



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1  
PUEBLA, PUE.**

**DETECCIÓN DE DEPRESIÓN POSPARTO EN LA CLÍNICA 86  
DEL HOSPITAL RURAL “OPORTUNIDADES” DE  
CHIGNAHUAPAN, PUEBLA**

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

**PRESENTA:  
DR. ROBERTO GUERRERO SORCIA**

**PUEBLA, PUE.**

**2007**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



**DETECCIÓN DE DEPRESIÓN POSPARTO EN LA CLÍNICA 86  
DEL HOSPITAL RURAL "OPORTUNIDADES" DE  
CHIGNAHUAPAN, PUEBLA**



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

**PRESENTA:  
DR. ROBERTO GUERRERO SORCIA**

**AUTORIZACIONES:**

**DR. JUAN HERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No. 1 EN PUEBLA, PUE.

**DRA. MA. DE LOURDES HUCHIN AGUILAR**  
**ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**  
MÉDICO FAMILIAR, PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
No. 1 EN PUEBLA, PUE.

**DR. FELIPE ROJAS ÁVILA**  
**ASESOR DEL TEMA DE TESIS**  
MÉDICO GINECOBSTETRA DEL  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL. NO. 36 PUEBLA

**DR. MARCO ANTONIO MERINO GONZALEZ**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1 PUEBLA PUE.

**PUEBLA, PUE.**

**2007**





**DETECCIÓN DE DEPRESIÓN POSPARTO EN LA CLÍNICA 86  
DEL HOSPITAL RURAL "OPORTUNIDADES" DE  
CHIGNAHUAPAN, PUEBLA**



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

**PRESENTA:**

**DR. ROBERTO GUERRERO SORCIA**

**AUTORIZACIONES.**

**DR. MIGUEL-ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA.  
U. N. A. M.

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**PUEBLA, PUE.**

**2007**





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTATAL EN PUEBLA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 39  
SERVICIO: CONSULTA EXTERNA DE  
MEDICINA FAMILIA**

**DETECCIÓN DE DEPRESIÓN  
POSPARTO EN LA CLÍNICA 86 DEL  
HOSPITAL RURAL “OPORTUNIDADES”  
CHIGNAHUAPAN PUEBLA**

**Autor:**

**Dr. ROBERTO GUERRERO SORCIA**

**Categoría: Médico General**

**Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 39 Zacatlán, Pue.**

**Matrícula: 7140444**

**Domicilio: Agustín Melgar #19 Colonia Artículo 123.**

**Teléfono: 01 22 22 86 00 07**

**Asesores:**

**Dra. Ma. de Lourdes Huchin Aguilar**

**E mail: l-h-uchin@hotmail.com**

**Dr. Felipe Rojas Ávila**

**Médico Ginecobstetra del**

**Hospital General Regional Núm. 36 Puebla**

## DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a Dios todopoderoso, que me ha bendecido con todo lo que tengo y soy, que me concedió terminar esta carrera y continuar con la especialidad de Medicina Familiar, que me ha llenado día a día de bendiciones.

A mis brillantes hijos BRYAN, RAWYN, KEVIN y ANANDU. Que con su sola existencia, su amor, su confianza y su apoyo en todas las condiciones buenas y malas que hemos vivido juntos me han impulsado a seguir adelante. Ruego a Dios superior que siempre los proteja, los guíe y los envuelva en un círculo de protección.

A mi esposa PILY un valuarte en mi vida, que con su amor, compañía, consejos, momentos difíciles y gratos, pero sobre todo una hermosa mujer en toda la extensión de la palabra, Pilar importante en todo lo que he logrado y que sin su apoyo incondicional no hubiera logrado esta meta. Pidiéndole al Dios supremo que siempre la tenga envuelta en un círculo de amor y protección y que la divina presencia la acompañe a donde quiera que ella esté.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Dra. Lourdes Huchin por su confianza y su apoyo, que nunca dejó de presionar para que este trabajo saliera adelante y por todo su esfuerzo que ella entregó.

Al Dr. Ulises Apango, Médico Familiar y Asesor de la Especialidad de Medicina Familiar por su entrega y consejos que nos transmitía para seguir adelante y terminar la especialidad.

Al Dr. Felipe Rojas Ávila, Ginecobstetra y Colposcopista que con sus conocimientos, experiencia y asesoría contribuyó para que este trabajo transmita enseñanza a quien lo lea.

## ÍNDICE

<b>Introducción .....</b>	<b>5</b>
<b>Marco Teórico .....</b>	
<b>Justificación .....</b>	<b>11</b>
<b>Planteamiento del Problema .....</b>	<b>12</b>
<b>Objetivos .....</b>	<b>13</b>
<b>1. General.</b>	
<b>2. Específicos.</b>	
<b>Material y métodos .....</b>	<b>14</b>
<b>1. Tipo de Estudio</b>	
<b>2. Ubicación tiempo temporal</b>	
<b>3. Criterios de selección de unidades de muestreo</b>	
<b>4. Definición de variables y escala de medición</b>	
<b>5. Métodos recolección de datos</b>	
<b>6. Recursos</b>	
<b>7. Análisis de la información</b>	
<b>8. Consideraciones Éticas</b>	
<b>Resultados .....</b>	<b>18</b>
<b>1. Tablas (cuadros) y gráficas.</b>	
<b>Discusión de los resultados encontrados .....</b>	<b>22</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>23</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>24</b>
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>25</b>



## INTRODUCCIÓN

La depresión y las psicopatologías relacionadas se han convertido en una plaga de la edad moderna. Las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan a una epidemia mundial que afecta al 15% o más de la población y probablemente a más del 22% de las mujeres productivas. En la mayoría parte de los países industrializados, uno de cada 6 adultos sufre una depresión clínica. Si se incluyen los demás trastornos del ánimo, el número de afectados se incrementa de forma espectacular. Según la OMS la depresión es la primera causa de discapacidad; la depresión no sólo causa pérdida de productividad y un gasto elevado a los sistemas sanitarios, sino también pérdida de vidas durante y justo después del embarazo, y afecta al desarrollo fetal y, por ello, al bienestar del niño a largo plazo<sup>1</sup>. Se describe como depresión el estado de desánimo y abatimiento profundo, que pueden durar, según la causa que lo haya determinado y la situación personal, una hora, meses, o más tiempo. Puede producirse en momentos críticos de la vida, por ejemplo, crisis familiares, profundas desilusiones sentimentales, problemas en el trabajo<sup>2</sup>. Desde tiempo de Hipócrates se notó una asociación entre las perturbaciones del humor y periodos post-parto. Por lo cual la depresión post-natal se agregó a la nomenclatura psiquiátrica oficial en 1994, dentro del Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales<sup>3</sup>.

La depresión es hoy día uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes y discapacitantes y tienen un impacto de la comunidad mayor que el de muchas enfermedades físicas crónicas. Los pacientes deprimidos pueden experimentar gran deterioro en su funcionamiento habitual, en su bienestar y en su calidad de vida, se estima una prevalencia anual de un 2-3% para los hombres y un 8% para las mujeres, situándose la prevalencia vida de la depresión alrededor del 18%.

El concepto de depresión cambió mucho a lo largo del siglo XX. Si unas décadas atrás se consideraba una enfermedad aguda, actualmente se le conoce como recurrente e incluso crónica en algunos casos. En la década de 1970 Angst et al documentaron la posibilidad de recaída y de recurrencia en la depresión mayor. Estos hallazgos fueron conformados de manera prospectiva por una serie de estudios promovidos por el National Institute of Mental Health y realizados por Keller y Hanks: al menos al 50% de los individuos que han sufrido un episodio de depresión mayor experimentará un segundo episodio más tardíamente. Tras un segundo episodio, la probabilidad de recurrencia esperada es del 70% y después de un tercero, se estima una tasa de recurrencia del 90%.

Por otro lado, la depresión supone un importante impacto en el enfoque familiar, social y laboral del afectado, con unos costos anuales cercanos a los 50 billones de dólares en Estados Unidos. Aunque la duración del episodio puede ser limitada, la disfunción familiar es bastante común y puede persistir una vez que ha remitido el episodio.

Igualmente, el deterioro social y laboral pueden permanecer mucho tiempo después de la resolución del episodio. A pesar de todo ello, sigue siendo común que muchos enfermos de depresión no acudan al médico o bien sean diagnosticados y/o tratados incorrectamente. El estudio DEPRES puso de manifiesto que una tercera parte de los sujetos con depresión mayor no habían consultado a ningún profesional acerca de su depresión. Ello supone una importante carga de enfermedad en la comunidad que, siendo potencialmente tratable, quedan sin tratar. En comparación con los no afectados, los sujetos con depresión mayor presentaron entre cuatro y cinco veces más días de baja laboral debida a la enfermedad.

A pesar de que la eficacia y seguridad de los antidepresivos ha aumentado significativamente durante los últimos años, muchos pacientes continúan sin cumplir con las recomendaciones terapéuticas, aunque existen evidencias de que el tratamiento continuado con un antidepresivo puede reducir el riesgo de recurrencia durante el seguimiento a largo plazo (entre 18 meses y 5 años), al menos en un 50%. En caso de recurrencia, ésta suele ser menos grave si el tratamiento se ha mantenido. Los estudios publicados hasta la fecha indican que entre un 30 y un 60% de los pacientes no toman su medicación tal como fue prescrita. Los principales motivos para la discontinuación del tratamiento son, por orden, los efectos adversos, la creencia de que no se necesita la medicación, sentirse mejor, creer que el tratamiento no es útil (no sirve, no funciona) y, por último, quedarse sin medicación. Los pacientes deprimidos no sólo se encuentran sometidos al sufrimiento que ocasiona la propia depresión, sino que además están padeciendo la incomprensión de la gente que los rodea y, en ocasiones, los prejuicios y el estigma asociados<sup>4</sup>.

La depresión unipolar destacó por ocupar el cuarto lugar mundial en la carga de la enfermedad, y se estimó que para el año 2020 ocupará el segundo lugar y el primero en países en desarrollo. En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, por sus siglas en inglés), un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una medianía de edad de inicio de 24 años. Estas edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y interrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger la pareja<sup>5</sup>.

Existen factores que predisponen a la aparición de la depresión como es la historia personal o familiar de padecerla, trastornos matrimoniales, edad joven y educación mínima<sup>6</sup>. Los estudios refieren las causas fisiológicas potenciales incluso el impacto de las anemias, toxemias o cesáreas, otros han explorado las causas hormonales, los factores psico-sociales, las crisis familiares de la vida y las relaciones interpersonales, sin embargo la evidencia ha sido muy pequeña<sup>7</sup>.

## ANTECEDENTES ESPECÍFICOS. MARCO TEÓRICO

Las depresiones ante parto y posparto son condiciones médicas nada excepcionales que afectan de forma negativa a madre e hijo, y necesitan ser detectadas lo antes posible para evitar o limitar el uso de tratamientos farmacológicos con posibles efectos colaterales. Sólo la depresión posparto tiene entidad clínica propia reconocida, aunque existen razones sólidas para que la depresión relacionada con la gestación, en todos sus estadios, se considere una enfermedad propia por las consecuencias posiblemente graves sobre madre e hijo<sup>2</sup>. El puerperio es un periodo de aproximadamente seis semanas después del parto, durante el cual el útero de la madre y el aparato genital en su conjunto recuperan sus dimensiones normales<sup>2</sup>. El periodo post-parto es un tiempo de transición en el que hay un completo estrés en la mujer, la cual necesita enfrentar nuevas tareas, en las relaciones interpersonales, demandas económicas y la necesidad de apoyos sociales<sup>8</sup>.

La depresión posparto se reconoce en el DSM-IV como un "trastorno depresivo mayor de inicio en el posparto", entendiéndose por posparto las 4 semanas siguientes al mismo. Se ha estimado que esta enfermedad afecta alrededor del 13% de las mujeres tras el parto y hasta un 26% si se trata de madres adolescentes. Las manifestaciones clínicas son las de una depresión clásica. Su duración media es de dos a 6 meses, aunque puede ocurrir un 30-40% de los casos recurre tras un siguiente embarazo, y presentar cronicidad en la depresión posparto, en algunos casos, afectar el desarrollo cognitivo, emocional y social del binomio madre e hijo y la relación con la pareja<sup>9, 10</sup>.

La depresión posparto es un problema de salud pública con prevalencia que oscila entre un 10 y 15% en la literatura mundial.<sup>11, 12, 13, 14</sup> Durante el puerperio existen cambios bioquímicos de estrés que pueden desencadenar estos trastornos, en la depresión en el proceso del posparto y el embarazo pueden ser acompañados por concentraciones bajas en el plasma de triptófano, el precursor de serotonina (5-HT)<sup>11, 12</sup>. La depresión es la enfermedad puerperal más frecuente. Se desconoce si ésta se comporta como las depresiones en otros periodos de la vida, en las que se evidencia un pronóstico crónico en los episodios que remiten parcialmente<sup>11</sup>. Generalmente las madres afectadas no buscan ayuda, una razón posible para esta baja utilización de servicios de seguridad social podría ser la creencia sujeta por madres, miembros de la familia e incluso los trabajadores de salud es que este estado es una parte normal del embarazo y el periodo posparto, o un problema de adaptación temporal y que esto remitiría.

En un estudio, en las comunidades rurales de la India, la mayoría de los participantes eran de familias extendidas y vivieron en la casa de sus padres - familia política y la pobreza, parece ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de la depresión en mujeres<sup>13</sup>.

La falta de tratamiento de la depresión post parto conduce al mantenimiento y cronificación de los síntomas y dificulta la vinculación afectiva con el recién nacido.

Por todo ello, es importante la detección temprana para prevenir las consecuencias negativas en la salud de la madre y del recién nacido<sup>9</sup>. Es mucho más elevado el número de mujeres que sufren depresión durante la gestación: un reciente estudio de la Universidad de Michigan (n=3.472) estableció que una de cada 5 mujeres gestantes presentaba síntomas de depresión.

Estos datos obligan a incrementar la vigilancia y a intentar captar los cambios de ánimo en la mujer gestante antes de que lleguen a más. Hasta la fecha las autoridades consideraban insuficiente la evidencia para recomendar el uso sistemático de cuestionarios estandarizados para detectar la depresión en pacientes de asistencia primaria. Ahora se considera que la evidencia es concluyente, y se recomienda la aplicación sistemática de test detectores de la depresión en todos los adultos<sup>1</sup>. Se ha desarrollado y administrado a las mujeres del posparto para el descubrimiento temprano de los síntomas. Por lo que con un simple papel y lápiz se puede aplicar un instrumento que nos permita hacer un diagnóstico temprano y apoyar a la paciente con un manejo incluso extenso si es que lo amerita<sup>15</sup>. Los estudios que utilizan sistemas de diagnóstico estandarizados para identificar la depresión (Diagnostic and Statistical Manual (DSM), Research Diagnostic Criteria (RDC), Goldberg Criteria) obtienen tasas de prevalencia próximas al 12%, mientras que los estudios que emplean medidas de auto informe (Edinburgh Postnatal Depresión Scale (EPDS), Beck Depresión Inventory (BDI) o Zung Depresión Inventory (ZDI) encuentran tasas próximas al 14%.

Entre las medidas de auto informe, la más conocida y utilizada para la detección de la depresión posparto (DPP) es la EPDS. Esta escala ha sido traducida a más de 10 idiomas y validada en diferentes países, entre ellos: Francia, Alemania, Italia, Portugal, Suecia, Noruega, Chile, Australia, Arabia Saudita, China, Vietnam, Japón y recientemente, en España.

La escala EPDS se completa en pocos minutos, consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta que se puntúan entre 0 y 3, de acuerdo con el orden creciente de la gravedad de los síntomas. El rango de puntuaciones va de 0 a 30. La validación de la EPDS permite realizar el diagnóstico de DPP cuando se obtiene una puntuación igual o mayor a 11, con una sensibilidad del 79%, una especificidad del 95% y un valor predictivo positivo del 63%<sup>9,16</sup>.

En mayo del 2000, se realizó un estudio en el cual se comparó la eficacia de la evaluación clínica rutinaria con la escala de la depresión posparto de Edimburgo, con el fin de realizar la detección de depresión posparto. El objetivo del proyecto era comparar la proporción de depresión post-parto descubierto por medio de la escala de Edimburgo, con la descubierta por las evaluaciones clínicas rutinarias realizadas por los médicos. Los casos de los dos grupos presentaron resultados similares en cuanto a la edad, la paridad, la educación, el estado civil y la clínica, la edad promedio de las pacientes fue de 24 años con más menos 6 años, la mayoría de las pacientes tenían escolaridad secundaria. El hallazgo de depresión por medio de la escala de Edimburgo era de 34.5% en contraste con la detectada por la forma rutinaria de 6.3%, teniendo una P menor de .0001. Por lo que se

concluye que la escala para la detección de la depresión post-natal de Edimburgo es una herramienta conveniente, barata y exacta<sup>17</sup>.

En Noviembre del 2000, se reportó un estudio en el que el instrumento utilizado fue la escala para la detección de depresión post-parto de Edimburgo, con lo que se obtuvo que el 14.5% tenían cuentas que sugerían depresión y el 8.5% clínicamente presentaban depresión<sup>18</sup>.

Los estudios realizados en el Reino Unido concluyen que la escala para detección de depresión post-natal de Edinburgh, puede diagnosticar la patología en un 86 a 95%<sup>17</sup>.

Entre los tratamientos no farmacológicos, se han mostrado eficaces la psicoterapia interpersonal, cognitivo-conductual y otras formas de apoyo domiciliario por parte de profesionales entrenados, principalmente en depresión leve o moderada<sup>10, 12, 19</sup>. Se realizó un estudio, que lleva por título la eficacia de la terapia interpersonal en la depresión post-parto, donde por medio de la escala de Hamilton y el DMS IV se detectaron 120 pacientes que presentaban depresión, de las cuales sólo 99 completaron el protocolo. Fueron reclutados diez terapeutas cuya edad promedio era de 14 años, con un rango de 29 a 51 años, y su experiencia médica en promedio era de 14 años, con un rango entre 3 y 24 años, 5 terapeutas eran hombres y 5 mujeres, cada terapeuta trató entre 1 y 11 pacientes. La psicoterapia interpersonal, se administró en 12 sesiones individuales, en un promedio de 12 semanas. Posterior a la intervención y al análisis de los datos se concluyó que la terapia interpersonal es eficiente en el manejo de la depresión post-natal, provocando una remisión de los síntomas depresivos<sup>20</sup>.

Además, dado que la mayoría de las nuevas madres prefieren evitar el tratamiento farmacológico, particularmente si están amamantando, es importante que las intervenciones psico-sociales sean valoradas para la prevención y el tratamiento de la depresión post-parto Apple by et al. 1997; O'Hara et al. 2000<sup>12</sup>.

El tratamiento farmacológico con antidepresivos se ha evaluado sobre todo en mujeres con depresión grave o que no responden a medidas no farmacológicas. Específicamente, en la depresión post-parto sólo hay publicado un ensayo clínico de diseño factorial en el que la fluoxetina fue más eficaz que el placebo y similar a la psicoterapia, sin que se observara un beneficio adicional al combinar ambos tratamientos aunque esta última tiene como inconvenientes la larga semivida de eliminación de su metabolito y el hecho de que se ha relacionado con más casos de posibles efectos indeseados en lactantes<sup>10, 12</sup>.

El resto de los estudios son cohortes de pacientes tratadas con sertralina, venlafaxina u otros antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o tricíclicos, hay que evaluar los riesgos de los distintos tratamientos, con la dificultad de que no hay un claro consenso acerca de cómo valorar la exposición a fármacos a través de la leche materna ni guías sobre cómo tomar decisiones. Todos los antidepresivos se excretan en cierta medida a través de la

leche y, por tanto, es necesario un seguimiento adecuado del lactante y titular cuidadosamente la dosis, tanto al iniciar como al finalizar el tratamiento, en este último caso para evitar un posible síndrome de retirada. Tampoco hay demasiados estudios publicados en los que se describan los fármacos más utilizados durante la lactancia. Para la mayoría se ha descrito un cociente entre las concentraciones en leche y en plasma que asila entre 0.5 y 2, pero la relevancia de este parámetro es difícil de interpretar, porque generalmente deriva de estimaciones puntuales de las concentraciones cuando en realidad, tanto en leche como en plasma, se producen oscilaciones a lo largo del día. Por otro lado, no hay datos comparativos entre diversos fármacos que evalúen los riesgos de manera adecuada. En la práctica, se asume que con cualquiera de ellos el lactante estará en cierta medida expuesto<sup>10, 12</sup>.

Los antidepresivos son los fármacos de elección para tratar la depresión post-parto<sup>10</sup>. La Academia Americana de Pediatría los clasifica entre los fármacos cuya administración durante la lactancia puede ser problemática o motivo de preocupación, aunque no los contraindica.

Se examinaron 4 estudios publicados en el año de 1993, donde se analiza el uso de antidepresivos durante el embarazo, se concluye que no hay ninguna evidencia que la exposición a antidepresivos tricíclicos o que inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina aumente el riesgo de muerte intrauterina o que altere el peso en el nacimiento, un meta análisis realizado en la revisión del uso de la fluoxetina durante el primer trimestre del embarazo concluyó que no hay ningún efecto teratogénico probable. La evidencia global crecientemente sugiere que los beneficios del tratamiento con la droga pesan más que las desventajas<sup>18</sup>.

Ha habido poca investigación sistemática sobre el tratamiento farmacológico de depresión post-natal. Aunque se ha manejado progesterona en el tratamiento, no hay evaluación sistemática de su impacto clínico. La eficacia de tratamiento con estrógenos, recientemente se ha evaluado. En un muestreo con depresión post-parto crónica y severa (que es la iniciación dentro de 12 semanas del post-parto y depresión hasta 18 meses del mismo), se aplicó placebo en el tratamiento y se comparó con otro grupo al que se le dio estradiol. La depresión mejoró en ambos grupos pero significativamente más para los que recibieron estrógenos. La educación la forma de tratamiento en muestreos más típicos de depresión post-natal<sup>19</sup>.

## JUSTIFICACIÓN:

En las últimas décadas los asuntos relacionados con la etapa del embarazo, la maternidad y la relación madre-hijo, así como los estudios a precoces del infante humano, han sido causa de interés constante, que se justifican por razones de diferente índole. Así, los trastornos psiquiátricos que tienen lugar después del parto ocurren después de la semana cuatro, etapa de mayor vulnerabilidad, tanto para la madre, como para el hijo. La importancia de estas alteraciones es significativa, porque supone un alto riesgo de influir negativamente en la vida familiar y en el desarrollo del bebé. Los trastornos descritos clásicamente en el post-parto han sido tristeza, depresión post-parto y la psicosis puerperal. Recientemente se han descrito trastornos de ansiedad post-parto; también encontramos referencias de trastornos obsesivo-compulsivos de aparición en el puerperio.

Sin embargo, la bibliografía es escasa y poco contrastada, por lo que consideramos la depresión post-parto un problema de salud pública, no sólo porque afecte a alrededor del 10% de las madres, sino por la perturbación que supone en la relación madre-hijo y las posibles repercusiones que ésta puede tener para el desarrollo posterior del hijo, con todo lo anterior se hace prioritario la detección oportuna de depresión post-parto para evitar alteraciones que afecten el correcto desarrollo de la familia.

En los últimos años en diferentes países se ha llevado a cabo la detección de depresión post-parto mediante medidas de auto informe, con excelentes resultados. Actualmente la más empleada es la **Escala de Depresión post-parto de Edimburgo**. En México no existen estudios que la consideren para realizar el diagnóstico de forma oportuna por lo que teniendo en cuenta que es un método fácil de aplicar, presenta una alta sensibilidad y así, como ya está validado para la realización de el diagnóstico de depresión post-parto.

Por todo lo anterior me parece conveniente emplear la escala de depresión post-parto de Edimburgo en nuestro medio y con esto tratar de implementarlo en la consulta externa, para así detectar oportunamente la depresión pos-parto y así disminuir las alteraciones que se pudieran presentar en el hijo y el entorno familiar.

En la **Clínica 86 del Hospital Rural "Oportunidades" de Chignahuapan Puebla** en los últimos cinco años no hay reportes de diagnóstico de depresión post-parto, sin embargo en el momento de la consulta externa de Medicina Familiar de pacientes puérperas.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

La depresión post-parto, es una entidad clínica muy importante se considera una enfermedad propia de las consecuencias posiblemente graves sobre madre e hijo y en general al entorno familiar<sup>1</sup>, esto condiciona que se pueda ver afectado el correcto funcionamiento de la familia, por lo que se hace necesaria la detección de esta patología así como su correcto manejo para evitar alteraciones que dañen o amenacen la homeostasis de la familia.

Por lo anteriormente expuesto, para la detección de la depresión post parto se decidió utilizar la **Escala de Depresión- Post-parto de Edimburgo (EPDS)**, que por su validación en confiabilidad y efectividad , se consideró como un instrumento adecuado para la detección de esta patología en este proceso de solución del embarazo<sup>9, 16</sup>.

En México, de acuerdo con datos recientes, en la población adulta la depresión es el trastorno mental para el cual se solicita más frecuentemente ayuda en los centros de primer nivel de atención, en el mundo la depresión se manifiesta en dos mujeres por cada hombre<sup>5</sup>, el puerperio origina un mayor incremento de ahí que surja el interés por la elaboración de la siguiente pregunta:

¿Cuál será la frecuencia de la depresión post-parto en mujeres de la Clínica 86 del Hospital Rural "Oportunidades" de Chignahuapan Puebla?



## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar la frecuencia de depresión post-parto de la Clínica 86 del Hospital Rural "Oportunidades" de Chignahuapan Puebla

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

Identificar el estado civil y ocupación de mujeres con depresión post-parto de la Clínica 86 del Hospital Rural "Oportunidades" de Chignahuapan Puebla.

Identificar la edad en años, de las mujeres en que se presenta con mayor frecuencia la depresión post-parto entre la cuarta y octava semanas, en pacientes de la Clínica 86 del Hospital Rural "Oportunidades" de Chignahuapan Puebla.

Identificar mujeres entre la cuarta y octava semanas de posparto que presenten depresión de la Clínica 86 del Hospital Rural "Oportunidades" de Chignahuapan Puebla.

Identificar el número de casos de depresión entre la cuarta y octava semana post-parto de la Clínica 86 del Hospital Rural "Oportunidades" de Chignahuapan Puebla.

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Observacional, prospectivo, transversal descriptivo.

### **UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL:**

El estudio se realizó en pacientes puérperas de la Clínica 86 del Hospital Rural "Oportunidades" de Chignahuapan Puebla que acudieron a consulta externa durante los meses de agosto a octubre del 2007.

### **POBLACIÓN ELEGIBLE:**

**Tipo de muestra determinística se eligieron 96 Pacientes** puérperas, que recibieron

Atención en la consulta externa de Mediana Familiar de la Clínica 86 del Hospital Rural "Oportunidades" de Chignahuapan Puebla, durante los meses de agosto a octubre del 2007.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO:**

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Pacientes post-parto que aun se encuentren dentro de la cuarta a octava semana posterior al parto o cesárea.

Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Pacientes puérperas que pertenecen a la población adscrita en la Consulta Externa de la Clínica 86 del Hospital Rural "Oportunidades" de Chignahuapan Puebla.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

Pacientes puérperas que no aceptaron llenar el cuestionario.

Pacientes puérperas con patología cardiovascular, metabólica, renal, neurológica y neumológica agregada.

Pacientes que presentaron antecedente de patología psiquiátrica o con antecedente de toma de medicamentos antidepresivos los cinco años previos al último embarazo.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo y escala	Medición
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento	Años cumplidos Desde el nacimiento Hasta el momento del estudio.	Cuantitativa y discreta	14 a 20 = 1 21 a 25 = 2 26 a 30 = 3 31 a 35 = 4 36 o más = 5
Depresión Post-parto.	Es un desorden del humor con los síntomas de fatiga, ansiedad, miedo, desesperación, presencia de pensamientos compulsivos, sentimientos de insuficiencia y pérdida del libido o insuficiencia, un criterio diagnóstico incluye presencia de los síntomas dentro de las 4 a 8 semanas posteriores al post-parto <sup>15</sup> .	La depresión se diagnosticará en base al instrumento conocido como escala de la balanza de Edimburgo para la depresión post-parto. La escala EPDS se completa en pocos minutos, consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta que se puntúan entre 0-3, de acuerdo con el orden creciente de la gravedad de los síntomas. El rango de puntuaciones va de 0 a 30, la validación de la EPDS permite realizar el Dx. De DPP cuando se obtiene una puntuación igual o mayor a 11 <sup>9</sup> .	Cualitativa	Presente  de 11 a 30 Puntos.  Ausente  Menor de 11 puntos.
Estado civil	Se considera el estado civil.	Estado civil del sujeto de estudio en ese momento.	Cualitativa y Nominal	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda
Ocupación	Las actividades remuneradas o no que realizan habitualmente el sujeto.	Las actividades remuneradas o no que realiza habitualmente el sujeto.	Cualitativa	Ama de casa Obrera Profesionista Campesina

## **MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Se utilizó la escala para detección de Depresión posparto de **Edimburgo**, que se encuentra previamente validada, que nos permitió evaluar nuestras variables con el fin de medir los objetivos específicos (ANEXO 1).

## **RECURSOS**

### **RECURSOS HUMANOS:**

El trabajo se realizó en base al investigador, asesoría metodológica y experta.

### **RECURSOS MATERIALES.**

El trabajo se desarrollo en la Clínica 86 del Hospital Rural "Oportunidades" de Chignahuapan Puebla, con los recursos propios de la Unidad.

### **RECURSOS FINANCIEROS.**

La investigación fue financiada por el investigador y la institución.

### **ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.**

Los resultados se sometieron a estadística descriptiva, medidas de tendencia central.

La información se analizó al término del tiempo establecido.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

En el presente proyecto de investigación se tomaron en cuenta los lineamientos generales considerados en la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud; en los lineamientos y políticas de la Coordinación e Investigación en salud del I. M. S. S.; en los principios de la Declaración de Helsinki de 1964, y sus modificaciones de Tokio en 1965, Venecia en 1983 y Hong Kong 1989.

En relación a este estudio los procedimientos toman en cuenta las Normas éticas contempladas en la Declaración de Helsinki, Reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, Instructivo para la Operación de Comisión de la Investigación Científica y de los Comités Locales de Investigación de! Instituto Mexicano del Seguro Social.

El estudio no es de intervención, se solicitó a la paciente que respondiera el cuestionario, en caso de no aceptar no se incluirá en el estudio.

De acuerdo a la escala de depresión posparto de Edimburgo, en casos de depresión post parto presente, se refiere a la paciente a! servicio de psiquiatría si esta de acuerdo.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA  
Y MATERNO INFANTIL**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Reconozco que se me ha proporcionado información amplia, clara y precisa sobre los beneficios de usar un método anticonceptivo para cuidar mi salud y prevenir embarazos, por lo que entiendo y declaro lo siguiente:

1. Se me informó que existen métodos anticonceptivos temporales y definitivos para mí y mi pareja.
2. Los métodos temporales disponibles en el IMSS con las pastillas (hormonales orales), el dispositivo intrauterino (DIU) y las inyecciones (hormonales inyectables).
3. Los métodos definitivos son: la ligadura de trompas (oclusión tubaria bilateral o salpingoclasia) para las mujeres y vasectomía para los hombres.
4. Que si decido usar un método definitivo, ya no podré tener más hijos.
5. Que tanto los métodos temporales como los métodos definitivos llegan a fallar y por lo tanto existe la posibilidad de quedar embarazada (o embarazar a mi pareja).
6. Que se me ha informado con amplitud y claridad sobre todas y cada una de las posibles molestias o efectos no deseados que puedo tener al usar el método elegido.
7. Que me comprometo a acudir a revisión médica en caso de llegar a tener alguna duda o molestia o cuando se me indique.

Por lo anterior, es mi decisión libre, consciente e informada aceptar el uso del siguiente método:

\_\_\_\_\_

Firmo este consentimiento por mi libre voluntad en presencia de un testigo que yo escogí y sin haber estado sujeta (o) a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

\_\_\_\_\_

Lugar y fecha

Aceptante

Testigo

\_\_\_\_\_

Nombre y firma (o  
huella)

\_\_\_\_\_

Nombre y firma

Datos de identificación de la Unidad y del Médico que intervino

\_\_\_\_\_

Nombre, número y ubicación de la Unidad

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Médico



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTATAL EN PUEBLA**

**PROGRAMA IMSS OPORTUNIDADES  
HOSPITAL RURAL CHIGNAHUAPAN**

**HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

No. de Seguridad Social \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ años. Sexo \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto mi ingreso a esta institución médica y de servicios hospitalarios en los de los artículos 2437 y 2440 del código penal federal, liberando a la institución y a sus integrantes de la responsabilidad en caso fortuito o fuerza mayor en los términos de los artículos 1915 y 1918 del Código Civil Federal de aplicación en toda la República.

Autorizo a los médicos de esta institución para que en busca de mi bienestar y salud realicen las investigaciones que se encuentren indicadas para el diagnóstico, lleven a cabo el tratamiento de mi enfermedad, en caso necesario transfusión sanguínea, anestesia general o intervenir quirúrgicamente. Toda vez que se hace de mi conocimiento los riesgos y beneficios esperados, además de autorizar al personal de salud, la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto médico. Por consiguiente, me comprometo a seguir estrictamente las indicaciones de los médicos y acatar el tratamiento prescrito con la mayor exactitud de lo contrario, me sujeto a lo señalado por los extremos de los artículos 1910 y 1918 del Código Civil. Federal.

Me someto expresamente a aceptar la intervención de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico para dirimir cualquier posible diferendo con relación a la atención médica recibida o servicio por conducto de esta institución o sus médicos y personal integrado.

Por este medio, hago constar que he sido debidamente informado(a) por el (Los) médico(s) tratante(s)  
Dr. (s): \_\_\_\_\_

Respecto a mi padecimiento actual consistente en (Diagnóstico) \_\_\_\_\_  
así como de sus consecuencias en caso de no recibir el tratamiento indicado.

Autorizo a los médicos de esta institución para que en busca de mi bienestar y salud realicen:  
\_\_\_\_\_

Toda vez que se hace de mi conocimiento los riesgos y beneficios esperados, incluyendo reacciones de hipersensibilidad a medicamentos hasta este momento, ignorados y secuelas transitorias o permanentes post-quirúrgicas, propias de la técnica operatoria.

Nombre y firma de la persona legalmente responsable

Nombre y firma del enfermo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del (los) Médico(s) Tratante(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **RESULTADOS:**

En base a las encuestas realizadas en el presente trabajo se obtuvieron los siguientes resultados:

Se aplicó la Escala de Edimburgo a 96 pacientes posparto que acudieron a la consulta Externa de la Clínica 86 del Hospital Rural "Oportunidades" de Chignahuapan Puebla que cursaban, entre la cuarta y octava semana posparto de las cuales se obtuvo la siguiente distribución.

### **Por grupo de edad:**

Por grupos de edad, se encontró a 11 pacientes de 14 a 20 años (11.5%), de 21 a 25 años, 40 (41.6%) de 26 a 30 años, se presentaron 21 (21.8%), de 31 a 35 años, 20 (20.8%) de 36 a más se presentaron 4 (4.2 %). Gráfica 1, cuadro 1.

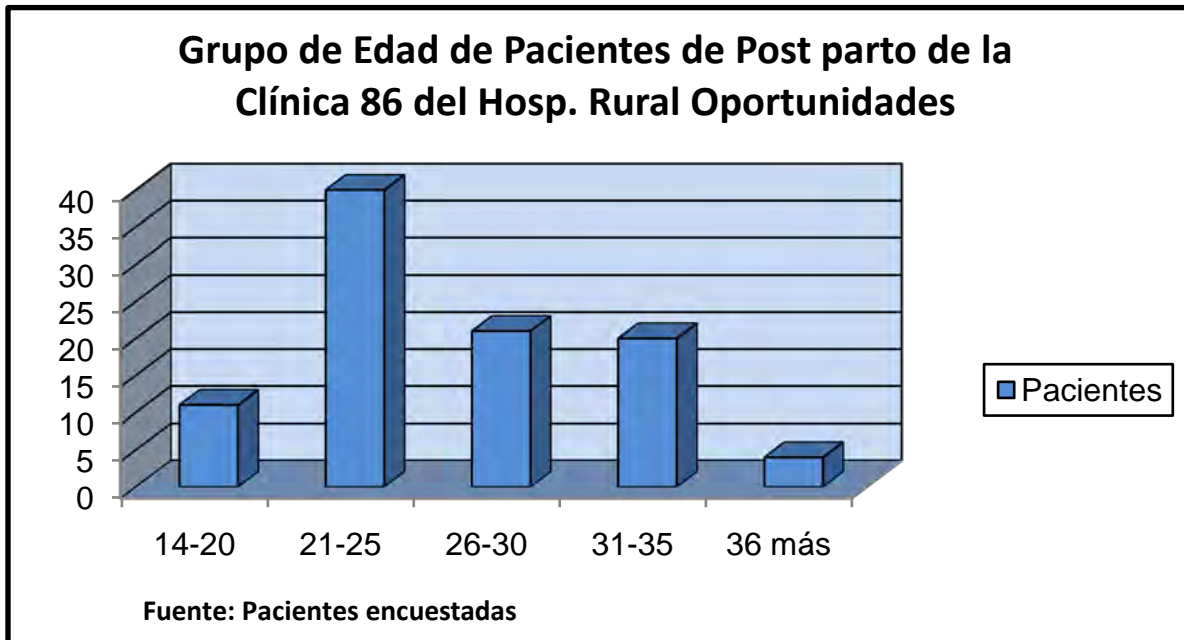
### **Cuadro 1**

#### **Grupo de edad de paciente de Post parto de la clínica 86 del Hospital Rural de Oportunidades**

<b>Edad</b>	<b>Paciente</b>	<b>Porcentaje</b>
14-20	11	11.50%
21-25	40	41.60%
26-30	21	21.80%
31-35	20	20.80%
36 más	4	4.20%



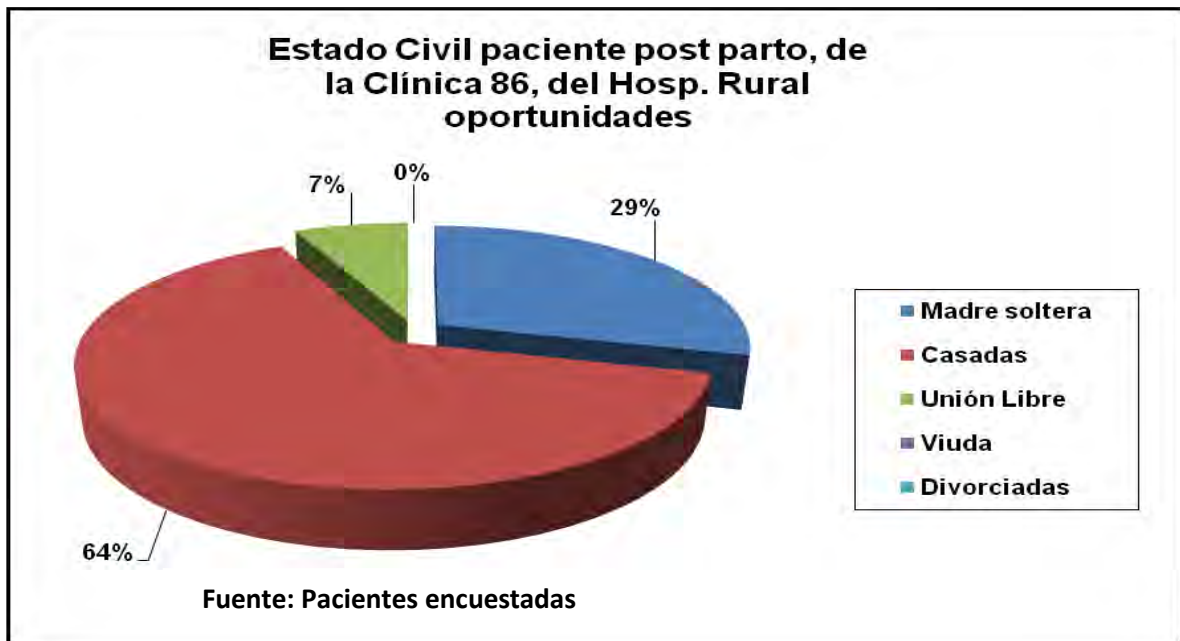
**Gráfica 1**



**Estado civil:**

De 9 pacientes cuatro pacientes madres solteras que corresponde a un 9.4%, de 69 pacientes nueve pacientes casadas que corresponde a un 71.9%, de 18 pacientes una paciente en unión libre que corresponde al 18.8% y divorciadas y viudas que corresponde al 0%. Gráfica 2.

**Gráfica 2**



**Con respecto a la ocupación se encontró depresión postparto en:**

De 56 pacientes 10 pacientes de labores del hogar que corresponden a un 58.3%, de 29 pacientes tres pacientes obreras que corresponden a un 30.2%, de 11 pacientes una que corresponde a un 11.4%. gráfica 3.

**Gráfica 3**



### Se encontró depresión posparto en

Los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala de Edimburgo, para detección de depresión fueron los siguientes. Se encontraron con calificación de 11 a 30 puntos de acuerdo a la calificación de la escala. Un total de 14 pacientes post parto. **(14.6%)**, 82 (85.4) de 96 encuestadas el resultado de la aplicación de la escala fue negativa a depresión con resultado de menos de 11 puntos.

### Estado civil

De 4 pacientes cuatro pacientes madres solteras que corresponde a un 27.3% pacientes, nueve pacientes casadas que corresponde a un 61.6%, de 1 pacientes una paciente en unión libre que corresponde al 6.8% y divorciadas y viudas que corresponde al 0%.

**Gráfica 4**



### Por semanas post parto, detección de depresión

Depresión de pacientes post parto entre la 4ª y 8ª semanas.

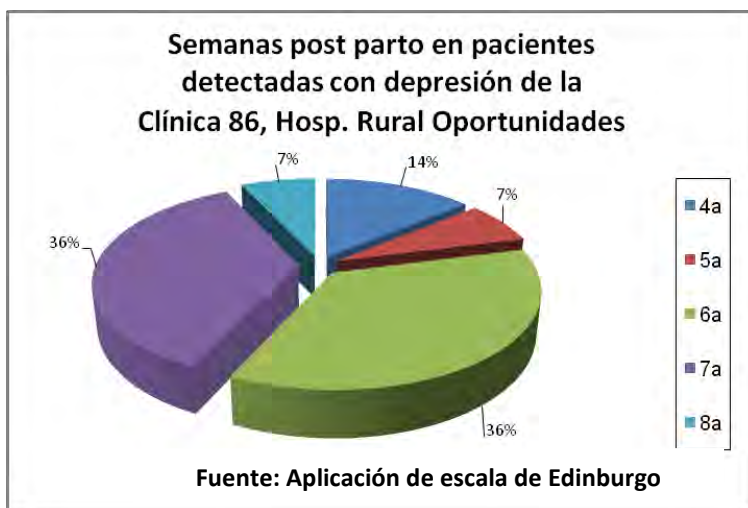
De 14 a 20 años acudieron entre la 4ª y 5ª semanas 1 (6.8%), de 21 a 25 años, 7 (48%) 6ª y 7ª semanas de post parto, de 26 a 30 años, se presentaron a (13.7%)

entre la 6ª semana, de 31 a 35 años, 3 (20.5%) se presentaron a la 7ª y 8ª semana, de 36 a más se presentó 1 (6.8%) entre la 4ª y 5ª semanas.

### **Por semanas**

Semanas 4ª de post parto acudieron 2 (13.69%), entre la 5ª semana 1 (6.84%) entre la 6ª semanas 5 (34.2%) y 7ª semanas 5 pacientes (34.2%) en la 8ª semanas acudieron 1 (6.8%).

### **Gráfica 5**



## **DISCUSIÓN**

De las 96 pacientes a las que se les aplicó la escala de depresión posparto de Edimburgo se identificaron 14 pacientes con esta patología que corresponde a un 14.6% de dicha población encontrándose dentro del rango nacional que es del 10 al 15 por ciento, por arriba de la media mundial que corresponde al 13%. El grupo en el que más incidencia se presentó es el grupo de 21 a 25 años, que corresponde a un 48% en la cual se encuentra por arriba del DSM-IV según la literatura que corresponde a un 13%.

Con respecto al estado civil se encontró que la mayor frecuencia se presenta en mujeres casadas con nueve pacientes que corresponden a un 61.6% el cual se encuentra por arriba de la evaluación clínica rutinaria realizada por los médicos que reporte un 6.3%.

De acuerdo a las semanas de gestación en las que acudieron las pacientes la de mayor frecuencia fueron las que acudieron en la etapa de la sexta semana (4.5%) y con menos frecuencia las que acudieron en la cuarta y octava semana (13.6% respectivamente).

Se encontró que los trastornos psiquiátricos que se presentaron después del parto ocurren después de la semana cuarta, etapa de mayor vulnerabilidad tanto para la madre como para el hijo.

## **CONCLUSIÓN:**

En el presente estudio los resultados de la aplicación de la escala de Edimburgo la depresión posparto se presenta con mayor frecuencia en pacientes de 21 a 25 años en un 48% y en las que con mayor frecuencia fue en pacientes casadas en un 27.3%, así como la mayor frecuencia se presentó entre la quinta y la séptima semana, reportándose un 34.5%, en cuanto a la ocupación la mayor frecuencia se reporta en pacientes que se dedican en las labores del hogar con un 68.5%.

1.- Se cumplió con los objetivos del estudio ya que logramos detectar una frecuencia de depresión posparto con la aplicación de la escala de Edimburgo, por lo que se considera un instrumento útil para detectar esta patología en el post parto, ya que las pacientes que cursan con esta patología pueden ser detectadas oportunamente por los médicos de primer nivel.

En nuestro estudio de la muestra determinada en 96 pacientes se detectaron 14 pacientes (14.6%) en 3 meses, detectándose aproximadamente 5 pacientes por mes.

## **PROPUESTAS:**

De acuerdo al número de casos detectados con la escala de Edimburgo para depresión posparto se establece que existe un 95.8% de las pacientes estudiadas con depresión posparto lo que refleja que se debe promover el seguimiento de las pacientes que cursan post parto y que se encuentran entre la cuarta y octava semana, por los resultados obtenidos en los estudios reportados en la literatura mundial y los detectados en nuestro estudio cuya mayor incidencia de esta patología se encuentra en estas semanas.

Intensificar la atención postnatal integral a las pacientes posparto por parte del médico familiar para identificar factores de riesgo.

Promover la utilización de terapia breve y de pareja para disminuir la frecuencia de depresión posparto.

Promover la utilización de métodos de planificación familiar en todas las pacientes posparto que cursen entre la cuarta y la octava semana, para disminuir la frecuencia de embarazos no planeados.

## ANEXOS

### ANEXO 1

### ESCALA DE EDIMBURGO

No. Encuesta \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ en años.

No de Embarazos: \_\_\_\_\_ El último fue parto: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: Soltera ( ) Casada ( ) Viuda ( ) Unión libre ( ) Divorciada ( )

OCUPACIÓN: Ama de casa ( ) Obrera ( ) Profesionista ( ) Campesina ( )

Usted ha tenido recientemente un bebé, queremos saber cuáles son sus sentimientos, por favor subraye la respuesta que más se acerque a sus sentimientos.

<p>Ha podido reír y ver el lado divertido de las cosas:</p> <p>Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca</p>	<p>Siente que es utilizada por los demás para conseguir cosas a través de usted:</p> <p>Nunca No mucho A veces La mayoría del tiempo.</p>
<p>Ha esperado con alegría las cosas:</p> <p>Siempre Menos de lo que acostumbra Mucho menos de lo que acostumbra Definitivamente no.</p>	<p>Se ha sentido tan feliz que presenta dificultad para dormir.</p> <p>Nunca No muy a menudo A veces La mayor parte del tiempo</p>
<p>Se ha culpado innecesariamente cuando las cosas salieron mal.</p> <p>a. Nunca b. No muy a menudo. c. Si algunas veces d. Si la mayor parte del tiempo</p>	<p>Se ha sentido triste o infeliz.</p> <p>Nunca No muy a menudo A menudo La mayor parte del tiempo</p>
<p>Se ha sentido angustiada y ansiosa sin razón alguna:</p> <p>Nunca Casi nunca Algunas veces Muy a menudo</p>	<p>Se ha sentido tan infeliz que ha estado al punto de llorar:</p> <p>Nunca De vez en cuando Muy a menudo La mayor parte del tiempo</p>
<p>Se ha sentido acusada o con pánico sin razón alguna:</p> <p>Nunca No mucho Algunas veces Muchas veces</p>	<p>Ha tenido pensamientos de dañarse:</p> <p>Nunca Casi nunca Algunas veces Muy a menudo</p>



## BIBLIOGRAFÍA

1. Campagne D; detecting depression before, during and after pregnancy with the pregnancy mood profile; *Revista Obstet Ginecol*; 2004; 47(1): 27-35.
2. Horowitz J, Bell M., Trybulski J, Promoting Responsiveness between mothers with Depressive Symptoms and their infants. *J. Nurs. Scholarship* 2001; 33 (4):323-329.
3. Miller L. Postpartum Depression. *JAMA* 2002; 287 (6): 762-765.
4. Comasa A. Alvarez E; Knowledge and perception about depression in the Spanish population; *Actas Esp Psiquiatr*; 2004; 32(6); 371-376.
5. Benjet C. Borges G. Medina M. Fleiz C., Zambrano J.; La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento; *salud pública de México*; vol.46, No.5, septiembre-octubre.
6. Zlotnick C. Johnson S. Miller I. Postpartum Depression in Women Receiving Public Assistance: Pilot Study of an Interpersonal-Therapy-Oriented Group Intervention *Am. J. Psyc.* 2001; 158(4):638-640
7. Georgiopoulos A., Bryan, T, Wollan, P. Routine Screening for Postpartum Depression. *J Fam Pract* 2001; 50(2):117-122
8. Hung C.H. The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *J. Adv. Nurs* 2001; 36(5):676-684.
9. Ascaso C. Gracia L. Navarro P. Aguadora J. Ojuela J. y Tarragona J.; Prevalence of postpartum depression in Spanish mothers: comparison of estimation by mean of the structured clinical interview for DSM-IV with the Edinburgh Postnatal Depression Scale; *Med Clin (Barc)*; 2003; 120(9). 326-9.
10. Arbat A. Danés 1; Depression postpartum; *Med Clin (Barc)*; 2003; 121(17): 673-5.
11. Evans G. Vicuña M. Martín R.; Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de la salud; *Rev Chil Obstet Ginecol*; 2003 68(6): 491-494.
12. Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, Teisseyre N. Rogé B.; Mollet E.; Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk; *psychological Medicine*; Volume 32(6); August 2002; pp 1039-1047.
13. Chandran M. Tharyan P., Muliylil J, Abraham S.; Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India: Incidence and risk

factors; *M the british Journal of Psychiatry*; Volume 181; December 2002; pp 499-504.

14. Lee D. Yip A. Chiu H. A Psychiatric Epidemiológica! Study of Postpartum Chinese Women the *Am. J. Psych.* 2001; 158(2):220-226.
15. Lee D. Yip A. Chiu H. Chung T. Screening for Postnatal Depression Using the Double-Test Strategy *Psychosom M ed.* 2000; 62(2): 258-263.
16. Garcia L. Ascaso C. Ojuel J. and Navarro P.; Validation of the Edinburgh postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers; *journal of Affective Disorders*; Vol. 75, Issue t; June 2003; pages 71-76.
17. Evins G, Theofrastous. *Am J. of Obstetric and Gynecology* 2000; 182(5):1080-1082.
18. Henshaw C. Clinical and biological aspects of postpartum blues and depression. *Current Opinión in Psych.* 2000; 13(6): 605-638.
19. Lumley J. Austin M. What interventions may reduce postpartum depression. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2001; 13(6):605-611.
20. O'hara M., Stuart St Gorman L, Wenzel A. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for postpartum Depression. *Arch Gen Psych.* 2000; (11): 1039-1045.
21. *Manual de Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales DCMIV.* Edit. Masson 1ª Edición 1998, Barcelona España Coord. Gral. Pierre Pichot. Pág. 56, 82, 345.