

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



**“RELACIÓN DE LA TRISTEZA MATERNA EN EL PUERPERIO MEDIATO CON  
LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN EL PUERPERIO TARDIO EN  
EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN”**

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO  
HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN  
“GRAL. JOSÉ VICENTE VILLADA”

**TESIS**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE  
**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

**M. C. FABIOLA HUACUJA ALVAREZ**

DIRECTOR DE TESIS:

E.G.O. RENE JAIME TORO CALZADA

REVISORES DE TESIS

E.G.O ALICIA LIRA ALCANTARA

E.G.O ARACELI ESPINOZA GUERRERO

E.G.O JOSÉ CEJUDO ÁLVAREZ

E.G.O VICTOR MANUEL ELIZALDE VALDEZ

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2014

---

**E.G.O RENE JAIME TORO CALZADA**

**DIRECTOR DE TESIS**

---

**E.P. ISMAEL DIAZ ESTRADA**

**JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

---

**E.G.O MARIO LOPEZ CONTRERAS**

**JEFE DE LA DIVISIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

## **AGRADECIMIENTOS:**

**A mis padres y hermano por su amor, por creer siempre en mí, y apoyarme incondicionalmente.**

**Al Dr. Rene Jaime Toro Calzada que con sus conocimientos me guió en la realización de esta tesis.**

**A cada una de las maravillosas personas que encontré en mi camino e hicieron posible este gran logro.**

**“RELACION DE LA TRISTEZA  
MATERNA EN EL PUERPERIO  
MEDIATO CON LA PRESENCIA DE  
DEPRESION POSPARTO EN EL  
PUERPERIO TARDIO EN EL  
HOSPITAL GENERAL DE  
CUAUTITLAN”**

## INDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>5</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>23</b>
<b>JUSTIFICACION</b>	<b>25</b>
<b>HIPOTESIS</b>	<b>26</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>27</b>
<b>METODO</b>	<b>28</b>
<b>OPERACIONALIZACION DE VARIABLES</b>	<b>29</b>
<b>POBLACIÓN</b>	<b>32</b>
<b>IMPLICACIONES ETICAS</b>	<b>34</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>35</b>

<b>DISCUSIÓN</b>	<b>43</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>44</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>49</b>

## RESUMEN

**INTRODUCCION:** El posparto es un periodo de cambios fundamentales para la mujer, quien deberá ocuparse del niño, y al mismo tiempo adaptarse a una nueva situación social y familiar. Estos cambios importantes pueden revelar algunas fragilidades psíquicas y provocar la aparición de trastornos psicológicos y psiquiátricos durante el puerperio y afectar la relación madre-hijo. Por lo que es importante detectar lo antes posible ciertos trastornos depresivos que pueden alterar la interacción armoniosa entre madre e hijo.

**OBJETIVOS:** Conocer si existe relación entre la tristeza materna en el puerperio mediato y la obtención de un test positivo para depresión postparto en el puerperio tardío en el Hospital General de Cuautitlán.

**DISEÑO:** Es un estudio observacional, transversal, descriptivo, comparativo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó la detección de tristeza materna a todas las mujeres en puerperio mediato que acudieron a medicina preventiva para realizar tamiz neonatal en el periodo de marzo a mayo 2013, mediante la Escala de Depresión Post-Natal de Edimburgo. Transcurridas 4 semanas en el puerperio posparto tardío se les repitió el cuestionario mediante EPDS vía telefónica para detectar pacientes con riesgo de depresión postparto. Se compararon los resultados de las pacientes para reconocer si hay una relación significativa para predecir la depresión postparto

**RESULTADOS:** Se entrevistó a 100 mujeres con un promedio de edad de 23.48 en el puerperio mediato, 8 (8%) tuvieron una puntuación mayor de 12 de la escala de Edimburgo, por lo tanto, cumplieron el criterio para diagnosticarse como tristeza materna, 34 (34%) pacientes tuvieron una puntuación entre 5-11 y 58 (58%) obtuvieron una puntuación entre 0-4. Durante el puerperio tardío, 11 (11%) tuvieron una puntuación mayor a 12 de la escala de Edimburgo, por lo que se considera test positivo para depresión postparto. Por medio del análisis de  $\chi^2$  se

valoró si había alguna relación entre los dos grupos, encontrando esta asociación significativa con una  $p < 0.001$ . Se determinó que las pacientes con tristeza materna en el puerperio mediato tienen un RR de 7.9 de presentar test positivo para depresión postparto en el puerperio tardío que las que no presentan tristeza materna en el puerperio mediato.

**CONCLUSIONES:** La presencia de tristeza materna en el puerperio mediato es un factor de riesgo para la presencia de un test positivo para depresión postparto en el puerperio tardío.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** The postpartum is a period of fundamental change for women; she should look after the child, and both adapting to a new social and family situation. These important changes can reveal some psychic frailties and cause the appearance of psychological and psychiatric disorders during the postpartum period and affect the relationship mother-child. So it is important to detect as soon as possible certain depressive disorders that can disrupt the harmonious interaction between mother and child.

**OBJECTIVE:** Identify a potential relationship between baby blues in the immediate postpartum period and obtaining a positive test for postpartum depression in the puerperium in Cuautitlan General Hospital.

**DESIGN:** It is an observational, cross-sectional, descriptive and comparative study.

**MATERIAL AND METHODS:** Detection was performed of baby blues in all women attending first postpartum preventive medicine for neonatal screening in the period from March to May 2013 by Depression Scale Edinburgh Post-Natal. It after 4 weeks postpartum was repeated late postpartum questionnaire by telephone EPDS to detect patients at risk for postpartum depression. The results of the patients were compared to recognize if there is a significant relationship to predict postpartum depression.

**RESULTS:** We interviewed 100 women with an average age of 23.48 during the first postpartum, 8 (8%) had a score greater than 12 Scale Edinburgh, therefore, met the criteria to be diagnosed as baby blues, 34 (34%) patients had a score from 5-11 and 58 (58%) had score between 0-4. During the puerperium 11 (11%) scored higher than 12 on the scale of Edinburgh So that test is considered positive for postpartum depression. Through analysis of  $\chi^2$  is assessed whether there was any relationship between the two groups, this finding significant association with  $p < 0.001$ . It was determined that patients with baby blues during the first

postpartum have a RR of 7.9 to present positive test for postpartum depression in the puerperium than those without baby blues in the immediate postpartum period.

**CONCLUSIONS:** The presence of baby blues in the immediate postpartum period is a risk factor for the presence of a positive test for postpartum depression in the puerperium.

## **ANTECEDENTES**

### INTRODUCCIÓN

La depresión constituye un importante problema de salud pública en el mundo, siendo especialmente frecuente en mujeres, en particular, en aquellas de menores ingresos. La depresión perinatal se define como aquella que se presenta en la madre durante el embarazo o un año posterior al parto, reportando las investigaciones entre 5 y 13% de mujeres con depresión, durante o después del embarazo <sup>(1)</sup>.

Según el DSM-IV-TR, se considera que la depresión es un trastorno del estado de ánimo, es decir, una alteración en el humor. Algunos de los síntomas que presentan las personas con depresión son, pérdida de interés, de la capacidad de disfrute al realizar actividades, académicas, laborales, sexuales, disminución o aumento del apetito, alteración en el sueño, cambios psicomotores, falta de energía, cansancio, fatiga, sentimiento de culpa, refieren falta de concentración e incapacidad para tomar decisiones.

Cuando la depresión es prolongada y aguda se presentan pensamientos suicidas y, en algunos casos, se llegan a cumplir. Por lo tanto, el síndrome depresivo es algo serio de considerar.

### EMBARAZO Y DEPRESIÓN

La depresión perinatal presenta características comunes con la depresión desarrollada en otras etapas de la vida, pero se diferencia en los efectos negativos que este trastorno puede tener en el bebé. Esto constituye una importante diferencia, que alerta sobre la necesidad de tratamiento para este grupo, buscando aliviar a la madre y prevenir psicopatología posterior en el niño <sup>(2)</sup>. Algunos síntomas descritos en la depresión perinatal como excesiva irritabilidad,

ánimo bajo, labilidad emocional, ansiedad y trastornos del sueño, muchas veces son considerados parte de las vivencias normales durante el embarazo o el postparto, lo cual dificulta el diagnóstico de la depresión perinatal.

En cuanto a la prevalencia de depresión en el embarazo, en una reciente revisión Cochrane <sup>(3)</sup> se halló una prevalencia de episodios depresivos durante el embarazo del 10,7%, con un rango entre el 7,4% en el primer trimestre hasta el 12,8% en el segundo y el 12% en el tercer trimestre.

Resulta interesante destacar que el número de mujeres con depresión postnatal aumenta con el tiempo, es decir, mientras 10% de las mujeres son diagnosticadas con depresión a las 8 semanas del postparto, 22% recibe este mismo diagnóstico a los 12 meses de nacido su bebé <sup>(4)</sup>.

La depresión materna genera consecuencias negativas en el niño/a, ya que el desarrollo neuronal infantil durante el período perinatal, es profundamente afectado por el contexto en el cual el infante se encuentra y por las experiencias cotidianas con su cuidador. En esta línea los estudios describen secuelas biológicas, psicológicas y sociales de la depresión perinatal en la díada. A nivel biológico, genera niveles elevados de cortisol en el feto por la activación del sistema de respuesta al estrés materno, asociándose esto a problemas de salud en la madre y el niño/a <sup>(5)</sup>.

Algunos estudios han demostrado que niveles altos de cortisol en saliva de la madre se asocian a una mayor frecuencia de partos prematuros o post-maduros <sup>(6)</sup>. Consistentemente con estos antecedentes, los infantes de madres que sufren depresión y ansiedad crónica, también muestran altos niveles de cortisol en saliva, lo cual se relaciona con consecuencias negativas a nivel psicológico, como retraso en el desarrollo, problemas de salud mental y déficit cognitivos en las etapas pre-escolar y escolar <sup>(6)</sup>.

En relación al riesgo de desarrollar psicopatología posterior, los hijos/as de madres depresivas presentan con mayor frecuencia psicopatología en general y en particular trastornos del ánimo <sup>(7)</sup>. Se observan también conductas específicas

en bebés de madres depresivas, como mayor frecuencia en el llanto y dificultades para ser calmados, mayor presencia de afectos negativos, y evitación del contacto visual con la madre (7).

Uno de los factores más afectados por la depresión materna es el apego infantil, definido como el vínculo que establece el bebé con los adultos significativos, que lo lleva a permanecer junto a estos en el tiempo y espacio que le otorgan protección y seguridad. Para desarrollar un apego seguro el niño/a requiere de un cuidador sensible, que muestre afectos positivos y sincronía en la interacción, no logrando las madres deprimidas desplegar este repertorio (8).

Por el contrario, las madres deprimidas reportan sentimientos hostiles y vivencias de estrés en relación al intercambio con sus bebés, así como percepciones negativas en cuanto a las conductas que este presenta (8). Se ha descrito una mayor incidencia de apegos infantiles inseguros en hijos/as de madres deprimidas y se reportan más efectos negativos en el vínculo, mientras más severa y crónica sea la depresión de la madre.

Se han identificado diversos factores de riesgo para el desarrollo de depresión perinatal como son la falta del apoyo de la pareja, baja autoestima y eventos de vida estresantes, pero se destaca como el mejor predictor de depresión pre y post parto, la existencia de episodios depresivos previos en la madre. En esta línea, encontraron que cerca del 50% de las mujeres que sufren depresión postparto, presentan antecedentes de depresiones previas (7).

## TRASTORNOS PSIQUIATRICOS Y POSPARTO

El periodo del embarazo presenta características muy diferentes al período del posparto. En efecto, durante el embarazo, los riesgos de descompensaciones psicológicas graves son relativamente bajos, aun en las mujeres que sufren de trastornos psiquiátricos crónicos. En el periodo posparto, en cambio, la frecuencia de los episodios psicóticos se multiplica por diez y la de los episodios depresivos representa del 10 al 15% de los trastornos durante los 9 meses que siguen al

parto <sup>(9)</sup>. Pero solamente el 2% consulta a un psiquiatra y más o menos el 2% necesita una hospitalización psiquiátrica, generalmente debido a un episodio psicótico o tímido, sobre todo melancólico <sup>(9)</sup>.

Desde el punto de vista clínico, los trastornos psiquiátricos durante el posparto han sido descritos desde la época de Hipócrates, pero hoy en día todavía se discute su especificidad.

En las mujeres que no tienen ningún antecedente psiquiátrico se distinguen tres tipos principales de manifestaciones psíquicas <sup>(9)</sup>:

1. El *maternity blues* o “*blues del tercer día*”, precoz (tercer al quinto día), frecuente, benigno, considerado no patológico;
2. La “psicosis puerperal”, más tardía (comienzo entre el quinto y sexto día), grave debido al riesgo de infanticidio pero de evolución inmediata, generalmente benigna;
3. Las depresiones posparto, más tardías (después del primer mes), simples o melancólicas, a veces de evolución larga con un modo atenuado.

En mujeres que tienen antecedentes psiquiátricos, este periodo posparto presenta riesgos de descompensación, a menudo desde el primer mes.

Todo profesional de la salud debe tener en cuenta la posibilidad de que una mujer presente en la etapa perinatal un cuadro de depresión, por lo que es necesario que el médico se encuentre familiarizado con su clínica, que aprenda a reconocer el cuadro y que entienda sus causas, así como las estrategias de ayuda que se pueden implementar de manera oportuna.

En general se reconoce que el status nosológico de la depresión posparto per se es incierto, debido a que no existe una demostración científica sobre la presencia de una fenomenología o epidemiología específica en el periodo puerperal <sup>(10)</sup>.

Puede también haber variaciones en cuanto a la gravedad de la sintomatología, su momento de aparición después del parto y sus factores asociados.

## **Prevalencia**

En general la depresión es dos veces más frecuente en las mujeres en edad adulta que en los varones. De hecho mundialmente, la depresión en mujeres (entre 18 y 44 años de edad) es la causa más frecuente de incapacidad laboral <sup>(11)</sup>.

Se ha estimado que el 5% de las mujeres embarazadas en Estados Unidos de América sufre depresión mayor <sup>(12)</sup>. Otro estudio epidemiológico realizado en el mismo país encontró una prevalencia de 10% de depresión mayor en mujeres durante la gestación <sup>(13)</sup>.

La depresión posparto ocurre entre 10 y 20% de las mujeres en etapa posnatal <sup>(14)</sup>. Muchas mujeres que tienen depresión puerperal han estado deprimidas y durante el embarazo presentan nuevamente los síntomas depresivos. En México en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes, en una muestra con 97 mujeres se obtuvo una prevalencia de 14.3% a las seis semanas posparto <sup>(15)</sup>. Al subdividir este grupo de mujeres, se encontró que 8 mujeres estuvieron deprimidas tanto en el embarazo como en el posparto y 12 estuvieron deprimidas durante su gestación pero se lograron recuperar en el posparto; por el contrario, 6 mujeres que no estuvieron deprimidas durante el embarazo, se deprimieron en el posparto y 71 mujeres no manifestaron síntomas de depresión en el embarazo ni en el posparto <sup>(16)</sup>.

## **Factores de riesgo**

El principal factor de riesgo para cualquier depresión emerge de la fijación a un deseo irrealizable, el cual no puede ser compensado o reemplazado por otros deseos, lo que se acompaña de un sentimiento de impotencia y desesperanza al

no alcanzarlo. Este factor se combina con otros factores de riesgo, que pueden ser biológicos, psicológicos y sociales <sup>(17)</sup>.

### **Biológicos.**

En algunas mujeres la presencia de anticuerpos antitiroideos puede contribuir a una baja de la hormona tiroidea y en consecuencia, producir una disminución del estado de ánimo, bajo nivel de energía y cansancio. Durante el embarazo existe un aumento en la concentración sérica de globulina ligadora de hormonas y hay un aumento de T3 y T4; después del parto, se presenta un súbito cambio de estas concentraciones. Puede ocurrir que el 5% de las mujeres en la etapa posparto sufran de un hipotiroidismo pasajero.

Durante el embarazo la cantidad de progesterona y estrógenos es varias veces mayor que después de este; en el posparto hay una súbita caída en la cantidad de estas hormonas. Se ha sugerido como factor contribuyente una baja en el nivel sanguíneo de progesterona y una elevación del nivel de cortisol. Además se ha encontrado una correlación entre la concentración de cortisol y mayor tristeza posparto. Como se sabe, los corticosteroides suelen estar elevados en personas que sufren de depresión mayor <sup>(18)</sup>.

### **Psicológicos.**

En la infancia y/o adolescencia se ha encontrado una relación positiva cuando la mujer tiene antecedente de haber enfrentado etapas de duelo; esto puede involucrar la pérdida de uno de los padres o haber perdido contacto con alguno de ellos por abandono, separación o divorcio de los padres. Asimismo, haber sido objeto de maltrato físico, emocional o sexual en la infancia, son experiencias que predisponen a la mujer a tener depresión en edad adulta <sup>(19)</sup>.

Se ha documentado que una mujer que ha tenido una mala relación con sus padres, cuando ella misma está a punto de hacer transición a volverse madre, puede tener mayor dificultad para asumir este nuevo papel en su vida.

En la actualidad el padecer de violencia conyugal en cualquiera de sus modalidades o bien el tener una pareja que no brinde apoyo emocional, en un factor de riesgo para depresión posparto.

Otro factor es el ser madre soltera; así como no haber deseado o planeado el embarazo. Así mismo, el tener que atender otros niños pequeños en su hogar en virtud de que requieren de múltiples cuidados y si hay varios de ellos antes del presente embarazo, puede propiciar que la mujer se sienta abrumada. Cabe destacar que el haber tenido episodios depresivos anteriormente, es otro factor de riesgo para experimentar depresión perinatal.

### **Sociales.**

La pobreza o vulnerabilidad social, dificultades económicas o no tener acceso a servicios como cuidados médicos, al igual que el aislamiento social son factores que contribuyen a presentar depresión <sup>(21)</sup>. Cuando una mujer ya ha tenido un episodio de depresión mayor posparto, tiene un riesgo de aproximadamente 25% de sufrir una recurrencia en un parto subsecuente <sup>(22)</sup>.

### ***Maternity blues o (Blues del tercer día)***

El maternity blues (tristeza materna) es un problema pasajero, que se estima ocurre en un 30 a 80% de mujeres en periodo de puerperio mediato, aproximadamente 2 a 3 días posteriores al parto con un pico de incidencia al quinto día y resolviéndose aproximadamente a las 2 semanas posteriores <sup>(23)</sup>. Si no subsiste más allá de este plazo, no tiene un carácter grave. Si continua debe tenerse en cuenta una posible evolución hacia una depresión o psicosis puerperal.

Su sintomatología consiste en:

1. Llanto: signo esencial muy frecuente en las primeras horas que siguen al parto, a partir del tercer día el llanto es prolongado y se asocia a una hipersensibilidad emotiva;
2. Labilidad del humor: muy frecuente, caracterizada por cambios de humor rápidos en el curso de pocas horas;
3. Elación; Estado de excitación emotiva que se presenta en el 80% de los casos, es intensa en los primeros días, y permanece presente hasta en el 40% en el cuarto día;
4. Irritabilidad: se asocia al llanto y al sentimiento de depresión, culmina en el sexto día;
5. Confusión y olvidos: cerca del 35% de las mujeres presentan dificultad para concentrarse;
6. Cefaleas: 35%;
7. Indiferencia hacia el niño: presente en el 40% de las parturientas que sufren maternity blues; más rara vez presentan una impresión de despersonalización;
8. Trastornos del sueño, fatiga, anorexia y ansiedad;
9. Sentimiento de depresión.

La tristeza posparto solo requiere de tranquilizar a la madre y a quienes la rodean. Se ha sugerido que algunos factores que predisponen a la aparición de estos sentimientos son el antecedente de tener síndrome de tensión premenstrual, el aumento de peso durante el embarazo y la supresión súbita de progesterona después del parto <sup>(24)</sup>. La primiparidad no parece ser un factor favorecedor. La anestesia peridural u otras variables obstétricas no parecen influir. Solo parece haber una asociación con la duración del trabajo de parto.

Entre los antecedentes psiquiátricos el único que parece tener asociación con el blues del tercer día es la existencia de un episodio depresivo anterior al embarazo.

Antecedentes familiares de depresión serían igualmente factores de riesgo. La aparición al final del embarazo de preocupaciones ansiosas importantes o de un estado depresivo es un factor de riesgo importante. Otros dos factores importantes serían una adaptación social precaria y una mala relación de pareja.

### **Etiopatogenia**

Psicopatológica: se considera el “blues del tercer día” como un estado que contribuye a acelerar en la madre un repliegue con respecto a su universo anterior para darle tiempo de adquirir un nuevo tipo de sensibilidad y de reactividad hacia su bebé. En un proceso defensivo y preadaptativo utilizado por la madre en sus relaciones con el recién nacido, que facilita el enlace afectivo con el mismo.

Biológica: la hipótesis más clásica es la caída de hormonas sexuales luego de la expulsión, mientras que la tasa de prolactina permanece alta. Otra teoría es la disminución de la actividad cerebral noradrenérgica asociada a un aumento de la actividad serotoninérgica. Así mismo la hiperdopaminergia también puede ser responsable del estado de hipersensibilidad y de reactividad frecuente en el blues.

Las mujeres con tristeza materna en el puerperio deben buscar atención oportuna a fin de descartar o diagnosticar depresión posparto si los síntomas no han sido resueltos posteriores a dos semanas del diagnóstico inicial o si se agravan. Las pacientes con tristeza materna tienen un riesgo mayor de desarrollar depresión posparto <sup>(25)</sup>.

### **Depresión posparto.**

Se trata de los trastornos psiquiátricos más frecuente en el postparto.

La sintomatología y la evolución clínica de las depresiones posparto son muy diversas. Su duración es variable, desde algunas semanas hasta más de un año.

Se distinguen dos tipos de depresión postparto:

1. Episodio de depresión grave: precoz, con una sintomatología de culpabilidad, una lentitud psicomotora y un sentimiento de incapacidad. De diagnóstico fácil. Cuando se acompaña de ideas delirantes plantea el problema de los límites con la psicosis puerperal en su forma depresiva.
2. Depresión posparto. Forma de menor intensidad pero de evolución más lenta debido a que no se le diagnostica. Dentro de la sintomatología encontramos variabilidad del humor, irritabilidad, astenia importante, culpabilidad, impresión de ser una mala madre y a veces fobias agresivas hacia el niño. A menudo son los signos indirectos, en el niño, los que deben llamar la atención: dificultades de alimentación, llanto inconsolable o trastornos del sueño.

La incidencia de la depresión posparto varía entre el 7 y el 17% según los criterios diagnósticos utilizados. Según el DMS-IV, varía del 8 al 12% en las primeras 9 semanas posparto.

Algunos factores de riesgo son:

1. Juventud de la madre (adolescente)
2. Antecedentes familiares y personales de trastornos del humor.
3. Entre los hechos más significativos de la vida, se encuentran a menudo un conflicto con el marido, apoyo social y familiar escaso o ausente.
4. Dificultades similares durante el embarazo acentúan también el riesgo.

### **Etiopatogenia**

No existe un modelo psicopatológico único. Se vincula con la problemática del embarazo mismo, fuente de euforia o de duelo del niño imaginario. Parece que ciertos tipos de personalidad, poco estructurada o muy dependiente, con grandes

dificultades para asumir psicológicamente tanto el papel de madre como al niño, son más sensibles a las descompensaciones ansiosas y depresivas <sup>(26)</sup>.

Se han encontrado en mujeres que presentaban una depresión posparto una disminución del triptófano sérico, lo que volvió actualizar la hipótesis relativa a un mal funcionamiento serotoninérgico. Así mismo una tasa anormalmente alta de anticuerpos antitiroglobulina y antimicrosomas evoca la posibilidad de un mal funcionamiento tiroideo <sup>(26)</sup>.

### **Consecuencias de la depresión materna en el niño**

A veces la patogenia materna se descubre a través de los trastornos del niño, como son:

- Llanto constante
- Insomnio o disomnias graves y prolongadas
- Anorexia, vómitos
- Trastornos cognitivos (lenguaje y motricidad)
- Trastornos del apego
- Disminución de la actividad
- Verdadero estado depresivo con atonía afectiva, inercia motora, pobreza de la comunicación.

### **Psicosis puerperal**

La psicosis puerperal se describe como un cuadro que asocia desorientación temporo-espacial, alucinaciones oníroides (ensoñaciones), agitación y delirio.

Es difícil determinar la frecuencia, se admite, no obstante, una frecuencia de 1 a 2 casos por 1000 nacimientos.

Los factores de riesgo son falta de apoyo social y familiar, conflictos conyugales, antecedentes de muerte de un hijo, de aborto, esterilidad y un duelo reciente. El 50 al 60% de las psicosis corresponde a primíparas y casi el 50% han presentado complicaciones obstétricas perinatales (27).

### **Clínica**

El comienzo es brusco, en general en los 6 a 15 días que sigue al parto. Hay signos prodrómicos como ataques de angustia, quejas somáticas, sensaciones de extrañeza, y trastornos del sueño.

El cuadro clínico es polimorfo y fluctuante en una misma paciente. La sintomatología delirante, se acompaña de angustia extrema, insomnio total y oscilaciones del nivel de conciencia, y evoluciona rápidamente de la agitación al estupor y de la exaltación a la desesperación. Pueden estar presentes alucinaciones.

Los temas delirantes están centrados en la negación de la maternidad, del parto y del niño. La agresividad hacia el niño es manifiesta o bien se esconde bajo una máscara de indiferencia. El gesto infanticida y el suicidio son posibles.

Se trata de cuadros en los que predomina un humor depresivo o maniaco.

La evolución clínica espontánea en general es resolutiva en unos meses. Se reduce a 2 a 4 semanas con tratamiento.

El pronóstico materno a más largo plazo es favorable:

- 50% ausencia total de trastorno
- 20-30% recaídas idénticas en otros nacimientos
- 20-30% aparición de trastorno bipolar
- 10% evolución más crónica y mórbida (esquizofrenia, delirio crónico)

## **Etiopatogenia**

Psicopatológica: incapacidad de la madre para soportar la regresión puerperal y el traumatismo de la separación del niño y por una imposibilidad para identificarse con una imagen interiorizada de buena madre. Las proyecciones agresivas y la culpabilidad llevan a fenómenos delirantes.

Genética: no hay modelos genéticos probados, se han propuesto hipótesis sobre los cromosomas 5,11 y X, probablemente genes que codifican los receptores de dopamina.

Biológico: disminución importante de las hormonas sexuales, en particular los estrógenos. Aumento de la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos en el hipotálamo. Ciertos estudios de diagnóstico cerebrales por imágenes han mostrado, comparado con un grupo control, anomalías corticales (ensanchamiento ventriculares y de las cisuras) pero que son poco específicas.

## **Enfoque terapéutico**

Bioterapeúticos <sup>(28)</sup>

- Medicamentos psicotrópicos: tratamiento neuroléptico, asociado en ciertos casos con un tratamiento anti depresor. Cuando es necesario debe comenzar lo antes posible.
- Sismoterapia: modo de tratamiento que consiste en imprimir a todo el organismo o a una parte limitada del cuerpo, vibraciones rápidas regulares o de escasa amplitud se puede lograr mediante insulina, cardiazol o electrochoque. Sus indicaciones son limitadas. Se practica de entrada en formas graves delirantes de la psicosis puerperal o cuando hay resistencia a los tratamientos psicótopos y psicoterapéuticos.

## Psicoterapéuticos

- La terapia concierne a la pareja madre-hijo o a veces al grupo padre-hijo. Puede ser individual o de grupo. Por lo general ambulatoria.

## INDICACIONES <sup>(29)</sup>

Se prefiere tratar en forma ambulatoria, cuando son cuadros depresivos no melancólicos. En cambio, es necesaria la hospitalización en estados psicóticos graves o en los ataques melancólicos o maníacos. Lo habitual es una hospitalización e psiquiatría que cuente con maternidad o servicio de pediatría, con visitas diarias del niño acompañado por el padre y la familia y bajo el personal en los primeros días.

### Blues del tercer día

Una actitud comprensiva por parte de los familiares debe acompañar a la madre durante el episodio de tristeza materna. El médico debe ser capaz de explicar a la pareja y/o familiares el carácter transitorio y benigno de estas manifestaciones psíquicas.

### Psicosis puerperal

Comienza generalmente al volver a casa. Es indispensable la hospitalización para instituir un tratamiento neuroléptico con o sin tratamiento antidepresor. La resolución es más rápida cuanto más rápido se inicia el tratamiento.

Es necesaria la psicoterapia con apoyo familiar, para evitar las reacciones de negación, de rechazo o de culpabilidad de la madre.

Cuando existe resistencia al tratamiento con psicotrópicos, entonces se indica la sismoterapia (promedio seis sesiones), con un ritmo de 2 a 3 veces por semana. En formal graves, la sismoterapia se utiliza de primera elección. Su eficacia es de casi el 100%.

Cuando existen antecedentes de psicosis maniicodepresivas se prescribe sales de litio a dosis bajas, para prevenir las futuras recaídas.

### Depresiones posparto

Requiere hospitalización en psiquiatría. El tratamiento antidepresor es obligatorio y se asocia a psicoterapia grupal. La existencia de una depresión prenatal es un factor de riesgo y en el 5% de los casos se halla seguida por una depresión posparto. De ahí la importancia de reconocer el trastorno lo antes posible.

### Antipsicóticos

Las fenotiacidas y el haloperidol no implican riesgos de malformaciones. Un tratamiento con antipsicóticos en posologías elevadas, mantenido hasta el término del embarazo, rara vez puede inducir en el recién nacido, una depresión respiratoria o un síndrome extrapiramidal transitorio (síndrome atropínico).

El tratamiento con haloperidol es aceptable durante el embarazo, se recomienda suspenderlo una semana antes del parto y está contraindicada la lactancia materna, ya que puede causar somnolencia en el recién nacido.

Las fenotiacidas pasan poco por la leche materna, pero deben prescribirse con precaución en especial la clorpromacina que puede inducir en el recién nacido fuertes somnolencias, hipotonía y muerte súbita.

### Ansiolíticos

Con las benzodiazepinas se observa un pequeño aumento de las malformaciones, en particular de las hendiduras labiopalatinas. En caso de posologías elevadas puede presentar riesgo de un síndrome del “niño blando”.

El meprobamato puede tener riesgo de presentar afecciones cardiacas, la hidroxicina riesgo de hendiduras palatinas y no deben prescribirse en el primer trimestre del embarazo.

La prescripción de benzodiazepinas rara vez se justifica, debe ser en posologías pequeñas e intermitentes con benzodiazepinas de semivida corta (lorazepam, oxacepam). La lactancia está contraindicada <sup>(30)</sup>.

### Antidepresores

Los antidepresores de tipo imipramínicos, así como los inhibidores selectivos de la serotonina (fluoxetina), no son ni teratógenos ni fetotóxicos. En caso de indicación precisa (estado depresivo grave, ataques de pánico) puede justificarse su prescripción, se recomienda la disminución de los imipramínicos, 8 días antes del parto; el amamantamiento materno está contraindicado.

### Antiepilépticos

Se observa una anomalía de cierre del tubo neural en el 1 al 2 % de los bebés de madres tratadas con ácido valproico y el 0.5 al 1% con carbamacepina. En estos mismos productos se han descrito síndromes hemorrágicos y trombopénicos. Con el uso de carbamacepina se puede continuar la lactancia materna, aunque debe vigilarse el desarrollo psicomotor y ponderal del recién nacido, así como signos de probable lesión hepática o sedación.

## Reguladores del humor

Con el Litio se ha confirmado el riesgo de malformación cardiaca, con una frecuencia del 0.1%.

No existe toxicidad fetal. Se prefiere no utilizar durante el primer trimestre. La posología debe readaptarse y ser disminuida frecuentemente, 1 a 2 semanas antes del parto, para prevenir una intoxicación en la madre por litio.

Está contraindicada la lactancia materna ya que se han observado trastornos transitorios en el recién nacido como hipotiroidismo, hipotermia, trastornos del ritmo cardiaco <sup>(31)</sup>.

## **Escala de detección**

Es necesaria una escala de detección que permita evaluar de manera formal los cambios en la función somática (sueño, apetito, peso, etc).

La Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo (EPDS) se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio <sup>(32)</sup>.

La EPDS 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. 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 <sup>(32)</sup>.

#### Instrucciones de uso

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que mas se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tiene que responder las 10 preguntas
3. Evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que tenga problemas para leer.

#### Pautas para la evaluación

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad el síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 se anotan en orden inverso (Ej, 3, 2, 1 y 0)

El puntaje máximo es de 30; un puntaje mayor a 12 permite identificar a la mayoría de las mujeres con depresión posparto. Las mujeres que son reportadas con síntomas depresivos, sin ideas suicidas ni un mayor deterioro funcional, con un puntaje entre 5 y 9 son reevaluadas un mes después para determinar el estadio de depresión <sup>(33)</sup>.

(Anexo 1)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Tener un bebe constituye por lo general una ocasión especial y feliz de maduración para la pareja, pero ser una nueva madre puede condicionar tensión psicológica y convertirlo en un periodo difícil de sobrellevar. Toma tiempo ajustarse a las demandas y cambios que llegan con la paternidad. Aproximadamente 1 de cada 10 nuevas madres tienen severos síntomas de depresión, los cuales pueden aparecer en los siguientes 6 meses después del nacimiento. En estos casos se puede afectar de forma importante el desarrollo psicológico del niño.

La depresión posparto es un problema de salud significativo, cada año afecta del 10 al 20 % de las mujeres que se convirtieron en madres. Casi el 50% de los casos de depresión posparto son continuaciones de episodios depresivos que ocurrieron durante o antes del embarazo.

Muchas de las mujeres con depresión posparto y sus hijos experimentan a corto y largo plazo consecuencias adversas. A pesar de una mayor conciencia de los efectos de la depresión materna en la salud y el bienestar de los niños, sigue siendo desconocida y mal entendida por las mujeres y los médicos por igual. Debido a que el ginecólogo se enfrenta a las mujeres durante todo el periodo perinatal, es importante que reconozca los trastornos psiquiátricos que puede desarrollar la mujer en este periodo en particular, y apropiadamente educar, y de ser necesario referir a las madres para su evaluación y tratamiento.

La depresión posparto sin tratamiento puede tener resultados desfavorables en la salud y bienestar de la madre y el hijo. La depresión materna puede tener un impacto negativo en el desarrollo cognitivo, social y conductual de los niños, los efectos pueden ser severos y de larga duración.

La depresión materna puede afectar la conducta de la madre, sus actitudes y la interacción madre e hijo, debido a esto, los niños de madres depresivas pueden tener un riesgo incrementado de abuso y es más probable que presenten patrones de afecto inseguro. Dichos patrones de afecto temprano son de suma importancia, porque ellos permanecen de por vida e influyen en las relaciones futuras en la vida de una persona. También estos niños pueden desarrollar trastornos de la conducta en la etapa escolar y en su vida adulta tienen un riesgo incrementado de desarrollar depresión.

Debido a que las mujeres con depresión posparto no reconocen sus síntomas de depresión, no buscan ayuda profesional. Casi el 50% de las mujeres con un cuadro clínico significativo de depresión, permanecen sin ser detectadas por el médico.

Solo tres cuestionarios están validados para la detección eficiente de depresión posparto: La escala de depresión posparto de Edimburgo (1987), Checklist posparto (1995), La escala de detección de depresión posparto (2000).

El primer paso para mejorar la detección de tristeza materna o depresión posparto es la educación del obstetra acerca de su prevalencia, factores de riesgo y síntomas. Con una mayor conciencia el médico tiene mayor probabilidad de realizar la detección temprana de depresión posparto.

¿Existe relación de la tristeza materna en el puerperio mediato con la prevalencia de un test positivo para depresión posparto en el puerperio tardío?

¿Cuál es la prevalencia de la tristeza materna en pacientes durante el puerperio mediato en el Hospital General de Cuautitlán?

¿Cuál es la prevalencia de test positivo para depresión posparto en pacientes durante el puerperio tardío en el Hospital General de Cuautitlán?

## JUSTIFICACIÓN

Es difícil determinar la prevalencia real de la depresión postparto, porque los estudios difieren demasiado en lo que se refiere a metodología y poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que 10 a 20% de las mujeres durante el puerperio son afectadas por esta entidad.

La depresión postparto es habitualmente subdiagnosticada en centros de atención materno-infantil. Esto es lamentable porque se deja de auxiliar a mujeres que sufren intensamente en una fase crítica de la vida, y por evidencias que señalan que este cuadro es responsable de trastornos de la interacción madre - recién nacido, pudiendo causar en los hijos alteraciones psicológicas en el corto y largo plazo, además de un mayor riesgo de separaciones y divorcios.

Aunque los obstetras están en contacto con diversos eventos psicológicos que afectan a las mujeres durante el periodo prenatal y posparto, no fue sino hasta el decenio de 1960 cuando se identificó un tipo leve de depresión atípica que se manifiesta entre la primera y la segunda semana después del parto. Para diferenciarla de la depresión posparto se le denominó tristeza materna posparto.

La tristeza materna posparto, también conocida como “maternity blues” o “baby blues”, se ha considerado una complicación temporal y de evolución benigna. Sin embargo la tristeza materna grave puede ser la primera etapa de un estado depresivo grave e incluso de psicosis puerperal.

Existe evidencia concluyente de que la tristeza materna posparto es un fuerte predictor de depresión posparto, y se evidencio una correlación directa entre la gravedad de la tristeza materna y el riesgo de sufrir este tipo de depresión (8). Por lo que es necesario e importante conocer la prevalencia de la tristeza materna en nuestro medio y su relación con la depresión posparto, así como los factores relacionados con la misma.

## **HIPOTESIS ALTERNA**

La tristeza materna en el puerperio mediato es un factor predictor para obtener un test positivo para depresión postparto según la escala de depresión postnatal de Edimburgo en las pacientes en puerperio tardío en el Hospital General de Cuautitlán.

## **HIPOTESIS NULA**

La tristeza materna en el puerperio mediato no es un factor predictor para obtener un test positivo para depresión postparto según la escala de depresión postnatal de Edimburgo en las pacientes en puerperio tardío en el Hospital General de Cuautitlán.

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar si existe relación entre la tristeza materna en el puerperio mediato y la obtención de un test positivo para depresión postparto en el puerperio tardío en el Hospital General de Cuautitlán

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Conocer la prevalencia de la tristeza materna en el puerperio mediato en el Hospital General de Cuautitlán

Conocer la prevalencia de test positivo para depresión posparto en el puerperio tardío en el Hospital General de Cuautitlán

## **METODO**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional y comparativo en el Hospital General de Cuautitlán “General José Vicente Villada” en el servicio de ginecología y obstetricia con pacientes de marzo – mayo 2013, que tuvieron resolución del embarazo de termino vía vaginal o vía cesárea.

Se investigaron los siguientes parámetros: edad, ocupación, escolaridad, teléfono, estado civil, paridad, vía de resolución del embarazo y si el embarazo fue planeado y/ o deseado. Los datos obtenidos se vaciaron en cedula de recolección de datos (anexo 2).

Se realizó en el puerperio postparto mediato (en el 5 al 7 mo día) la detección de tristeza materna, mediante la aplicación de la Escala de Depresión Post – Natal de Edimburgo (anexo 1)

Transcurridas 4 semanas en el puerperio posparto tardío se repitió el cuestionario mediante vía telefónica EPDS para la detección de pacientes con riesgo de depresión postparto.

Se compararon los resultados de las pacientes durante el puerperio mediato con los resultados en el puerperio tardío para reconocer si hay una relación significativa para predecir la depresión postparto

Se formaron dos grupos:

Grupo 1 pacientes con test positivo para tristeza materna en el puerperio mediato, a las cuales se les repitió el test a las 4 semanas y se determinó cuantos son positivos para depresión postparto

Grupo 2 pacientes con test negativo para tristeza materna en el puerperio mediato, a las cuales se les repitió el test a las 4 semanas y se determinó cuantos son positivos para depresión postparto

Por medio de la (t) Student se compararon los parámetros entre estos dos grupos.

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICION
Tristeza materna	Episodio de disforia que puede aparecer durante la primera semana después del parto.	Mujeres en puerperio mediato con puntaje mayor de 12 en la Escala de detección de Edimburgo	Cualitativa nominal	Presencia o ausencia
Depresión postparto	Trastorno psiquiátrico caracterizado por trastornos del estado de ánimo, que puede presentarse en el puerperio tardío.	Mujeres en puerperio tardío con puntaje mayor de 12 en la Escala de detección de Edimburgo	Cualitativa nominal	Presencia o ausencia
Edad	Tiempo transcurrido de un ser vivo desde su nacimiento	Años de vida de las puérperas	Cualitativa	Grupo de edad 14- 19 20- 29 Mayor de 30

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>DEFINICION TEORICA</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>MEDICION</b>
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Situación marital de las mujeres en puerperio	Cualitativa nominal	Unión libre Casada Soltera Separada
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Grado de estudio de las mujeres en puerperio	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura
Vía de resolución del embarazo	Camino por el cual se extrae producto de la concepción	Camino por el cual se extrae producto de la concepción	Cualitativa nominal	Parto o cesárea

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>DEFINICION TEORICA</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>MEDICION</b>
Embarazo Planeado	Programar un embarazo	Si programo el embarazo	Cualitativa nominal	Si o No
Embarazo Deseado	Querer o aspirar un embarazo con anhelo	Si quería el embarazo	Cualitativa nominal	Si o No
Gestas	Llevar y sustentar la madre en su vientre al feto hasta el momento del parto	Número de embarazos	Cualitativa ordinal	Primigesta Secundigesta Multigesta

## **POBLACIÓN**

Pacientes que cursen con puerperio mediato con resolución del embarazo en el Hospital General de Cuautitlán, que acepten participar en el estudio en el periodo marzo- abril 2013

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Mujer que se encuentre en puerperio mediato durante el quinto al séptimo día del mismo, que tuvo resolución del embarazo en el Hospital General Cuautitlán.

Mujeres que acepten voluntariamente participar en el estudio con periodo de 1 a 4 semanas posparto a través de consentimiento informado.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Que hayan sido tratadas por depresión o algún trastorno psiquiátrico previo al embarazo, durante el mismo o en el puerperio.

Mujeres con deterioro cognoscitivo o incapacidad mental para evaluación

Mujeres con puerperio postaborto

Mujeres con recién nacidos internados por patología neonatal, óbitos, fallecidos o con malformaciones.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Mujeres que llenen incompleta la cedula

Mujeres que no acudan a las dos citas correspondientes

## **RECURSOS HUMANOS**

Autor de tesis

Director de tesis

## **APROBACION POR COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION Y BIOETICA**

Dr. Ismael Díaz Estrada

Subcomité de Enseñanza, Investigación y Ética

Dr. Gregorio Posadas Calderón

Comité de Bioética

## RESULTADOS

De un total de 100 mujeres entrevistadas en el puerperio mediato, 8 (8%) tuvieron una puntuación mayor de 12 de la escala de Edimburgo, por lo tanto, cumplieron el criterio para diagnosticarse como tristeza materna (Figura 1). Por otro lado 34 (34%) pacientes tuvieron una puntuación entre 5-11 y 58 (58%) obtuvieron una puntuación entre 0-4.

### PREVALENCIA DE TEST POSITIVO PARA TRISTEZA MATERNA EN EL PUERPERIO MEDIATO

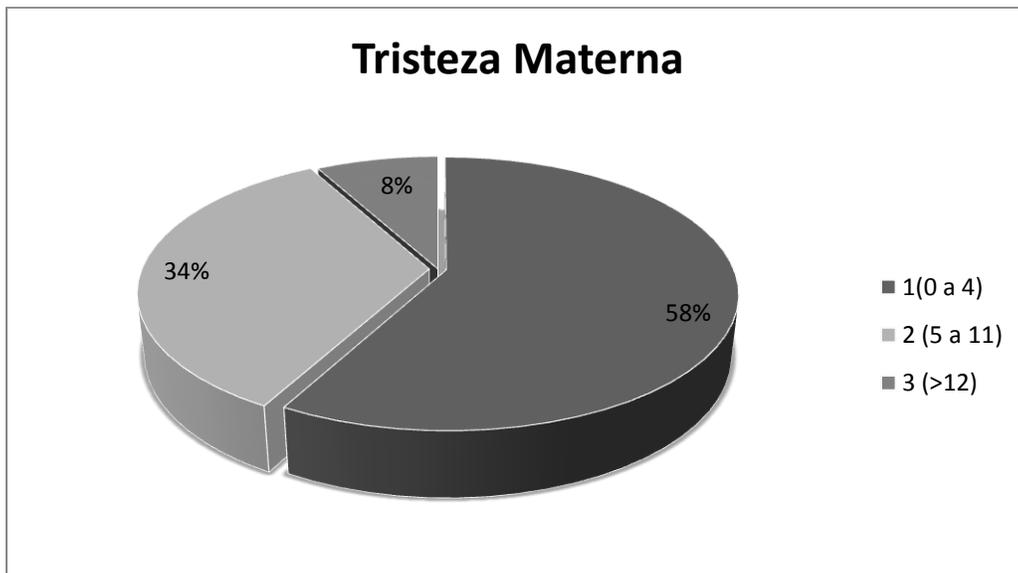


Figura 1.

Así mismo de las 100 pacientes entrevistadas durante el puerperio tardío, 11 (11%) tuvieron una puntuación mayor a 12 de la escala de Edimburgo, por lo que se considera test positivo para depresión postparto (Figura 2). En cambio 10

(10%) obtuvieron una puntuación entre 5-11 e incrementando el número de pacientes con puntuación entre 0-4 con 78 (78%) pacientes.

#### PREVALENCIA DE TEST POSITIVO PAR DEPRESION POSTPARTO EN EL PUERPERIO TARDIO

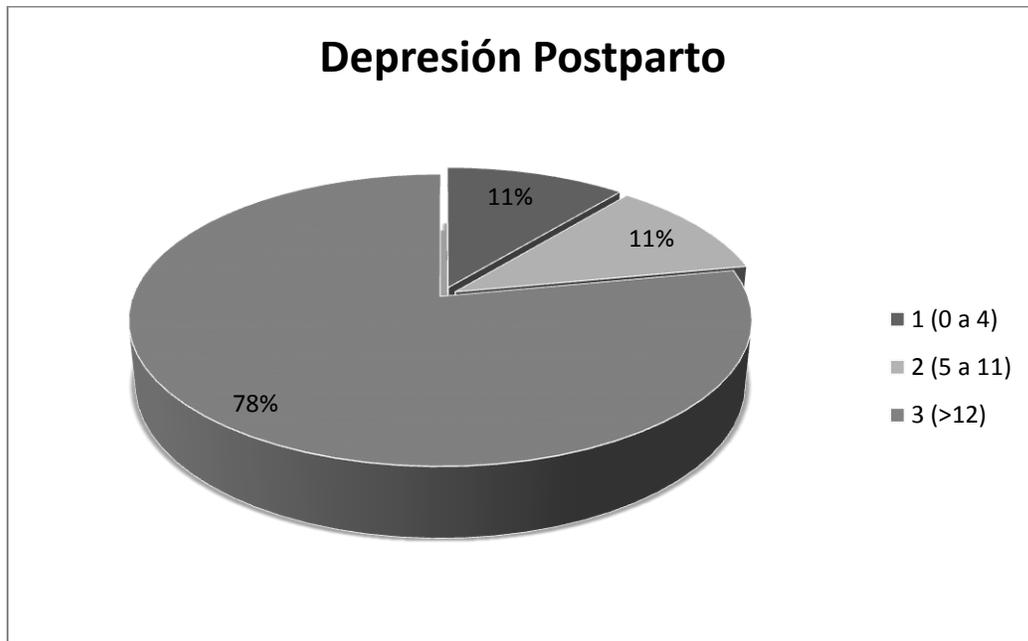


Figura 2.

El promedio de edad de las mujeres fue de 23.48, de las cuales 29 (29%) se encontraba en el rango de 14 y 19 años; 54 (54%) entre los 20 y 29 años y el 17 (17%) mayor de 30. Respecto a su estado civil, el 61 (61%) estaba en unión libre, 20 (20%) casada, 18 (18%) soltera y 1 (1%) separada.

En lo relativo a la escolaridad, 15 (15%) contaba con primaria, 51 (51%) la secundaria, 23 (23%) preparatoria, 2 (2%) nivel técnico y 8 (8%) licenciatura. La ocupación principal era el hogar con el 87 (87%) y solo 5 (5%) ejercían alguna profesión.

La resolución del embarazo fue por vía vaginal en el 55 (55%) de las mujeres y por vía cesárea en el 45 (45%). En relación al número de gestas, 35 (35%) eran primigestas, 28 (28%) secundigestas y 35 (35%) multigestas (3 o más embarazos). Del total de las pacientes el 63 (63%) refirió ser planeado el embarazo y el 37 (37%) no planeado, y por otro lado el 93 (93%) de las mismas refirió tener un embarazo deseado y solo 7 (7%) no deseado.

Comparando la relación de la tristeza materna con la aparición de depresión postparto encontramos que de las 8 pacientes con calificación de 12 que demostraron tristeza materna, 7 (87.5%) presentaron depresión postparto. En cambio de las 34 pacientes que durante el embarazo tuvieron calificación entre 5-11, en el puerperio solo 4(11.7%) presentaron depresión postparto y las que obtuvieron calificación más baja de 0-4 que fueron 58, ninguna presentó depresión posparto, siendo esta diferencia significativa ( $p < 0.001$ ) (Tabla 1). Comparando a las de puntuación  $>12$ , con las de 5-11 esta diferencia persistió con la diferencia.

#### RELACION DE LA TRISTEZA MATERNA CON LA PRESENCIA DE LA DEPRESION POSTPARTO

Tabla 1.			
Puntaje	No depresión postparto	Si depresión postparto	Total
<b>&gt;12</b>	1 (12.5%)	7 (87.5%)	8
<b>&lt;12</b>	30 (88.2%)	4 (11.7%)	34
<b>0-4</b>	58 (100%)	0	58
<b>Total</b>	89	11	100

Comparando la relación entre los embarazos planeados y la aparición de tristeza materna encontramos, que de los 63 que fueron planeados, 6 (9.5%) presentaron tristeza materna, en cambio de los 37 no planeados solo 2 (5.4%) presentaron tristeza materna, siendo esta diferencia no significativa ( $p > 0.05$ ). En cambio de los 63 embarazos planeados, 7 (11.1%) presentaron depresión postparto y de los 37 no planeados, solo 4 (10.8%) presentaron depresión postparto. Siendo esta diferencia no significativa ( $p > 0.05$ ) (Tabla 2).

### Relación con la planeación del embarazo y la tristeza materna y la depresión postparto

Tabla 2.					
	Tristeza Materna		Depresión Postparto		Total
	>12	<12	>12	<12	
<b>Planeado</b>	6 (9.5%)	57 (90.4%)	7 (11.1%)	56 (88.8%)	63
<b>No Planeado</b>	2 (5.4%)	35 (94.5%)	4 (10.8%)	33 (89.1%)	37
	8	92	11	89	100

Comparando la relación entre los embarazos deseados y la aparición de tristeza materna encontramos que de los 93 deseados, 6 (6.4%) presentaron tristeza materna, y de los 7 no deseados, 2 (28.5%) presentaron tristeza materna, en cambio de los 93 deseados, 8 (8.6%) presentaron tristeza materna y 3 (42.8%)

presentaron depresión postparto. Siendo esta diferencia no significativa ( $p>0.05$ ) (Tabla 3).

### Relación con embarazos deseados y la presencia de tristeza materna y la depresión postparto

Tabla 3.					
	Tristeza Materna		Depresión Postparto		Total
	>12	<12	>12	<12	
<b>Deseado</b>	6 (6.4%)	87 (93.5%)	8 (8.6%)	85 (91.3%)	93
<b>No Deseado</b>	2 (28.5%)	5 (71.4%)	3 (42.8%)	4 (57.1%)	7
<b>Total</b>	8	92	11	89	100

Comparando la relación entre la escolaridad y la aparición de tristeza materna encontramos, que de las 51 pacientes que cursaron con secundaria 6 (11.7%) presentaron tristeza materna, además de las 23 pacientes que cursaron con preparatoria, el 1 (4.3%) cursaron con tristeza materna. Siendo esta diferencia no significativa ( $p>0.05$ ). En cambio de las 15 pacientes que cursaron con primaria, 1 (6.6%) presentó depresión postparto, de las 51 pacientes que cursaron con secundaria, 6 (11.7%) presentaron depresión postparto, de las 23 pacientes que cursaron con preparatoria, 2 (8.6%) presentaron depresión postparto, de las 8 que tenían licenciatura solo 1(12.5 %) presentó depresión postparto. Siendo estas diferencias no significativas ( $p>0.05$ ) (Tabla 4).

**Relación de la escolaridad y la presencia de tristeza materna y depresión postparto**

**Tabla 4.**

	Tristeza Materna		Depresión Postparto		Total
	SI	NO	SI	NO	
<b>Primaria</b>	0	15 (100%)	1 (6.6%)	14 (93.3%)	15
<b>Secundaria</b>	6 (11.7%)	45 (88.2%)	6 (11.7%)	45 (88.2%)	51
<b>Preparatoria</b>	1 (4.3%)	22 (95.6%)	2 (8.6%)	21 (91.3%)	23
<b>licenciatura</b>	0	8 (100%)	1 (12.5%)	7 (87.5%)	8
<b>Analfabeta</b>	1 (100%)	0	1 (100%)	0	1
<b>Total</b>	8	90	11	87	98

Comparando la relación entre el estado civil y la aparición de tristeza materna encontramos que de las 61 pacientes con unión libre, 7(11.4%) cursaron con tristeza materna y 8(13.1 %) con depresión postparto. De las 20 pacientes casadas, 1(5%) cursó con tristeza materna, al igual que con depresión postparto. Siendo estas diferencias no significativas ( $p>0.05$ ) (Tabla 5).

**Relación del estado civil y la presencia de tristeza materna y depresión postparto**

**Tabla 5.**

	Tristeza Materna		Depresión Postparto		Total
	SI	NO	SI	NO	
<b>U. libre</b>	7 (11.4%)	54 (88.5%)	8 (13.3%)	53 (86.8%)	61
<b>Casada</b>	1 (5%)	19 (95%)	1 (5%)	19 (95%)	20
<b>Soltera</b>	0	18 (100%)	2 (11.1%)	16 (88.8%)	18
<b>Separada</b>	0	1 (100%)	0	1 (100%)	1
<b>Total</b>	8	91	11	88	100

Comparando la relación de la paridad con la aparición de tristeza materna encontramos que de las 35 pacientes multigestas, 3(8.5%) presentaron tristeza materna y de las 37 pacientes primigestas, 5(13.5%) presentaron tristeza materna. Por otro lado de las 35 pacientes multigestas, 3 (8.5%) presentaron depresión postparto y de las 37 pacientes primigestas, 8(21.6%) presentaron depresión postparto. Siendo estas diferencias no significativas ( $p>0.05$ )(Tabla 6).

## Relación de la paridad y la presencia de tristeza materna y depresión postparto

**Tabla 6.**

	Tristeza Materna		Depresión Postparto		Total
	SI	NO	SI	NO	
<b>Multigesta</b>	3 (8.5%)	32 (91.4%)	3 (8.5%)	32 (91.4%)	35
<b>Primigesta</b>	5 (13.5%)	32 (86.4%)	8 (21.6%)	29 (78.3%)	37
<b>Secundigesta</b>	0	28 (100%)	0	28 (100%)	28
<b>Total</b>	8	92	11	89	100

Sin embargo, de las 28 pacientes secundigestas ninguna presento tristeza materna ni depresión postparto.

Por medio del análisis de  $\chi^2$  se valoró si había alguna relación entre las pacientes que tuvieron tristeza materna en el puerperio inmediato, y sus resultados en el puerperio tardío para un test positivo para depresión postparto, encontrando esta asociación significativa con una  $p < 0.001$ .

De esta forma podemos determinar que las pacientes con tristeza materna en el puerperio inmediato tienen un RR de 7.9 de presentar test positivo para depresión postparto que las que no presentan tristeza materna en el puerperio inmediato.

## DISCUSION

La prevalencia de la tristeza materna en nuestro estudio es baja (8%) en comparación a la reportada por la mayoría de los autores que refieren ser del 30 al 80%. Este hecho puede deberse al punto de corte que se tomó como test positivo para tristeza materna con un puntaje igual o mayor a 12, pero otros autores toman un puntaje igual o mayor a 10 puntos.

La prevalencia de test positivo para depresión postparto en nuestro estudio fue del 11%. Lo que concuerda con la bibliografía que reporta del 10 al 20%.

Debido a que la relación entre la presencia de tristeza materna y la presencia de test positivo para depresión postparto a las 4 semanas del puerperio fue significativa, podemos concluir que las pacientes con tristeza materna tienen mayor riesgo de tener un test positivo para depresión postparto en el puerperio tardío, por lo que es importante brindar información y tratamiento oportuno a dichas pacientes que resulten con tristeza materna, ya que el seguimiento en el puerperio inmediato es más frecuente que el tardío.

Mientras que en el embarazo el riesgo de descompensación aguda psiquiátrica es bajo, el postparto es un periodo con riesgo elevados de aparición de trastornos psiquiátricos.

Los episodios graves psicóticos, melancólicos, maniacos, delirantes, que desencadenan trastornos de la conducta severos, generan gran inquietud en los familiares, pero son poco frecuentes. Por otro lado los episodios depresivos o ansioso-depresivos tienen mayor frecuencia pero a menudo son subestimados y por lo general no son tratados. Sin embargo, pueden volverse crónicos y con consecuencias negativas en el desarrollo del niño. Por lo que es importante que todos los profesionales de la salud deban ser capaces de detectar esta patología depresiva en la madre e incitarla a tratarse.

Se puede considerar importante la aplicación del test de EPDS como parte de los procedimientos diagnósticos habituales en el control puerperal, con el objeto de identificar tempranamente mujeres en riesgo de desarrollar depresión postparto y de esta forma puntualizar las indicaciones pertinentes para su atención y tratamiento.

De lo contrario a lo que se pensaría la escolaridad, el estado civil, la paridad, el ser un embarazo deseado o planeado no tiene relación directa con la presencia o no de tristeza materna o de depresión postparto. Estos resultados probablemente se debieron al tamaño de la muestra.

Con respecto a la escolaridad hubo mayor tendencia a la tristeza en pacientes con secundaria comparadas con las que tenían preparatoria. También el riesgo de tristeza y depresión fue mayor en las pacientes con unión libre comparadas con las casadas. No se mostró ninguna tendencia entre los planeados y no planeados, en cambio sí ocurrió con los no deseados.

## **CONCLUSIONES**

Podemos concluir que la presencia de tristeza materna en el puerperio mediato es un factor de riesgo para la presencia de un test positivo para depresión postparto en el puerperio tardío.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fortner, R., Pekow, P., Dole, N., Markenson, G., y Chasen-Taber L. Risk factors for prenatal depressive symptoms among hispanic women. *Maternal and Child Health Journal*, 2011, 15, 1287-1295.
2. Clatworthy, J. The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. *Journal of Affective Disorders*, 2011, 137, 25-34.
3. Dennis CL, Allen K. Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No: CD006795. DOI: 10.1002/14651858.CD006795.pub2.
4. Barlow, J., McMillan, A., Kirkpatrick, S., Ghate, D., Barnes, J., y Smith, M. Health-let interventions in the early years to enhance infant and maternal mental health: A review of reviews. *Child and Adolescent Mental Health*, 2010, 15, 178-185.
5. Meijer, J., Bockting, C., Beijers, C., Verbeek, T., Stant, D., Ormel, J., et al. Pregnancy Outcomes after a Maternity Intervention for Stressful Emotions (PROMISES): Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 2011, 12, 1-8.
6. Urizar, G., y Muñoz, R. Impact of a prenatal cognitive-behavioral stress management intervention on salivary cortisol levels in low-income mothers and their infants. *Psychoendocrinology*, 2010, 36, 1480-1494.
7. Marcia Olhaberry, Marta Escobar, Pamela San Cristóbal, María Pía Santelices, Chamarrita Farkas, Graciela Rojas, Vania Martínez. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *terapia psicológica* 2013, Vol. 31, Nº 2, 249-261
8. Svanberg, P., Mennet, L., y Spieker, S. Promoting a secure attachment: A primary prevention practice model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2010, 15, 363-378.

9. Heim A, Heim N, Philippe NJ, Nuss P et Ferreri M. Troubles psychiatriques du post-partum. *Encycl Med Chir (Editions Scientifiques et Medicales Elsevier SAS, Paris) Gynecologie*, 5-110-B-10, 2000, 8p.
10. Brockington IF. Disorders specific to the puerperium. *International Journal of Mental Health* 1992; 21 (2): 41-52.
11. Stewart D. Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician* 2005; 51: 1061-3.
12. Oren D. An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 666-9
13. Cohen LS, Rosenbaum JF. Psychotropic use during pregnancy: weighing the risks. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59: 18-28.
14. Lovisi GM, López JR, Coutinho ES, Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychological Medicine* 2005; 35 (10): 1485-92.
15. Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15(1): 11-20.
16. Lartigue T. Dinámica inconsciente de la depresión perinatal. En: Kolteniuk M, et al. *El Inconsciente freudiano*. México: Editores de Textos Mexicanos; 2004, p. 139-53.
17. Bleichmar H. *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. México: Paidós; 1997.
18. Brown MA, Solchany JE. Two overlooked mood disorders in women: Subsyndromal depression and prenatal depression. *Nurs Clin North Am* 2004; 39 (1): 83-95.
19. Harris B. Biological and Hormonal Aspects of Postpartum Depressed Mood. *British J Psych* 1994; 164: 288-92.
19. González I, Lartigue T, Vázquez G. Experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia e infecciones de transmisión sexual en la gestación. *Salud Mental* 2008. En prensa

20. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Population Reports: Para acabar con la violencia contra la mujer 1999; 50 (11): 1-43.
21. Medina M, Rojas E. Mujer, pobreza y adicciones. *Perinatol Reprod Hum* 2003; 17(4): 230-44.
22. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Piontek CM, Findling RL. Prevention of postpartum depression. A pilot randomized clinical trial. *Am J Psych* 2004; 161: 1290-2.
23. Steiner M. Postpartum psychiatric disorders. *Can J Psychiatry* 1990; 35:89.
24. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *L Women's Health (Larchmont)* 2003; 12: 373-80.
25. Evans J, Heron J, Francomb H, et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323:257.
26. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:801.
27. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, et al. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 2006; 296:2582.
28. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders* 2004; 80 (1): 65-73.
29. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in pregnancy and lactation*. Baltimore:Williams and Wilkins, 1998:1-1220.
30. Elefant E, Bavoux F, et al. Psychotropes et grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000;29 (suppl 1): 43-51.
31. Cohen LS, Friedmann JM, Jefferson JW, Johnson EM, Weiner ML. A reevaluation of risk of in utero exposure to lithium. *JAMA* 1994; 271: 146-150.

32. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782.
33. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002; 347:194.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

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.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas<br>Tanto como siempre<br>No tanto ahora<br>Mucho menos<br>No, no he podido               | 6. Las cosas me oprimen o agobian<br>Sí, la mayor parte de las veces<br>Sí, a veces<br>No, casi nunca<br>No, nada                              |
| 2. He mirado el futuro con placer<br>Tanto como siempre<br>Algo menos de lo que solía hacer<br>Definitivamente menos<br>No, nada                   | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir<br>Sí, la mayoría de las veces<br>Sí, a veces<br>No muy a menudo<br>No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien<br>Sí, la mayoría de las veces<br>Sí, algunas veces<br>No muy a menudo<br>No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada<br>Sí, casi siempre<br>Sí, bastante a menudo<br>No muy a menudo<br>No, nada                              |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo<br>No, para nada<br>Casi nada<br>Sí, a veces<br>Sí, a menudo                                          | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando<br>Sí, casi siempre<br>Sí, bastante a menudo<br>Sólo en ocasiones<br>No, nunca                   |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno<br>Sí, bastante<br>Sí, a veces<br>No, no mucho<br>No, nada                                          | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma<br>Sí, bastante a menudo<br>A veces<br>Casi nunca<br>No, nunca                                       |

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad el síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 se anotan en orden inverso (Ej, 3, 2, 1 y 0).

Un puntaje mayor a 12 permite identificar a la mayoría de las mujeres con depresión posparto.

## ANEXO 2

### CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE: \_\_\_\_\_.

EDAD: \_\_\_\_\_.

OCUPACION: \_\_\_\_\_.

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_.

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_.

TELEFONO: \_\_\_\_\_.

GESTAS. PARTOS \_\_\_\_\_ CESAREAS \_\_\_\_\_ ABORTOS \_\_\_\_\_

VIA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: PARTO \_\_\_\_\_ CESAREA \_\_\_\_\_.

ESTE EMBARAZO FUE PLANEADO: SI NO .

ESTE EMBARAZO FUE DESEADO: SI NO .