

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS.
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS.
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL.**



**“FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL GENERAL DE ECATEPEC “DR. JOSÉ MARÍA
RODRÍGUEZ, 2012”.**

**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO
HOSPITAL GENERAL DE ECATEPEC “DR. JOSÉ MARÍA RODRIGUEZ.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

**PRESENTA
MC. MARÍA GUADALUPE CARRILLO DÁVILA.**

**DIRECTORES DE TESIS
DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ.
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN**

**ASESOR DE TESIS
E.M.F. GONZÁLO HERNÁNDEZ MAGALLÓN**

**REVISORES DE TESIS
E.M.F. BLANCA ESTELA ARIZMENDI MENDOZA
M. EN I.C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS
M. EN C. JUAN JAVIER SÁNCHEZ GUERRERO**

TOLUCA, MEXICO.

2013.

**“FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL GENERAL DE ECATEPEC “DR. JOSÉ MARÍA
RODRÍGUEZ, 2012”.**

INDICE.

Cap.		Pag.
I.	MARCO TEÓRICO.	
	I.1. Antecedentes de Depresión Posparto.....	1
	I.1.1. Depresión posparto.....	2
	I.1.2. Depresión posparto sin psicosis.....	3
	I.1.3. Depresión posparto con psicosis.....	4
	I.2. Estudios realizados acerca de Depresión Posparto.....	5
	I.2.1. A nivel internacional.....	5
	I.2.2. A nivel nacional.....	6
	I.3. Etiología de los trastornos afectivos posparto.....	7
	I.3.1. Teorías bioquímicas.....	8
	I.3.2. Antecedentes psiquiátricos previos.....	9
	I.4. Consecuencias de la Depresión Posparto.....	11
	I.5. Diagnóstico de Depresión Posparto.....	11
	I.6. Tratamiento de Depresión Posparto.....	12
	I.6.1. Intervenciones Psicoterapéuticas.....	12
	I.6.2. Tratamiento farmacológico.....	12
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
	II.1. Argumentación.....	14
	II.2. Pregunta de investigación.....	14
III.	JUSTIFICACIONES.....	15
	III.1. Académica.....	15
	III.2. Científica.....	15
	III.3. Social.....	15
	III.4. Económica.....	15
IV.	HIPÓTESIS.....	17
	IV.1 Elementos de la hipótesis.....	17
	IV.1.1 Unidades de Observación.....	17
	IV.1.2 Variables.....	17
	IV.1.2.1. Dependiente.....	17
	IV.1.2.2. Independientes.....	17
	IV.1.3 Elementos lógicos de relación.....	17
V.	OBJETIVOS.....	18
	V.1. Objetivo General.....	18
	V.2. Objetivos específicos.....	18
VI.	METODOLOGÍA.....	19
	VI.1. Tipo de estudio.....	19
	VI.2. Diseño del estudio.....	19
	VI.3. Operacionalización de variables.....	19
	VI.4. Universo de Trabajo.....	20
	VI.4.1. Criterios de Inclusión.....	20
	VI.4.2. Criterios de Exclusión.....	20
	VI.4.3. Criterios de Eliminación.....	20
	VI.5. Instrumento de Investigación.....	20

VI.5.1. Descripción.....	20
VI.5.2. Validación.....	21
VI.5.3. Aplicación.....	21
VI.6. Desarrollo del proyecto.....	21
VI.7. Límite de espacio.....	21
VI.8. Límite de tiempo.....	22
VI.9. Diseño de análisis.....	22
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	22
VIII. ORGANIZACIÓN.....	22
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	23
X. CUADROS Y GRAFICOS.....	28
XI. CONCLUSIONES.....	37
XII. RECOMENDACIONES.....	38
XIII. BIBLIOGRAFIA.....	39
XIV. ANEXOS.....	42

I. MARCO TEORICO.

I.1. ANTECEDENTES DE DEPRESION POSPARTO.

El puerperio inicia después de la expulsión fetoplacentaria y abarca de 6 a 12 semanas. Es un periodo de ajuste en el cual el organismo regresa a su estado no gestacional. Predominan procesos involutivos y reparativos de los sistemas que se modificaron durante la gestación, así como cambios endocrinos que permiten el inicio de la lactancia, el reinicio del ciclo ovárico y la menstruación.¹

La maternidad es una función que lleva tiempo establecerse, por lo tanto es muy importante dar a la madre todo el apoyo emocional, la orientación y los cuidados físicos que se requieran. Así mismo se desarrollan conductas psicológicas que conllevan a una adaptación física y a la creación de lazos afectivos con el recién nacido.¹

CLASIFICACIÓN. El puerperio ha sido dividido en:¹

- **Puerperio inmediato:** Primeras 24 horas después del parto.
- **Puerperio mediato:** Se extiende hasta la primera semana postparto.
- **Puerperio tardío:** Incluye el periodo de tiempo requerido para la involución de los órganos genitales y el reinicio de la menstruación, usualmente 6 semanas en las mujeres no lactantes, y el regreso de la función cardiovascular normal y psicológica, las cuales pueden requerir meses.¹

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto. Algunas mujeres experimentan síntomas transitorios y leves. Sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos.²

La causa específica de depresión se desconoce en muchos casos, parece ser el resultado de una combinación de factores como predisposición genética (historia familiar), bioquímicas (desequilibrio de neurotransmisores), factores del ambiente y estrés (pérdida de un ser querido, problemas económicos, problemas en las relaciones interpersonales, cambio significativo de vida, etc.), factores hormonales y reproductivos (ciclo menstrual, embarazo, aborto, posparto y menopausia), factores psicológicos y sociales (baja autoestima y tendencia a la preocupación excesiva).²

En la mujer específicamente se presenta el síndrome disfórico premenstrual, depresión en el embarazo y depresión posparto. El síndrome disfórico premenstrual implica síntomas afectivos como labilidad; conductuales, como

cambios en los patrones de alimentación; y físicos como edema, cefalea e hipersensibilidad mamaria.³

Este patrón aparece en un momento específico de cada ciclo menstrual y desaparece durante cierto tiempo entre ellos. Existe también la depresión en el embarazo, la cual se presenta en forma severa en una de cada diez mujeres embarazadas. Durante el puerperio, factores bioquímicos y estrés psicológico pueden desencadenar trastornos psiquiátricos en la mujer y ocasionar la depresión posparto.³

No se sabe con exactitud la causa por la cual las mujeres se deprimen con mayor frecuencia que los hombres. Aunque no hay un factor causal directo, se cree que interfieren factores genéticos, hormonales, sociales, y del estilo de vida de la mujer.³

I.1.1. Depresión Posparto.

Se define a la Depresión Posparto (DPP) como un estado de ánimo donde se presentan sentimientos de tristeza, llanto fácil, falta de esperanza, anorexia, inquietud, disturbios en el sueño y labilidad emocional. Estado que empieza dentro de las 4 a 6 semanas después del parto con una incidencia de 3 a 27% que puede durar de un mes hasta más de un año.⁴

Se ha sugerido muchas etiologías especialmente la de los conflictos que se presentan al asumir el papel de madre, una personalidad inadecuada, episodios depresivos previos y la caída dramática en los niveles hormonales.⁴

Se estima que alrededor que del 10 al 15% de las madres sufre de depresión posparto y que aproximadamente 2 de 1000 mujeres presenta psicosis durante el primer año de vida de su hijo.⁵

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo o en el posparto son de gran importancia, no sólo por su asociación con los indicadores de morbi-mortalidad, sino también, por las consecuencias y sus posibles complicaciones.⁵

De ahí que en los últimos años se viene intentando optimizar el diagnóstico y poner a disposición tratamientos tempranos y eficientes para prevenir y tratar estos trastornos.⁶

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) menciona que los Trastornos Afectivos Posparto son aquellos trastornos que se inician durante las primeras cuatro semanas posteriores al parto.⁷

Dentro de estas se encuentran:

“Baby blues” o Síndrome del tercer día.

Es un estado de depresión leve y labilidad emocional que se presenta en la primera semana después del parto y usualmente se resuelve en horas o días sin ningún tratamiento. Generalmente aparece entre el tercer y séptimo día posparto con duración de hasta dos semanas.⁶

Es un trastorno muy común en el posparto, Rossler menciona que la prevalencia varía entre el 20 y 40%; sin embargo autores latinoamericanos como Orejanera menciona que la prevalencia puede llegar hasta un 80%.⁵⁻⁷

Entre los síntomas se presenta labilidad afectiva, irritabilidad, ansiedad tristeza, pero no son lo suficientemente intensos para producir un deterioro significativo en la mujer que la padece.⁸

El desarrollo de estos síntomas no está relacionado con historia personal psiquiátrica, la lactancia o la paridad, sin embargo estos factores pueden influir en el inicio de una Depresión Posparto posterior a un periodo de Baby blues hasta en el 20% de los casos.⁶

Las actitudes maternas frente al niño, son muy variables, pero pueden incluir desinterés, miedo a encontrarse sola con el niño, o excesiva atención que dificulta que la madre tenga un descanso adecuado.⁸

Se han desarrollado dos hipótesis que intentan explicar este fenómeno. La primera relaciona los síntomas depresivos con la disminución de progesterona durante el posparto. La segunda hipótesis menciona que en condiciones normales, la oxitocina colabora con la conducta de apego entre madre e hijo. No obstante ante la presencia de tensión emocional pueden disminuir los niveles de esta y relacionarse con los síntomas depresivos y ansiosos en mujeres más susceptibles a estrés psicosocial.⁶

Si los síntomas persisten por más de 10 días se debe de investigar la presencia de depresión posparto.⁹

I.1.2. Depresión Posparto sin Psicosis (DPSP).

Este trastorno está presente en el 10% a 20% de las mujeres en diferentes países durante los siguientes 6 meses posteriores al parto. En Estados Unidos de Norteamérica una de cada ocho mujeres padece este trastorno.⁹

Se presenta antes de las sexta semana posparto y su duración es de entre tres y seis meses aunque hay artículos que mencionan que se prolonga este periodo hasta los catorce meses. Por definición la sintomatología depresiva debe estar presente por más de dos semanas después del parto para distinguirla del “Baby blues”.¹⁰

En cuanto a su prevalencia se estima de 19.3% en la segunda semana después del parto y de 22.5% a las cuatro semanas del mismo.¹¹

Los principales factores de riesgo identificados son: antecedente familiar o personal de depresión, trastorno disfórico premenstrual, presencia de ansiedad o depresión durante el embarazo o de "Baby blues", el alto estrés psicosocial de ser madre soltera, la disfunción de pareja, la baja autoestima materna, el bajo nivel socioeconómico, los embarazos no deseados y no planeados, la imposibilidad de lactar o bien, el cese temprano de la lactancia.¹⁰

Se caracteriza por una tendencia al llanto fácil, irritabilidad, por la presencia de sentimientos de culpa y obsesivos compulsivos, por un rechazo hacia el recién nacido o bien reticencia a asumir su cuidado, por pérdida de la libido y, en los casos graves, por la presencia de ideación suicida.¹¹

El no realizar un tratamiento específico para la depresión durante este periodo puede acarrear grandes consecuencias tanto para la madre como el hijo y la familia en general. Para la madre este puede ser el inicio de un trastorno depresivo recurrente, y para el niño poseer una madre depresiva puede contribuir a desarrollar problemas cognitivos, de comportamiento, interpersonales y emocionales durante su vida. Además se ha comprobado que los hijos de madres con Depresión Posparto (DPP) son menos activos, pero más irritables y desatentos en su infancia temprana.⁸

I.1.3. Depresión Posparto con Psicosis (DPCP).

Se presenta entre el 0.1 y 0.2% de los pospartos. En sus formas graves implica un peligro serio tanto para la vida de la madre como del niño.⁶

Klompfenhower define la depresión posparto con psicosis como un cuadro de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres sanas caracterizada por períodos fluctuantes de alucinaciones, delirios y estados de confusión que suelen comenzar en las 6 o 12 semanas posteriores al parto.¹²

Se presentan también alucinaciones visuales, olfatorias así como labilidad emocional, desorientación y confusión. Estos síntomas suelen ser oscilantes y hay una elevada probabilidad de que las madres presenten ideas persistentes de agredir a su hijo y con esto, riesgo elevado de que lo lleve a cabo. La Depresión Posparto Con Psicosis está presente en dos terceras partes del total de los infanticidios.¹²

La etiología y los factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión posparto con psicosis y sin ella son similares.¹³

I.2. Estudios realizados acerca de Depresión Posparto.

I.2.1. A nivel internacional.

En algunos países de Latino América se han realizado varios estudios acerca de la prevalencia de DPP en las últimas dos décadas y en Europa, específicamente en España se ha abordado el tema de forma más temprana. A continuación se realiza una breve reseña de los estudios más representativos realizados en la última década.

En el período comprendido de septiembre de 1997 y hasta septiembre de 1998 se llevó a cabo en el Hospital Clínico de Barcelona un estudio con una muestra compuesta por todas las mujeres que acudieron al Servicio de Obstetricia y Ginecología para realizar la visita de control del puerperio (a las 6 semanas del parto) observándose que el número de madres con DPP diagnosticadas fue de 334 pacientes.¹⁴

Se realizó un estudio para determinar la incidencia de depresión posparto en madres adolescentes que fueron asistidas en el área de obstetricia del hospital Luis MI Morillo King de la ciudad de La Vega, R.D., del 1 de Julio de 1996 al 1 de Enero de 1997, encontrándose que 284 eran adolescentes y que de éstas el 82.7% (235) presentaron algún grado de depresión posparto, y que la misma está relacionada estrechamente a la edad, estado civil, nivel de escolaridad, procedencia, deseo o no del embarazo, apoyo familiar durante el mismo, así como el apoyo de la pareja y la condición del recién nacido al momento del nacimiento.¹⁵

En la Facultad de Psicología en Universidad de Valencia, España en el 2001 se realizó un estudio en el que se estudio una muestra formada por un grupo de 101 mujeres residentes en la Ciudad de Valencia en el que sobresalió que un número elevado de mujeres eran primíparas (65%).¹³

En Latino América en los últimos 5 años se han realizado los siguientes estudios: En el año 2006 se llevo a cabo un estudio en Santiago de Chile, aplicando la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS). La muestra estuvo constituida por 159 mujeres que acudieron a los consultorios entre la semana 4 y la 44 del período posparto. En las últimas dos semanas, 90,6% de las mujeres estaba deprimida la mayor parte del día, casi todos los días.¹⁶

En el mismo año, es decir 2006, en la ciudad de Bucaramanga en Colombia se llevo a cabo un estudio en madres adolescentes en una muestra de 286 mujeres pertenecientes a 11 instituciones de salud de dicha ciudad durante las primeras horas del período posparto, presentando sólo 19 casos positivos para Depresión posparto.¹⁷

En el año 2008, en Chile en un centro de atención primaria se realizo un estudio de prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto a una

muestra de 73 mujeres entre los 40 y 45 días posparto a prevalencia de DPP fue 50,7% encontrándose una prevalencia de DPP fue 50,7%.¹⁸

En el 2009, en el Hospital Universitario de Maracaibo, Universidad del Zulia en Venezuela se llevo a cabo un estudio de prevalencia de DPP tanto en primigestas como multigestas, en una muestra conformada por 100 mujeres puérperas atendidas en ese centro asistencial durante ese año. Esta muestra fue separada en dos grupos de 50 sujetos cada uno, de acuerdo con su paridad, fijándose como criterios para su inclusión puerperio tardío, edad mayor de 19 años y menor de 35 años, ausencia de enfermedades psiquiátricas previamente diagnosticadas, y deseo voluntario de participar en la investigación observándose que el 90% de las primigestas fueron positivas para riesgo de depresión posparto y el 92% de las multíparas también, así mismo se observó que según DSM IV se evidenció que fueron finalmente diagnosticadas con depresión posparto el 20% de las primigestas y el 24% de las multíparas. No hubo una asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión posparto.¹⁹

En el mismo estudio se observo los factores de riesgo asociados a DPP en la misma universidad se realizo un estudio para destacando que solo los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior, mostraron una asociación significativa con el desarrollo de DPP. El nacimiento mediante cesárea y no contar con el apoyo familiar presentaron una asociación significativa con el riesgo de DPP; mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria mostraron tener un efecto protector.¹⁹

I.2.2 Estudios realizados a nivel nacional.

En nuestro país se han realizado pocos estudios acerca de la Depresión Posparto a pesar de la frecuencia que la literatura reporta.

En un estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año 2003, con una muestra de 38 mujeres embarazadas que acuden a control prenatal durante mayo a noviembre del año 2002, reportó que la prevalencia de depresión durante el embarazo fue de 47.7%, los factores de riesgo encontrados fueron hacinamiento, abortos previos, violencia psicológica y sexual por parte de sus parejas y el tipo de personalidad materna. En este estudio, aproximadamente la mitad de las mujeres embarazadas presentan depresión por lo que esto puede estar relacionado al tamaño de la muestra.²⁰

En las mujeres mexicanas se ha demostrado que la EDPS es un instrumento confiable y valido para ser utilizado como tamiz en la detección de trastornos depresivos posparto según un estudio realizado en el año 2004 en 264 mujeres

que acudieron a la consulta externa en el Instituto Nacional de Perinatología. Señalando también que la prevalencia de DPP en nuestro país es de 21.5%.¹¹

En el mismo año en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz se realizó un estudio en neonatos, hijos de madres con algún trastorno del estado de ánimo el cual mostro que los bebés con antecedente de madres con alguna psicopatología tuvieron menor maduración en el sistema motor.²¹

En el 2006 se realizó de forma simultánea un estudio Frecuencia de DPP en 2 Unidades de Medicina Familiar tanto del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Clínica Dr. Ignacio Chávez) y del IMSS (Tlalnepantla) aplicándose 130 cuestionarios, se detectaron de acuerdo a los criterios del DSM IV, 32 pacientes (24.6%) y con el Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, 22 pacientes(16.9%) sospechosas de depresión posparto respectivamente siendo la edad promedio de las madres de 29.4 años, casadas un 70.8%, la mayoría amas de casa 47.7% y profesionistas 23.1%, edad promedio de los bebés tres meses, el 71% vivían con su pareja e hijos.²²

Posteriormente en Durango en el año de 2009 se realizó un estudio en hospitales públicos para determinar la prevalencia de depresión posnatal y las características epidemiológicas asociadas en una población de mujeres, estudiándose 178 mujeres con una a 13 semanas posparto. Se les aplicó la Escala de Depresión Posnatal de Edinburgo, y la depresión se evaluó utilizando los criterios del DSM-IV. Además, se obtuvieron datos socio demográficos, clínicos y psicosociales de las participantes. Dando como resultado 58 se encontraban deprimidas (32.6 %), observándose frecuencias significativamente mayores de depresión en mujeres con escasa escolaridad, con más de tres años de vida con su pareja, no aseguradas y residentes del medio rural. El análisis multivariado mostró que la depresión posnatal se asoció significativamente con depresión previa, antecedente de depresión posnatal, depresión, ansiedad y estrés durante el embarazo, estrés después del embarazo, trauma, mala relación o abandono de la pareja, embarazo no deseado, problemas familiares, y vivir sin la pareja.²³

En un estudio efectuado en el 2010 en el Hospital de Gineco-Pediatría núm. 48 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en León, Guanajuato en el que se captaron mujeres durante el puerperio inmediato, se aplicó la escala de Edimburgo para determinar tristeza materna en 1,134 mujeres, 21 (1.8%) tuvieron diagnóstico de tristeza materna. Los factores significativos relacionados con ésta fueron: el antecedente de hijos muertos, episodios de depresión, y alteraciones en el sueño.²⁴

I.3. Etiología de los trastornos afectivos posparto:

Existen algunas teorías que tratan de explicar la etiología de la depresión posparto entre las que encontramos:

I.3.1. Teorías bioquímicas:

a. **Fenómeno de retirada:** Dado el descenso rápido de las hormonas sexuales, asociado a la modificación de colesterol plasmático el estradiol y el estriol son las formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos por la placenta y se incrementa durante el embarazo entre 100 y 1000 veces respectivamente.⁶

Se han realizado estudios en animales los cuales demuestran que el estradiol eleva la acción neurotransmisora de la serotonina al aumentar sus síntesis y disminuir su recaptación. La brusca disminución de los niveles de estradiol posterior al parto, podría explicar la Depresión Posparto.⁶

b. **Hormonas tiroideas:** La incidencia de la función tiroidea anormal aumenta levemente después del parto. En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23% comparado con un 3 a 4% en la población general.⁶

Aunque la disfunción tiroidea no ha sido identificada como un factor determinante en la mayoría de mujeres que desarrollan Depresión Posparto sin Psicosis, puede jugar un papel importante debido a que la disminución de la función glandular puede afectar el estado de ánimo ya que se asocia con la disminución de los niveles de la actividad de la serotonina central.⁸

Se han encontrado anticuerpos tiroideos en 11,6% de las mujeres en el posparto lo cual se le atribuye al efecto inmunosupresor de los niveles altos de cortisol durante el embarazo seguido de un fenómeno inmune de rebote después del parto, lo cual produce una alta incidencia de anticuerpos antitiroideos.¹²

Existen hallazgos que han apoyado a esta teoría demostrando que existe una mayor incidencia de tiroiditis autoinmune en el período puerperal y la elevada concentración de anticuerpos microsomales y antitiroglobulina entre el cuarto y sexto mes posparto asociado a síntomas depresivos.¹²

c. **Hormonas hipofisarias:** Los niveles de prolactina alcanzan valores hasta 140 ng/ml al final del embarazo y declinan a las 3 semanas posteriores al parto. Se ha sugerido que la prolactina juega un papel importante en esta entidad ya que se ha observado que mujeres no embarazadas que tienen síntomas de ansiedad y depresión presentan estados de hiperprolactinemia patológica.⁹

d. **Disminución en el nivel de Triptófano libre en suero:** La disponibilidad del triptófano circulante es el factor principal que regula la actividad de la enzima que constituye un paso limitante en la síntesis de

serotonina cuyo descenso juega un papel predominante como desencadenante de depresión.⁸

Oviedo y Jordan mencionan que durante el quinto y sexto día posparto se registra una reducción de los niveles plasmáticos de triptófano, principalmente en las madres con Baby blues y que dicha reducción persiste hasta por seis meses en las madres deprimidas.⁶

Sin embargo la administración de triptófano en el embarazo no ha demostrado prevenir la DPP con lo que parece no existir algún mecanismo de modulación en la síntesis de los neurotransmisores.⁸

La existencia de una alta respuesta a la hormona de crecimiento tras la administración de apomorfina (agonista dopaminérgico) en mujeres que desarrollan psicosis afectivas, hallazgo similar encontrado en la DPP con psicosis.⁹

I.3.2. Antecedentes psiquiátricos previos:

La historia personal de depresión previa aumenta la incidencia de Depresión Posparto en un 10 a 24% de las mujeres. Si la depresión ocurre durante el embarazo el riesgo es mayor (35%). Los antecedentes familiares de depresión también juegan un papel muy importante en el desarrollo de la DPP.²⁵

a. Factores psicológicos:

El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios. El modelo de madre ideal, abnegada y entregada a su hijo, provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer.²⁶

El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito ocasiona problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de este. Al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo.²⁶

b. Factores de morbilidad:

Morbilidad materna. La existencia de dificultades para lograr un embarazo en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre.²⁶

La morbilidad del recién nacido en la que se han estudiado como factores asociados a la presencia de anomalías o enfermedades como problemas

respiratorios, infecciosos, prematuridad, bajo peso, ictericia, muerte neonatal y otros.²⁶

c. Factores psicosociales y sociodemográficos:

La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos ya sea para realizar las tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, por parte de familiares o de su pareja, aumenta el riesgo de padecer estos trastornos.²⁶

La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja, son también factores de riesgo para el desarrollo de esta patología.²⁶

En un estudio realizado en Argentina en 140 mujeres durante el puerperio se observó un mayor porcentaje de depresión en las mujeres de 15 a 20 años, en mujeres primíparas y en mujeres que no contaban con una pareja estable.²⁷

Un estudio realizado en Colombia por Canaval y cols demostró que un porcentaje elevado de mujeres con sintomatología depresiva el cual varía entre el 50 y 60%, las cuales se relacionan con poco apoyo social, poca disponibilidad de recursos, vivir en unión libre, el dedicarse al hogar y tener oficios de bajo status.⁴

I.4. Consecuencias de la Depresión Posparto.

La existencia de depresión en la madre tiene repercusiones en el desarrollo del niño, las cuales van a depender de la duración de la misma.²⁸ Las consecuencias más frecuentes son:

- 1. Alteración en la relación madre-hijo.** La relación entre ellos se ha definido como negativa cuando la madre se encuentra deprimida caracterizándose por el rechazo, la hostilidad, la crítica y la indiferencia afectiva.²⁸
- 2. Alteraciones en el desarrollo cognitivo.** Rosello y cols en un estudio realizado en hijos de mujeres primíparas que cursaron con depresión posparto durante el primer año encontraron alteraciones en el desarrollo cognitivo a los 28 meses de edad, sin embargo en este aspecto el estudio aún no es concluyente.²⁸
- 3. Socialización deficiente.** Los hijos de madres deprimidas presentan una menor sociabilidad lo cual se le atribuye a la falta de estimulación y al poco contacto materno que tienen los hijos de madres deprimidas durante el primer año de vida.²⁸

4. **Alteraciones en la educación de los hijos.** La crianza de los hijos se ve influida cuando la madre presenta Depresión Posparto (DPP) y la importancia de la crianza sobre el desarrollo social del niño se relaciona con la trascendencia de la estimulación, la sensibilidad, y el contacto materno durante los primeros años de vida e el desarrollo social de los niños.²⁸
5. **Alteraciones en la dinámica familiar.** La depresión es una enfermedad crónica que afecta la vida familiar y reduce la capacidad de adaptación social tanto de la madre como de la familia.²⁸

I.5. Diagnóstico de Depresión Posparto.

El diagnóstico de la depresión post-parto, se hace clínicamente, mediante entrevistas y cuestionarios, para lograr definir si la madre padece de algún trastorno depresivo que pueda afectar la maternidad.

El inventario de depresión posparto de Beck (DBI) y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EDPS) han sido ampliamente utilizadas para evaluar la depresión posparto, el BDI como escala genérica para evaluar sintomatología depresiva y el EDPS como escala específica para evaluar depresión posparto.²⁹

La escala EDPS fue diseñada por Cox et al (1987) en Edimburgo, específicamente para detectar estados depresivos en el período postnatal. Es un instrumento específico muy utilizado e estudios actuales, en el ámbito de la salud materno infantil, sobre todo en la población anglosajona. Este cuestionario ha mostrado una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92.5 % para depresión mayor. Su aplicación dentro de las 3 o 4 primeras semanas puede contribuir a una mejor efectividad en el diagnóstico precoz, de hecho, en varios estudios se ha demostrado una mayor tasa de prevalencia de este problema, no porque haya aumentado, sino por haber sido diagnosticada oportunamente.²⁹

Ha demostrado ser de especial utilidad tanto en la clínica como en la investigación, habiéndose probado su eficacia para detectar estados depresivos en el ámbito hospitalario y de atención primaria y en los propios hogares de las madres.²⁹

Ha sido traducida a múltiples idiomas y se ha probado en poblaciones de madres de diferentes países.²⁹

Los ítems de la escala de EDPS son puntuables de 0 a 3, de menor a mayor intensidad o frecuencia de los síntomas. Contiene 10 ítems con cuatro posibles alternativas de respuestas de acuerdo a la severidad de los síntomas durante la última semana, puntuados del 0 a 3. El rango total va de 0 a 30. La puntuación máxima es de 30, cuando el resultado es mayor a 10 indica riesgo de depresión.²⁹

Esta escala es utilizada como tamizaje ya que el diagnóstico de depresión es clínico. La sensibilidad de la EDPS es del 85% con un valor predictivo positivo del 73% para identificar a las mujeres con depresión posparto.¹⁰⁻²⁹

La ventaja de este diagnóstico precoz es que el adecuado tratamiento permite evitar los efectos a corto y largo plazo, tanto en la madre como en la familia en general.²⁹

I.6. Tratamiento.

El objetivo es mantener o mejorar la salud mental de la mujer, minimizando los riesgos para el embrión/feto en desarrollo. Se debe recomendar interrumpir el consumo de cafeína, nicotina y alcohol. Al mismo tiempo, debe intentarse maximizar las posibilidades de descanso.³⁰

I.6.1. Intervenciones Psicoterapéuticas.

Muchas pacientes con depresiones leves a moderadas pueden ser tratadas exclusivamente con psicoterapia. Tanto las técnicas de relajación, la terapia cognitivo- conductual, como la psicoterapia de apoyo pueden ser muy útiles para tratar la ansiedad que frecuentemente acompaña a la depresión.³⁰

Para los síntomas anímicos, siempre que no sean intensos, suele preferirse la terapia cognitivo conductual (TCC) o la psicoterapia interpersonal (Interpersonal Psychotherapy) (PIP). Por lo general se usan en su modalidad individual, pero también se pueden emplear en su versión grupal. Pese a que la evidencia a favor de la psicoterapia de orientación psicodinámica es limitada, los expertos plantean que se trata de una opción razonable si no se dispone de TCC o de PIP.³⁰

I.6.2. Tratamiento Farmacológico.

Se debe considerar su uso de psicofármacos en embarazadas con depresiones moderadas a severas cuando hay una alta probabilidad de recidiva. Por comprensibles razones éticas, no se cuenta con estudios sobre la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión de mujeres embarazadas. Sin embargo, no hay razones para pensar que la respuesta terapéutica de las mujeres grávidas debiera ser distinta a la observada en mujeres no embarazadas. Es más, se cuenta con guías para el tratamiento de la depresión durante la gestación.³⁰

La mayor cantidad de datos relacionados con los antidepresivos y el período grávido proviene del uso de los inhibidores selectivos de la recaptura serotonina (ISRS), especialmente fluoxetina, sertralina, citalopram y paroxetina. En general, el conjunto de los datos reunidos hasta ahora muestra escasa evidencia de teratogénesis derivada del uso de antidepresivos durante la gestación o de efectos adversos asociados a la exposición durante la lactancia.³⁰

Se puede decir que los ISRS (salvo, tal vez, la paroxetina) son una buena opción terapéutica y suelen preferirse durante la gestación/posparto; representan una alternativa segura, incluso en el primer trimestre del embarazo. Algunos autores aconsejan evitar el uso de la paroxetina en gestantes o mujeres que planean embarazarse. La razón es que durante 2005 y 2006 algunos estudios mostraron que los recién nacidos cuyas madres habían tomado paroxetina en el primer trimestre del embarazo tenían dos veces mayor riesgo de presentar malformaciones congénitas cardíacas, más comúnmente problemas del septum ventricular.³⁰

En términos absolutos el riesgo es pequeño, de dos por cada 1.000 nacimientos; por lo cual no se puede considerar que este fármaco sea un teratógeno mayor. Incluso un estudio reciente, que incluyó 1.174 neonatos provenientes de ocho centros distintos, reveló que no había un aumento en el riesgo de malformaciones asociado al uso de paroxetina en el primer trimestre. Con todo, hace años se están reportando casos de síndromes de privación neonatal de ISRS en niños cuyas madres los han ingerido en el tercer trimestre, por lo que, independiente de si finalmente se confirma o descarta el potencial teratogénico de la paroxetina, dicho fármaco no constituye una buena alternativa durante la gravidez porque a menudo se asocia a síndrome de discontinuación.³⁰

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

II.1. Argumentación.

La Depresión Postparto es frecuente debido a que durante el puerperio las hormonas del embarazo pueden afectar sustancias químicas del cerebro que se relacionan directamente con la depresión y la ansiedad.

La depresión que no se trata puede tener riesgos peligrosos potenciales a la madre y al bebé, puede conducir a alteraciones en el desarrollo psicomotor por falta de estimulación al hijo de la madre deprimida, así como conductas agresivas de la madre, alteraciones en la dinámica familiar, etc. En nuestro país se han realizado pocos estudios recientes acerca de la depresión postparto, a pesar de la frecuencia que reporta la literatura.

El trastorno depresivo durante la gestación y el postparto es muy frecuente sin embargo es poco diagnosticado por el personal de salud, probablemente esto se debe a la falta de criterio médico para identificar los síntomas depresivos en este tipo de pacientes.

II.2. Pregunta de investigación.

Tomando en cuenta la prevalencia de la depresión en las mujeres en edad reproductiva en nuestro país y la frecuencia de Depresión Postparto, surge el siguiente cuestionamiento:

¿Cuáles son los factores asociados la Depresión Postparto en las mujeres en etapa de puerperio que acuden al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”?

III. JUSTIFICACIONES.

III.1 Académica.

A pesar de la alta prevalencia a nivel mundial, en nuestro país son pocos los estudios que se han hecho con relación a la Depresión Posparto. La importancia de ésta radica en los riesgos que conlleva tanto para la madre como para su hijo. Dado que la Depresión Posparto es una patología frecuente y subdiagnosticada en la atención médica de primer contacto, es importante que el Médico Familiar se involucre al igual que todo el personal médico que está implicado en la atención prenatal aprenda a identificar los síntomas desde su inicio o bien, en el momento que la madre tenga contacto con él por las implicaciones que presenta para ambos.

III.2 Científica.

Debido al escaso número de estudios relacionados a la Depresión Posparto en nuestro país, en dicha investigación se busca mostrar los factores de riesgo asociados a Depresión Posparto en las mujeres que acuden al Hospital General de Ecatepec “Dr. José Ma. Rodríguez” ya que son necesarios para el conocimiento de todo el personal involucrado en la atención de estas por ser una entidad importante debido que el puerperio es un periodo de vulnerabilidad emocional y de alto riesgo para desarrollar desórdenes emocionales.

III.3 Social.

Las implicaciones sociales de la Depresión Posparto es la desintegración de vínculos familiares ya pacientes que cursan con sufren deterioro en distintos ámbitos de su vida dando como resultado alteración en la relación madre-hijo debido a que la madre se encuentra deprimida, presentando rechazo no sólo con el producto sino también a la pareja, hostilidad, críticas frecuentes e indiferencia afectiva para con el producto.

Presentan también socialización deficiente lo cual se le atribuye a la falta de estimulación y al poco contacto materno que tienen los hijos de madres deprimidas durante el primer año de vida.

III.4 Económica.

La mayor parte de las pacientes que presentan Depresión Posparto no son diagnosticados y muchos de las que si se diagnostican no llegan a recibir tratamiento adecuado por parte de un profesional de la salud debido a que la sintomatología no es reconocida, pasando inadvertida de forma inicial por lo que es de vital importancia realizar su diagnostico temprano para iniciar tratamiento oportuno por las implicaciones que tiene para la vida de la paciente debido a que incluso sus actividades laborales se ven seriamente mermadas ya que no lo hacen

de forma habitual, presentando ausentismo laboral frecuente o disminución de su rendimiento por lo que es de gran trascendencia su diagnóstico y tratamiento oportuno reduciendo su vida productiva.

O bien, aquellas pacientes que se dedican al hogar, presentan síntomas inespecíficos frecuentes por lo que acuden de forma continua a los servicios de salud generando sobreutilización de los mismos.

IV. HIPOTESIS.

En mujeres en etapa de puerperio mediano y tardío que acuden al Hospital General de Ecatepec “Dr. José Ma. Rodríguez”, los factores asociados a la Depresión Postparto que predominan son, la escolaridad y la presencia de enfermedades crónicas durante el embarazo, en más del 30 por ciento.

IV.1 Elementos de la hipótesis.

IV.1.1 Unidades de Observación.

Mujeres en etapa de puerperio mediano y tardío que acuden al Hospital General de Ecatepec “Dr. José Ma. Rodríguez”.

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

Depresión Postparto.

IV.1.2.2 Independientes.

Factores asociados, escolaridad y presencia de enfermedades crónicas durante el embarazo

IV.1.3 Elementos lógicos de relación.

En, a la, que predominan son la y la, en más del 30 por ciento

V. OBJETIVOS.

V.1 General:

Identificar los factores asociados que causan la Depresión Posparto en las mujeres que acuden al Hospital General de Ecatepec Dr. José Ma. Rodríguez.

V.2 Específicos:

- Identificar la frecuencia de edad del total de la población estudiada.
- Determinar la frecuencia de Depresión Posparto del total de la población estudiada.
- Determinar el grupo etáreo con mayor frecuencia en las mujeres con Depresión Posparto.
- Identificar el estado civil más frecuente de las mujeres con Depresión Posparto.
- Determinar el grado de escolaridad más frecuente en las mujeres con Depresión Posparto.
- Determinar el número de gestaciones en las mujeres con Depresión Posparto.
- Identificar la relación entre la existencia de enfermedades crónicas durante la gestación y la Depresión Posparto.
- Determinar la relación entre la Depresión Posparto y la presencia de embarazo planeado en las mujeres con Depresión Posparto.
- Analizar la frecuencia de mujeres con Depresión Posparto que presentan antecedente de separación de sus padres.

VI. MÉTODO.

VI.1 Tipo de estudio.

Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo.

VI.2. Diseño del estudio.

Se recolectaron los datos por medio de las encuestas realizadas a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José Ma. Rodríguez”.

VI.3 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICION TEORICA.	DEFINICION OPERACIONAL.	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES.	ITEM.
Depresión posparto.	Trastorno del estado de ánimo que puede ocurrir dentro de los primeros días hasta un año después del nacimiento del niño, pero usualmente ocurre dentro de los tres primeros meses.	Mujeres que obtengan puntuación de 10 o más puntos en la escala de Depresión Posnatal de Edimburgo.	Cuantitativa. Nominal.	0-9= Sin Depresión Posparto. 10 o más= Con Depresión Posparto.	Recolección de datos por medio de la encuesta.
Estado Civil.	Condición de cada individuo con relación a sus derechos y obligaciones civiles.	Condición civil de las mujeres puérperas durante la aplicación de la encuesta.	Cualitativa. Nominal.	1. Soltera. 2. Casada. 3. Divorcia-da. 4. Viuda. 5. Unión libre.	Recolección de datos por medio de encuesta.
Edad Materna.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo.	Edad en años de la paciente puérpera al momento del estudio.	Cuantitativa. Discreta.	Edad en años cumplidos.	Recolección de datos por medio de encuesta.
Ocupación.	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo.	Actividad que desempeña la paciente en el momento del estudio.	Cualitativa. Nominal.	1. Hogar. 2. Obrera. 3. Empleada. 4. Trabajo independiente. 5. Profesionista.	Recolección de datos por medio de encuesta.
Enfermedad materna durante el embarazo.	Estado en el cual un proceso fisiológico interno, alterado, afecta a la integridad del organismo.	Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico durante el embarazo.	Cualitativa. Nominal.	1. Presente. 2. Ausente.	Recolección de datos por medio de encuesta.
Depresión previa al embarazo.	Presencia de estado persistente con pérdida de interés y capacidad para disfrutar, falta de vitalidad, pérdida de confianza en sí	Sintomatología depresiva que refiere la madre haber presentado antes del embarazo o durante el mismo.	Cualitativa. Nominal.	1. Presente. 2. Ausente.	Recolección de datos por medio de encuesta.

	mismo y sentimientos de inferioridad previo al embarazo.				
--	--	--	--	--	--

VI.4 Universo de Trabajo.

305 mujeres en etapa de puerperio antes de las 5 semanas posteriores al parto o cesárea

VI.4.1 Criterios de inclusión.

- Mujeres que acudieron a atención de parto o cesárea al Hospital General de Ecatepec “Dr. José Ma. Rodríguez”.
- Mujeres que cursen la etapa de puerperio mediato y tardío.
- Mujeres en etapa de puerperio que accedieron de forma voluntaria a contestar la encuesta.

VI.4.2 Criterios de exclusión.

- Mujeres que cursen posparto inmediato.
- Mujeres que cursen posparto mediato pero el producto se encuentre hospitalizado ya sea en neonatología o medicina interna pediátrica por alguna patología.

VI.4.3 Criterios de eliminación.

- Mujeres en etapa de puerperio mediato o tardío que refieran presentar alcoholismo o alguna toxicomanía.
- Mujeres en etapa de puerperio mediato o tardío que no accedan a contestar la encuesta de forma voluntaria.
- Mujeres que previo a su embarazo presentaban trastornos psiquiátricos ya diagnosticados (Esquizofrenia) con o sin tratamiento.
- Mujeres en etapa de puerperio mediato o tardío que una vez que comiencen a contestar la encuesta, decidan por cualquier razón no continuar.

VI.5. Instrumento de Investigación.

VI.5.1 Descripción.

La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior.

La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos.

VI.5.2 Validación.

El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

VI.5.3 Aplicación.

Se aplicó la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo a mujeres en etapa de puerperio mediano y tardío para determinar la existencia de Depresión Posparto en el área de consulta externa del Hospital General de Ecatepec "Dr. José Ma. Rodríguez" perteneciente al ISEM.

VI.6 Desarrollo del proyecto.

El estudio se realizó en el Hospital General de Ecatepec "Dr. José Ma. Rodríguez" en el área de consulta externa, se capturaron a todas aquellas pacientes en etapa de puerperio mediano y tardío que acudieron a realización de tamiz neonatal y posterior a consentimiento informado de forma verbal se efectuó cuestionario de recolección de datos personales y el resto de las variables la cual fue elaborada por el investigador, y posteriormente en aquellas mujeres en etapa de puerperio mediano y tardío que cumplieron con los criterios de inclusión, se aplicó la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo para determinar la existencia de Depresión Posparto.

Se consideró Depresión Posparto tras la obtención de 10 puntos en la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo sin considerarse gravedad, sólo la presencia de Depresión Posparto.

Una vez obtenidos los resultados se elaboró una base de datos y se analizaron las variables cualitativas y se presentaron en gráficas de barras. Las variables cuantitativas se cuantificaron en media.

Los resultados se procesaron a través de cuadros y gráficas utilizando paquete de software estadístico de Excel.

VI.7 Límite de espacio.

Dicho estudio se llevó a cabo en el Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez" perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) ubicado en Leona Vicario número 109 en la colonia Valle de Anáhuac, municipio de Ecatepec Estado de México.

VI.8 Límite de tiempo.

El estudio se realizó a partir del 3 de septiembre y durante todo ese mes del año 2012

VI.9 Diseño de análisis.

Se utilizó análisis descriptivo, utilizando tasas, razones y proporciones. Los resultados se expresan en totales y porcentajes.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.

La presente investigación se rigió por las declaraciones de la asociación médica mundial de Helsinki (1964), con las modificaciones de Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996) y de acuerdo a las normas internacionales para la investigación biomédica en sujetos humanos de la OMS.

Por lo que apegado a instrumentos previos, se mantuvo total discreción con respecto a los datos generales y los resultados obtenidos en este trabajo durante todo el proceso de la investigación. Se tomaron en cuenta las normas del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.- Título primero, capítulo único, artículo 3. Título segundo, capítulo I, artículos 13 y 14. Título quinto, capítulo único, artículos 98-100, 102.

Por lo que ninguno de los participantes desde el inicio hasta el término del presente estudio sufrió daño físico ni moral durante el desarrollo de la investigación y en todo momento, garantizando la no maleficencia, el derecho de decisión personal, el respeto al anonimato, el respeto a las garantías y conocimiento del individuo sobre el estudio y su participación en el mismo.

VIII. ORGANIZACIÓN.

Tesista: M. C. María Guadalupe Carrillo Dávila.

Director de tesis: M en C. Gonzalo Hernández Magallón.

Asesores de tesis: Dra. en Hum. María Luisa Pimentel Ramírez. Ph. en D. Mario Enrique Arceo Guzmán.

IX.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Se estudiaron una muestra de 310 mujeres en etapa de puerperio mediano y tardío de las cuales se excluyeron 5 por no cumplir con los criterios de inclusión, obteniéndose una muestra total de 305 mujeres.

Se encontraron los siguientes resultados:

De la muestra estudiada, la frecuencia de edad osciló de entre los 14 y 42 años, siendo el promedio de edad de 24 años y la moda de 22 años. El grupo etáreo más frecuente fue de 21 a 25 años de edad. (Ver tabla 1, gráfica 1).

Del total de mujeres encuestadas, 235 (77%) de ellas obtuvieron el producto por medio de parto, y el resto, es decir 70 (23%) lo obtuvo por cesárea.

Se observó que la frecuencia de Depresión Posparto en el total de las mujeres en etapa de puerperio encuestadas, fue del 25%, es decir 77 la presentaron, mientras que el 75% restante (228 pacientes) no la mostraron. (Ver tabla 2, gráfica 2).

De las 77 mujeres con Depresión Posparto la frecuencia de edad fue de los 15 hasta los 42 años de edad, siendo la moda de 21 años con 12 casos, seguida de 18 años y 30 años con 8 y 6 casos respectivamente. (Ver tabla 3, gráfica 3).

Se observó que en las mujeres con Depresión Posparto, el estado civil predominante fue la Unión Libre 59 casos (77%), seguido del estado civil Casada con 10 pacientes (13%) y por último sólo 8 casos (10%) fueron Solteras. (Ver tabla 4 y gráfica 4).

Se encontró que en las mujeres con Depresión Posparto, la frecuencia del grado de escolaridad fue el siguiente: el 58% (44) estudiaron como máximo nivel de estudios la educación secundaria, 21% (16) la educación primaria, el 12% (9) bachillerato y 5% (4) y 4% (3) son analfabetas y con carrera técnica respectivamente. (Ver tabla 5, gráfica 5).

Con respecto a la ocupación más frecuente de las mujeres con Depresión Posparto, fue quienes se dedicaban al Hogar con 72 pacientes (94%), continuando con 2 casos que fueron empleadas (3%), seguida de bailarina, comerciante y estudiante, cada una de estas últimas con 1 caso (1%).

La frecuencia de gestaciones en dichas mujeres, se observó de la siguiente manera: 27 casos (35%) fueron primigestas, 26 casos (34%) fueron secundigestas, 24 casos (31%) fueron multigestas, manteniéndose sin diferencias significativas entre las cifras y porcentajes de cada una. (Ver tabla 6, gráfica 6).

En relación al antecedente de enfermedad crónica durante el embarazo, 11 mujeres, es decir el 14.28% si lo presentaron, mientras que en las 66 restantes (85.71%) no se observó. (Ver tabla 7, gráfica 7).

En cuanto a la relación de Depresión Posparto y la planeación del embarazo, se encontró que el 60% (46) de las mujeres si lo planearon, y el resto de ellas (40%, 31 casos) no lo hicieron. (Ver tabla 8, gráfica 8), haciendo notorio que 4 de cada 10 pacientes no lo planearon.

Con respecto a la obtención del producto, 58 de ellas (75%), se obtuvo por medio de parto y las 19 restantes (25%), fue por cesárea.

De ellas, 66 pacientes (85.41%) no tuvieron a su hijo hospitalizado, mientras que el resto, es decir 11 (14.28%) si lo tuvieron. El 63.63% (49) de las pacientes tuvieron antecedentes de Depresión en algún momento de su vida, y el resto, es decir, 36.36% (28) no presentaron dicho antecedente.

De las 28 pacientes que presentaron antecedente de Depresión previa al embarazo, 18 de ellas tuvieron tratamiento. De las pacientes con antecedente de tratamiento durante el cuadro depresivo previo, 16 (88.88%) recibieron tratamiento con psicoterapia, y sólo 2 de ellas (11.11%) fue con tratamiento farmacológico. En relación a las mujeres con Depresión Posparto, 64 de ellas (83.11%) presentaron antecedentes familiares con dicho padecimiento.

Con respecto a las mujeres con Depresión Posparto, 28 (36.36%) presentaron como antecedente la separación de sus padres y 49 (63.63%) no lo mostraron. (Ver tabla 9, gráfica 9).

Debido al porcentaje de presentación de Depresión Posparto y a que los casos pasan inadvertidos, es necesario el diagnóstico temprano y oportuno de dicho padecimiento por los riesgos que conlleva para la madre y el producto, no sólo a nivel emocional sino en el desarrollo y crecimiento del niño.

Si bien el cuadro clínico de la DPP es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, esta posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica. Aunque se conoce que durante el puerperio tanto los cambios bioquímicos existentes así como el estrés pueden desencadenar estos trastornos; no hay evidencia de que un desbalance hormonal o de neurotransmisores sea la causa de la DPP, sin embargo, las teorías más acertadas hasta el momento son las que se relacionan con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas de estos pacientes durante este periodo.¹⁸

En el presente estudio se obtuvo una frecuencia de 25.24% de Depresión Posparto en las mujeres que acudieron al Hospital General de Ecatepec Dr. José María Rodríguez, muy parecido al porcentaje reportado en estudios

internacionales. Haciendo notar que 2 de cada 10 mujeres encuestadas presentaron este cuadro.

La frecuencia de Depresión Posparto encontrada se halla dentro del amplio rango de prevalencias halladas en diversos estudios. Las tasas varían entre un 10 y 15% en países europeos, entre un 8 y 16% en EEUU, en Asia (20 a 61%) y en Latinoamérica (35 a 50%) en Chile, Costa Rica y Colombia.²⁹

Con respecto a la diferencia de la tasa encontrada con las de otros países latinoamericanos, ésta es relativamente menor. Dicha diferencia puede deberse a que en estos países se realizó la captación de la muestra incluso desde los controles prenatales, efectuando un seguimiento postnatal hasta de 12 semanas.²⁹

Además la tasa de frecuencia en este estudio sería menor debido a que fue de corte transversal, diagnosticando Depresión Posparto a las madres que presentaron síntomas en el momento de recolección de datos, pudiendo variar esta tasa si se hiciera un seguimiento de la muestra estudiada. Añadido a esto la variabilidad de estas prevalencias en diferentes países podría explicarse por la carencia de un instrumento estandarizado para el tamizaje y diagnóstico de Depresión Posparto.²⁹

La edad promedio de las madres en la muestra fue de 24 años y entre las madres con Depresión Posparto 23 años, que queda por debajo del rango de las edades encontradas en diferentes países de Latinoamérica como Colombia y Chile (25.6 años), o bien países europeos como España, Portugal (28 años), Inglaterra y Suiza (29.7 años).²⁹ Cabe señalar que en este estudio se observó que la menor frecuencia de casos fue en el grupo etáreo de 41 a 45 años con sólo 1 caso. Destacando que la Depresión Posparto se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes.

Con respecto a los factores asociados, el análisis determinó que solo pertenecer al rango de edad de 20 a 25 años, el nacimiento por medio de parto mostraron una asociación significativa para presentar Depresión Posparto.¹⁸

En cuanto al estado civil salta a la vista que la mayoría de ellas (77%) viven en unión libre y esto va de acuerdo a que el estado civil más frecuente adoptado por las parejas es este.

En cuanto a su ocupación el 94% se dedica al hogar, sólo el 6% se dedica a una actividad laboral por lo que para determinar si el dedicarse al hogar es un factor de riesgo para presentar Depresión Posparto, se tendría que realizar un estudio con una muestra mayor.

Estos datos están por debajo de los encontrados en el estudio previamente citados ya que el 25% de estas mujeres realizaba alguna actividad laboral.¹⁸

Respecto a la escolaridad, en un estudio realizado en madres venezolanas, el 5% de ellas era analfabeta, el 21% contaba con la educación primaria, el 58% contaba con la secundaria completa y sólo el 16% alcanzó el bachillerato completo o un nivel técnico. Por lo que el hecho de tener un nivel de escolaridad básica, está asociado con la presencia de Depresión Posparto.¹⁸

En el presente estudio el nivel educativo mostro que el 33% tenían la educación primaria, el 36% habían cursado la secundaria y sólo el 31% habían alcanzado un nivel técnico. Llama la atención que de las mujeres con Depresión Posparto, ninguna tuvo el grado académico de licenciatura.

En estudio previamente mencionado (en madres venezolanas) se estimó que sólo el hecho de tener un nivel educativo primario o inferior aumentaba el riesgo de presentar Depresión Posparto, mientras que el haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria tenía un efecto protector. Asimismo, en dicho estudio, el parto vaginal mostró un efecto protector ante esta entidad¹⁸

En cuanto al número de gestaciones en aquellas mujeres que presentaron Depresión Posparto, la diferencia no fue significativa por lo que no se considera que tenga relación con la aparición de esta.

La existencia de enfermedad crónica durante la gestación sólo se presentó en el 14.28% de las pacientes y el mismo porcentaje se presentó en cuanto a las madres que tuvieron a su hijo hospitalizado. No siendo significativa la presencia de esta. No así en el estudio realizado en madres venezolanas ya que se observó que los trastornos médicos durante el embarazo muestra una asociación significativa con el desarrollo de Depresión Posparto.¹⁸

En cuanto a los factores de riesgo psicológicos evaluados, sólo el 36% de las pacientes mostraron antecedentes de depresión previa, y de ellas sólo el 64%, tuvo tratamiento ya sea con psicoterapia o farmacológico. Por lo que no hubo una asociación directa en la presencia de depresión previa y la existencia actual de Depresión Posparto. En el estudio anteriormente citado, el 55% de las pacientes encuestadas expresó de forma espontánea antecedentes de depresión previa. Por lo que en este estudio se mostro una asociación significativa de la presencia de Depresión Posparto y la existencia de depresión previa.¹⁸

Un hallazgo que llama la atención es que el hecho de que sea un embarazo planeado no es un factor protector para no presentar Depresión Posparto, ya que el 60% de las pacientes afirmaron haber planeado su embarazo, es decir, 4 de cada 10 pacientes no lo planearon sin embargo no exenta a las pacientes de presentar dicho trastorno. Estudios realizados en Brasil muestran datos un tanto contrastantes en los que la edad y embarazo accidental no demostraron ser factores de riesgo significativos para Depresión Postparto. Observación similar fue encontrada por otros autores en la literatura internacional.³⁰

Cabe destacar que en este estudio, el 83% de las mujeres con Depresión Posparto, presentaron antecedentes familiares de Depresión, lo que podría hacer suponer que es un factor de riesgo determinante en la aparición de Depresión Posparto.

Otro valor encontrado pero de poca significancia en este estudio es el antecedente de separación de padres en las pacientes con Depresión Posparto, ya que sólo el 36% de ellas lo presento, lo que hace pensar que no es un factor importante que predisponga a la presencia de Depresión Posparto.

Lo anterior lleva a pensar es necesario realizar la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo no sólo en la etapa posnatal sino también prenatal para llevar un mejor control y detectar a las pacientes que pudieran presentar Depresión Posnatal, y de esta forma realizar un diagnóstico de forma temprana permitiendo el tratamiento adecuada a cada una de ellas. Otra consideración es que el instrumento de rastreo debería ser aplicado a todas las mujeres en etapa de puerperio de forma universal y no restringirlo a poblaciones de supuesto mayor riesgo ya que los factores de riesgo anteriormente descritos no son aplicables a todas las poblaciones aún siendo de Latinoamérica, ya que las características socioculturales varían de un país a otro, reflejándose esto en las diferencias observadas en los resultados tras la realización de la encuesta.

X.- CUADROS Y GRÁFICOS.

Tabla 1.

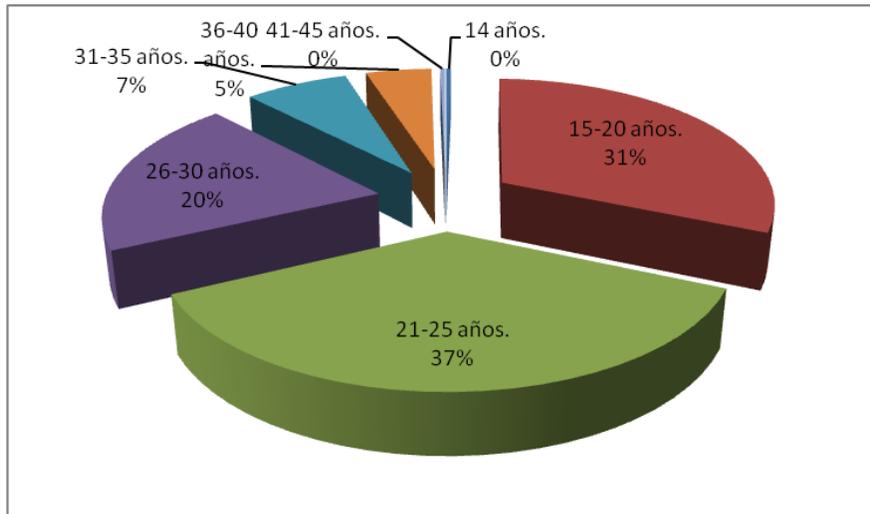
Frecuencia de grupo etáreo en mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”, 2012.

EDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
14 años.	1	0
15-20 años.	95	31
21-25 años.	111	37
26-30 años.	61	20
31-35 años.	22	7
36-40 años.	14	5
41-45 años.	1	0
TOTAL	305	100

Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo aplicada a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”.

Grafica 1.

Frecuencia de grupo etáreo en mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”, 2012.



Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo aplicada a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José Ma. Rodríguez”.

Tabla 2.

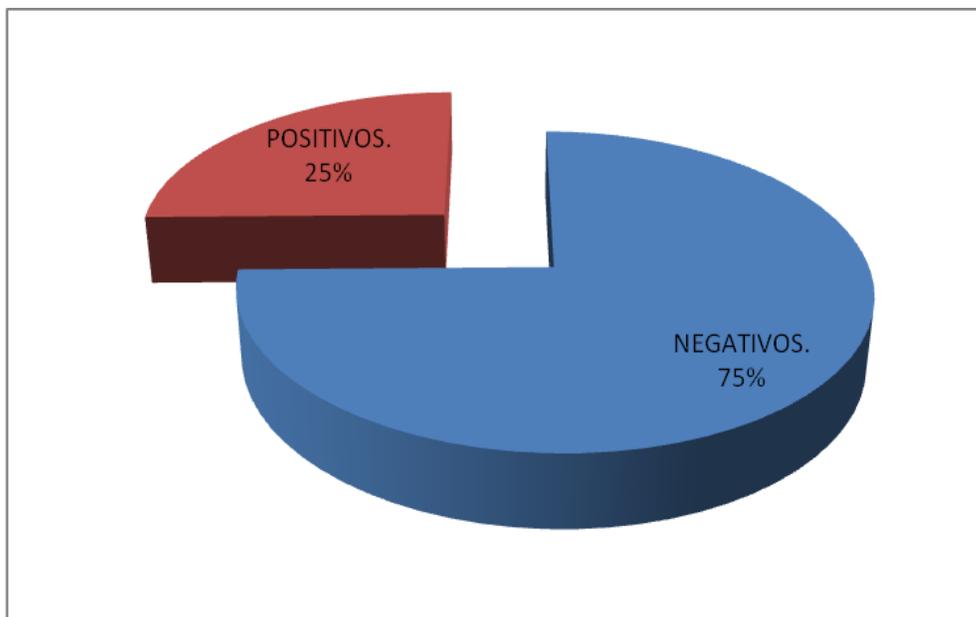
Frecuencia de Depresión Posparto en mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”, 2012.

CLASIFICACION.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
NEGATIVOS.	228	75
POSITIVOS.	77	25
TOTAL	305	100

Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo aplicada a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”.

Grafica 2.

Frecuencia de casos con Depresión Posparto en mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”, 2012.



Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo aplicada a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”.

Tabla 3.

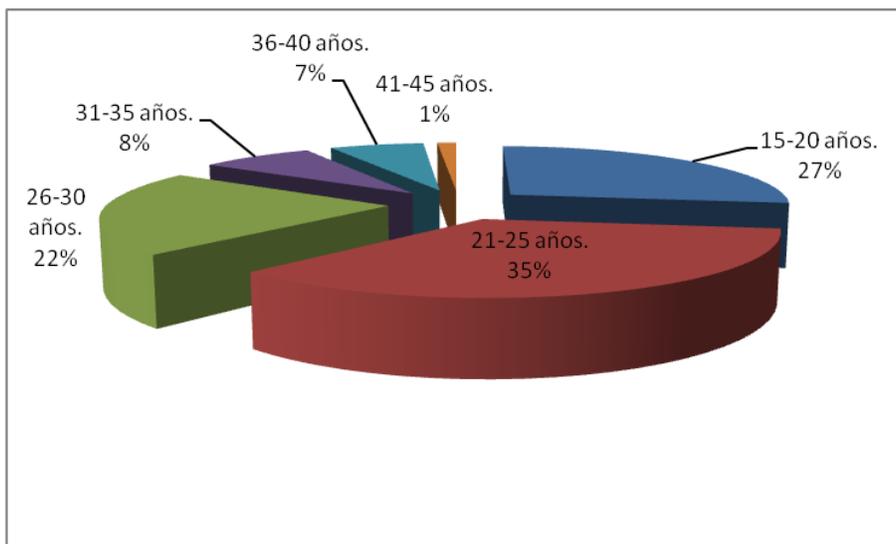
Frecuencia de grupo etáreo en mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”, 2012 con Depresión Posparto.

EDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
15-20 años.	21	27
21-25 años.	27	35
26-30 años.	17	22
31-35 años.	6	8
36-40 años.	5	7
41-45 años.	1	1
TOTAL	77	100

Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo aplicada a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”.

Grafica 3.

Frecuencia de grupo etáreo en mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”, 2012 con Depresión Posparto.



Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo aplicada a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”.

Tabla 4.

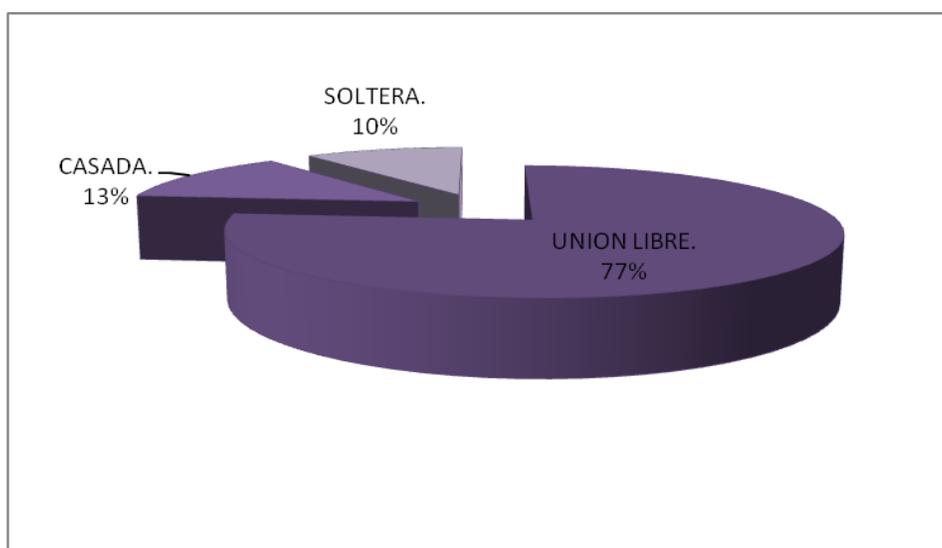
Distribución de estado civil en las mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”, 2012 con Depresión Posparto.

ESTADO CIVIL.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
UNION LIBRE.	59	77
CASADA.	10	13
SOLTERA.	8	10
TOTAL	77	100

Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo aplicada a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”.

Grafica 4.

Distribución de estado civil en las mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”, 2012 con Depresión Posparto.



Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo aplicada a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”.

Tabla 5.

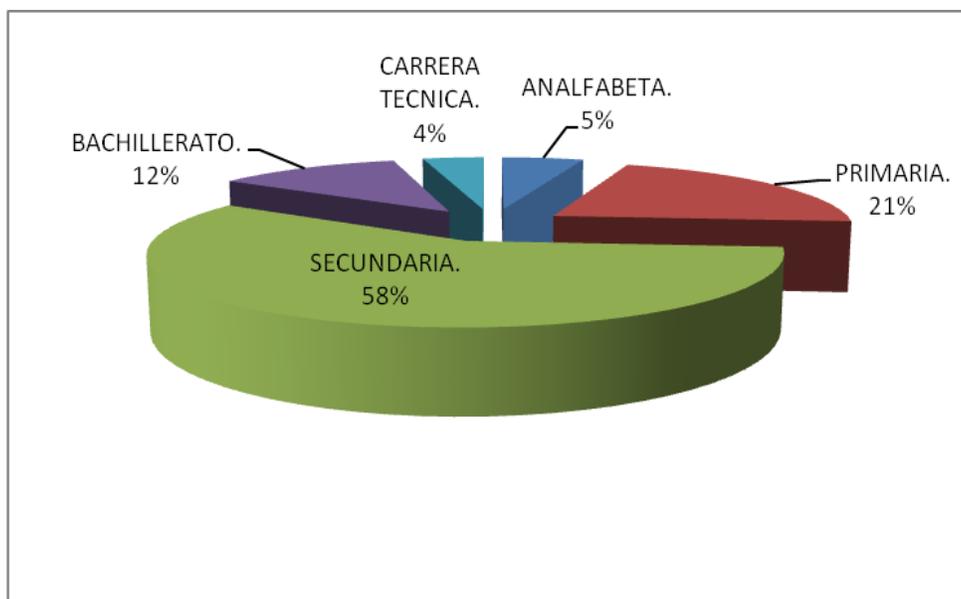
Frecuencia de la escolaridad en las mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”, 2012 con Depresión Posparto.

ESCOLARIDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
ANALFABETA.	4	5
PRIMARIA.	16	21
SECUNDARIA.	44	58
BACHILLERATO.	9	12
CARRERA TECNICA.	3	4
TOTAL	77	100

Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo aplicada a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”.

Grafica 5.

Frecuencia de la escolaridad en las mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”, 2012 con Depresión Posparto.



Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo aplicada a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”.

Tabla 6.

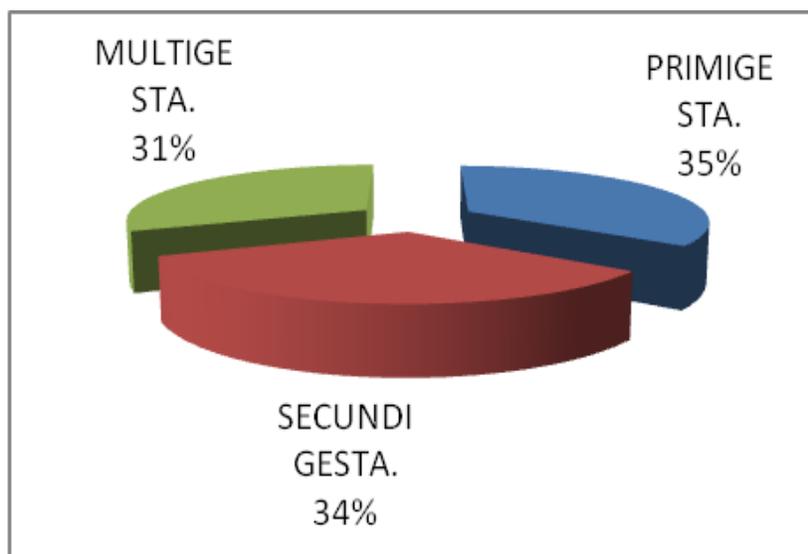
Relación de Depresión Posparto y número de gestaciones en mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”, 2012.

NUMERO EMBARAZOS.	DE	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
PRIMIGESTA.		27	35
SECUNDIGESTA.		26	34
MULTIGESTA.		24	31
TOTAL		77	100

Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo aplicada a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”.

Grafica 6.

Relación de Depresión Posparto y número de gestaciones en mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”, 2012.



Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo aplicada a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”.

Tabla 7.

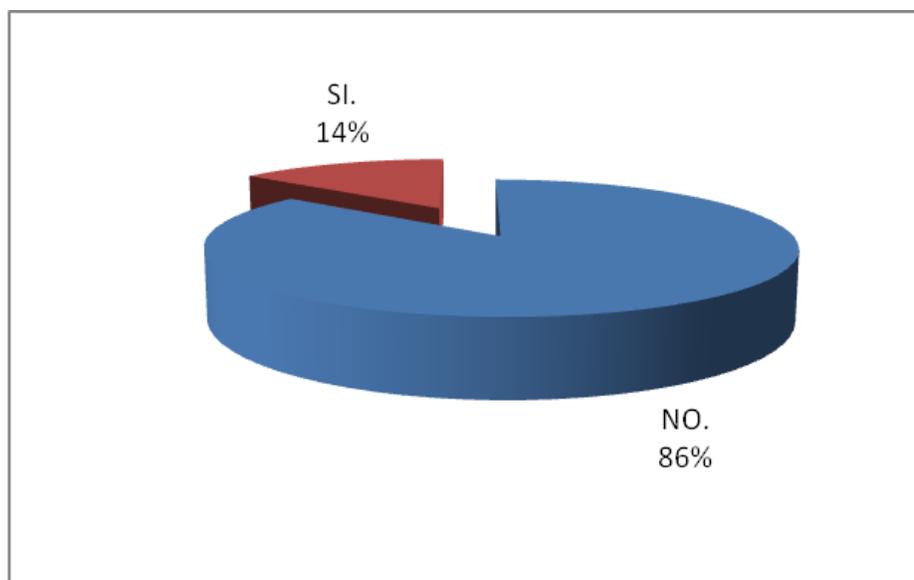
Distribución de mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”, 2012 con Depresión Posparto con antecedente de enfermedad crónica durante el embarazo.

ENFERMEDAD DURANTE EMBARAZO.	EL	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
NO.		66	86
SI.		11	14
TOTAL		77	100

Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo aplicada a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”.

Grafica 7.

Distribución de mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”, 2012 con Depresión Posparto con antecedente de enfermedad crónica durante el embarazo.



Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo aplicada a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”.

Tabla 8.

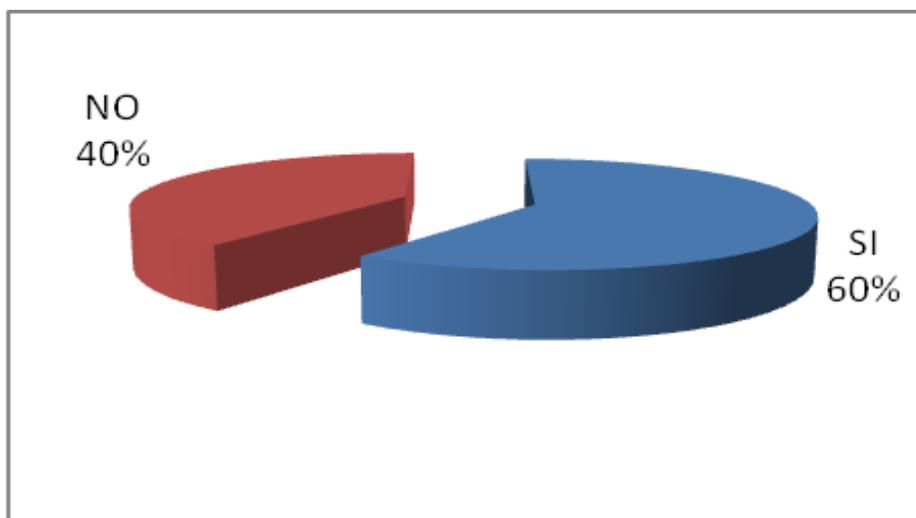
Distribución de mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”, 2012 con Depresión Posparto que planearon su embarazo.

EMBARAZO PLANEADO.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
SI	46	60
NO	31	40
TOTAL	77	100

Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo aplicada a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”.

Grafica 8.

Distribución de mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”, 2012 con Depresión Posparto que planearon su embarazo.



Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo aplicada a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”.

Tabla 9.

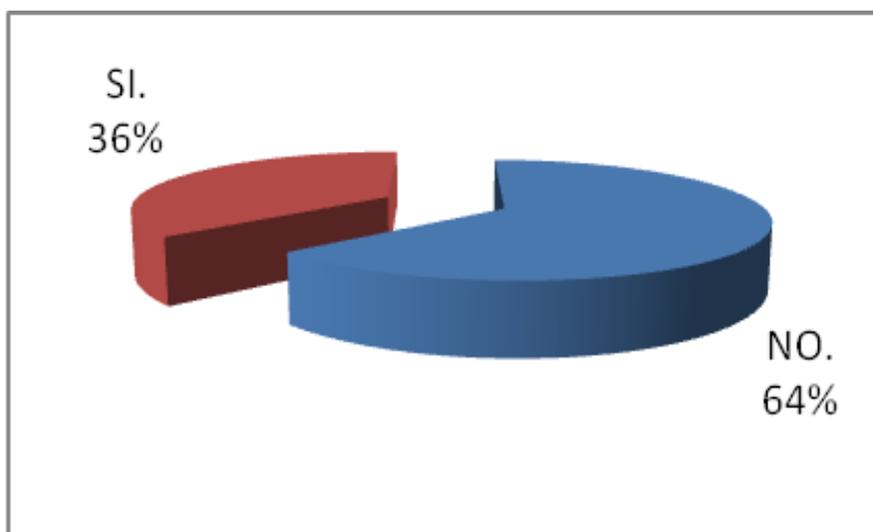
Relación de mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”, 2012 con Depresión Posparto que presentaron antecedente de separación de padres.

SEPARACION DE PADRES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
NO.	49	64
SI.	28	36
TOTAL	77	100

Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo aplicada a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”.

Tabla 9.

Relación de mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”, 2012 con Depresión Posparto que presentaron antecedente de separación de padres.



Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo aplicada a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”.

XI. CONCLUSIONES.

La Depresión Postparto es una enfermedad que afecta a muchas mujeres cada año, pero como no es un padecimiento muy difundido, muchas de quienes lo presentan no son tratadas, e incluso la mayoría de ellas lo ignora.

La Depresión Postparto es una condición seria, común y tratable, que tiene repercusiones a corto y largo plazo en la salud del niño y la madre, es habitualmente sub-diagnosticada por los profesionales de la salud, por lo que se requiere implementar estrategias de tamizaje para aumentar la tasa de detección.

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo es una herramienta fácil de aplicar, bien aceptada por los profesionales de salud y por las madres, y que permite aumentar significativamente la tasa de detección de síntomas depresivos.

Es posible que la evaluación de estas pacientes se realice a través de una entrevista psiquiátrica estructurada, a cargo de médicos capacitados, quienes podrían iniciar el tratamiento oportunamente en los casos que lo requieran, derivando sólo a aquellas pacientes con sintomatología más severa o con comorbilidad psiquiátrica.

Las pacientes estudiadas presentaban un perfil de mujeres en Unión Libre, adultas jóvenes, con bajos niveles de escolaridad, amas de casa, con antecedentes heredofamiliares de depresión y antecedente personal con cuadros depresivos previos al embarazo. El tipo de parto si fue un factor determinante en el padecimiento de depresión posparto ya que en quienes se obtuvo el producto por parto fueron quienes la presentaron. La separación de los padres no actuó como un factor predisponente que contribuyera a la aparición de Depresión Posparto.

Todo lo anterior ayudará a dar a conocer y a poner en evidencia la necesidad de trabajo en equipo multidisciplinario para el manejo de las pacientes embarazadas, además de la captación temprana de una paciente que podría estar evidenciando el primer episodio franco de una enfermedad mental mayor (trastorno mental del espectro afectivo, esquizofrenia, entre otros).

XII. RECOMENDACIONES.

Debido a que la Depresión Posparto, representa una entidad con graves repercusiones en la morbimortalidad de la díada madre-hijo, se recomienda dar mayor importancia en la formación y preparación en este campo a todos los trabajadores de la salud.

Lo anterior es necesario, para mejorar las tasas de detección temprana de dicha patología, y por ende que estas pacientes puedan recibir un buen manejo terapéutico temprano, con el fin de mejorar su pronóstico y por consiguiente su calidad de vida.

Se considera importante, estandarizar el uso de una escala, tal como la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, que puede aplicarse en servicios de atención primaria en sus consultas de rutina para posparto, con el propósito de tamizar la presencia de sintomatología depresiva y la severidad de la misma, lo cual disminuiría el tiempo transcurrido para una atención especializada.

Sugiero además protocolos para el diagnóstico precoz y preciso de las psicosis posparto y poder así detectar la población femenina que cuenta con más riesgo de desarrollarla.

Es de suma importancia darles un seguimiento más estricto y continuo a estas pacientes, en especial a aquellas cuyos cuadros clínicos se caracterizaron por gran desorganización conductual y de pensamiento, con el fin de disminuir las barreras del sistema de salud y de ser necesario instaurar medicación profiláctica.

Dado que el comienzo de los síntomas de las psicosis posparto puede ser tan temprano como en las primeras 24-72 horas posterior al parto, se recomienda que en la consulta externa de obstetricia así como en los centros de atención primaria se brinde información escrita a las usuarias y a sus familiares para que se informen de las enfermedades del posparto y donde acudir si la presentaran, incluyendo números de teléfono, correos electrónicos, etc.

Es necesario el abordaje multidisciplinario (médicos generales, médicos familiares, ginecólogos, psiquiatras, enfermeras, trabajadores de atención primaria, trabajadoras sociales) como medida de prevención oportuna, lo cual ayudaría a disminuir los subregistros de los trastornos relacionados con el parto y favorecería investigaciones futuras que demuestren la prevalencia real de estos trastornos, por lo que la realización de una Guía de Práctica Clínica facilitaría más su diagnóstico oportuno y el manejo de la misma para la prevención de complicaciones.

XIII. BIBLIOGRAFIA.

1. Cunningham F. Gary, Leveno Kenneth L., Bloom Steven L., Hauth John C., Gilstrap Larry C., Wenstrom Katharine D. The Puerperium. Williams Obstetrics, 22^a Ed. 2005.
2. Regier DA, Farmer Raes DS, Lock BZ, Keith SJ, Judo LL and Godwin FK, Comorbidity of mental disorders with alcohol an other drug abuse: Results from Epidemiologic catchment area (ECA) study. JAMA 1993; 264: 2511-18.
3. Salinas J. Relación entre el funcionamiento familiar, el estrés y la ansiedad. Revista de la Facultad de Medicina de los Andes. 1994; 3 (4) 175-79.
4. Canaval G, González M, Martínez L, Tovar M, Valencia C. Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali Colombia. Colombia Médica. 2000; 31 (1): 4-10.
5. Rossler A, Hofecker M. Postpartum depression: Do well still need the diagnostic term? Acta Psychiatrica Scandinavica. 2003; 108 (418): 51-56.
6. Oviedo G, Jordan M. Trastornos afectivos posparto. Universitas Médica 2006; 47 (2): 131-138.
7. DSM IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Trastornos del Estado de Ánimo. Masson, S. A. 323-378. Barcelona, España.
8. Orejana S. Trastornos afectivos posparto. Med Unab. 2004. 7(20): 134-138.
9. Cheryl Tatano B. Postpartum Depression. AJN. 2006; 106 (5): 40-49.
10. Jeanine K, Rush M. Postpartum Depression. Medscape Ob/Gyn and Womens Health 2002; 7 (1) 152-156.
11. Espindola J, Morales F. Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. Calibración del Apunto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo en pacientes obstetras del Instituto Nacional de Perinatología. Perinatol Reprod Hum. 2004; 18 (3): 179-186.
12. Dsimon L, Gómez I, Psicosis puerperal aspectos clínicos y asistenciales. Psiq Pub 1999; 11 (3):72-77.

13. Martínez E, Toledo M, Pineda M, Monleón J, Ferrero J, Barreto P. La depresión posparto: Un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Rev de psicopatol y psicol clín* 2001; 6 (1): 37-48.
14. Ascaso T, García E, Navarro P, Aguado P, Ojuela J, Tarragona J, Tarrago J. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Medic Clín* 2003; 120 (9):326-9.
15. Tejada E, Handel R. Morilla R, Del Orbe L, Pérez M. Depresión Post-parto en madres adolescentes. *Rev Méd Domin.* 2002. 63 (2):127-9.
16. Rojas G, Fritsch R, Solís J, González M, Guajardo V, Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el postparto. *Rev Méd de Chile* 2006; 134: 713-720.
17. Latorre J, Contreras L, García S, Arteaga J. La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb de Obst y Ginecol.* (3), 2006; 156-162.
18. Pío A, Espejo C, Godoy C, Gualda de la C M, Hernández T, Claudia Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Rev Méd de Chile* 2008; 136: 44-52.
19. Urdaneta M, Rivera S. 1, García J. Guerra M., Baabel N. Contreras A. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev Chil de Obst y Ginecol* 2011; 76(2): 102-112.
20. Cantoral W. Factores asociados a la Depresión durante el embarazo. México. *Rev Fac Med UNAM.* 2003; 25 (3): 22-25.
21. Vázquez M, Lartigue T, Cortes J. Organización conductual en neonatos hijos de madres con un trastorno de estado de ánimo. *Salud Mental* 2005; 28 (5): 11-19.
22. Álvarez A, Ponce R, Irigoyen C. Frecuencia de depresión posparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México. *Arch en Med Fam.* 2008. Vol.9 (4) 133-136.
23. Alvarado E, Sifuentes Á, Estrada, Salas M, Hernández A, Ortiz R, García L, Torres C, Sandoval H. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. 2010. *Gac Méd Méx* 146 (1): 1-57.

24. Romero G, Dueñas de la R, Regalado C. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. *Ginecol y Obst de Méx.* 2010; 78 (1):53-57.
25. Carro G, Sierra M, Hernández G, Ladrón M, Antolín B. Trastornos Del Estado De Ánimo En El Postparto. *Med Gen.* 1-5.
26. Jaime O, Solis N, Zarate M, Linetzky J, Atienza A. Depresión Postparto con Relación a la Edad, Cantidad de Hijos y Estado Civil. *Acta Científ Estud* 2006; 4(3):137-145.
27. Roselló A, Pérez A. Influencia de la Conducta, las Actitudes y el Estilo de Crianza sobre el Desarrollo del Niño en Madres con Depresión Posparto." *Actas Español de Psiquiat.* 2002. 30(5):292-300.
28. Jadresic M. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev Chil de Neuro-Psiquiat* 2010; 48 (4): 269-278.
29. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui R, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Rev Per de Epidemiol.* 2008. (12) 3.
30. Moreno Z, Domingues C, Franca P. Depresión postparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Rev Chil de Obstet y Ginecol.* 2004; 69 (3):209-213.

XIV. ANEXOS.

ANEXO I. CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS.



Instituto de salud de Estado de México

HOSPITAL GENERAL DE ECATEPEC DR. JOSE MA. RODRIGUEZ.

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION POSPARTO EN MUJERES QUE ACUDEN AL HOSPITAL GENERAL DE ECATEPEC "DR. JOSE MA. RODRIGUEZ". CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Nombre completo:	Edad:
Teléfono:	Ocupación:
Estado civil:	Escolaridad:

Cuántos embarazos ha tenido?	Su embarazo fue planeado?
Cuántos hijos vivos tiene?	El producto se obtuvo por cesárea o por parto?
Su embarazo transcurrió normal o con alguna complicación?	Su bebe fue hospitalizado?
Tiene alguna enfermedad crónica?	Curso con depresión durante su embarazo?
Algún familiar de usted ha presentado depresión?	Alguna vez ha presentado depresión?
Si la respuesta es "SI" ha estado en tratamiento?	Su pareja muestra preocupación por su estado de salud?
Sufrió separación de sus padres durante la infancia?	Presenta usted alguna adicción como al alcohol o alguna droga?

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO II. INSTRUMENTO DE INVESTIGACION.

La Escala de Depresión de Posparto de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de Depresión de Postparto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Baby Blues”] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio.

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo se creó en centros de salud en Livingston y Edimburgo. Fue diseñada por Cox, Holden y Sagowsky para evaluar específicamente la sintomatología depresiva durante el período posnatal. Posteriormente Murray y Cox determinaron su validez en las semanas 28 a 34 de gestación. Su uso se ha extendido hasta casi 4 años posparto.

En el año 2000 la escala fue validada para población mexicana con un estudio realizado por el INPerIER, en conclusión se trata de un instrumento ampliamente utilizado y validado para la patología emocional que busca detectar y para el grupo al cual se dirige validado para población mexicana que corroboran su validez.

Consiste de diez cortas declaraciones. La madre elige cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior.

La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad.

No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. 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.



Instituto de salud de Estado de México

HOSPITAL GENERAL DE ECATEPEC “DR. JOSE MARIA RODRIGUEZ”.
ESCALA DE DEPRESION POSPARTO DE EDIMBURGO (EDPS).

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se sienta hoy.

1. Ha sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas?	Tanto como siempre. (0) No tanto ahora. (1) Mucho menos. (2) No, no he podido. (3)
2. He mirado el futuro con ilusión?	Tanto como siempre. (0) Algo menos de lo que solía hacer. (1) Definitivamente menos. (2) No, nada. (3)
3. Se ha culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien?	Sí, la mayoría de las veces. (3) Sí, algunas veces. (2) No muy a menudo. (1) No, nunca. (0)
4. Ha estado ansiosa y preocupada sin motivo?	No, para nada. (0) Casi nada. (1) Sí, a veces. (2) Sí, a menudo. (3)
5. Ha sentido miedo y ha estado asustada sin motivo alguno?	Sí, bastante. (3) Sí, a veces. (2) No, no mucho. (1) No, nada. (0)
6. Las cosas la han agobiado?	Sí, la mayor parte de las veces. (3) Sí, a veces. (2) No, casi nunca. (1) No, nada. (0)
7. Se ha sentido tan triste que ha tenido dificultad para dormir?	Sí, la mayoría de las veces (3) Sí, a veces. (2) No muy a menudo. (1) No, nada. (0)
8. Se ha sentido triste?	Sí, casi siempre. (3) Sí, bastante a menudo. (2) No muy a menudo. (1) No, nada. (0)
9. Ha estado llorando con mayor frecuencia?	Sí, casi siempre. (3) Sí, bastante a menudo. (2) Sólo en ocasiones. (1)

	No, nunca.	(0)
10. Ha pensado en hacerse daño?	Sí, bastante a menudo.	(3)
	A veces.	(2)
	Casi nunca.	(1)
	No, nunca.	(0)

Modificado de Edimburgh Postnatal Depression Scale EDPS- International Journal of Clinical and Health Psychology 2005, Vol. 2, 305-31

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ 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, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo.

ANEXO III. NOTICIAS PUBLICADAS ACERCA DE DEPRESION POSPARTO.

NOTICIAS INTERNACIONALES.

En el 2005, la actriz norteamericana Brooke Shields publicó su libro "[Down Came the Rain: My Journey Through Postpartum Depression](#)" ("Cayó la Lluvia: Mi Viaje a través de la Depresión Posparto debido a que sufrió de esta patología, narrando su experiencia.

En el 2007, Shields habló de ello en un evento de la Fundación Americana de Psiquiatría y expreso: "Lo que no sabía es que existe todo un rango de síntomas entre lo que se denomina 'penas de bebé' y la psicosis." Shields llamó también a mejorar la presentación de la depresión posparto, para que las mujeres no se vean estigmatizadas por admitir que la han experimentado.



En el mismo año (2005) la ex primera dama de Nueva Jersey, Mary Jo. Codey, también hablo sobre sus problemas con la Depresión Posparto. Afirimo: “Nueva Jersey ahora requiere que los doctores examinen a las mujeres en caso de que tengan esta condición”. E inicio una campaña llamada “[Speak Up When You’re Down](#)” (“Habla cuando estés abajo”) la cual incluye anuncios de servicio público televisados y tarjetas que indican los síntomas posparto y ofrecen números de ayuda.



Debra Lynn Gindorf case: Mom's life sentence is cut.

May 02, 2009|By Monique Garcia, Tribune reporter and Tribune reporters Azam Ahmed and Rick Pearson contributed.

A woman sentenced more than 20 years ago to life in prison for killing her two children in what mental health experts say was a postpartum psychosis soon will go free, after Gov. Patrick Quinn effectively commuted her sentence Friday to time served.

Debra Lynn Gindorf was 20 when she fed her 23-month-old daughter and 3-month-old son fatal doses of crushed sleeping pills in 1985. She has served 24 years behind bars.

Mental health advocates say the case underlines how postpartum depression often was ignored and misunderstood, particularly before high-profile cases fostered awareness in recent years.

"Back then, nobody really thought there was such a thing as postpartum depression that would account for such behavior, that could lead to the murder of your two children," said Kathleen Hamill, an assistant appellate defender who has spent much of her career fighting for Gindorf's release. "We've struggled through the years just to get people to understand."

At the time of the murders, Gindorf was living in a cramped apartment in north suburban Zion with her children. She had been deserted by her husband and did not have a job, a phone or a car.

She took a dose of sleeping pills at the same time she gave them to her children, leaving a suicide note that said she would meet them in heaven. But Gindorf awoke, again tried to kill herself and turned herself over to police.

Hamill first filed for Gindorf's release in 1990 and slowly gained supporters over the years. One was Carol Blocker, whose daughter Melanie Stokes jumped to her death from the 12th floor of a Chicago hotel in 2001, three months after giving birth to a daughter.

Blocker collected thousands of signatures supporting Gindorf's release, which she hand-delivered to former Gov. Rod Blagojevich's office. Blagojevich never took action on that case or thousands of other pardon requests.

Blocker said Quinn's move will strengthen the fight for understanding of a "hidden illness."

"I am so proud of our new governor, that it touched his heart and that he listened," Blocker said. "There is no way that a new mommy would go through labor and want to kill herself and her babies unless it was a terrible illness."

Quinn spokesman Robert Reed would not comment on the reasoning behind the decision, saying, "The governor's action speaks for itself."

In addition to commuting Gindorf's sentence, Quinn pardoned 17 others convicted of crimes from battery and prostitution to mail theft and unlawful use of a weapon. As of Friday evening, Hamill had not yet spoken to her client but said she was sure Gindorf would be overcome with joy. Gindorf is expected to be released from Dwight Correctional Center in mid-May after the state reviews her post-release plans.

"It's a victory for the human spirit," Hamill said. "This is mercy and forgiveness. This is New Testament values in action. My whole feeling about humanity has skyrocketed."

Traducción:

Debra Lynn caso Gindorf: La cadena perpetua de la madre es suspendida.

02 de mayo 2009 | Por Monique García, reportero de Tribune Tribune y periodistas Azam Ahmed y Rick Pearson colaboradores.

Una mujer condenada a más de 20 años a cadena perpetua por matar a sus dos hijos en lo que los expertos en salud mental opinan que fue Psicosis Posparto pronto estará en libertad, después que el gobernador Patrick Quinn cambio su sentencia el viernes al tiempo cumplido.

Debra Lynn Gindorf tenía 20 años cuando dio de comer a su hijas de 23 y su hija de tres meses de edad respectivamente con dosis fatales de pastillas para dormir trituradas en 1985. Habiendo permanecido durante 24 años en la cárcel.

Defensores de salud mental dicen que el caso pone de manifiesto cómo la Depresión Posparto a menudo fue ignorada e incomprendida, especialmente antes de casos de alto perfil por lo que se ha fomentado la conciencia en los últimos años.

"En aquel entonces, nadie pensaba que había tal cosa como la Depresión Postparto, lo que explicaría este comportamiento, que podría conducir a la muerte de sus dos hijos", dijo Kathleen Hamill, defensor asistente de apelación que ha pasado gran parte de su carrera luchando para la liberación de Gindorf. "Hemos luchado a través de los años, sólo para que la gente lo entienda".

En el momento de los asesinatos, Gindorf vivía en un pequeño apartamento en el norte de los suburbios de Zion con sus hijos. Ella había sido abandonada por su marido y no tenía un trabajo, ni siquiera un teléfono o un coche.

Tomó una dosis de pastillas para dormir, al mismo tiempo que les dio a sus hijas, dejando una nota de suicidio en la que decía, iba a reunirse con ellos en el cielo. Pero Gindorf despertó, y tuvo un intento de suicidio más y siendo asistida por la policía.

Hamill apelo por primera vez por la liberación Gindorf en 1990 y poco a poco ha ganado adeptos en los últimos años. Una de ellos era Carol Blocker, cuya hija Melanie Stokes saltó a su muerte desde el piso 12 de un hotel de Chicago en 2001, tres meses después de dar a luz a una hija.

Blocker dijo: *el movimiento de Quinn fortalecerá la lucha para comprender una "enfermedad escondida."*

"Estoy tan orgullosa de nuestro nuevo gobernador, que tocó su corazón y que escuche," Blocker dijo. *"No hay ninguna manera que otra madre pase por esto y se quiera matar y matar a sus criaturas, porque es una enfermedad terrible."*

Quinn portavoz Robert Reed no hizo comentarios sobre el razonamiento detrás de la decisión, diciendo: "La acción del gobernador habla por sí misma". Además de la conmoción de la pena Gindorf, Quinn perdono a otros 17 condenados por delitos de la batería y la prostitución, robo de correo y el uso ilegal de un arma.

A partir del viernes por la noche, Hamill aún no había hablado con su cliente, pero dijo que estaba segura de que Gindorf lo tomaría con alegría. Se espera que Gindorf sea liberada del Centro Correccional de Dwight a mediados de mayo, después de que el estado revise sus planes post-liberación.

"Es una victoria para el espíritu humano", dijo Hamill. *"Esta es la misericordia y el perdón. Esto es un nuevo Testamento de valores en acción. Mi impresión general acerca de la humanidad se ha elevado".*