

Depresión posparto y factores asociados en población derechohabiente del ISSSTE en Yucatán

Rosa González Navarrete

Ligia García López

RESUMEN

Durante el embarazo y posterior al nacimiento del hijo (puerperio) hay numerosos factores que favorecen la presencia de trastornos del estado de ánimo en las mujeres. El presente trabajo es un análisis descriptivo del síndrome denominado depresión posparto cuyo objetivo fue: Identificar la prevalencia, síntomas más frecuentes y factores asociados a la depresión posparto en pacientes de la Clínica de Medicina Familiar "Mérida" del ISSSTE en Yucatán. Se presentan los principales síntomas, los factores asociados y la prevalencia de la depresión posparto en una muestra de mujeres que acudieron a los servicios de control. Se aplicó encuesta y Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDSS, se señalan las percepciones de la mujer ante las diferentes situaciones asociadas con el hecho de ser madre, debe reconocerse prontamente y abordarse con el apoyo del equipo de salud. Se entrevistaron a 120 madres derechohabientes del ISSSTE, que cumplieron los criterios de inclusión, 49% de ellas con estudios de licenciatura, 51% de 26 a 35 años de edad, 58% su embarazo fue planeado, el 75% fue vía cesárea. La prevalencia de depresión posparto fue de 20%, de ellas el 50% fueron primigestas. Los síntomas más frecuentes reportados fueron el sentimiento de desaliento, sentimiento de culpa, irritabilidad, temor y tristeza. las variables relevantes en la existencia de mayor nivel depresivo tras el parto, es la actividad laboral ama de casa y la existencia de patología neonatal.

INTRODUCCION

Es bien sabido que en todos los campos de la medicina hay que actuar en función de la ciencia y el arte del diagnóstico y tratamiento, la depresión postparto no escapa a ello, por lo que ha sido definida como cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento empieza entre las cuatro a seis semanas de posparto, el cuadro clínico es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, teniendo el humor deprimido y falta de placer en las actividades (anedonia) como síntomas cardinales, sin embargo, la depresión postparto posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica. (Arranz L y col. 2008).

El cuadro se caracteriza por llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas. Son frecuentes también los sentimientos de culpa en la madre por no querer y/o cuidar a su hijo lo suficiente, casi siempre están presentes síntomas de ansiedad, trastornos del humor acompañando o inclusive superando a los síntomas de depresión.

La descripción inicial del cuadro fue señalada en 1968, cuando se denominó esta entidad como "depresión atípica del postparto" (Pitkin R.

1993). Otra característica son los conflictos y dificultades con el recién nacido como son: dificultades e inseguridad en el rol materno, ambivalencia y rechazo a ser madre, problemas de comunicación, factores sociales, económicos e interpersonales, lo que tiene como consecuencia maltrato o descuido del recién nacido, la mujer afectada raramente comenta su estado con los profesionales de la salud, se esfuerza por seguir desempeñando sus obligaciones del cuidado de hijos y marido (Morris J. y col 2003).

Es difícil determinar la prevalencia real de la depresión postparto, porque los estudios que se reportan en la bibliografía difieren en lo que se refiere a metodología y poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que de 10 a 20% de las mujeres que dan a luz son afectadas por esta entidad clínica (Coronel y col 2004).

Hay que señalar que a pesar de que su prevalencia supera la correspondiente a patologías obstétricas como preeclampsia, parto prematuro o diabetes gestacional. La depresión postparto es habitualmente subdiagnosticada en los centros de atención médica, e incluso en centros especializados en la atención de la mujer, lo anterior resulta muy 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 (Kumar Cha y col 2002), pudiendo causar en los hijos alteraciones psicológicas en el corto y largo plazo (Brown C. S. y col. 2003; Orejarena S. J. 2004; Bennett H A y col 2004), además de ser un factor que influye para que integrado a otras circunstancias puede acompañar un mayor riesgo de separaciones y divorcios (Ibone O. y col 2006).

Para realizar el diagnóstico de depresión postparto es necesaria una entrevista clínica cuidadosa, cuyo tiempo de duración ha sido estimado en 45 a 60 minutos (Prathikanti S. 2000). Resulta evidente que sería impracticable aplicar esta entrevista a todas las parturientas, por lo que es necesario usar alguna prueba de rastreo, que permita seleccionar a las madres que necesitarán una evaluación diagnóstica. La prueba más utilizada para ese objetivo es la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo, que desde su publicación viene siendo empleada y validada en varios países con diferentes culturas siendo traducida al menos a 23 idiomas tiene una sensibilidad de 86% y valor predictivo de 73%. (Ortega L., Pichot P. 2000)

La depresión en la mujer, se presenta con una frecuencia casi del doble de la del hombre. Se considera que los factores hormonales influyen para que se presente tasa más alta de depresión en la mujer.

En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia.

Aunado a lo anterior existen condiciones que influyen para incrementar el stress en el que vive la mujer que se convierte en madre, con las responsabilidades que implica el cuidado de los niños, en especial en la primera etapa de vida, si esto va acompañado de la responsabilidad de un empleo que permita un ingreso económico para el mantenimiento del hogar, algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras y no contar con apoyo económico del padre de su hijo.

Las mujeres tienen riesgo de deprimirse después del nacimiento de un bebé. Lo anterior se presenta asociado con los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida. Aunque las mujeres que son madres por primera vez comúnmente tienen periodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es normal, puede ser depresión postparto, por lo que requiere tratamiento integral.

Las pacientes con depresión postparto requieren tratamiento que debe ser proporcionado por un equipo de salud, que incluye en primer lugar al médico clínico quien realiza el diagnóstico, el personal de enfermería, trabajo social, psicólogo, con

el fin de dar tratamiento integral y apoyo emocional a la unidad familiar, los cuales son necesarios para que la nueva madre recupere su bienestar físico y mental. Lo anterior permite que la madre tenga la oportunidad de poder disfrutar el cuidado de su hijo(a).

OBJETIVO

En el 2006 el ISSSTE instaló la primera Clínica de Depresión Posparto de América Latina, en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre como propuesta de un protocolo de investigación, se brinda una atención multidisciplinaria con el principal objetivo de desarrollar sistemas de detección oportuna y tratamientos eficaces. Esta clínica confirma que la depresión posparto representa gran importancia en la salud de las mujeres por lo que es necesario realizar más estudios en nuestro medio sobre este padecimiento y lograr la identificación y atención del equipo de salud tal como se realizan en otros países.

Identificar la prevalencia, síntomas más frecuentes y factores asociados a la depresión posparto así como determinar la prevalencia del test positivo para depresión posparto según la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, en puerperas atendidas en CMF Mérida y en el Hospital Regional Mérida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo observacional, transversal, exploratorio del campo de la salud pública, las participantes fueron identificadas en las salas de espera de los consultorios de gineco y pediatría, de la Clínica de Medicina Familiar "Mérida" y el Hospital Regional, donde las mujeres llevan a sus hijos para consulta pediátrica de control. Se tomó una muestra por conveniencia. La evaluación fue ofrecida a un total de 120 mujeres quienes aceptaron participar previo registro de consentimiento informado, se procedió a realizar la entrevista y aplicación de la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo (EPDS), de octubre de 2007 a mayo de 2008. Los criterios de inclusión fueron haber resuelto su parto 8 a 12 semanas previas a la entrevista, procediendo a su localización en las listas de asistentes de los consultorios. La encuesta incluyó su identificación, antecedentes ginecoobstétricos, condiciones de salud y estado de ánimo, la escala de depresión posparto de Edimburgo presenta a la puérpera 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de cero a tres puntos de acuerdo a la severidad de los síntomas (ítems 3, 5 -10 tienen puntuación reversa, ejemplo: 3, 2, 1 y 0) de modo que al final de la prueba el puntaje varía entre cero y treinta



puntos. Un puntaje igual o superior a 10 se considera como prueba positiva, e indica riesgo para depresión postparto que justifica la realización de una entrevista diagnóstica.

Una vez que la derechohabiente aceptaba participar era llevada a un área reservada, acompañada solamente por su hijo, donde se obtenían sus antecedentes demográficos, obstétricos, tipo de parto y si el embarazo fue programado o accidental. A continuación eran ofrecidas informaciones sobre los motivos de la investigación y de la importancia de responder el test adecuadamente, enfatizando libertad de tiempo para responder. Posteriormente los resultados fueron analizados.

Se excluyeron del estudio a las pacientes que reportaron enfermedades sistémicas concomitantes, diagnóstico previo de otras enfermedades psiquiátricas (trastorno bipolar, esquizofrenia) y neurológicas (Alzheimer, Huntington, Parkinson), aquellas que reportaron embarazo múltiple o con alguna patología

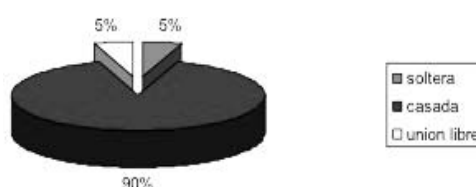
Las mujeres estudiadas fueron separadas, al final entre aquellas que presentaron un cuadro depresivo en el posparto y las que no lo tuvieron, entre estos dos grupos se compararon los diferentes factores estudiados. Posteriormente se procedió a aplicar las pruebas estadísticas de correlación.

Algunas variables fueron edad, estado civil, escolaridad, ocupación, menarca, primigesta o multigesta, inicio de vida sexual activa, embarazo no planeado entendiendo este como el embarazo no deseado en el momento de la concepción, ya sea inoportuno o totalmente no deseado. Se presentan algunas opiniones de las participantes sobre la percepción de su estado de ánimo y los factores que influyen.

RESULTADOS

Se reportaron 298 mujeres gestantes en el periodo de octubre 2007 a mayo 2008, de ellas se logro entrevistar a 120 (40%) pacientes en posparto que cumplieron con los criterios de inclusión y que fueron localizadas durante el tiempo seleccionado.

Características sociodemográficas: La distribución de la edad en el grupo estudiado se observa que 87 (72.5%), pacientes se encuentran entre los 26 a 35 años, 18 (15 %) de 36 a 45 años, 15 (12.5 %) de 16 a 25 años las más jóvenes. La media fue de 22 años. El 90% reportaron ser casadas. (Gráfica 1)

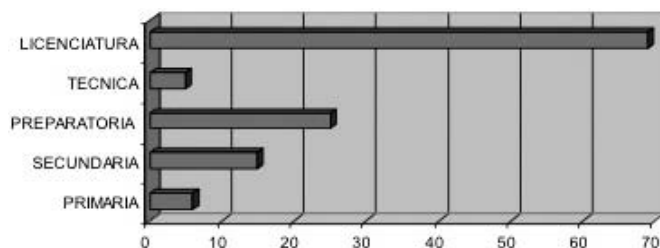


Gráfica 1

Mujeres entrevistadas según estado civil.

Fuente: Entrevistas aplicadas en CMF Mérida y el H RL ISSSTE, Yucatán, 2007-2008 (N=120)

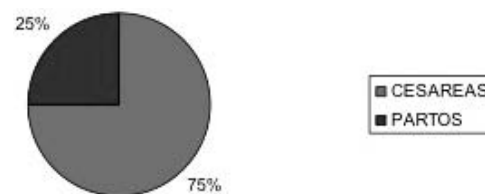
En relación a la escolaridad se reportó que predominaron las mujeres que tenían educación universitaria. (Gráfica 2)



Gráfica 2
Escolaridad de las entrevistadas.

Fuente: Entrevistas aplicadas en CMF Mérida, y el H RL ISSSTE. Yucatán. 2007-2008 (N=120).

En relación a la vía por la cual se resolvió la gestación, se reportó que fue por vía de intervención quirúrgica en el 75% de los casos. (Gráfica 4)



Gráfica 4
Vía de resolución del embarazo.

Fuente: Entrevistas aplicadas en CMF Mérida y el H RL ISSSTE. Yucatán. 2007-2008 (N=120).

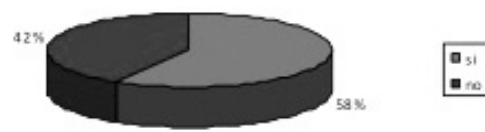
La ocupación que predominó fue el sector de la educación, así como personal administrativo en las diferentes dependencias del sector federal, siendo esto en el 59% de las entrevistadas. (Gráfica 3)



Gráfica 3
Ocupación de las mujeres entrevistadas.

Fuente: Entrevistas aplicadas en CMF Mérida y el H RL ISSSTE. Yucatán. 2007-2008 (N=120).

Al cuestionamiento de si el embarazo había sido planeado, se señala que en el 58% de los casos si lo tenían considerado y lo habían deseado. (Gráfica 5)

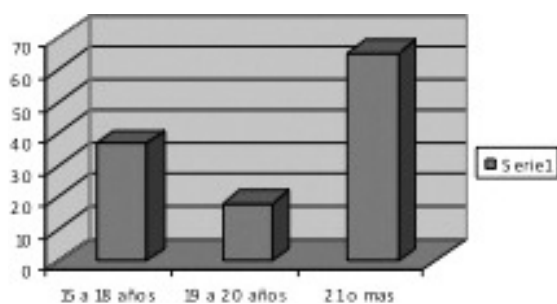


Gráfica 5
Embarazo planeado en el total de las entrevistadas.

Fuente: Entrevistas aplicadas en CMF Mérida y el H RL ISSSTE. Yucatán. 2007-2008 (N=120).

En relación a la economía se les preguntó quién se hacía cargo de los gastos del hogar, 60 participantes señalaron que ellas y sus parejas compartían esta responsabilidad, 49 madres reportaron que solamente su pareja, 10 son mujeres independientes económicamente y una depende de sus padres.

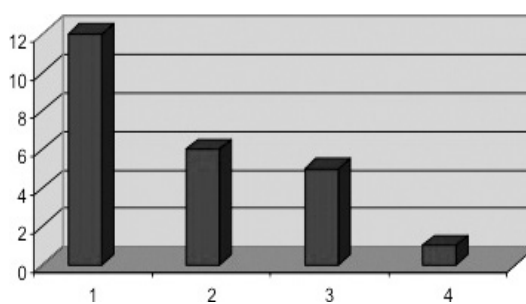
Como se observa en la siguiente gráfica en este grupo poblacional, predominó el inicio de vida sexual a los 21 años o más, que probablemente se encuentra relacionado con la escolaridad y las oportunidades que presenta por su formación y posterior ingreso a la vida laboral. (Gráfica 6)



Gráfica 6

Inicio de vida sexual activa.

Fuente: Entrevistas aplicadas en CMF Mérida y el H RL ISSSTE. Yucatán. 2007-2008 (N=120).



Gráfica 8

Número de embarazo y posible depresión.

Fuente: Entrevistas aplicadas en CMF Mérida y el H RL ISSSTE. Yucatán. 2007-2008 (N=24).

Al aplicar la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo (EPDS), 24 (20%) entrevistadas presentaron un posible cuadro depresivo en el posparto, quienes presentaron un puntaje positivo de 10 o más lo que se puede considerar como indicativo par la realización de entrevista diagnóstica y atención del equipo de salud. Se observa que de ellas el 83% fue resuelto su embarazo por vía quirúrgica. (Gráfica 7)



Gráfica 7

Vía de resolución del embarazo en pacientes con depresión posparto.

Fuente: Entrevistas aplicadas en CMF Mérida y el H RL ISSSTE. Yucatán. 2007-2008 (N=24).

En relación al número de embarazo se reporta que 12 (50%) fue su primer embarazo. (Gráfica 8)

A la pregunta de si fue planeado su embarazo, 13 (54%) señal que no fue planeado. (Gráfica 9)



Gráfica 9

Depresión y embarazo.

Fuente: Entrevistas aplicadas en CMF Mérida y el H RL ISSSTE. Yucatán. 2007-2008 (N=24).

Sobre su ocupación se reporta que en predomino las pacientes que tenían como actividad el estar dedicadas a su hogar en el 67%. (Gráfica 10)



Gráfica 10

Ocupación de mujeres con posible depresión.

Fuente: Entrevistas aplicadas en CMF Mérida y el H RL ISSSTE. Yucatán. 2007-2008 (N=24).

Al identificar el grupo de edad y la vía de obtención del parto con

depresión posparto se observa que este se presentó con mayor frecuencia en el grupo de 31 a 35 años.

Relación de pacientes con posible depresión por grupo de edad y vía de obtención			
Grupo de edad	Partos	Cesáreas	TOTAL
16-20	0	2	2
21-25	0	4	4
26-30	1	4	5
31-35	3	8	11
36-40	0	2	2
TOTAL	4	20	24

Como complemento al estudio los comentarios de las participantes, reportan que seis de ellas habían sufrido depresión posparto en embarazo previo y que habían recibido atención psicológica, se habían preparado encontrándose bien después de su segundo parto.

Las participantes que presentaron posible depresión señalaron que al ser su primer embarazo sentían temor y angustia por no saber desempeñarse como nuevas mamás, la educación que en un futuro tendrían que darle y no ser "buenas madres", así como no contar con el apoyo de su pareja.

Cuando se reportó que el embarazo no fue planeado, sentían que el bebé les ocasionaba "descontrol en sus vidas" porque ya tenían hijos mayores, cuando la edad de la madre fue de 37 años o más "volver a empezar me estresa". En relación a las

2 madres jóvenes de 15 y 17 años, reportaron sentirse muy mal de estado de ánimo, no tenían el apoyo emocional e instrumental de una pareja, solo contaban con sus padres, su futuro lo sentía incierto y lloraban constantemente.

En relación a lo económico, cuando solo la pareja trabaja, la situación es difícil con la llegada de un nuevo miembro, en especial porque el antecedente de un hijo que padecía síndrome de Dow, por lo que el cuidado de los dos requiere mucho esfuerzo por parte de todos los miembros de la familia por lo que se sentía susceptible "cualquier cosa me causa llanto y tristeza".

Otra entrevistada reportó que durante el embarazo se "sintió triste y lloraba con angustia y ansiedad sin motivo" teniendo lo económico y su relación de pareja estable, señalando que "no tengo motivo para sentirme así" y después de nacer el bebé todavía persiste el estado de ánimo deprimido.

Otra madre señaló que el ambiente familiar se encuentra en conflicto por situación de separación conyugal, no recibe apoyo, la paciente reportó que no puede controlar sentirse triste, junto con rechazo de sus otros hijos, lo que ha generado angustia.

En relación al cambio de domicilio, la entrevistada señala que le ha causado mucho conflicto con su esposo, porque ambos viven en casa



de sus suegros y comento que influyen mucho en su relación, ocasionando llanto continuo "me siento triste y desgraciada"

Cuando el hijo(a) presenta alguna patología y tiene que quedarse en el hospital, la mama comento que le ha causado "llanto, decaimiento"

Los comentarios de las entrevistadas señalan diversos factores que influyen para que se presente el estado de ánimo deprimido, en diferente grado, de los cuales podemos señalar la importancia de las personas que rodean a la madre y al hijo(a) como son la pareja, los padres, suegros, hijos mayores, quienes pueden brindar apoyo.

La condición de salud de la madre y su hijo. Las condiciones económicas. Si el embarazo fue planeado o no, y si a pesar de ello este fue aceptado. El período intergenésico así como el nivel de autoestima de la madre, que influye para enfrentar las condiciones adversas que se puedan presentar durante esta etapa.

DISCUSIÓN

Durante la primera semana después del nacimiento, alrededor del 80% de las mujeres experimentan cambios en el ámbito psicológico caracterizados por irritabilidad, sensibilidad extrema, ansiedad, angustia y depresión. En la mayor parte de los casos tiende a desaparecer en forma espontánea en el lapso de dos semanas.

Sin embargo. En un porcentaje del 10 al 20% según bibliografía revisada el cuadro persiste y se profundiza hasta constituir el síndrome de depresión postnatal o posparto, que debe reconocerse prontamente y abordarse profesionalmente, lo cual concuerda con lo reportado en este estudio donde las mujeres con probable depresión posparto fue de 24 (20%) de un total de 120 entrevistadas.

Sin embargo existe el antecedente de un estudio realizado en el 2006 en el Hospital Materno Infantil (HMI) de los Servicios de Salud de Yucatán (SSY) que reporta prevalencia de DPP en 106 (33%) de un total de 320 encuestas, estas diferencias pueden deberse a las condiciones sociales y económicas entre ellas: en relación con la escolaridad, en el HMI 36% primaria y 42% algún grado de secundaria a diferencia de las derechohabientes del ISSSTE donde se reportó predominio de licenciatura. El estado civil fue de solamente 36% casadas en el HMI y de 90% en el ISSSTE, en relación con la vía de resolución del parto por cesárea se observa 42 (40%) en el HMI y de 20 (83%) en el ISSSTE, las referencias revisadas reportan a las mujeres poscesáreas con mayor prevalencia para depresión postnatal. En relación al número de embarazos se reporta primigesta en el 57% en el HMI y de 50% en el ISSSTE cabe mencionar que la bibliografía consultada señala que los casos de

depresión posparto disminuyen de acuerdo al número de embarazo. En relación a la pregunta si el embarazo fue planeado o no, se observa que en 69 (65%) las pacientes del HMI reportaron que no y en 13 (54%) de los casos del ISSSTE, algunas mujeres refirieron que su embarazo no estaba planeado pero mostraron aceptación durante el embarazo y después del nacimiento de su hijo.

De acuerdo con los datos obtenidos 85% de las mujeres con depresión posparto refirieron sentimientos de tristeza, culpa, irritabilidad, temor y ansiedad en el embarazo, por lo que se considera que durante el control prenatal es posible obtener datos sobre las mujeres en riesgo de padecer depresión durante el puerperio, los síntomas son similares a los reportados en la bibliografía consultada.

En las mujeres entrevistadas que presentaron depresión posparto predominó entre los síntomas reportados el sentimiento de desaliento (siente que las cosas la superan), en especial el aspecto económico y la presencia de un familiar enfermo de gravedad fueron de los problemas más reportados.

Para la detección de la depresión posparto existen varias herramientas, en este estudio se empleó la Escala de Depresión posparto de Edimburgo, por su rapidez para el llenado, sencillez y por contar con la versión validada en español.

Los resultados encontrados coinciden con la literatura revisada, debido a la naturaleza de la depresión posparto y la tendencia de la madre a negar sus sentimientos como un síntoma más de una enfermedad, la depresión posparto debe ser atendida por el médico de atención primaria, por estar en un lugar clave para detectar y tratar esta enfermedad. Para realizar esto se debe desarrollar la capacidad para detectar síntomas depresivos.

Las mujeres con factores de riesgo significativos serían objeto de un seguimiento más estrecho. Para los médicos de atención primaria significaría preguntar en cada visita cómo se siente la futura madre e indagar sobre factores de riesgo (situación social desventajosa, ausencia de apoyo familiar, embarazos no deseados, relaciones de pareja disruptivas, etc.).

Se puede considerar un modelo donde se agrupan los factores con el desarrollo de la depresión posparto como son:

- Los factores relacionados con la paciente desde su gestación, entre ellas considerar la edad de la madre, la presencia de un cuadro depresivo como antecedente o desde el embarazo como indicadores de riesgo, en este momento consideramos susceptibilidad vinculada a dimensiones biológicas de la persona.



- Los factores vinculados a la relación de pareja, su presencia o ausencia, calidad de la relación que incluye grado de satisfacción actual con su relación, lo anterior corresponde a lo reportado en otros estudios similares para identificación de la Depresión posparto.
- Los factores psicosociales donde se incluye nivel socioeconómico y el apoyo social. No es fácil que la mujer reconozca estar deprimida en parte por el significado estigmatizante de la enfermedad y por la sensación de haber fallado como madres. Es más frecuente que se muestre encubierta en forma de quejas repetidas sobre la salud del niño: reflujo, cólico, problemas del sueño con los que no son capaces de resolver. Es por ello muy importante un abordaje, que no enjuicie, que aporte cuidados y propicie el autocuidado, así como soporte familiar.

Repetidos estudios nos indican como **tratamiento de primera línea** la **psicoterapia** bien cognitivo-conductual o interpersonal. Han mostrado mayor efectividad en diferentes estudios las intervenciones individuales que las grupales. Y las dirigidas a "madres de riesgo" más beneficiosas que las que incluyen madres en general. La terapia cognitivo-conductual se ha visto más efectiva si la ansiedad materna es el síntoma dominante.

Como **segunda línea el tratamiento farmacológico**. Se ha visto que en estas pacientes se tiende a usar tratamiento menos agresivo tanto en dosis (infradosificación) como en duración (más corta de lo aconsejado). Esto favorece el riesgo de secuelas, recurrencias o refractariedades que complican el cuadro.

La **tristeza posparto** generalmente no produce deterioro funcional y no requiere tratamiento farmacológico específico. Si bien es una situación que requiere nuestra alerta ante el posible desarrollo posterior de una depresión franca.

La **depresión posparto sin psicosis** deberá tratarse como las otras formas de depresión. Y en cuanto a la **psicosis posparto** precisará tratamiento intenso y en muchas ocasiones hospitalización.

Las pacientes en esta situación no suelen ser receptivas al tratamiento farmacológico, pero deberá instaurarse si la depresión es grave o no responden a intervenciones psicosociales. Aunque el componente de ansiedad puede tardar más en responder se han visto efectivos sobre la sintomatología depresivos

La principal limitación de este estudio es el corto periodo de tiempo que abarcó, pero se considera que sirve de preámbulo para la realización de más estudios que nos permitan conocer la prevalencia de la depresión posparto en las mujeres en los diferentes

centros de atención de salud y conocer el comportamiento de los diversos factores asociados a la depresión. Los resultados nos permiten demostrar que la depresión posparto estuvo presente en las pacientes entrevistadas y que ha sido subdiagnosticada.

CONCLUSIONES

Entre los síntomas depresivos más frecuentes se reportó el sentimiento de desaliento (siente que las cosas la superan o la sobrepasan)

La depresión posparto en este estudio fue de 20%, consideramos que tiene una elevada prevalencia, sin embargo está infradiagnosticada.

Es el equipo de atención primaria el que está en la situación más privilegiada para poder detectar dichos procesos.

La depresión posparto tiene consecuencias devastadoras en la familia, por esta razón el equipo de salud tiene que estar adecuadamente entrenado para detectar este problema, de forma precoz evitando sus complicaciones.

Para realizar el diagnóstico es fundamental sospecharlo, y seguir de cerca a aquellas madres con factores de riesgo, realizando descartarla alrededor de la sexta semana posparto.

La depresión sin psicosis es más frecuente en mujeres con antecedentes depresivos, estrés psicosocial y trastornos de la alimentación. Debe ser buscada también en mujeres tras un aborto.

Se sugiere capacitación al personal de salud para realizar prevención y rastreo en todas las mujeres en este período. Existen herramientas, como la escala de depresión posnatal de Edimburgo, que han demostrado su efectividad para el cribaje

Es importante identificar a las mujeres en riesgo de padecer depresión posparto y brindar un tratamiento adecuado pues la forma en atender la depresión posparto afectará a numerosos aspectos futuros de la vida de la mujer, incluyendo su autoestima, su capacidad mental y el desarrollo de sus hijos, su profesión y sus relaciones con su pareja y familia.

Se postula como tratamiento de primera línea la psicoterapia cognitivo-conductual o interpersonal que se ha demostrado efectiva. La clave en el seguimiento viene marcada por la posibilidad de desarrollar cuadros futuros de depresión mayor y recaídas en los siguientes embarazos. Se debe considerar la terapia de grupo porque consigue romper el aislamiento de la madre y permite disminuir los costos.

Sería necesario que la experiencia adquirida en la clínica de depresión posparto del centro médico Nacional 20 de noviembre, se difundiera entre el personal de salud a nivel nacional. Implementar las medidas necesarias para atender este padecimiento en todo el país. El plan de tratamiento incluye a todo el personal de salud que atiende el binomio madre-hijo. 



REFERENCIAS

- Ortega L, Lartigue T, Figueroa M. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reproducción Humana*, 2001
- Arranz L., Aguirre W., Ruiz J., Gaviño S., Cervantes J., Carsi E., Camacho M., Ochoa M. Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. *Ginecología y Obstetricia*, México. 2008;76 (6), 341-8.
- Pitkin Roy M., Scout James R. Depresión en mujeres. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas* 1993. Mc Graw-Hill Interamericana. Vol.: 3:541-551
- Coronel Pérez Pedro. La depresión en la práctica ginecológica. *Revista de la Universidad Veracruz, La ciencia y el Hombre*. Vol XVI No. 3 sept-dic 2004.
- Espíndola, José Gabriel *et al*. Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edinburgh, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol. Reproducción Humana*, México, v. 18, n. 3, 2004.
- Ascaso T., M. Tarragona J., Aguado J., y col. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Medicina clínica*, ISSN 0025-7753, Vol. 120, N°. 9, 2003, págs. 326-329
- Rivas Alpuche David. Prevalencia de la depresión posparto factores asociados en el Hospital Materno Infantil de Mérida, Yucatán. 2006. Facultad de Medicina de la UADY tesis.
- Brown CS., Bertolet BD. Hemorragia posparto y puerperio anormal. En: Alan H. De Cherney, Lauren Nathan. *Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos*. 8ª Ed. México. Manual Moderno. 2003; p. 613 -614.
- Kumar Channi, O'Dowd Lorien. Problemas psiquiátricos relacionados con el parto. En: William. M. Barron, Marshall D. Lindheimer. *Trastornos médicos durante el embarazo*. 3ª Ed. México. Editores Harcourt. 2002; p. 611-633.
- Orejarena S. J. Trastornos afectivos posparto; Revisión de tema. *MED. UNAB* 2004; 7:134-139.
- Bennett Heather A., Einarson Adrienne, Taddio Ana, Koren Gideon, Einarson Thomas, *et al*. Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 2004; 4: 698 -709.
- Ibone O. Gainza I. Alternativa al tratamiento psicofarmacológico de madres lactantes con depresión posparto en atención primaria. 2006.
- Espíndola José G. Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edinburgh, en pacientes obstétricas del Instituto nacional de perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004; Vol. 18(3):179-186
- Alvarado R, Rojas M, Monardes J y col. cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Revista Chilena de Neuro- psiquiatría* 2000.
- Chávez M., González I.; Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. *Estrategia metodológica para una mirada sociocultural*. *Rev. Diversitas* 2008. Vol. 4 No. 1.

