablar de depresión, sin embargo en los últimos años ha cambiado su estructura, ya que las categorías en las que se dividen los trastornos mentales son demasiado rígidas. Por eso se ha incluido un módulo dimensional, es decir, pasar de una forma de clasificación de todo o nada a un sistema más flexible en el que se consideren síntomas por separado⁴³.

Los síntomas pueden variar de intensidad pero deben de estar presentes la mayor parte del día y producir un malestar subjetivo o un deterioro sociolaboral y familiar de la persona afectada. Los síntomas depresivos con intensos y aparecen en forma de episodios.

Método de screening

Para hacer el diagnóstico, es fundamental sospecharlo y seguir de cerca a las mujeres con factores de riesgo. En varios países se ha consensuado que está indicado aplicar un test preventivo de depresión posparto o incluso se puede aplicar en periodo perinatal. Entre las escalas que son útiles para realizar el despistaje se encuentra la de Edimburgo, la cual es una escala de 10 puntos con cuatro opciones de respuesta que puntúan entre 0 y 3 de acuerdo al orden creciente de la gravedad de los síntomas. El rango de puntuaciones de la escala de Edimburgo va de 0 a 30 siendo las puntuaciones más altas las que indican mayor severidad siendo considerado de alto riesgo para depresión los resultados igual o mayores de 10. Es fácil de aplicar y altamente aceptado por la madre con una sensibilidad del 88% y especificidad del 92% como instrumento de detección de la depresión puerperal. La cual puede ayudar a prevenir los efectos adversos que surgen cuando la depresión no se diagnostica y no se trata.⁴⁴

Tratamiento

Algunos estudios han documentado que los síntomas de depresión se reducen rápidamente con 17 B estradiol pero aumenta el riesgo de tromboembolia. Otros estudios consideran que la psicoterapia cognitivo conductual o interpersonal es la primera opción y que el tratamiento farmacológico sólo está indicado si la psicoterapia es inadecuada o no apta, considerando la gravedad de la paciente. La terapia psicosocial, cognitiva o interpersonal reduce las probabilidades de recaída en poblaciones de mujeres con una historia de depresión mayor⁴⁵

Como segunda línea de tratamiento están los fármacos. En la mujer que ha tenido depresión posparto se ha visto que se previene con tratamiento antidepresivo profiláctico, la cual se debe de considerar en las mujeres con episodios de depresión posparto anteriores y para tal propósito se recomienda usar ISRS⁴⁶. Los antidepresivos se pueden usar en el tercer trimestre si la paciente está en alto riesgo de desarrollar depresión puerperal. Mujeres vulnerables pueden detectarse en el periodo prenatal y la intervención antes del parto puede prevenir o disminuir la severidad de los problemas psiquiátricos posnatales.

Si se tienen que usar antidepresivos durante la gestación, hay que usar la mínima dosis efectiva y debe retirarse cerca del parto para prevenir los síntomas de privación en el recién nacido. La paroxetina durante el primer trimestre supone un ligero aumento de riesgo de malformaciones cardiovasculares⁴⁷.

Se ha puesto de relieve que el uso de la fluoxetina durante el tercer trimestre del embarazo produce algunas complicaciones perinatales como: nerviosismo, ansiedad o taquipnea. Los antidepresivos tricíclicos tienen pequeño o ningún efecto sobre la lactancia, siendo los de primera línea la sertralina y paroxetina para el tratamiento de la depresión posparto en mujeres con lactancia materna, siendo la concentración máxima a las 8 horas de su administración, mostrándose niveles mínimos en el neonato. Otro fármaco como la fluoxetina tiene una vida media prolongada con potencial acumulación en mamas. Cólicos y disminución en la

actividad del neonato se atribuye a la elevada concentración sérica de fluoxetina y de su metabolito en la leche materna⁴⁸.

Los avances en el tratamiento han mejorado notablemente el pronóstico de las mujeres con trastornos del estado de ánimo posparto, en especial si tenemos en cuenta que la tasa de mortalidad por enfermedades psiquiátricas graves posparto fue considerable en otras épocas, constituyendo en su momento una de las principales causas de muerte entre mujeres en el puerperio, después del agotamiento y la deshidratación⁴⁹.

Objetivo

El objetivo de este trabajo fue reportar la frecuencia de depresión posparto en los primeros tres meses del puerperio en las pacientes atendidas en el Hospital Regional 1º de Octubre.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, analítico y prospectivo en una cohorte dinámica en el cual se incluyeron a las pacientes que cumplieron los siguientes criterios: que se encontraban en su puerperio con producto vivo, que desearon participar en el estudio y que firmaron los consentimientos informados. Se excluyeron a las pacientes que tuvieron antecedente de depresión crónica, de enfermedad mental, duelo por pérdida familiar, pacientes con síndrome depresivo secundario, pacientes en puerperio por aborto, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica o producto óbito.

Se evaluaron las siguientes variables: edad de la paciente, edad gestacional, estado civil, escolaridad, ocupación número de gestas, número de cesáreas, número de aborto, número de partos, si el embarazo fue planeado, si el embarazo fue deseado, si habían sufrido de violencia intrafamiliar, psicológica y sexual, si cohabitaba con su pareja, religión, tabaquismo, alcoholismo, toxicomanías, antecedente de depresión en familiares de primer grado, presencia de comorbilidades y antecedente en el embarazo actual de haber presentado amenaza de parto pretérmino.

A las pacientes púerperas que participaron en el estudio, inicialmente se les aplicó una entrevista inicial recabando datos de su historia general, ginecológica y obstetricia, así como datos de antecedentes heredofamiliares, sociales y personales de la pareja; para posteriormente seguir con la aplicación del test de Edimburgo en el primer mes de su puerperio, a los dos meses y a los tres meses. Se efectuó un comparativo entre nivel de respuesta por porcentaje de respuesta. Se efectuó una gráfica comparativa entre nivel de respuesta de Edimburgo comparando las calificaciones de sus tres aplicaciones graficándose únicamente la que presentó

mayor relevancia por su tendencia

El análisis que se efectuó fue estadístico descriptivo.

Este protocolo fue aceptado por los comités de ética y de investigación del Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE.

Resultados

Este estudio incluyó a 56 pacientes puérperas atendidas en el Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE para la resolución de su embarazo a partir del 1º de octubre al 31 de diciembre de 2016.

Las características del grupo de las pacientes evaluadas, mostró que el promedio de edad van desde los 22 a los 41 años de edad, con una media de 33.39 años, la edad más frecuente fueron los 33 años, la escolaridad en su mayor parte fue de licenciatura y el 95% de ellas sin enfermedades crónico degenerativas.

Se aplicó el test de Edimburgo en el cual en ningún caso se obtuvo alguna puntuación igual o mayor de 10, lo que significa que al momento del estudio ninguna paciente sufría de depresión posparto, lo que se debió a las características de la población estudiada.

El 78% de los pacientes contaba con nivel licenciatura (Gráfico 1), en un 84% las pacientes habitaban con su pareja (Gráfico 2), de estas 52 % era casada o en unión libre, mientras el 14% eran solteras (Gráfico 3) y en el 100% el embarazos fueron deseados a pesar de que en un 21.4% se trataba de un embarazo no planeado. Además es de importancia mencionar que existen pocos estudios en los cuales determinan a la edad como un factor de importancia asociado a la depresión posparto, no obstante, aquellos que han enconstrado asociación mencionan que existe mayor riesgo en mujeres en extremos de la vida fértil.

Como un hallazgo al realizar el test de Edimburgo se encontró que en un 3% las pacientes sufrieron en algún momento de su vida de violencia sexual.

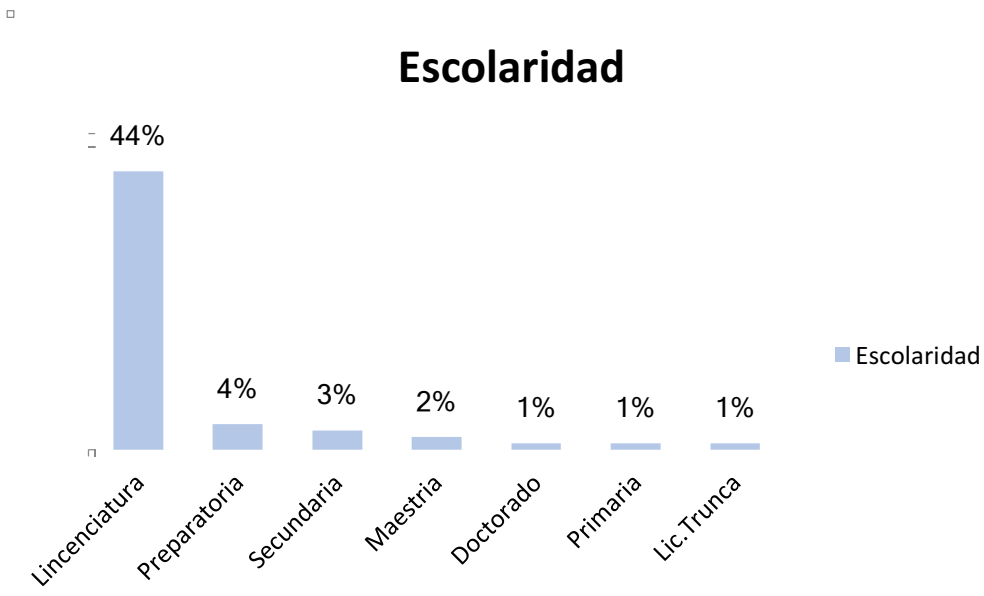


Grafico 1 Grado de escolaridad de la población estudiada.

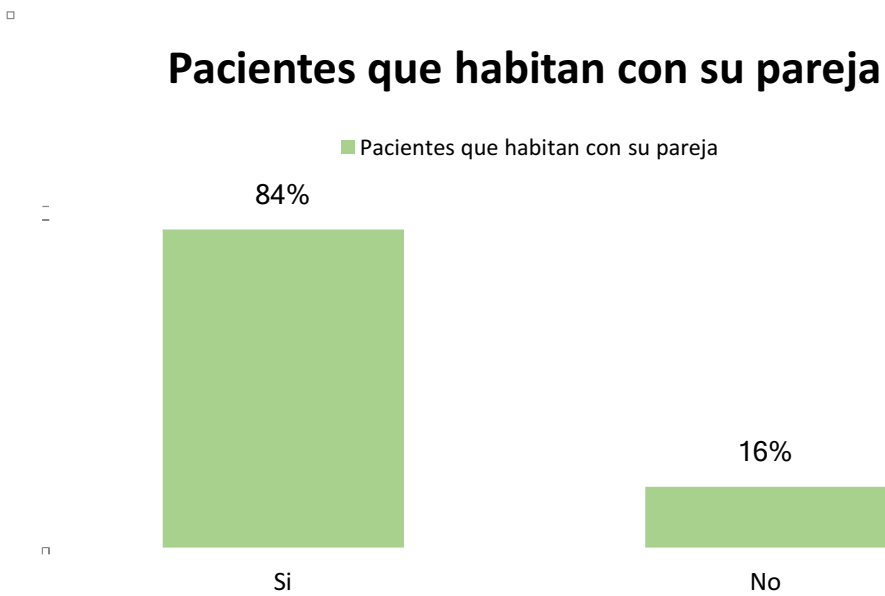


Grafico 2 porcentaje de pacientes que habitan con su pareja

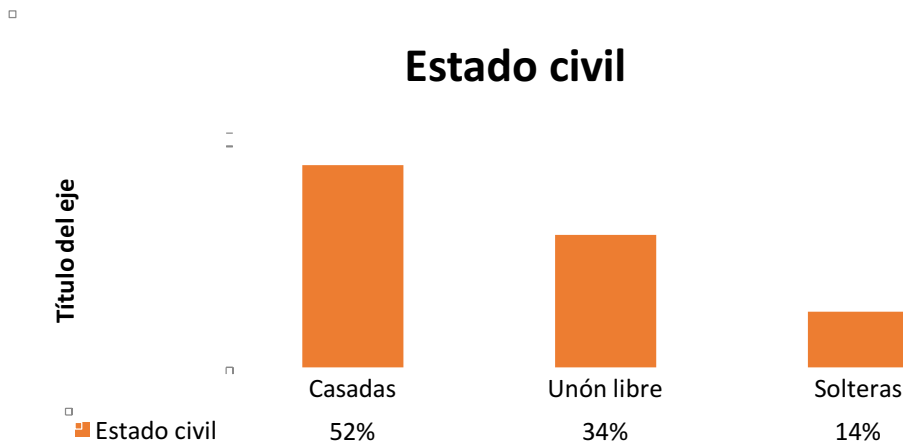
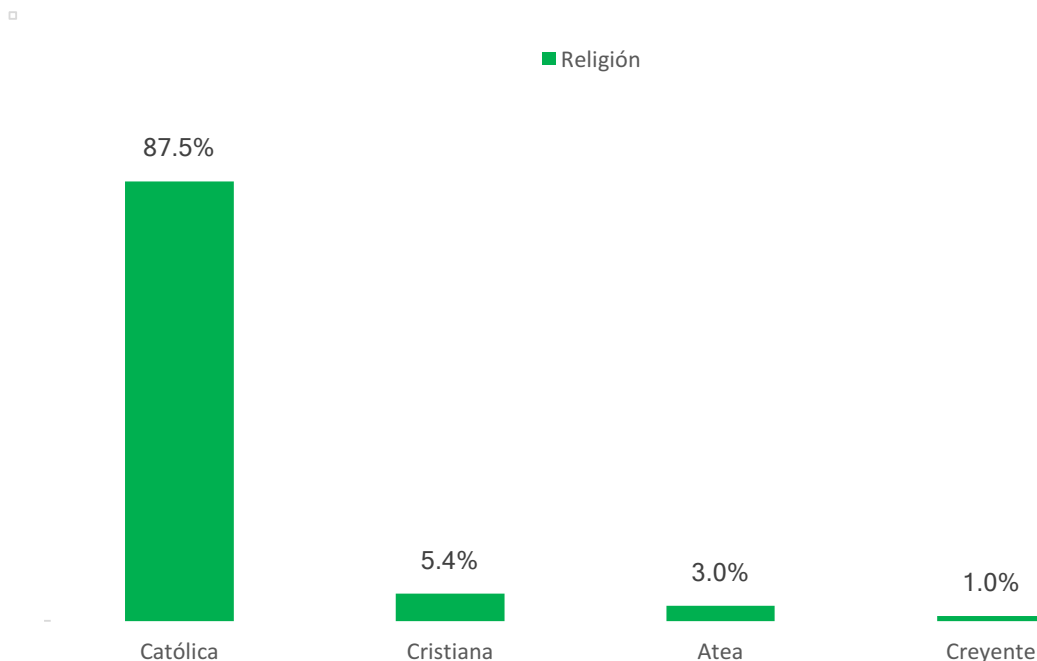


Gráfico 3 Estado civil de la población estudiada.

En cuanto a las creencias religiosas de las pacientes obtuvimos que en el 87.5% son católicas, 5.4% cristianas, 3% ateas y en 1% creyentes.



De las pacientes puerperas en un 32.14% se trataba de mujeres con dos embarazos, 26.78% un solo embarazo, 19.64% con tres embarazos, 12.50% con cuatro embarazos, cinco embarazos en un 7.14% y con siete embarazos el 1.70% (Gráfico 4), constituyendo un factor de riesgo de riesgo en las últimas cuatro mencionadas, sin embargo en la prueba aplicada no se encontró que sufrieran de depresión posparto.

□

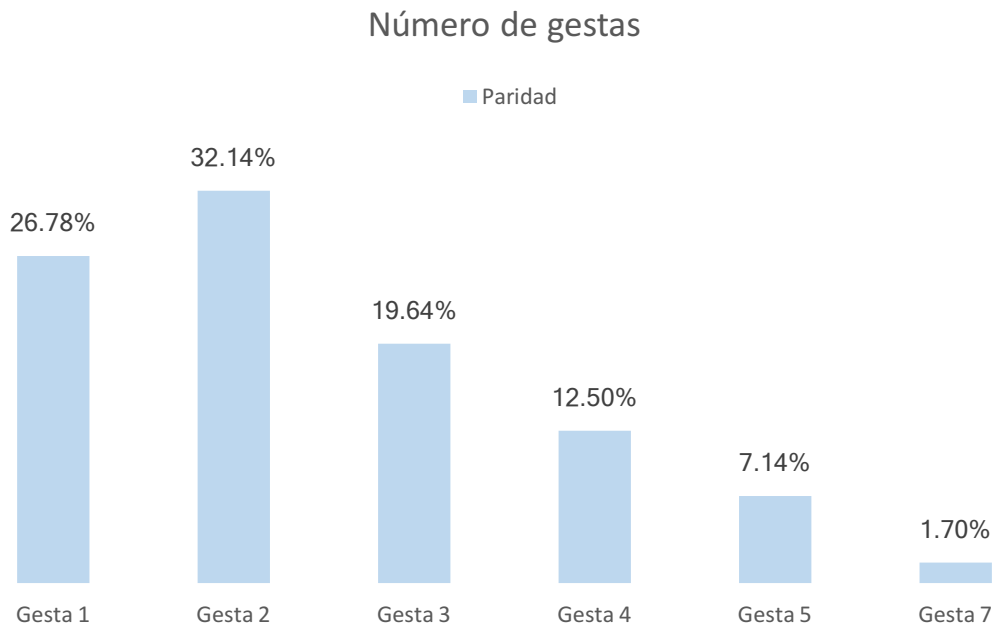


Gráfico 4: Número de gestas de las pacientes

Sobre las encuestas realizadas a pesar de no lograr el diagnóstico de depresión observamos que en el reactivo número tres referente a la culpabilidad que siente la paciente cuando las cosas no salen bien es donde se obtuvo un mayor número de respuestas positivas en mayor o menor grado lo cual pudiera darle más peso a esta pregunta en estudios posteriores. (Cuadros 1,2 y 3) (Gráfico 5).

Cuadro # 1. Porcentaje de respuesta por pregunta en la prueba de Edimburgo 1^a evaluación

Pregunta	Calificación			
	0	1	2	3
1	78.57	17.86	3.57	0.00
2	78.57	14.29	7.14	0.00
3	48.21	35.71	16.07	0.00
4	62.50	25.00	12.50	0.00
5	76.79	17.86	5.36	0.00
6	78.57	14.29	7.14	0.00
7	94.64	5.36	0.00	0.00
8	85.71	14.29	0.00	0.00
9	94.64	5.36	0.00	0.00
10	100.00	0.00	0.00	0.00

Cuadro # 2. Porcentaje de respuesta por pregunta en la prueba de Edimburgo 2ª evaluación

<i>Pregunta</i>	Calificación			
	0	1	2	3
1	82	16	2	0.00
2	74	18	8	0.00
3	56	28	16	0.00
4	62	24	14	0.00
5	66.00	20.00	14.00	0.00
6	80.00	20.00	0.00	0.00
7	92.00	8.00	0.00	0.00
8	100.00	0.00	0.00	0.00
9	98.00	2.00	0.00	0.00
10	100.00	0.00	0.00	0.00

Cuadro # 3. Porcentaje de respuesta por pregunta en la prueba de Edimburgo 3ª evaluación

<i>Pregunta</i>	Calificación			
	0	1	2	3
1	68	26	6	0.00
2	70	28	2	0.00
3	78	18	4	0.00
4	76	18	6	0.00
5	82.00	14.00	4.00	0.00
6	80.00	14.00	6.00	0.00
7	80.00	18.00	2.00	0.00
8	90.00	8.00	2.00	0.00
9	94.00	6.00	0.00	0.00
10	100.00	0.00	0.00	0.00

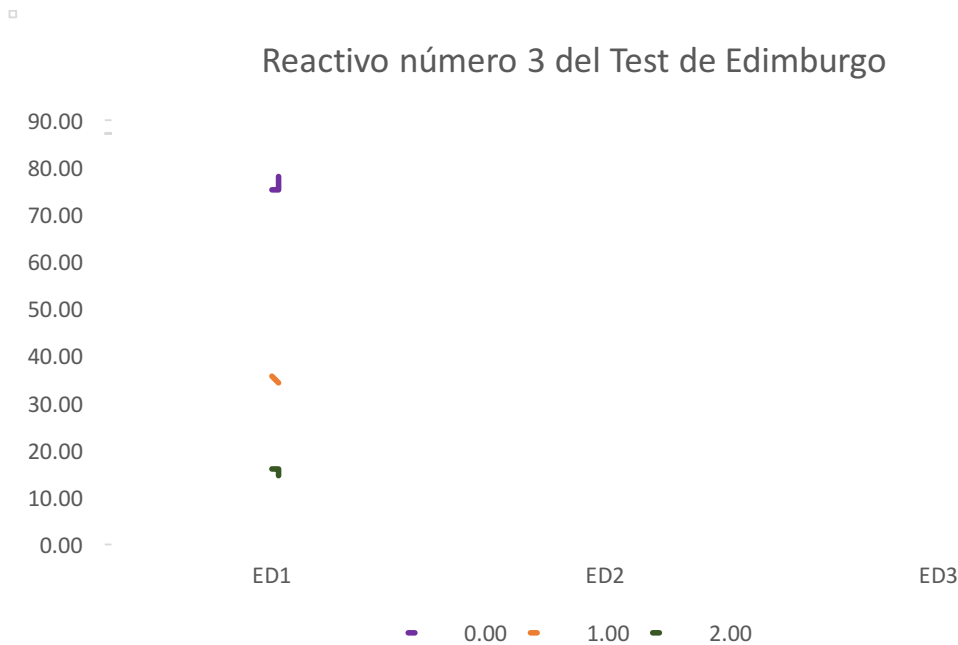


Gráfico 5: Reactivo número 3 del Test de Edimburgo

Conclusiones

De acuerdo a la literatura el 31% de la población sufre depresión posparto, sin embargo, en nuestro estudio no se pudo concluir la presencia de este padecimiento lo cual nos lleva a pensar en evaluar un número mayor de población y en un periodo más amplio de tiempo para conocer la incidencia real en nuestra población.

El tipo de población de nuestro hospital cuenta con educación media superior terminada además de que la mayoría de las pacientes habitan con su pareja lo que puede traducir en una mejor estabilidad emocional.

Así mismo, debido a que todos los embarazos son deseados disminuye la posibilidad de desarrollar depresión posparto, lo cual puede constituir un factor protector, el haber encontrado violencia o una respuesta positiva en este tópico ya sea actual o con anterioridad merece la realización de estudios adicionales, buscando intencionadamente el momento y tipo de violencia, así como si se recibió atención o no.

A pesar de que este hospital es de concentración la población estudiada se considera que esta fuera del rango de edad considerada como de alto riesgo para

padecer la enfermedad, ya que las pacientes se encuentran en el punto máximo de su vida profesional y con disminución de riesgo de sufrir comorbilidades durante su embarazo y puerperio lo que puede generar un factor que favorece para la ausencia de esta enfermedad.

En su mayor parte las encuestas fueron realizadas vía telefónica lo que puede constituir un sesgo en las respuestas.

En un 52% las pacientes contaban con un estado civil conveniente sin embargo habría que indagar sobre el tipo de relación con su pareja ya que representa un factor de riesgo para la depresión posparto.

Por último, se observó que el reactivo número tres del Test de Edimburgo podría tener mayor peso que el resto de los reactivos en estudios posteriores.

Bibliografía

1. Bellock, Psicopatología, Tomo 2, Capítulo 9: Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos, 2007
2. First MB, Pincus HA, France A., Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV, 1a ed, Barcelona: 2003
3. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L, Bases neuroquímicas de la depresión Rev Fac Med UNAM, 2006; 49 (2): 66-72
4. Kaplan H., Sadock BJS, L. Williams and Wilkins, Comprehensive Text Book of Psychiatry, 7th ed, Philadelphia: 2000.
5. Bellock, Psicopatología, Tomo 2, Capítulo 9: Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos, 2007
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. p. 186-7.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
8. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. Arch Gen Psychiatry 1991;48:801-6.
9. Rai S, Pathak A, Sharma I. Indian J Psychiatry. 2015 Jul;57(Suppl 2):S216-21. doi: 10.4103/0019-5545.161481.
10. Baumel A, Schueller SM. Adjusting an Available Online Peer Support Platform in a Program to Supplement the Treatment of Perinatal Depression and Anxiety. JMIR Ment Health. 2016 Mar 21;3(1):e11. doi: 10.2196/mental.5335.
11. I. Olza Fernández, LI. García Esteve, G.Lasheras, J.M. Farré, La Sección Española de la Sociedad Marcé: impulsando la Salud Mental Perinatal C. *Med. Psicosom, No 100 - 2011*
12. Giardinelli L, Innocenti A, Benni L, Stefanini MC, Lino G, Lunardi C, et al.

Depression and anxiety in perinatal period: Prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Womens Ment Health* 2012 Feb;15(1):21-30

13. Ascaso Terrén C, Garcia Esteve L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalence of postpartum depression in Spanish mothers: Comparison of estimation by mean of the structured clinical interview for DSM-IV with the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:326—9.
14. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2003;81:609—15.
15. Canaval G E, González MC, Martínez-Schallmoser L, Tovatt M C, Valencia C. Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colomb Med*. 2000;31:4—10.
16. Falcone VM, Mader C V, Nascimento C F, Santos JM, de Nóbrega F J. Multiprofessional care and mental health in pregnant women. *Rev Salud Pública*. 2005;39:612—8.
17. Ascaso Terrén C, Garcia Esteve L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalence of postpartum depression in Spanish mothers: Comparison of estimation by mean of the structured clinical interview for DSM-IV with the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:326—9.
18. Lara M A, Navarro C, Navarrete L, Cabrera M, Almanza J, Morales F, et al. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres instituciones de salud de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 2006;29:55—62.
19. Leung Brenda M Y, Kaplan BJ. Perinatal depression: Prevalence, risks, and the nutrition link--a review of the literature. *J Am Diet Assoc* 2009 Sep;109(9):1566-1575.
20. Hoffman DL, Dukes EM, Wittchen H. Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2008;25(1):72-90
21. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2007;67(3):187-91.
22. Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión posparto reactividad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003;68(6):491-4.
23. Vargas JE; García M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico.

Centro Regional de Investigación en Psicología. 2009;3(1):11-8.

24. Pearson RM, Evans J, Kounali D, et al. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry* 2013; 70:1312.
25. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, et al. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157:924.
26. McCoy SJ, Beal JM, Watson GH. Endocrine factors and postpartum depression. A selected review. *J Reprod Med* 2003; 48:402.
27. Jones I, Craddock N. Searching for the puerperal trigger: molecular genetic studies of bipolar affective puerperal psychosis. *Psychopharmacol Bull* 2007; 40:115.
28. Jones I, Craddock N. Familiarity of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry* 2001; 158:913.
29. Guintivano J, Arad M, Gould TD, et al. Antenatal prediction of postpartum depression with blood DNA methylation biomarkers. *Mol Psychiatry* 2014; 19:560.
30. Mehta D, Newport DJ, Frishman G, et al. Early predictive biomarkers for postpartum depression point to a role for estrogen receptor signaling. *Psychol Med* 2014; 44:2309.
31. Schmeelk KH, Granger DA, Susman EJ, Chrousos GP. Maternal depression and risk for postpartum complications: role of prenatal corticotropin-releasing hormone and interleukin-1 receptor antagonist. *Behav Med* 1999; 25:88.
32. Seyfried LS, Marcus SM. Postpartum mood disorders. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15:231.
33. Anderson EL, Reti IM. ECT in pregnancy: a review of the literature from 1941 to 2007. *Psychosom Med* 2009; 71:235.
34. Desai H, Jann W. *“Major depression in women: a review of literature”*. *J Am Pharm Assoc* 2000; 40: 525-537.
35. Sandi C, Calés J M. *“Estrés: Consecuencias psicológicas, fisiológicas y clínicas”*. Editorial Sanz y Torres, S.L. 2004.

36. Vliegen N, Luyten P. et al. *“Stability and Change in level of Depression and Personality A Follow-up Study of Postpartum Depressed Mothers That Were Hospitalized in a Mother- Infant Unit”*. The Journal of Nervous and Mental Disease. Volume 198, Number 1, January 2010.
37. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.
38. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
39. Bajo Arenas JM, Lailla Vicens JM, Xercavins Montosa J. *“Fundamentos de Ginecología”*. 2009.
40. Wisner KL, Sit DK, McShea MC, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. JAMA Psychiatry 2013; 70:490.
41. Brandes M, Soares CN, Cohen LS. Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. Arch Womens Ment Health 2004; 7:99.
42. Spinelli MG. Postpartum psychosis: detection of risk and management. Am J Psychiatry 2009; 166:405.
43. Chandra PS, Bhargavaraman RP, Raghunandan VN, Shaligram D. Delusions related to infant and their association with mother-infant interactions in postpartum psychotic disorders. Arch Womens Ment Health 2006; 9:285.
44. Ortega Lucía, Iartigue Teresa, Figueroa María Elena Prevalencia de depresión, a través de la Escala de perinatal de Edinburg (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. Perinatol Reprod Hum 2001;15:11-20
45. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database Syst Rev 2013; 2:CD001134.
46. Sit D, Perel JM, Luther JF, et al. Disposition of chiral and racemic fluoxetine and norfluoxetine across childbearing. J Clin Psychopharmacol 2010; 30:381.
47. Gibbons RD, Hur K, Brown CH, et al. Benefits from antidepressants:

synthesis of 6-week patient level outcomes from double-blind placebo-controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69:572.

48. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 newgeneration antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2009; 373:746.
49. Lanza di Scalea T, Wisner KL. Antidepressant medication use during breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol* 2009; 52:483.