



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHAVEZ”

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80.

TESIS

***“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESION POSPARTO EN
PACIENTES ADSCRITAS A LA UMF 80, MORELIA MICH”***

QUE PRESENTA

ADRIANA LILI BARRIGA ARTEAGA
MEDICO CIRUJANO Y PARTERO

PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DIRECTOR DE TESIS:
DR ALVARO CASTILLO NAVARRO
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

ASESOR:
DRA OLIVA MEJIA RODRIGUEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Morelia, Michoacán, México Abril 2011



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. LUIS ESTRADA SALAZAR

COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD

DR. BENIGNO FIGUEROA NUÑEZ

COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD

DRA OLIVA MEJIA RODRIGUEZ

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA UMF 80

DRA. LETICIA DUARTE PEDRAZA

PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR UMF 80



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

DR. VICTOR MANUEL FARIAS RODRIGUEZ

JEFE DE LA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO CHAVEZ”

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

DR. RAFAEL VILLA BARAJAS

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR FACULTAD

DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO CHAVEZ”

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

Director de Tesis:

Dr. Álvaro Castillo Navarro

Especialista en Psiquiatría

Dr. H.R.G. N° 1 Morelia Michoacán

Instituto Mexicano del Seguro Social

Asesor:

Dra. Oliva Mejía Rodríguez

Especialista en Medicina Familiar

Coordinador clínico de educación e investigación médica UMF 80

Instituto Mexicano del Seguro Social

Co-asesor:

Dra. Leticia Duarte Pedraza

Especialista en Medicina Familiar

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar UMF 80

Instituto Mexicano del Seguro Social

Co-asesor estadístico:

Matemático Carlos Gómez Alonso

Centro de investigación biomédica de Michoacán

Analista Coordinador “A”.

Hospital Regional No. 1 Morelia Michoacán

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Colaboradores

Dra. En C. Anél Gómez García

Centro de Investigación Biomédica de Michoacán

Química farmacobióloga Hospital Regional No. 1 Morelia Michoacán

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dra. Rosa María Núñez Tapia

Residente de Medicina Familiar 3er año UMF 80

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Javier Ruíz García

Especialista en Medicina Familiar

Instituto Mexicano del seguro social (Jubilado)

DEDICATORIA

A Dios.

Que me ha permitido concluir este ciclo de mi carrera como profesional, le pido fuerza para seguir adelante ejerciendo mis responsabilidades como profesionista, hija y hermana. Por guiarme por el camino del bien para ayudar a mis pacientes.

A mis padres.

Por su confianza, amor y apoyo incondicional que depositan siempre en mí desde que era una niña por haberme inculcado que la enseñanza nunca termina, que debo ser perseverante y tener humildad y ayudar a mis semejantes. Sin olvidar que a pesar de las limitaciones que haya y obstáculos no debemos desistir.

A mis hermanos

Por que contribuyeron para lograr mis estudios con el apoyo moral y económico.

A mi novio

Por su amor, paciencia, y apoyo que me ha brindado para que no desista de esta lucha y seguir adelante.

A mis tíos y primos

Por su confianza, apoyo moral y por estar conmigo cuando los necesito.

A mis amigos Rosa María Núñez Tapia

Que cuando casi caía me dieron la mano para continuar este camino, apoyándome en todo lo que se pudo con sus conocimientos como médico, estudiante y madre.

AGRADECIMIENTOS:

DR ALVARO CASTILLO NAVARRO.

Por su apoyo, orientación, paciencia, tiempo y conocimientos que invirtió para la realización de esta investigación y que además como profesor me aportó grandes enseñanzas.

DRA ROSA MARIA NUÑEZ TAPIA.

Por su gran apoyo en todos los aspectos como médico, estudiante y ahora como madre ya que me ha dado la mano cuando la he necesitado si negarse en ningún momento, a pesar de sus ocupaciones y preocupaciones propias, brindándome un poco de su valioso tiempo.

A LA DRA OLIVA MEJIA RODRIGUEZ Y DRA LETICIA DUARTE PEDRAZA

Por la orientación y el tiempo, por los consejos y por aportar parte de su sabiduría para realizar esta investigación.

MATEMATICO CARLOS GOMEZ ALONSO

Por su gran apoyo la paciencia y enseñanza en el difícil arte de la estadística por tolerar momentos difíciles ya que no solo como profesor estadístico me apoyo sino que también nos supo escuchar cuando necesitamos de un amigo.

COLABORADORES: MARISA NAVARRETE OROZCO (BIBLIOTECARIA)

Porque me apoyó desinteresadamente en el momento que lo necesite necesidad de pedírselo estuvo en el momento justo.

INDICE

I	Resumen	1
II	Abstract	2
III	Abreviaturas y Glosario	3
IV	Relación de Tablas y Figuras	4
V	Introducción.....	5
VI	Antecedentes.....	8
VII	Planteamiento del problema.....	18
VIII	Justificación.....	19
IX	Objetivos.....	20
X	Material y Métodos.....	20
XI	Resultados	24
XII	Discusión	32
XIII	Conclusiones	33
XIV	Recomendaciones.....	34
XV	Sugerencias.....	35
XVI	Referencias.....	35
XVII	Relación de Anexos.....	38

I. RESUMEN.

INTRODUCCION: La depresión post-parto (DPP) es la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos y se manifiestan durante el primer año post-parto. Dentro de los factores socio-demográficos que pueden influir a la DPP son escolaridad, edad, gestas entre otros.

OBJETIVOS: Determinar los factores relacionados con la presentación de depresión post-parto; específicamente determinar la incidencia de la depresión post-parto en la UMF 80 y conocer la frecuencia de los factores en pacientes con y sin depresión post parto.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en 56 pacientes en puerperio tardío de 19 a 39 años edad, adscritas a la UMF 80 a las que se aplicó la prueba psicológica Escala de Depresión de Post-parto de Edimburgo (EPDS) los datos se presentan como $\pm$ DS y porcentajes.

RESULTADOS: Se identificó como los factores que influyen en la DPP la escolaridad nivel licenciatura con 25%, la edad de 34 y 35 años 7.1% de las pacientes con diagnóstico de DPP, Se encontró que 34 (60.7%) con test de Edimburgo positivo, lo que nos da el diagnóstico de DPP y las pacientes con Edimburgo negativo representaron el 22(39.3%) restante.

CONCLUSIONES: El factor principal que predispuso a la depresión post-parto fue edad entre 34 y 35 años, escolaridad y ocupación profesionistas.

II. ABSTRACT.

INTRODUCTION: The post-partum depression (PPD) is the presence of any depressive disorder without psychotic symptoms occurring within the first year postpartum. Within the socio-demographic factors that may affect the DPP are education, age, among other feats.

OBJECTIVES: To determine factors associated with the filing of post-partum depression, specifically to determine the incidence of postpartum depression in the FMU 80 and know the frequency of factors in patients with and without postpartum depression.

MATERIAL AND METHODS: A descriptive, transversal, in 56 patients with late postpartum from 19 to 39 years old, assigned to the UMF 80 to which psychological test was applied Depression Scale Post-Partum Edinburgh (EPDS) data are presented as + SD and percentages.

RESULTS: We identified the factors that influence undergraduate schooling DPP with 25%, the age of 34 and 35 years 7.1% of patients diagnosed with PPD, was found that 34 (60.7%) with positive test Edinburgh , which gives the DPP and diagnosis of patients with negative Edinburgh accounted for 22 (39.3%) remaining.

CONCLUTIONS: The main factor that predisposed to postpartum depression was aged between 34 and 35 years, education and professional occupation.

III. ABREVIATURAS Y GLOSARIO.

CIE 10. Clasificación internacional de enfermedades OMS

DS: Desviación estándar

DPP: Depresión Post-parto

DSM-IV: Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª Edición

EEG: Electroencefalograma

EPDS: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

ETC: Etcétera

FX: Frecuencia

SPSS: Software estadístico para las ciencias sociales

Sig.: Significancia

SCID: Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV

X2: Chi cuadrada

GLOSARIO.

Depresión: Tristeza profunda e inmotivada, acompañada de inhibición de las funciones psíquicas.

Especificidad: Cualidad o condición de lo que es propio o característico de una especie o tipo.

Factores: Cada uno de los elementos, circunstancias que determinan algo.

Psicosis: Es el desorden mental severo, con o sin daño orgánico caracterizado por un trastorno de la personalidad, la pérdida del contacto con la realidad y causando el empeoramiento del funcionamiento social normal.

Sensibilidad: Facultad de sentir, propia de los seres animados. Propensión natural de la persona a dejarse llevar de los afecto

IV. RELACION DE TABLAS Y FIGURAS

Cuadro I.....	20
Cuadro II.....	26
Figura 1.....	22
Figura 2.....	23
Figura 3	24
Figura 4.....	25
Figura 5.....	26

V. INTRODUCCIÓN

El presente estudio se llevó a cabo obedeciendo a la inquietud de investigar las posibles causas de depresión post parto, con el fin de identificar oportunamente los factores de riesgo que pueden desencadenarla, además de prevenir durante las consultas de control situaciones tales que se presenten para evitar trastornos posteriores al parto e infinidad de problemas que conllevan tal enfermedad.

La depresión se caracteriza por periodos de tristeza, ideas sobrevaloradas de ruina, culpa, inutilidad o falta de destreza, ansiedad, pérdida o exceso de apetito, exceso de sueño, inhibición social. Para el paciente cualquier acto sencillo o rutinario cuesta un enorme esfuerzo y la situación parece no tener salida. Ahora por otra parte la depresión post parto en la mujer según la literatura se caracteriza por: ser una perturbación compleja, un síndrome con diferentes matices sintomáticos promovido por múltiples causas que afecta al sujeto por alto grado de sufrimiento psíquico que le promueve como sus secuelas personales y sociales. Síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional.

Los trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales en todo el mundo. Durante el embarazo y puerperio sucede una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos en la mujer.

Dentro de las enfermedades mentales se encuentra la DPP (Depresión postparto) que se define como la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos y se manifiestan durante el primer año post-parto. Se caracteriza por llanto, desanimo y sentimiento de incapacidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a los cuidados del recién nacido y a las tareas domesticas.

Los trastornos del estado de ánimo en el post-parto tienen considerables repercusiones tanto para la propia mujer como para el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares.

Probablemente no existe una causa única sino más bien diferentes tipos de estrés que pueden tener la misma consecuencia o que pueden actuar conjuntamente. Sabemos que entre esos "factores de riesgo" se encuentran: Historia previa de depresión (especialmente de depresión post-parto), falta de apoyo por parte de la pareja, bebé prematuro, el que la nueva madre hubiera perdido a su madre cuando era niña, acumulación de acontecimientos vitales adversos, como el fallecimiento de un ser querido, la pérdida del empleo de la paciente o de su pareja, problemas económicos, problemas de vivienda.

El médico de primer nivel de atención debido al aumento que esta patología ha experimentado en los últimos años y a su privilegiada posición en el ámbito de la familia, juega un papel decisivo en la identificación de este problema.

Debido a su desconocimiento por parte personal de salud como por la escasa frecuencia con que las mujeres consultan ya que es un tema del que la madre rehúye porque lo vive como un fracaso personal. Desafortunadamente, la DPP no ha sido comprendida y por ende es sub-registrada por la comunidad médica lo cual es lamentable porque se deja de auxiliar a mujeres que sufren una fase crítica de la vida y por evidencias que señalan que este cuadro es responsable de trastornos de la interacción madre-recién nacido.

Las razones de lo anterior es que los médicos están acostumbrados a cambios emocionales durante el periodo post parto, por tanto consideran normal al comportamiento materno y no toma en serio las actitudes de la mujer, por lo que es sub-diagnosticada pese a que su prevalencia supera la correspondiente a patologías obstétricas como pre eclampsia, parto prematuro o diabetes gestacional. En IMSS en el expediente electrónico no se encuentra registrado como patología por tanto no se sabe cuál es la prevalencia real del problema en nuestro medio y por tanto deduce no se han identificado y tratado dicha patología. El médico de primer nivel de atención debe tener el conocimiento y diagnosticar esta patología, por

región o cultura para poder conocer los factores más implicados en la DPP, por lo cual es importante su estudio en nuestro medio.

El presente estudio se realizó con el fin de conocer los factores y la frecuencia determinantes en la presentación de dicha patología en las pacientes puérperas adscritas a la UMF No 80 del IMSS, en Morelia Michoacán, el médico familiar debe ser preventivo por lo cual debería detectar en etapas iniciales los factores de riesgo que puede tener las pacientes que acude a atención de control prenatal y post-natal, y actuar tempranamente.

VI. ANTECEDENTES:

DEPRESIÓN. *Del Latín depressio: hundimiento.* Es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional.¹ Depresión post-parto se define como estado de ánimo donde se presentan sentimientos de tristeza, llanto fácil, falta de esperanza, anorexia, inquietud, disturbios en el sueño y labilidad emocional.^{2,3}

Las cifras de incidencia de depresión en el post-parto son variables pero, en algunas comunidades latinoamericanas se informan valores superiores al 20 %, se reporta incremento de la incidencia durante la adolescencia. Otros estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 3-27% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento.^{4,5,6}

El incremento de la depresión post-parto ha aparecido en la bibliografía desde Hipócrates con un 10% en mujeres que ya padecieron de depresión mayor durante el puerperio. El DSM IV incluye el episodio de post-parto después de las 4 semanas como un modificador en los trastornos afectivos.

La alta proporción de los primeros episodios de depresión mayor durante el post-parto esclarecen el potencial desencadenante de este evento de estrés neuroendocrino, psicológico y social. Por lo general aparece en forma insidiosa instalándose 4-5 meses post-parto, su severidad puede ir desde subgrados hasta forma más graves.⁷

Como ya se ha mencionado anteriormente los trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales en todo el mundo.⁸ Para la tercera década de este milenio la depresión será, según el estudio de carga global de la enfermedad (OMS/Banco mundial), la segunda causa general de discapacidad.⁹ El puerperio constituye, entonces, una etapa en la cual los trastornos afectivos son comunes, pero algunos, como la

Depresión Post parto (DPP) son poco reconocidos.¹⁰ Los trastornos del estado de ánimo en el postparto comportan considerables repercusiones tanto para la propia mujer como para los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares.¹¹

La depresión mayor de inicio en el post-parto permite diseñar estrategias de prevención, debido a que su inicio esta precedido por un marcador indiscutible (el parto), existe un periodo de riesgo establecido en cuanto al inicio de la enfermedad tres meses.

ETIOLOGIA DE LA DEPRESIÓN:

Los modelos de la depresión en general se han investigado en tres campos principales: anomalías en la neurotransmisión, neurofisiología y función neuroendocrina. El modelo bio-psicosocial descrito por Engel 1980 subraya la interrelación existente entre las cuestiones biológicas, psicológicas y sociales de la enfermedad, y puede utilizarse para comprender mejor los posibles orígenes de la depresión.¹²

- FACTORES PSICOLÓGICOS

Se consideran importantes como causa. Los teóricos-conductistas sostienen las distorsiones cognitivas activadas por cambios emocionales.

- ANORMALIDADES DE LOS NEUROTRANSMISORES.

Las causas básicas de la depresión están asociadas a anormalidades en la liberación de ciertos neurotransmisores claves, principalmente los siguientes: serotonina, acetilcolina, catecolamina (dopamina, noradrenalina y adrenalina).

La fluctuación de los esteroides gonadales es lo más importante para explicar la predisposición a la depresión mono-polar, sin desconocer la importancia de los factores psicosociales, por la tendencia que tiene la mujer a compatibilizar el rol profesional con el maternal y otros elementos condicionados por la cultura. Esta hipótesis se basa en que la prevalencia de la depresión es más frecuente en las mujeres, apareciendo en la pubertad y manteniéndose en todo el periodo fértil y termina en la menopausia. También los periodos en la vida de la mujer

caracterizados por fluctuaciones de las hormonas gonadales, donde se ve mayor prevalencia de trastornos anímicos como periodo premenstrual, post-parto, y peri-menopáusico.

Esteroides gonadales y estado anímico: Los esteroides gonadales, estrógeno y progesterona, participan en la génesis de la depresión por un efecto directo en algunas áreas del sistema nervioso central, como hipotálamo, hipófisis, sistema límbico y corteza cerebral, que tienen receptores específicos para los estrógenos, además de inducir plasticidad sináptica y dendrítica.

También actúan en el sistema nervioso central a través de mecanismos directos, influyendo en los sistemas de neurotransmisión central, a nivel del eje neuroendocrino y de los sistemas cronobiológicos:

En los sistemas cronobiológicos los estrógenos acortan los periodos de la actividad circadiana y la progesterona tiende a prolongarlos. En el eje neuroendocrino, la administración de estradiol aumenta la respuesta del eje ACTH-cortisol al estrés y aumenta o normaliza la respuesta en el eje TRH-TSH.

La acción sobre los sistemas de neurotransmisión los estrógenos incrementan la síntesis de noradrenalina e igual que algunos antidepresivos, desplazan el triptófano de la albúmina quedando libre para la síntesis de la serotonina. También disminuye la actividad de la monoaminoxidasa (MAO), aumenta la síntesis de la acetilcolina, aumenta los niveles de beta endorfinas y modifican la densidad e los receptores. Explicando así el potencial antidepresivo de los estrógenos.

La progesterona en cambio tiene efector anticonvulsivantes, en dosis altas puede producir sedación y sueño profundo y aumenta la MAO, aun no se sabe si es por este u otro mecanismo por lo que se produce la depresión.¹³

CAUSAS ESPECÍFICAS DE DEPRESION EN LA MUJER:

- LAS HORMONAS FEMENINAS en la depresión está claro que juegan un papel en la disforia premenstrual, Depresión Post parto DPP. Estas desaparecen después de la

menopausia. Las evidencias sobre las causas hormonales de la depresión se basan primordialmente en las observaciones de depresión durante estadios específicos del desarrollo femenino:

- a) Pubertad precoz
- b) Pre-menopausia
- c) Depresión Post Parto (DPP)
- d) Aborto
- e) Peri menopausia
- f) Postmenopausia ¹⁴

DEPRESIÓN POSTPARTO

Es la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año post parto. ¹⁵

La depresión post-parto es una forma de depresión que la madre experimenta después del nacimiento de su hijo. Es una combinación compleja de cambios físicos, emocionales y conductuales, y puede dividirse en tres categorías: tristeza post-parto, depresión post-parto y psicosis post-parto. ¹⁶

Para el autor es una combinación de cambios físicos emocionales y conductuales que presenta la mujer en post-parto.

ETIOLOGIA DE LA DPP:

No existe una causa única sino más bien diferentes tipos de estrés que pueden tener la misma consecuencia o que pueden actuar conjuntamente.

Dentro de los factores de riesgo conocidos se encuentran:

- Historia previa de depresión (especialmente de depresión post-parto).
- Falta de apoyo por parte de la pareja.

- Recién nacido prematuro.
- Que la nueva madre hubiera perdido a su madre cuando era niña.
- Acumulación de acontecimientos vitales adversos, como el fallecimiento de un ser querido, la pérdida del empleo de la paciente o de su pareja, problemas económicos, problemas de vivienda, etc.

Sin embargo, una mujer puede sufrir una depresión postparto sin que se aprecie ninguna razón obvia para la misma.¹⁷

También se encuentran relacionados a la depresión post parto: embarazos en adolescentes, embarazos en mujeres mayores de 35 años, ciertos rasgos de personalidad, antecedentes personales de cuadros depresivos, intentos suicidas, historia familiar de cuadros depresivos y/o para suicidios, cuadro depresivo durante el embarazo, actitud negativa hacia el embarazo, problemas con los padres, sucesos vitales relevantes durante el transcurso del embarazo, mala relación de pareja y pobre apoyo del cónyuge durante el post parto, el urbanismo, la violencia, la pobreza, y el abandono del conyugue, ponen a las mujeres bajo estrés y al mismo tiempo destruyen las fuentes tradicionales de apoyo, lo cual se refleja en la calidad de vida en las mujeres.¹⁸

Las mujeres que ya experimentaron un episodio de depresión mayor en el periodo puerperal tienen un riesgo de recurrencia del 25%. En un estudio en mujeres México-Americanas multíparas,¹⁹ se encontró que la insatisfacción con el apoyo prenatal, la necesidad de apoyo post parto y el tamaño de la red de apoyo en el post parto fueron predictores de la DPP.²⁰

Parece probable que la depresión postparto esté relacionada con los importantes cambios hormonales que tienen lugar en el momento del nacimiento de su hijo, aunque todavía no dispongamos de evidencias al respecto. Aunque los niveles de estrógenos, progesterona y otras hormonas relacionadas con la reproducción que pueden afectar a las emociones descienden bruscamente tras el parto, no se han encontrado diferencias entre las hormonas de las madres que desarrollan una depresión postparto y las de las que no. Una posible explicación es que probablemente algunas mujeres puedan ser más sensibles que otras a tales cambios.²¹

Dos nuevos estudios realizados por científicos de la Universidad de California han identificado una serie de factores biológicos y cerebrales que determina la aparición del síndrome de depresión postparto en las mujeres. Mediante un estudio con ratas, se determinó que la usencia de proteína, difícil de adaptarse a las fluctuaciones de las hormonas sexuales durante el embarazo, y al periodo de post parto, sería clave para desencadenar la depresión.

Se sabe que se presenta la depresión por alteraciones hormonales estrógenos y progesterona, solo que estas influyen si además hay un historial previo. Estos compuestos ejercen su acción a través de un sistema químico de mensajería que opera en el cerebro su nombre Gaba, que ayuda a regular la actividad de las neuronas cuando estas se activan. Se descubrió que una proteína del receptor Gaba fluctúa durante el embarazo y postparto en las hembras de ratón por lo que crearon especímenes carenciales del gen para dicha proteína. Al igual que las mujeres con depresión los ratones hembras mostraban mas estrés, evitaban contacto con sus crías.^{22, 23}

El cuadro clínico de la DPP es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, humor deprimido y falta de placer en las actividades (anedonia) como síntomas cardinales, sin embargo la depresión post parto posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica, que el cuadro se caracteriza por llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación principalmente en lo que concierne a cuidados del recién nacido y a las tareas domesticas. Este predominio de síntomas ansiosos fue señalado en 1968 cuando Pitt denominó esta entidad como “depresión atípica post-parto”.²⁴

La DPP es habitualmente subdiagnosticada pese a que su prevalencia supera la correspondiente a patologías obstétricas como pre eclampsia, parto prematuro o diabetes gestacional. Esto es lamentable porque se deja de auxiliar a mujeres que sufren una fase crítica de la vida y por evidencias que señalan que este cuadro es responsable de trastornos de la interacción madre-recién nacido.²⁵ Puede causar en los hijos alteraciones psicológicas en el corto y largo plazo²⁶ además de mayor riesgo de separaciones y divorcios.²⁷

EXISTEN TRES TIPOS DE DPP QUE LAS MUJERES PUEDEN TENER:

- **POST PARTO BLUES:** Se produce 48-72 horas después del parto, se caracteriza por ser auto-limitado hay súbito cambio en el estado de ánimo, llora sin razón se siente impaciente, irritable, insomnio inquieta, ansiosa, sola y triste. Dura unas horas o hasta 1-2 semanas después del parto. No siempre requieren de tratamiento médico ya que no interfieren con la madre, son causados por disminución brusca de los niveles de estrógenos y progesterona se recuperan integrándose a un grupo de apoyo.
- **DEPRESIONES POST PARTO:** Sucede unos días o meses después del alumbramiento. Ocurre después del nacimiento de cualquier hijo, Mismos síntomas que el post-parto blues pero más intensos. A menudo evita que la mujer haga las cosas que necesita hacer diariamente como en depresión en otras etapas pero en esta hay ideas de culpa en cuanto a la situación de la maternidad, sentimiento de insuficiencia, incapacidad, irritabilidad, franco rechazo al niño y pérdida del deseo sexual. Pueden durar los síntomas hasta un año. Pueden requerir medicamentos y psicoterapia.
- **PSICOSIS POSTPARTO:** Enfermedad seria que puede suceder dentro de los primeros 3 meses después del alumbramiento. Pueden perder el contacto con la realidad y a menudo tienen alucinaciones auditivas y visuales e ilusiones, insomnio, agitación, enojo, sentimientos y comportamientos extraños.²⁸
Necesitan tratamiento médico inmediato y casi siempre requieren de medicamentos. Algunas veces requieren ser hospitalizadas por el riesgo de hacerse daño a sí mismas o los que las rodean.

SINTOMAS DE DEPRESION POSTPARTO:

- Sentirse inquieta o irritable
- Sentirse deprimida, triste o llorar mucho
- No tener energía
- Tener cefalea, dolor precordial, taquicardia, parestesias del cuerpo, taquipnea
- Insomnio

- Anorexia, pérdida de peso
- Tener problemas para concentrarse, recordar o para toma de decisiones.
- Estar extremadamente preocupada por el bebe
- No tener ningún interés por el bebé
- Sentirse inútil y culpable
- Tener miedo de lastimar al bebe o ella misma
- No sentir interés o placer por las actividades, incluso por el sexo.

OTROS FACTORES PARA LA DEPRESION POSTPARTO (DPP):

- Cambios hormonales
- Disminución de las hormonas de la tiroides
- Sentirse cansada después del parto, experimentar cambios en los hábitos del sueño y falta de descanso
- Sentirse abrumada con un nuevo hijo y dudar de su capacidad de ser madre
- Sentirse estresada por querer ser la madre perfecta
- Sensación de pérdida de identidad y sentirse menos atractiva
- Tener menos tiempo libre y menos control sobre el tiempo.²⁹

La DPP altera toda la dinámica familiar, la relación de pareja y relación con el niño de modo que en relación con este se produce:

Alteración del vínculo madre-hijo

Aumento de la ansiedad infantil

Anomalías EEG en el lóbulo frontal del niño

Aparición de problemas conductuales y deficiencias cognitivas en los niños.

El médico de primer nivel en su consulta mediante el instrumento de Edimburgo y el interrogatorio de variantes socio demográficas realizadas en la consulta externa a las pacientes púerperas puede identificar oportunamente pacientes con factores de riesgo a presentar DPP.

No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico por lo tanto se deben de derivar a las pacientes con factores de riesgo para presentar DPP a segundo nivel de atención para complementación para confirmar el diagnóstico y tratamiento especializado oportunamente.

La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Durante el puerperio las mujeres pueden tener molestias somáticas originadas por cambios fisiológicos esperados, por tanto pueden limitar el uso de Escalas de depresión tradicionales en este periodo, de este modo aparece la Escala de Depresión Post natal de Edimburgo (EPDS) desarrollada por Cox et al.^{31,32}

Esta escala se validó en una población de 321 mujeres que estaban dentro del primer año postparto. Se encontró que el punto de corte óptimo de la EPDS para la población estudiada era 13.5, con este valor se obtuvo una sensibilidad de 84.21% y una especificidad de 79.47% para el diagnóstico de depresión mayor. Ninguna mujer con puntuación menor de 7.5 tuvo depresión mayor (sensibilidad y valor predictivo negativo 100%). Se halló un coeficiente de correlación de 0,4478 entre la puntuación de la EPDS y el número de síntomas del criterio A de depresión mayor del DSM-IV. El coeficiente alfa de Cronbach fue 0.7043.

Los ítems que tuvieron mayor poder predictivo para depresión postparto fueron los referidos a preocupación, capacidad para afrontar problemas, pánico, llanto y optimismo.³³

Los ítems de la EPDS hacen referencia a los siguientes aspectos:

1. Capacidad para disfrutar de las cosas.
2. Optimismo respecto al futuro
3. Sentimientos de culpa
4. Nerviosismo o preocupación
5. Ataques de pánico
6. Capacidad para afrontar los problemas

7. Insomnio
8. Tristeza
9. Llanto
10. Tendencia a la autoagresión

Desafortunadamente, la DPP no ha sido comprendida y por ende es mal diagnosticada por la comunidad médica. Las razones de lo anterior es que los médicos están acostumbrados a cambios emocionales durante el periodo post parto, por tanto consideran normal al comportamiento materno y no toma en serio las actitudes de la mujer.³⁴

El cuadro clínico es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo esta posee características peculiares que la justifican como específica.³⁵

Para el *diagnostico de DPP* es necesaria una entrevista clínica cuidadosa, cuyo tiempo de duración ha sido estimado en 45 a 60 minutos.³⁶ Resulta evidente que sería impracticable aplicar esta entrevista a todas las parturientas, por lo que es necesario usar una prueba de rastreo, que permita seleccionar las madres que necesitaran una evaluación diagnostica. La prueba más utilizada es:³⁷

La Escala de Depresión de Post-parto de Edimburgo (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” (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh.

El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que presenten DPP.³⁸

VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión en mujeres en etapa de post-parto en la paciente no solo debe ser autosuficiente para ella misma sino para dar una buena atención del recién nacido, y tomando en cuenta que los síntomas que se pueden presentar en estas pacientes es la incapacidad de atención hacia el menor, por lo cual tiene implicaciones en la salud pública, el principal problema de la DPP es que esta sub-diagnosticada o no se identifica ya que se desconocen los síntomas y factores que se relacionan con esta patología y puede pasar por desapercibido e incluso las pacientes creen que los síntomas que tienen son normales en la etapa en que se encuentra, o por temor de que las subestime su familiares.

Lo anterior conduce a la necesidad de identificar en forma temprana los factores que la desencadenan y los síntomas que hacen patente el diagnóstico.

Uno de los instrumentos con que se cuenta en la actualidad es la encuesta de Edimburgo sin embargo esta encuesta es poco conocida en nuestra comunidad por el médico de primer contacto por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Es posible identificar los factores que influyen en la DPP con la aplicación del test de Edimburgo?

VIII. JUSTIFICACIÓN.

La DPP suele pasar desapercibida por los familiares y la paciente sin embargo es importante que el médico familiar la identifique.

El médico familiar por el apego a su población derechohabiente es el más indicado para sospechar o diagnosticar la patología.

El instrumento de Edimburgo puede ser una herramienta útil para identificarla en forma temprana con lo cual se daría el tratamiento en forma oportuna y se evitaría complicaciones a largo plazo con mayor riesgo para la paciente y su familia.

IX. OBJETIVOS:

1.- Objetivo general.

Identificar la frecuencia de la depresión post-parto con la utilización del test de Edimburgo.

2.- Objetivos específicos.

Identificar los factores relacionados con la depresión post-parto.

X. MATERIAL Y METODOS:

DISEÑO DEL ESTUDIO:

- Tipo de investigación: OBSERVACIONAL
- Tipo de diseño: DESCRIPTIVO
- Método de observación: TRANSVERSAL

UNIVERSO DE ESTUDIO: Mujeres en periodo postnatal con menos de un año postparto

TAMAÑO DE MUESTRA:

Se calculó considerando una prevalencia del 15% de DPP. Siendo de 1294 pacientes por año, se quiere calcular una significancia estadística <0.5 con una potencia de 85 por lo que

nuestra formula general es $n = \frac{N}{1 + Ne^2}$ en donde

n es el tamaño de la muestra a obtener

$N = 1294$ de eventos obstétricos obtenidos por año.

e Error que está dispuesto a tolerar y es de 15%(0.15)

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 15 % (0.15)

Al despejar la formula encontramos que se requiere 56 pacientes para identificar la DPP:

$$n = \frac{1294}{1 + 12.015}$$

$$n = 42.97$$

Por lo tanto se requieren de 43 pacientes aproximadamente

CRITERIOS DE SELECCIÓN

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a. Mujeres en edad fértil de 18 a 39 años edad.
- b. Mujeres de cualquier estado civil.
- c. Pacientes derecho-habientes al IMSS adscritas a la UMF 80 Morelia
- d. Pacientes que acepten participar en el estudio.
- e. Sin diagnóstico previo de depresión.

2. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- a. Historia personal de enfermedades crónicas degenerativas.
- b. Pacientes con diagnóstico previo de enfermedad mental y medicación antidepressiva.
- c. Drogadicción
- d. No acepten participar en el estudio.

3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- a. Pacientes con encuesta incompleta

DESCRIPCION DE VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE:

Depresión post-parto

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Test de Edimburgo.
- Se registraron las siguientes variables:

* Edad de la paciente

* Nivel de escolaridad

* Estado civil

* Ocupación

* Número de gestas

* Número de partos

* Número de abortos

* Número de cesáreas

DESCRIPCION OPERATIVA DEL ESTUDIO:

Las pacientes se encuestaron en el momento en que acudieron a su consulta postnatal, y a control del niño sano, se les informó del estudio, se explicó ampliamente el propósito y se les solicitó consentimiento informado por escrito (anexos 1).

Se registraron las siguientes variables de las pacientes nombre, edad, sexo, gestas, partos, abortos, cesáreas, una vez obtenidos estos datos se aplicó la encuesta de Edimburgo que consta 10 ítems. (anexo2).

Para realizar el test de Edimburgo:

1. Se le pidió a la paciente que escogiera la respuesta que más se asemejara a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Se tuvo cuidado para evitar la posibilidad de que la paciente hable sobre sus respuestas con otras personas.

La evaluación del test se realizó de la siguiente forma, se obtienen mediante una escala de Likert.

A las categorías de las respuestas se les dieron variaciones de 0, 1, 2 y 3 según la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotaron en orden inverso por ejemplo (3, 2, 1, 0)

Se sumaron todos los puntos para dar la puntuación total: Una puntuación de +11 muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significaba que era necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

ANALISIS ESTADISTICO.

Los datos se presentan con media $\pm$ desviación estándar para variable continua y porcentajes para variables categóricas.

La validación global del instrumento de Edimburgo de 10 reactivos en escala tipo Likert con opción de respuesta 0-3, se validó de manera global mediante el coeficiente Alfa de Cronbach.

XI.RESULTADOS:

Cuadro 1. Características generales de la población

Variables	Grupos	N°	%
Edad	18-20	6	10.8
	21-25	13	21.6
	26-30	16	30.5
	31-35	17	30.4
	36-39	4	7.2
	(27 y 37)	0	0
Escolaridad	Primaria	2	3.57
	Secundaria	10	17.86
	Nivel técnico	7	12.50
	Preparatoria	14	25.00
	Profesional	23	41.07
Estado civil	Soltera	4	7.14
	Casada	34	60.71
	Unión libre	16	28.6
	Viuda	0	0
	Divorciada	2	3.6
Ocupación	Hogar	23	41.07
	Estudiante	6	10.71
	Comercio	6	10.71
	Nivel técnico	3	5.36
	Profesión	18	31.14

Continuación del cuadro 1.

Variables	Grupos	N°	%
Gestas	1	22	39.29
	2	21	37.50
	3	6	10.71
	4	6	10.71
	5	1	1.79
Partos	0	9	16.07
	1	23	41.17
	2	18	32.14
	3	4	7.14
	4	2	3.57
Abortos	0	48	85.71
	1	7	12.50
	2	1	1.79
Cesáreas	0	37	66.07
	1	14	25.00
	2	4	7.14
	3	1	1.79

En la Cuadro 1 se observan las características socio-demográficas y gineco-obstétricas de las pacientes participantes del estudio con las opciones que cada una de las pacientes respondieron, el número de pacientes encuestadas y porcentaje de respuestas.

En el presente estudio en una muestra de 56 paciente se identificó que el 34(60.71%) de estas tienen DPP, del mismo modo el 22(39.%) restante obtuvo un Edimburgo negativo por lo que estas pacientes no presentan DPP. Figura 1.

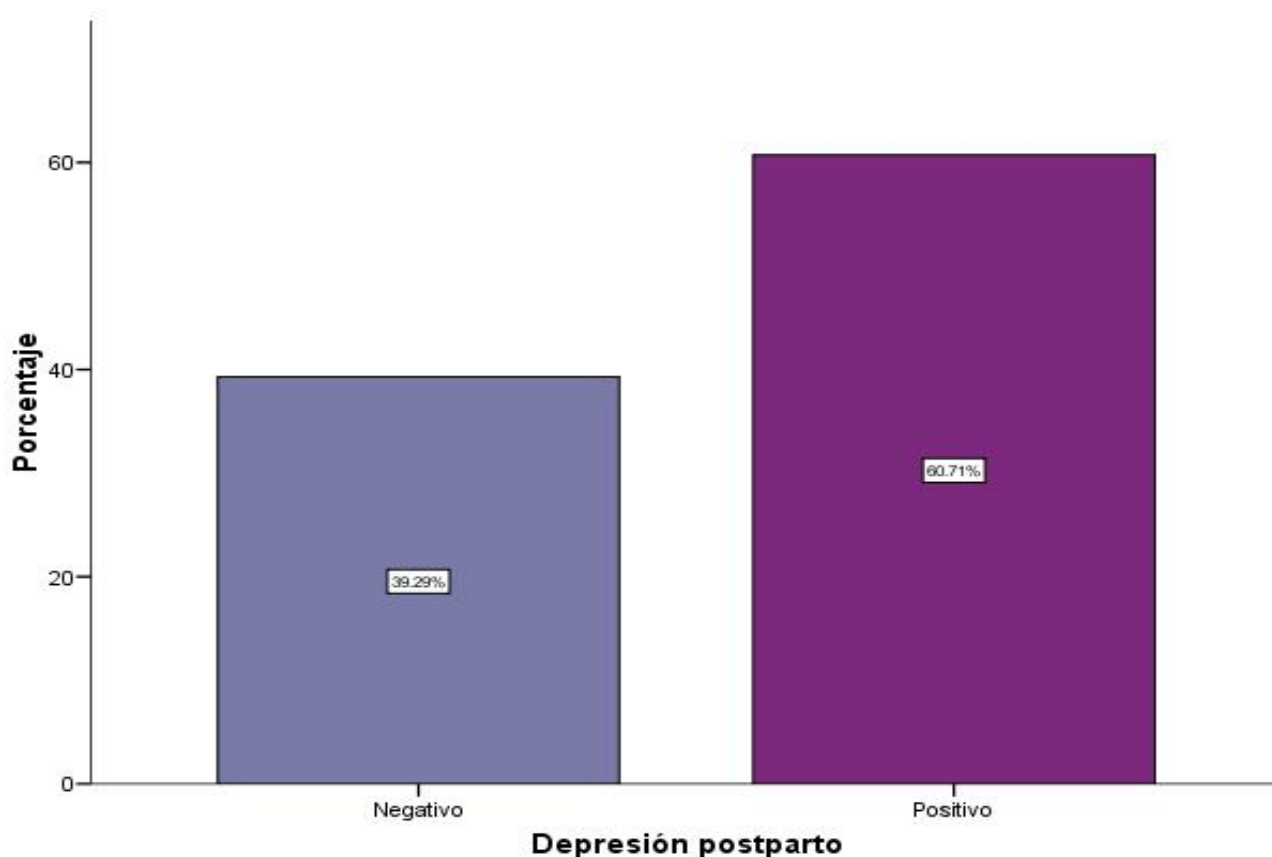


Figura 1. Diagnostico de DPP según Edimburgo.

En la figura 2, se observa la frecuencia de la DPP en relación con le edad de las pacientes, en las que se puede ver la mayor frecuencia de DPP en las edades de 34 y 35 años, las edades de 23, 25, 29 y 30 las segundas edades más con un test de Edimburgo positivo.

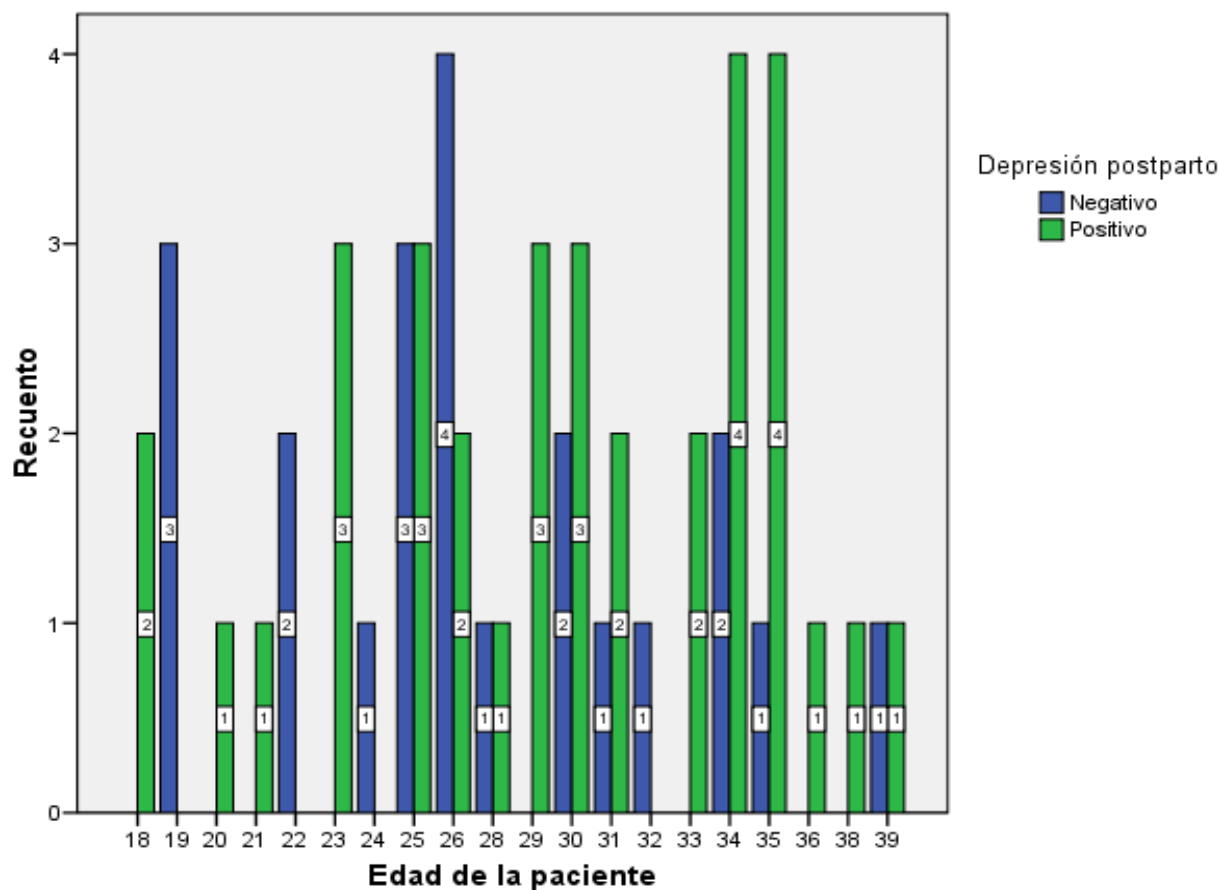


Figura 2. Frecuencia de DPP con relación a edad.

En la Figura 3, se muestra la frecuencia de DPP con relación a la escolaridad de las pacientes de la muestra, se encontró que las pacientes con nivel licenciatura presentaron más DPP que las de un nivel académico menor esto con una n=18 que representa el 32.14% para el nivel licenciatura, contrastado con el 1.78% de las de nivel primaria.

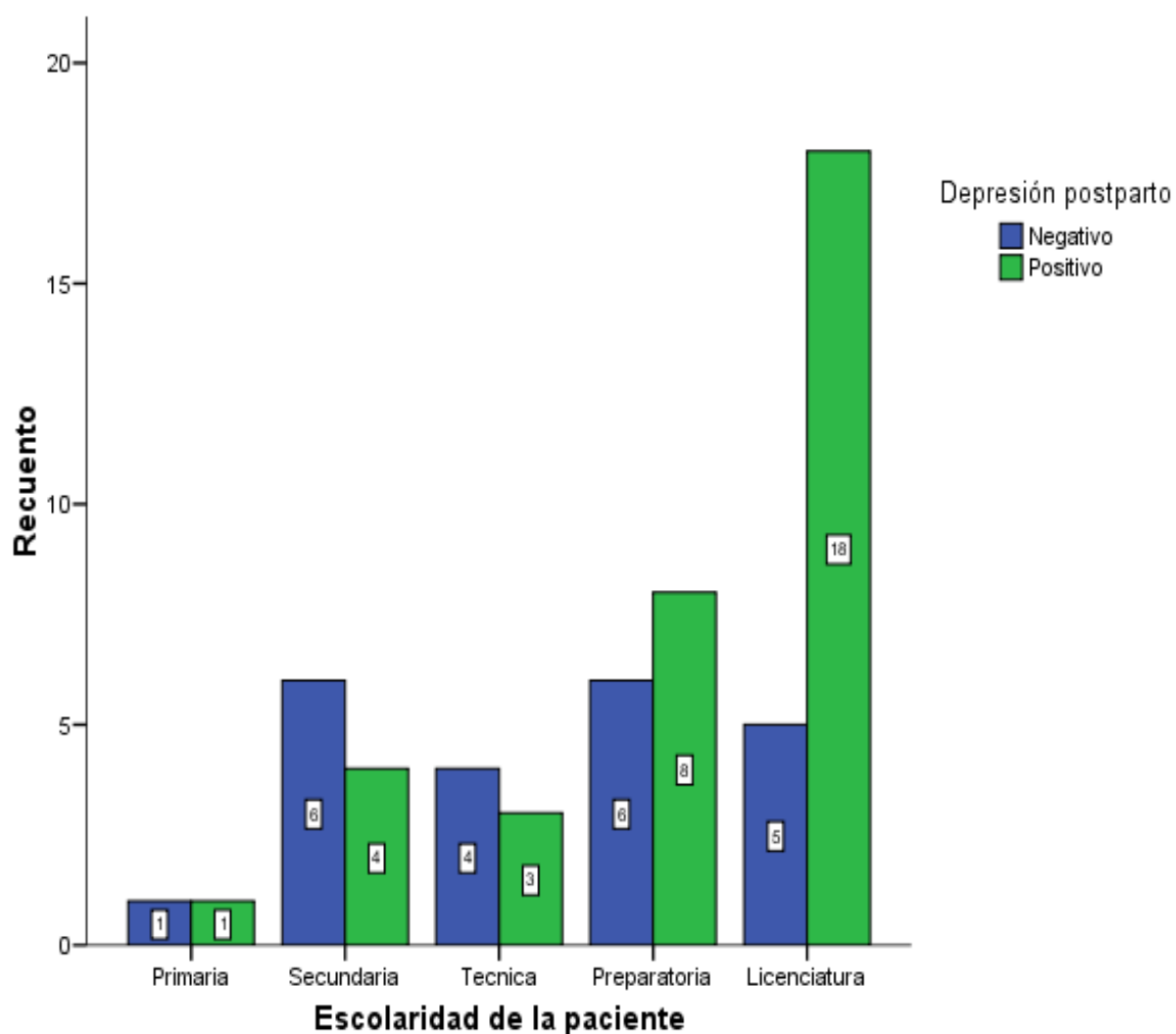


Figura 3. DPP en relación con escolaridad.

En la figura 4, se muestra las pacientes que presentaron depresión postparto con mayor incidencia en el grupo de las pacientes casadas con una $n=24$ que representan el 42.85%, del mismo modo se encontró una $n=7$ en las pacientes en unión libre que representa el 12.5%, y por último el 5.35% de las pacientes con test de Edimburgo positivo son pacientes solteras.

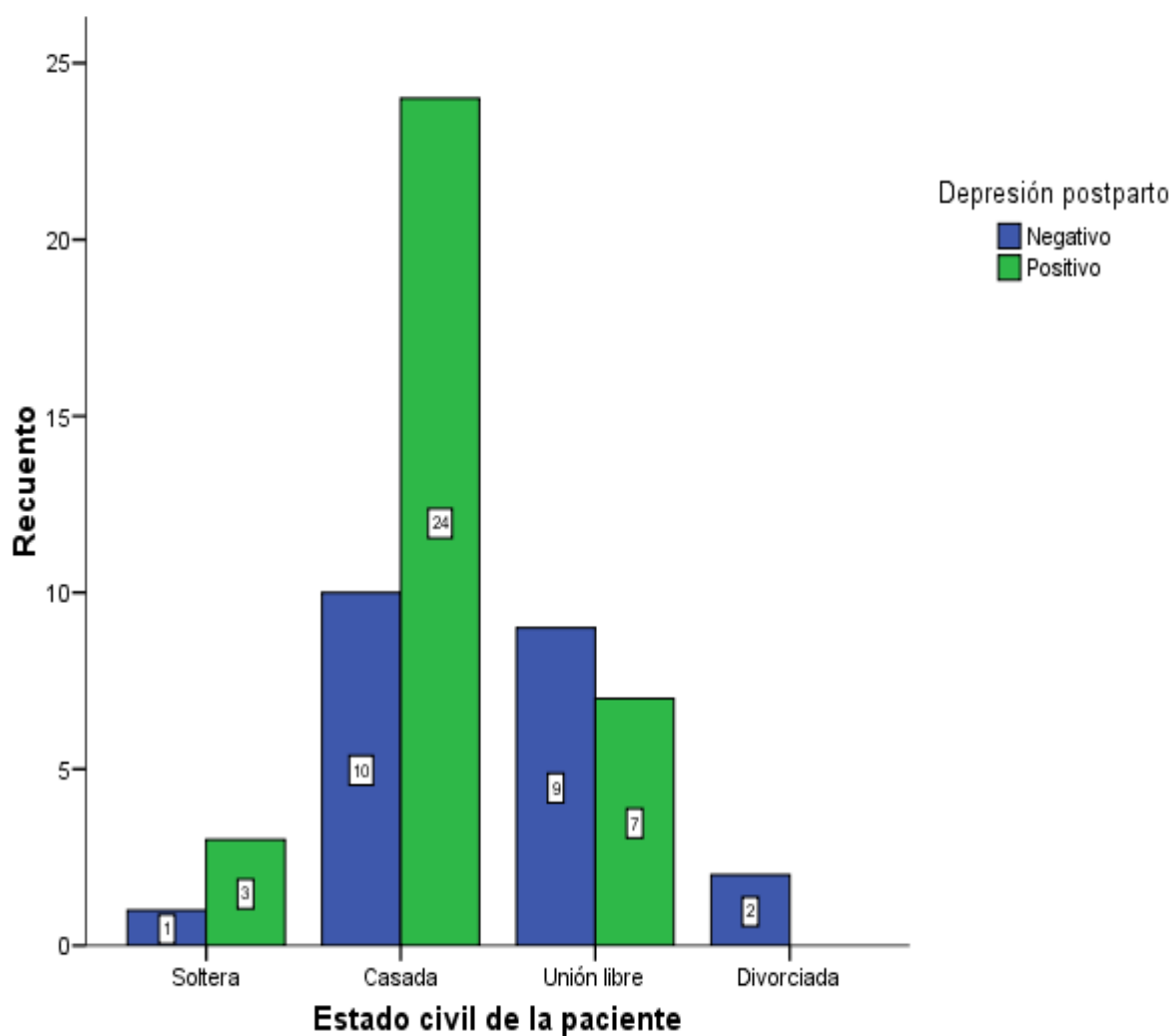


Figura 4. DPP en relación a Estado civil.

En la figura 5, se muestra la ocupación de la paciente con relación a la DPP, donde las profesionistas con una $n=14$ que representa el 25% de las pacientes con DPP, es seguida de la paciente dedicada al hogar con una $n=12$, que representa el 21.42%, siendo las pacientes estudiantes, con carrera técnica y las dedicadas al comercio representan el 14.28% restante de las pacientes con test de Edimburgo positivo.

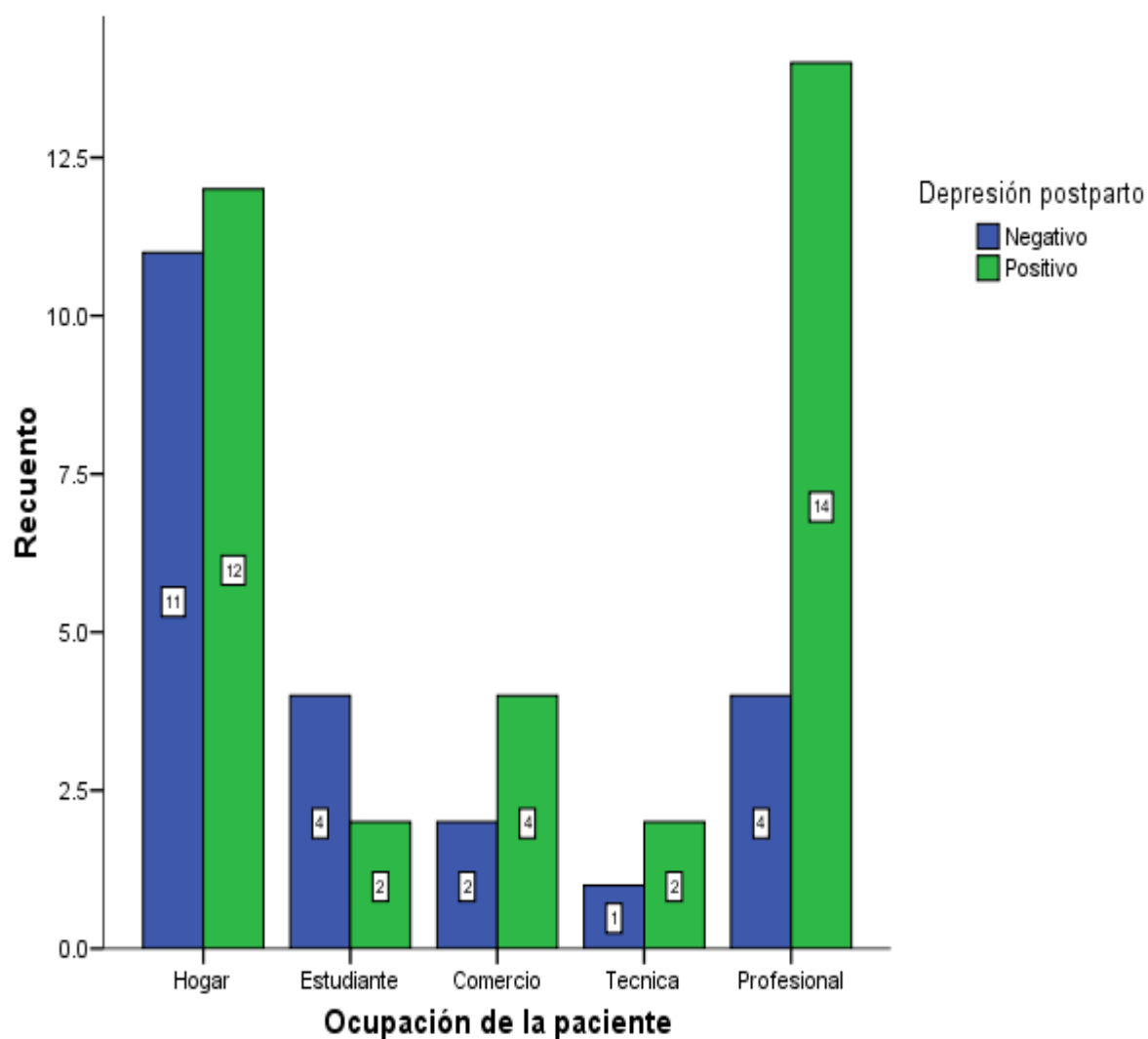


Figura 5. DPP en relación a la Ocupación de la paciente.

Cuadro 2. Se encuentran respuestas puntuales del test de Edimburgo según la frecuencia.

Ítems	Opción de respuesta	Negativo Frecuencia	Positivo Frecuencia
1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:	0 Tanto como siempre	18	7
	1 No tanto ahora	4	24
	2 Mucho menos	0	3
	3 No, no he podido	0	0
2. Eh mirado el futuro con placer	0 Tanto como siempre	16	4
	1 Algo menos de lo que solía hacerlo	6	18
	2 Definitivamente menos de lo que solía hacerlo	0	10
	3 Prácticamente nunca	0	2
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal	3 Sí, casi siempre	6	0
	2 Si algunas veces	5	3
	1 No muy a menudo	11	27
	0 No nunca	0	4
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo	0 No, nada	8	0
	1 Casi nada	4	15
	2 Si, a veces	10	16
	3 Si, a menudo	0	3
5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno	3 Sí, bastante	13	5
	2 Si, a veces	5	3
	1 No, no mucho	4	26
	0 No, nada	0	0

En el cuadro 2 se muestran las respuestas que se obtuvieron mediante el test de Edimburgo, según respuestas de cada una de las pacientes positividad y negatividad

Continuación del cuadro2.

Ítems	Opción de respuesta	Negativo frecuencia	Positivo Frecuencia
6. Las cosas me oprimen o agobian:	3 Sí, casi siempre	9	1
	2 Si, a veces	8	4
	1 No, casi nunca	4	24
	0 No, nada	1	5
7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:	3 Sí, casi siempre	15	5
	2 Si, a menudo	6	9
	1 No muy a menudo	1	19
	0 No, nada	0	1
8. Me he sentido triste y desgraciada:	3 Sí, casi siempre	15	0
	2 Si, bastante a menudo	6	16
	1 No muy a menudo	1	12
	0 No, nada	0	6
9. He estado tan infeliz que he estado llorando:	3 Sí, casi siempre	11	5
	2 Si, bastante a menudo	11	20
	1 Solo ocasionalmente	0	5
	0 No, nunca	0	4
10. He pensado en hacerme daño a mí misma:	3 Sí, bastante a menudo	19	30
	2 Si, a menudo	3	1
	1 Casi nunca	0	2
	0 No, nunca	0	1

Se muestra la continuación del cuadro 2 donde se observan los ítems del test de Edimburgo, preguntas de las 6 a las 10 con las respuestas que dieron las pacientes entrevistadas en nuestro estudio.

XII. DISCUSIÓN.

Diversos investigadores, como una manera de enfrentar esta problemática han introducido el uso de test de escrutinio, para ser realizados en forma antenatal e implementar prevención primaria, o test realizados postnatalmente para intervención precoz o prevención secundaria. Sin embargo, la literatura ha demostrado que solo un tercio de las mujeres asignadas como de alto riesgo por estos test desarrollaron esta condición.

Considero importante el factor educación ya que otros autores no refieren importancia por lo que en este estudio se observó que la escolaridad tenía significancia encontrando un mayor porcentaje de depresión post-parto en mujeres con escolaridad nivel licenciatura 18(32.1%) de 56 pacientes que se estudiaron presentan mayor tendencia a presentar depresión.

Se observó que el perfil epidemiológico en nuestra población no difiere considerablemente a lo manifestado en otros estudios.

En las referencias se encontró que mujeres de 25 y 35 años tiene mayor riesgo de presentar depresión postparto, con una concordancia en este estudio que se realizó en nuestra población se identificó que la edad más frecuente a presentar depresión es de 34 y 35 años edad

En las referencias se encontró que el estado civil tiene significancia solo encontró 58% en mujeres casadas o unión libre, en este estudio se encontró concordancia pero con 24 pacientes de 56 o sea 42.85% del total de las pacientes.

En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos se encontró que otros autores refieren mayor depresión en mujeres primíparas y en este estudio se encontró que las primerizas y secundigestas tienen casi la misma significancia estadística de 22 y 21 mujeres de 56 que fueron encuestadas.

XIII. CONCLUSIONES:

1. La frecuencia encontrada de DPP en el presente estudio según el test de Edimburgo fue de 60.71%.
2. El factor principal que influye a la presentación de depresión postparto fue la edad. La cual en nuestro estudio fue de 34 y 35 años.

Otro factor que influye en la DPP es el nivel académico de las pacientes, ya que el 18(32.14%) de las pacientes con test de Edimburgo positivo cuentan con una licenciatura.

Con respecto a la ocupación, las profesionistas y amas de casa cuentan con un 46.42% de la muestra siendo para las profesionistas el mayor porcentaje con un 14(25%).

El factor estado civil se encontró que las casadas tienen mayor depresión con 24(42.85%).

Los factores de tipo obstétrico no tuvieron una significancia estadística.

XIV. RECOMENDACIONES.

El test de Edimburgo es un instrumento útil para identificar de manera temprana a mujeres puérperas con factores de riesgo para presentar depresión postparto y derivación oportuna a segundo nivel para complementación diagnóstica y tratamiento especializado.

La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo.

XV. SUGERENCIAS.

Se sugiere utilizar esta escala para identificación de depresión en nuestro medio, principalmente los médicos familiares que son los médicos que están más en contacto con las mujeres en periodo postparto y que acuden a control de su niño sano.

XVI. REFERENCIA.

1. Rojtemberg Depresión y antidepresivos de la norma a la mente de la molécula y de las palabras. Disponible en línea: www.medicapanamericana.com Consultado:27/07/09.
2. Pitt B. "Atypical" depression following childbirth. Br J Psychiatry 1968; 11: 1325-35.
3. Zuckerman B, Beardslee W Maternal depression: a concern for pediatricians Pediatrics 1987; 79:110-107.
4. Nonacs R, Cohen L. Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options. J. Clin Psychiatry. 2002; 63 (7): 24-30.
5. Kummar R Postnatal mental illness: a trasncultural prospective. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1994, 29:250-254
- 6.- Jose Fidel Latorre-Latorre M.D, MSC. La depresion postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. Revista colombiana de obstetricia y ginecologia 2006; 57 : 156-162
7. Kornstein S. Chronic Depression in Women. J. Clin Psychiatry. 2002; 63: 602-609
8. Murray CJ, Lopez AD. Evidence-based health policy:lesson from the global Burden of disease study. Sciencie 1996; 274:740-743.
9. Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of the clinical and epidemiological factors. J Psychosom Obstet Gynaecol 2003; 24: 257-66.
10. Carvajal GE, Gonzalez MC, Martinez-Schallmoser L, Tovar MC, Valencia C. Colombia Med. 2000; 1 (31): 4-10.
11. Peter J. Chen, MD, Department of Obstetrics & Gynecology, Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia, PA. Review provided by VeriMed Healthcare Network.
12. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980; 137: 535-4.
13. Beck AT. Depression: causes and and treatment. Philadelphia: University of Pensilvania Press, 1972.
14. Disponible en internet [http://www.well connected.com/rreports/doc08S.html](http://www.wellconnected.com/rreports/doc08S.html) Consultado: 23/03/09.
15. Vega-Dienstmaier J.M., Mazzotti Suarez G., Campos sanchez M. Actas Esp Psiquiatr 2002; 30 (2): 106-111.

16. Latorre J, Contreras P, Herrán O. depression posparto en la ciudad Colombiana. Factores de riesgo. Aten Primaria 2006;37:332-8.
17. Departmento de Salud e higiene mental de Maryland. Disponible en internet: www.mhamd.org, www.drada.org, www.postpartum.net, www.depressionafterdelivery.com consultado: 02/09/09.
18. Demyttenaere K, Bruffaers R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al; Who World mental Health survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004; 291:2581-90
19. Murray CJ, Lopez AD. Evidence-based health policy: lesson from the global Burden of disease study. Science 1996; 274:740-3.
- 20.- Vargas-Mendoza J. E., García-Jarquín M. Depresión posparto: presentación y manejo psicológico. Centro Regional de Investigaciones en Psicología. 2009; 1(3):11-18.
21. Latorre-Latorre J. F., La depresión posparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. Revista colombiana de obstetricia y ginecologia 2006; 57:156-162
22. Livingood AB, Daen P, Smith BD. The depressed mothers as a source of stimulation for her infant. J Clin Psychology 1983(3): 369-75
23. Field T M, Sandberg D, Garcia R, Vega-Lahr N, Goldstein S, Guy L. Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. Developmental Psychology 1985; 21(6): 1152-6
24. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. Clin Review B Med J. 1998; 316:1884-86
25. Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children. Psychology Psychiatry 2001; 42: 871-89
26. Boyce P, Personality dysfunction, marital problems and postnatal Depression. In: Cox J, Holden J, Perinatal Psychiatry: Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Scale. London: Gaskey, 1994; 1:82-102
27. Arraz-Lara L. C., y cols. Enfoque Multidisciplinario en la depresión posparto. Ginecol Obstet Mex 2008; 76(6):341-8.
28. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987; 150:782-6.

29. Wickberg B, Hwang CP. The Edimburg Postnatal Depression Scale. Validation on a Swedish community sample. Acta Psychiatry 1989; 154: 813-7.
30. Remick, R Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. CMAJ. 2002, 167(11):1253-60.
31. Rozados R. Depresión. disponible: <http://www.depresion.psicomag.com/postparto.php>
Consultado: 29/06/09.
32. Vieira Filho HG, Zugib M Depressao pos-parto In Gikovate F (ed) Entendendo a Mulher.. Além da Paciente. Sao Paulo. Lemos Editorial, 1999; 141-51.
- 33.- Escala de Deprerión Post.Parto de Edimburgh Obtenido de la British Journal of Psychiatry. Revista Británica de Psiquiatría. 1987; 150: 2-10
- 34.- Cañedo Dorantes L.: "*Investigación clínica*". Mexico.1987: 171-183
35. Zlotnick C., Miller I., Pearlstein T., Howard M., Sweeney P. A Preventive Intervention for Pregnant Women on Public Assistance at Risk for Postpartum Depression.Am J Psychiiatry. 2006; 163:1443-1445.

XVII. RELACIÓN DE ANEXOS

ANEXO 1.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

Lugar y fecha.....

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Factores que influyen en la depresión postparto en pacientes adscritas a la UMF 80”.

Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número 2009-1602-13

El objetivo del estudio es determinar cuáles son los factores y prevalencia de los mismos que más influyen para la depresión postparto en pacientes puérperas de la consulta externa de la UMF 80 del IMSS Morelia Michoacán, Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptar la aplicación de un cuestionario en donde contestaré mis datos generales un test de 10 preguntas más sobre la presencia de algunas molestias que haya experimentado en las últimas semanas y cuestionario bio-psicosocial y socio demográfico. El manejo de la información se hará de forma confidencial y preservando el anonimato.

Declaro que he sido informado ampliamente por la investigadora sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: dedicar tiempo a las citas requeridas, contestar las preguntas que se me formulen y contemplar la posibilidad de aceptar tratamiento que el Psicólogo/ psiquiatra crea conveniente para mi salud.

La investigadora principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi atención médica que recibo del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La investigadora principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones públicas que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y Matrícula del investigador

Testigo

Testigo

ANEXO 2. Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento del Bebé ó edad del niño (a) _____ Teléfono: _____

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo en los últimos 7 días.

Por favor **SUBRAYE** la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos días.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:

- 0 Tanto como siempre
- 1 No tanto ahora
- 2 Mucho menos
- 3 No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:

- 0 Tanto como siempre
- 1 Algo menos de lo que solía hacer
- 2 Definitivamente menos
- 3 No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:

- 3 Sí, casi siempre
- 2 Sí, algunas veces
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

- 0 No, nada
- 1 Casi nada
- 2 Sí, a veces
- 3 Sí, a menudo

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

- 3 Sí, bastante
- 2 Sí, a veces
- 1 No, no mucho
- 0 No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian:

- 3 Sí, casi siempre
- 2 Sí, a veces
- 1 No, casi nunca
- 0 No, nada

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

- 3 Sí, casi siempre
- 2 Sí, a menudo
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

- 3 Sí, casi siempre
- 2 Sí, bastante a menudo
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nada

9. He estado tan infeliz que he estado llorando:

- 3 Sí, casi siempre
- 2 Sí, bastante a menudo
- 1 Sólo ocasionalmente
- 0 No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

- 3 Sí, bastante a menudo
- 2 Sí, a menudo
- 1 Casi nunca
- 0 No, nunca

Evaluación: 0 lo más malo, 3 lo más bueno. Punto de corte: Sobre 11 puntos sugiere depresión postparto