

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Ginecología y Obstetricia



**TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN EL
PUERPERIO: FACTORES PSICOSOCIALES
PREDISPONENTES.**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Montserrat García Vega

Bajo la dirección de los doctores

José Manuel Hernández García
José Carlos Mingote Adán
Eloy Muñoz Gálligo

Madrid, 2010

ISBN: 978-84-693-9426-7

© Montserrat García Vega, 2010

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA

Y OBSTETRICIA



TESIS DOCTORAL

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN EL PUERPERIO

FACTORES PSICOSOCIALES PREDISPONENTES

MONTSERRAT GARCÍA VEGA

Directores de Tesis:

Prof. Dr. José Manuel Hernández García

Dr. Jose Carlos Mingote Adán

Dr. Eloy Muñoz Gálligo

Madrid, 2010

ÍNDICE

PAG

1. <u>INTRODUCCIÓN</u>	2
2. <u>REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</u>	4
2.1 Antecedentes y estado actual del tema.....	4
2.1.1 Antecedentes históricos.....	4
2.1.2 ¿Qué es la depresión?.....	6
2.1.2.1 Epidemiología y etiología.....	6
2.1.2.2 Clasificación y diagnóstico.....	15
2.1.2.2.1 Clasificación CIE 10.....	15
2.1.2.2.2 Clasificación DSM IV.....	15
2.1.2.2.3 Diagnóstico.....	26
2.1.3 La depresión en la mujer.....	30
2.1.3.1 La depresión puerperal.....	31
2.1.3.1.1 Método de screening.....	38
2.1.3.1.2 Factores de riesgo.....	40
2.1.3.1.3 Morbilidad en el recién nacido.....	41
2.1.3.1.4 Tratamiento.....	42
2.1.3.1.5 Depresión posparto con psicosis.....	44
2.1.3.1.6 Interrupción voluntaria del embarazo.....	45
2.1.3.1.7 Puntos clave.....	46

2.1.3.2 La depresión en la inmigración.....	47
2.1.3.2.1 Trastornos psicológicos.....	50
2.1.3.2.1.1 Trastornos adaptativos.....	51
2.1.3.2.1.2 Clasificación de los trastornos adaptativos	52
2.1.3.2.2 Diagnóstico de la patología psiquiátrica en la población inmigrante.....	53
3. <u>OBJETIVOS</u>.....	54
3.1 Hipótesis.....	54
3.2 Objetivo principal.....	54
3.2 Objetivos secundarios.....	54
4. <u>MATERIAL Y MÉTODO</u>.....	55
4.1 Material de estudio. Cálculo del tamaño muestral. Criterios de inclusión y exclusión.....	55
4.1.1 Criterios de inclusión.....	55
4.1.2 Criterios de exclusión.....	56
4.1.3. Entrevista clínica.....	56
4.1.3.1 Variables recogidas en la historia clínica.....	57

4.1.3.2 Cuestionarios-escalas.....	58
4.1.3.2.1 Cuestionarios-escalas al iniciar el estudio.....	58
4.1.3.2.2 Cuestionarios-escalas en el puerperio.....	60
4.1.4 Condiciones éticas.....	60
4.2 Metodología.....	60
4.2.1 Diseño del estudio y cronología.....	60
4.2.2 Método informático.....	61
4.2.3. Método estadístico.....	61
4.2.3.1 Variables cuantitativas y cualitativas.....	61
4.2.3.2 Cálculo de odds ratio.....	62
4.2.3.3 Cálculo de la sensibilidad y especificidad del test EPDS.....	62
4.2.4 Definiciones.....	63
4.2.5 Abreviaturas utilizadas.....	64
4.2.6 Bibliografía.....	65

5. RESULTADOS

5.1. Variables anteriores al periodo gestacional.....	66
5.2 Variables recogidas durante el periodo gestacional.....	72

5.3 Variables recogidas durante el parto.....	80
5.4 Variables recogidas durante el puerperio.....	83
5.5 Resultados de los Cuestionarios y Escalas.....	85
5.5.1 Cuestionarios y Escalas al entrar en el estudio.....	85
5.5.1.1 Cuestionario de Salud General Goldberg.....	86
5.5.1.2 Escala de Alexitimia, Cuestionario de Estrés percibido y de Calidad de Vida.....	88
5.5.1.2 .1 Variables relacionadas con puntuar > 0,3 en cuestionario estrés percibido.....	89
5.5.1.3 Escala de Control Percibido de Salud.....	90
5.5.2 Cuestionarios realizados durante el puerperio.....	91
5.6 Diagnóstico psiquiátrico final.....	93
5.7 Comparativa descriptiva mujeres recibieron psicoeducación / no recibieron.....	95
5.8 Población inmigrante.....	103
5.8.1 Comparativa descriptiva mujeres inmigrantes-autóctonas.....	103
5.8.2 Características de la población inmigrante.....	112
5.9 Factores predisponentes a precisar evaluación psiquiátrica durante la gestación.....	116

5.10 Factores predisponentes a precisar evaluación psiquiátrica durante el posparto.....	123
5.11 Factores que incrementan el riesgo de depresión en el posparto.....	131
5.12 Factores que incrementan el riesgo de trastorno adaptativo en el posparto.....	135

6. DISCUSIÓN

6.1 Discusión. Prevalencia, características maternas, curso durante el embarazo, parto y puerperio.....	147
6.1.1 Prevalencia.....	147
6.1.2 Características maternas.....	149
6.1.2.1 Edad materna.....	149
6.1.2.2 Paridad, interrupciones voluntarias de la gestación, abortos espontáneo y muertes fetales intraútero.....	149
6.1.2.3 Hábitos tóxicos.....	150
6.1.2.4 Cuidados pregestacionales.....	151
6.1.3 Factores relacionados con el curso del embarazo.....	152
6.1.4 Factores relacionados con el curso del parto.....	152
6.1.5 Factores relacionados con el puerperio.....	154

6.2 Factores psicosociales predisponentes e inmigración.....	155
6.3 Diagnóstico precoz.....	160
6.4 Medidas preventivas.....	163
7. <u>CONCLUSIONES</u>	166
8. <u>BIBLIOGRAFÍA</u>	169
9. <u>ANEXOS</u>	187
ANEXO I (Psicoeducación).....	187
ANEXO II (Historia clínica).....	190
ANEXO III (Escala y Cuestionarios realizados al entrar en el estudio).....	193
ANEXO IV (EPDS realizado en el puerperio).....	205
ANEXO V (Consentimiento informado).....	207

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

1. ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.....	67
TABLA 2.....	69
TABLA 3.....	70
TABLA 4.....	70
TABLA 5.....	71
TABLA 6.....	72
TABLA 7.....	73
TABLA 8.....	75
TABLA 9.....	77
TABLA 10.....	78
TABLA 11.....	79
TABLA 12.....	81
TABLA 13.....	82
TABLA 14.....	84
TABLA 15.....	87
TABLA 16.....	88
TABLA 17.....	89
TABLA 18.....	92
TABLA 19.....	94
TABLA 20.....	95

TABLA 21.....	96
TABLA 22.....	97
TABLA 23.....	97
TABLA 24.....	98
TABLA 25.....	99
TABLA 26.....	100
TABLA 27.....	101
TABLA 28.....	102
TABLA 29.....	102
TABLA 30.....	103
TABLA 31.....	104
TABLA 32.....	105
TABLA 33.....	106
TABLA 34.....	107
TABLA 35.....	108
TABLA 36.....	109
TABLA 37.....	110
TABLA 38.....	110
TABLA 39.....	111
TABLA 40.....	112
TABLA 41.....	114
TABLA 42.....	115
TABLA 43.....	117

TABLA 44.....	118
TABLA 45.....	119
TABLA 46.....	119
TABLA 47.....	120
TABLA 48.....	121
TABLA 49.....	122
TABLA 50.....	123
TABLA 51.....	124
TABLA 52.....	125
TABLA 53.....	126
TABLA 54.....	126
TABLA 55.....	127
TABLA 56.....	128
TABLA 57.....	129
TABLA 58.....	129
TABLA 59.....	130
TABLA 60.....	130
TABLA 61.....	130
TABLA 62.....	131
TABLA 63.....	132
TABLA 64.....	133
TABLA 65.....	133
TABLA 66.....	134

TABLA 67.....	135
TABLA 68.....	136
TABLA 69.....	136
TABLA 70.....	137
TABLA 71.....	138, 139 y 140
TABLA 72.....	141 y 142
TABLA 73.....	143, 144, 145 y 146

2. ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.....	66
GRÁFICO 2.....	74
GRÁFICO 3.....	73
GRÁFICO 4.....	80
GRÁFICO 5.....	83
GRÁFICO 6.....	85
GRÁFICO 7.....	86
GRÁFICO 8.....	90
GRÁFICO 9.....	91
GRÁFICO 10.....	93
GRÁFICO 11.....	93

1. INTRODUCCIÓN

La depresión mayor es el trastorno mental más frecuente y tiene un 3,9% de prevalencia año y un 10,5% de prevalencia –vida, según el estudio ESEMed –España. El 15% de la población la padecerá y lo cierto es que casi 1 de cada 5 personas va a deprimirse a lo largo de su vida y que el 80% de estas personas consultarán por síntomas físicos como depresión “enmascarada” (dolor, fatiga, adelgazamiento...) a médicos no psiquiatras, convencidos de padecer una verdadera enfermedad ¹.

Dicha depresión tiene lugar hasta en el 10% de los enfermos nuevos que consultan en Atención Primaria, por lo que es necesario que el médico general y el de cualquier especialidad conozca los síntomas característicos y sus principales tratamientos. Es fundamental la detección precoz y el tratamiento eficaz de los casos leves – moderados así como derivar los casos más graves a los servicios de Salud Mental para que reciban el tratamiento de los especialistas ^{2,3}.

Es una enfermedad de carácter progresivo que afecta a todo el organismo si no se trata eficazmente y que tiene una elevada morbilidad somática asociada. Es responsable de una elevada mortalidad prematura, sobre todo por mediar en conductas suicidas (15-20% de los pacientes con enfermedad depresiva se suicidan) y en varias enfermedades médicas graves como hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, diabetes, trastornos de la alimentación, alcoholismo, tabaquismo...^{4,5}. La discapacidad asociada es mayor que la producida por enfermedades crónicas tales como artritis reumatoide, diabetes, hipertensión arterial y enfermedades pulmonares. De acuerdo con los estudios del Banco Mundial la depresión es actualmente la principal causa de morbilidad y de discapacidad en el mundo después de las enfermedades cardiovasculares. Se estima que para el año 2020 la depresión mayor será la segunda causa de carga global de enfermedad (DALY), sólo superada por las enfermedades cardiovasculares. Durante el año 2000 dio lugar al 4,4 % de la pérdida total de años de vida ajustados por incapacidad (DALY) ⁶. Con frecuencia se diagnostica al paciente con depresión demasiado tarde, cuando ya se ha complicado con otros padecimientos y muchas veces se le trata con dosis y durante tiempo inferiores a los necesarios. Más de la mitad de las personas con esta enfermedad no son diagnosticadas ni tratadas adecuadamente, excepto cuando tras demasiado tiempo sus manifestaciones clínicas son muy intensas y necesitan hospitalización. A lo largo del tiempo los sucesivos episodios depresivos

tienden a ser más graves, aparecen cada vez con menor tiempo de latencia y son más difíciles de tratar. Según el modelo del “Kindling” o encendido psicobiológico cada episodio depresivo produce un cierto efecto neurotóxico con una franca disfunción hipocámpica asociada a atrofia y necrosis neuronal e inhibición de la neurogénesis. Los pacientes que reciben un tratamiento antidepresivo eficaz tienen mayor bienestar y menor morbi-mortalidad. El objetivo deseable en el tratamiento de la depresión debe ser la remisión completa y permitir el logro de una satisfactoria calidad de vida y bienestar personal. El problema se extiende al ámbito familiar, siendo frecuentemente motivo de importantes conflictos interpersonales y al ámbito laboral donde provoca absentismo, disminución del rendimiento e incluso la baja laboral ⁷. La utilización de servicios médicos y los costes sanitarios de los enfermos con depresión es dos veces mayor y dicha enfermedad ocupa el cuarto lugar en cuanto al consumo de recursos sanitarios, sólo superada por las infecciones de vías respiratorias, enfermedades diarreicas y las perinatales. El enorme coste personal, social y asistencial hace de su diagnóstico y tratamiento un problema de salud pública ⁸.

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

2.1.1 HISTORIA

En todos los siglos aparecen tanto filósofos como médicos, y a partir del siglo XIX psicólogos y psiquiatras, que han tratado de entender porqué el hombre se deprime ¹. Como las emociones positivas, las emociones de tristeza y pena constituyen una característica intrínseca de la condición humana. El trastorno depresivo parece ser una de las primeras enfermedades mentales que fueron descritas en la historia de la humanidad. Los sentimientos de abatimiento en sus formas no patológicas tienen funciones adaptativas como, por ejemplo, recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación de situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de “conservar energía” para hacer frente a ulteriores procesos de adaptación. Sin embargo, bien por su intensidad, duración y frecuencia o por su aparente “autonomía”, estos sentimientos pueden interferir con la capacidad adaptativa de la persona que los sufre y pueden llegar a ser patológicos. Los intentos más remotos de comprender científicamente la depresión se deben a Hipócrates, quien emplea el término de “melancolía” para dar cuenta de estos estados. La palabra depresión se comenzará a utilizar con frecuencia durante el siglo XIX ⁹.

Desde el siglo XIX a. C. se conocen los Libros de Los muertos, en los que se habla en ocasiones de la melancolía como enfermedad del estado de ánimo. En Mesopotamia la primera interpretación cíclica de la melancolía respondía al movimiento periódico de los cuerpos celestes. En Egipto en los papiros de Ebers y el de Edward Smith (año 1550 a.C) aparece por primera vez el diagnóstico de histeria y pensaban que era una enfermedad producida por el útero, órgano móvil, que recorría las distintas partes del cuerpo produciendo estas alteraciones. Lao-Tse, el gran filósofo del siglo VI a.C, menciona en sus escritos la importancia de la tristeza. En esa misma época Confucio escribió también sobre los sentimientos de fatiga y hundimiento y abordó la manera de alcanzar la serenidad. En la medicina oriental hindú la melancolía se localizaba dentro del cuerpo y en ciertas características de la personalidad. Hipócrates (época de la Grecia Clásica) en el siglo IV a. C. describe en su libro “Las epidemias”, la

bilis negra que corrompe los humores como agente casual de la melancolía ¹⁰. Hipócrates se refería no a una enfermedad mental sino más bien a un estado de ánimo ¹¹. En el siglo II Galeno distinguía tres formas de melancolía: la localizada en el cerebro, la digestiva y la generalizada. Surgen de esta manera las primeras clasificaciones de las enfermedades depresivas, gracias a Hipócrates y Galeno, basadas ambas en la teoría de los humores. Galeno es el primero en hablar de las ideas negras. El Renacimiento es la edad dorada de la melancolía. El médico más destacado es Paracelso y pretende demostrar que la melancolía no se debe a causas sobrenaturales ni demoníacas, sino a otras de orden natural. Para curar la melancolía ya no se recurre a sustancias que evacuen la bilis negra, sino a otras que provoquen la risa administrando drogas que produzcan alegría y euforia. Hay que esperar hasta 1725, cuando el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión. Tiene un gran relieve el médico español de origen árabe Piquer Arrufat (el Hipócrates español) que sistematiza con todo detalle la enfermedad del monarca español Fernando VI, diagnosticándola con un doble enunciado: manía-melancolía. El cambio conceptual fundamental lo proporciona Kraepelin (1855–1926); el término maniaco-depresivo de Kraepelin incluía cuadros que hoy denominamos depresión mayor, trastorno bipolar o ciclotimia. El psiquiatra Leonhard en 1957 fue el primero en separar los trastornos afectivos en “bipolar” (personas con trastornos maníacos depresivos o circulares) y “monopolar” (personas con historia sólo de depresión o sólo de manía) y en los últimos 30 años se ha consolidado esta distinción. Desde los años 70, en EEUU se ha venido utilizando la distinción entre Bipolar I y Bipolar II. Bipolar I aquellos casos en que ha existido algún episodio de manía y bipolar II aquellos casos en que habría existido simplemente episodios de hipomanía. Pero las investigaciones en torno al tema de la depresión han avanzado más en los últimos veinte años; hemos pasado de la clasificación de la OMS CIE-9 (clasificación internacional de las enfermedades mentales, 1980) a la CIE-10 (décima edición), igual que del DSM-IV (1994) al DSM-IV-TR explicativo (texto reformado, 2000) ⁹.

Pero la cuestión se ha visto remozada con la llegada de las teorías y los modelos conductistas y cognitivos. Para *Beck*, las depresiones no tienen como síntoma esencial la tristeza o el descenso del estado de ánimo, sino un desorden cognitivo característico que media en un mecanismo final común de realimentación (depleción de monoaminas cerebrales) que le mantiene, en vez de ser consecuencia de estas alteraciones neurobiológicas.

El modelo de Kendler y cols (1993) para el estudio de los factores de riesgo de la depresión en la mujer se incluye dentro de un modelo etiológico integrado por numerosos factores de riesgo, entre los que destacan los siguientes: acontecimientos vitales estresantes, factores genéticos, neuroticismo, la ausencia de apoyo social, antecedentes personales y familiares de depresión mayor ¹⁰.

2.1.2 ¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

En su Carta Fundacional, la Organización Mundial de la Salud define la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad. En este contexto extensible a la depresión, la enfermedad debe entenderse como un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento y dolor y un proceso social que supone una invalidez (M. I. López Ibor, 2007) ¹². La Medicina del siglo XXI debe tener como objetivo prioritario la conservación de la salud, es decir, debe ser fundamentalmente preventiva. Este objetivo, logrado ya en algunos campos y vías de consecución en muchos casos, se percibe como lejano cuando se refiere a los trastornos psíquicos en general y las depresiones en particular ¹³.

2.1.2.1 EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

La depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes, con una incidencia creciente, que está aumentando a lo largo de la segunda mitad del siglo XX hasta adquirir características epidémicas cuando apenas tenía relevancia hace veintitantos años. Dentro de los trastornos afectivos el trastorno mental más frecuente es el depresivo mayor que junto a los estados de angustia representan la más elevada prevalencia en la población general ⁸. Desde la primera edición de 1952, del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales (DSM-I) de la Asociación Americana de Psiquiatría a la del año 2000 (DSM-IV-TR), las categorías diagnósticas han crecido más del 200% (pasando de poco más de 100 en 1952 a casi 400 en 2000) dándose el

mayor aumento a partir de las ediciones de la década de 1980. Hasta finales de la década de 1950, la depresión era escasamente diagnosticada en comparación con las neurosis de ansiedad o las psicosis. Este boom de la depresión empezaría con el DSM-II de 1987 (DSM-III-R) cuando la depresión alcanza una variedad de especificaciones, desde episodios depresivos hasta trastornos depresivos varios. Alrededor del 40% de los enfermos que son asistidos en consultas médicas generales tienen algún tipo de manifestaciones depresivas. Se sabe que al menos una de cada cinco personas va a presentar un trastorno del estado de ánimo a lo largo de su vida, pero la sanidad aún no ha sido capaz de aplicar programas eficaces de prevención y control de este grave problema de salud pública. La importancia epidemiológica del trastorno depresivo es que afecta a una franja de población en plena etapa productiva y vital y tiene de tal modo una importante repercusión socioeconómica. Es un problema social y de salud pública por su elevada prevalencia y la importancia de sus consecuencias familiares, laborales y económicas como absentismo e incapacidad laboral, su asociación con varios factores psicosociales de riesgo como el estrés laboral y el desempleo, sus consecuencias sobre la salud y otras conductas de riesgo como el abuso y la dependencia de sustancias adictivas e intentos de suicidio. La depresión tiene un coste muy alto, que ha ido aumentando a lo largo de los últimos años; estos pacientes consultan repetidamente con los especialistas siendo objeto de una larga serie de pruebas complementarias y víctimas de la iatrogenia. Este enorme coste personal, social y asistencial hace de su diagnóstico y tratamiento un problema de salud pública¹⁴.

El consumo de antidepresivos en España a cargo de la Seguridad Social, sin contar las prescripciones de los psiquiatras en sus consultas privadas (según datos facilitados por el Ministerio de Sanidad) se ha triplicado en diez años, pasando de 7.285.182 envases vendidos en 1994 a 21.238.858 en 2003 (siguiendo tendencias internacionales). Además, en 2005 los medicamentos más vendidos en cuanto a número de envases fueron los psicofármacos. Se ha demostrado que los pacientes con trastornos del humor no tratados usan más servicios de salud y esto conlleva consecuencias económicas para la sociedad. En las últimas décadas se ha observado que la depresión constituye una causa importante de invalidez. Por ejemplo, en Suecia las bajas laborales debidas a depresión han pasado del 7 por ciento en 1997 al 12 por ciento en 2003.

De hecho, los trastornos mentales (y dentro de ellos, la depresión en particular) constituyen una de las primeras causas de invalidez permanente (junto con las enfermedades del aparato locomotor); por tanto el tratamiento exitoso de los trastornos depresivos y el retorno del paciente a su funcionamiento normal puede ahorrar considerables costes. Un detallado estudio en Suecia demuestra que el coste total de la depresión ha pasado de 1.739 millones de euros en 1997 a 3.542 millones en 2005. El coste por pérdida de productividad debido a bajas laborales y pensiones por jubilación anticipada representaba el 79 por ciento en 2005 (en 1997 representaba el 64 por ciento)¹¹.

El estigma y la discriminación social de la persona que padece un trastorno mental dificulta su aceptación, la búsqueda de ayuda y el tratamiento eficaz del mismo¹⁵. El estado de ánimo puede entenderse como la tendencia básica del ser humano para aportar a los estados psíquicos un tono agradable o desagradable o como el estado emocional subjetivo del individuo. La depresión es un trastorno afectivo caracterizado por una serie de manifestaciones psicofísicas que se traducen en una alteración de la vitalidad y del funcionamiento global de la persona que por tanto ya no puede entenderse solamente como un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta mediante un conjunto de síntomas característicos. El modelo teórico de la depresión no acaba de ser claro ni estar bien definido. Se trata de un trastorno mental complejo, en realidad una verdadera enfermedad psicosomática, muy prevalente e incapacitante si no se trata de modo efectivo, y en consecuencia se precisa realizar un diagnóstico precoz. Es un error decir que “la depresión es una enfermedad médica de causa genética”, tanto como que es “una realidad psicosocial provocada por el estrés”. Ambas expresiones implican un grave reduccionismo sobresimplificador¹⁶. La verdadera depresión es una enfermedad sistémica que cualitativamente es distinta a cualquier decaimiento producido por los avatares de la vida. El sufrimiento de la depresión puede llegar a ser tan profundo que sólo se vea como salida de ese túnel el suicidio. Aunque es más fácil padecer una depresión si se ha tenido algún problema recientemente o si algo de nuestro carácter dificulta el hecho de enfrentarnos al día a día, también es posible padecer una depresión de forma espontánea de la misma manera que podemos padecer una apendicitis. Se podría añadir que ha cambiado la sensibilidad de la gente, de manera que ahora “siente” como problemas cosas que antes no lo eran o eran vividas de otra manera. La depresión no es una respuesta normal a los problemas de la vida; se caracteriza por una alteración significativa del estado de ánimo manifestada fundamentalmente por tristeza patológica y ansiedad, asociada habitualmente a síntomas físicos y a reducción del funcionamiento cognitivo y social.

La definición académica sitúa esta enfermedad como el síndrome caracterizado por una tristeza persistente e intensa y la inhibición de casi todas las funciones psíquicas, que da lugar a seis series de síntomas: físicos, psicológicos, conductuales, cognitivos (intelectuales), motivacionales y sociales. Esta enfermedad deja sin energía vital y sin ganas de hacer nada. Si bien todos estamos sujetos a lo largo de la vida a cambios en nuestro estado de ánimo, la frontera entre lo normal y lo patológico viene determinada porque la depresión es una experiencia más profunda y duradera. Las alteraciones en el pensamiento, conducta y funciones biológicas que la acompañan acaban por hacerse independientes de la experiencia vital que pudo haberlas generado. Ramos Brieva y Cordero Villafáfila (2005)¹⁷ han propuesto la hipótesis secuencial de la enfermedad depresiva tipo melancólico. Apuntan a la existencia de una enfermedad depresiva de inicio precoz con predominio de síntomas neuróticos en relación con distintas situaciones vitales estresantes y baja tolerancia al estrés, que a lo largo del tiempo va adquiriendo las características endógenas típicas: distinta cualidad del estado de ánimo, anorexia y pérdida de peso, inhibición psicomotora, delirios de culpa y de negación (muerte, destrucción, hipocondría, ruina) y evolución autónoma, sin relación con factores estresantes desencadenantes. Según el Dr. López Ibor¹⁸ la tristeza es una emoción básica normal y que tiene funciones adaptativas, mientras que la depresión es la patología de la tristeza, que no se comprende sino que se explica por una alteración funcional específica del Sistema Nervioso Central. Según este autor la tristeza patológica se caracteriza por:

El motivo no es siempre negativo, puede ser cualquier cambio.

El tiempo de aparición es hasta 6 meses después de haber experimentado el acontecimiento estresante.

La duración e intensidad son desproporcionadas.

El rendimiento adaptativo queda disminuido significativamente.

Existe pérdida de energía, enlentecimiento psicomotor e incapacidad de experimentar placer (anhedonia). La experiencia subjetiva de la tristeza es corporalizada, persistente, incontrolable e incomprensible psicológicamente¹⁰.

La persona con depresión pierde la capacidad de regular su autoestima y de un funcionamiento adaptativo eficaz, y se siente inundada por diferentes emociones negativas como angustia patológica, ira inapropiada y culpabilidad inmotivada. El llanto es constante, los cambios de humor bruscos y la capacidad de reaccionar, casi

inexistente, aunque también puede existir la incapacidad de llorar en el enfermo depresivo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como alteraciones biográficas, el estrés y sentimientos derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte.

Aunque la mayoría de las personas que sufren depresión tiene un agente causante anterior, no todas las que sufren un agente estresante padecen depresión. Una marcada dificultad por sí sola es insuficiente para producirla salvo que existan factores de vulnerabilidad dentro de un modelo multifactorial complejo ¹⁹.

Factores biológicos: hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores (aminas biógenas), citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad. La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con varias citoquinas proinflamatorias como interleukina-1, interleukina-6 y factor de necrosis tumoral que se incrementan en la depresión, así como alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reducen el número de transportadores de serotonina en plaquetas y linfocitos de sangre periférica) ^{20, 21}. Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta patología ^{22, 23}.

Inmediatamente antes del parto, los niveles de estrógenos y de progesterona son unas 50 veces más altos que antes del embarazo. En el curso de pocos días estos niveles bajan bruscamente hasta los valores normales. Al propio tiempo, empieza a segregarse en abundancia prolactina. En todo caso, tales oscilaciones hormonales no son mayores en las madres deprimidas que en las sanas, por lo que no podemos considerarlas factor desencadenante de la depresión ^{24, 25}. El dramático descenso hormonal que ocurre en el periodo postnatal juega un papel significativo en la etiología de la depresión posparto, pero la exacta naturaleza de estas influencias permanecen desconocidas aunque sí se conoce la implicación de la subunidad delta de los receptores GABAérgicos ^{26, 27}.

Alteraciones cerebrales: las diferencias entre el cerebro de la mujer y del hombre se refieren al volumen y distribución de las neuronas. El cuerpo calloso es mayor en la

mujer, así como la comisura anterior y mientras en el hombre predomina el hemisferio cerebral derecho, en la mujer es el izquierdo ²⁸.

Las diferencias son muy marcadas, sobre todo en el llamado cerebro emocional, como el sistema límbico y el hipotálamo y en otras regiones, de la corteza cerebral. Una alteración en el funcionamiento de dos áreas del cerebro (área frontal y área límbica) motivan la aparición de un trastorno depresivo, pero no existe una lesión anatómica visible con técnicas de neuroimagen ²⁹⁻³¹.

Alteraciones en neurotransmisores: para que el cerebro funcione correctamente debe existir una comunicación correcta entre los diversos circuitos y redes neuronales. Existe una estrecha relación entre las hormonas, los neurotransmisores (serotonina, dopamina, noradrenalina, GABA-ácido gamma-aminohidroxibutírico, acetilcolina, ácido glutámico y péptidos opioides) y los trastornos depresivos. En la depresión la conexión neuronal mediante neurotransmisores no funciona bien y los antidepresivos ayudan a normalizar estas alteraciones. Se han detectado anomalías en los transportadores de serotonina a nivel plaquetario consistentes en un número reducido y un déficit en el transporte del neurotransmisor. El compromiso del transportador de serotonina a nivel plaquetario da cuenta de su alteración a nivel cerebral, ya que la similitud de los transportadores plaquetarios y neuronales ha sido demostrada en humanos. Por lo tanto se sospecha que los pacientes deprimidos presentan una deficiencia funcional de la actividad serotoninérgica presináptica. Soportando lo anterior, se ha encontrado una disminución en el número de receptores b-adrenérgicos a nivel de los linfocitos y del hipocampo en algunos pacientes deprimidos. Un desbalance en el tono de los sistemas serotoninérgicos y catecolaminérgicos sería el responsable del cuadro clínico de la depresión, más que una anomalía de uno u otro. La hipótesis serotoninérgica de la depresión ha tenido y tiene aún una gran relevancia, aunque no se sabe todavía si las alteraciones en la serotonina son suficientes para causar depresión o son sólo un factor de riesgo. El funcionamiento inapropiado de receptores 5-HT_{1C} o 5-HT₂ se ha postulado como un marcador biológico promisorio ²⁰.

Alteraciones genéticas: Winokur et al. llevaron a cabo un estudio familiar de 100 pacientes unipolares hospitalizados y encontraron que el riesgo para trastornos afectivos fue mayor en los parientes de primer grado de pacientes con inicio temprano (< 40 años de edad). Los autores concluyen que estos hallazgos son compatibles con la

transmisión de un gen dominante, pero el hecho de encontrar antecedentes familiares positivos tanto en pacientes con inicio temprano como en aquellos con inicio tardío, sugieren o un grado de penetrancia variable del gen o más bien, un patrón de herencia de tipo poligénico ³². Durante décadas el mayor riesgo de depresión mayor en mujeres llevó a suponer la participación de un gen dominante en el cromosoma X, pero estudios con marcadores del DNA no lo pudieron confirmar y la transmisión de padre a hijo(a) frecuente tanto en trastorno unipolar como bipolar, es un argumento en contra para dicha hipótesis. Los estudios sobre la susceptibilidad genética a la depresión parecen ser más consistentes en personas con ciertos subtipos de trastorno bipolar, con nueve veces más probabilidad de padecer este trastorno si se tienen antecedentes familiares. Debe tenerse en cuenta que el inicio temprano del trastorno indica una forma severa de mayor penetrancia genética. La depresión mayor es 2 veces más común en hijos de padres que presentan su primer episodio depresivo antes de los 20 años, pero en aquellos padres cuyo primer episodio es posterior a los 40 años el riesgo para los hijos no es superior al de la población general. En el caso de la depresión mayor, la influencia de los genes no ha sido claramente establecida. Ciertos investigadores han vinculado el riesgo de padecer depresión con variaciones genéticas o polimorfismos en genes que codifican la proteína transportadora de serotonina, no obstante, por el momento no se conoce con exactitud qué genes la provocan. No es posible predecir tampoco la vulnerabilidad a la depresión a partir de un análisis genético detallado, y en muchos casos estos “marcadores genéticos” carecen también de especificidad, ya que se asocian también a otros trastornos, como la bulimia, anorexia, trastornos de ansiedad o esquizofrenia ¹¹.

La enzima triptófano hidroxilasa 2 (TPH 2) paso limitante en la biosíntesis de la serotonina, es una de los genes candidatos a relacionarse con las enfermedades psiquiátricas. En un estudio realizado en China con 117 pacientes diagnosticadas de depresión mayor posparto o ansiedad, se sugiere que el polimorfismo TPH2 C2755 A representa un factor de riesgo específico en la población para desarrollar depresión mayor periparto o ansiedad, quizás por interacción con hormonas. Una deplección aguda de triptófano produce una reducción transitoria de la transmisión central de la serotonina e induce un ánimo depresivo en algunos sujetos no medicados, con depresión mayor en remisión. Por tanto niveles bajos de triptófano están asociados con la depresión y esta situación puede ser favorecida por el estrés ³³⁻³⁵.

Factores psicosociales: La hipótesis inmunológica de la depresión considera que factores externos como los estresores psicosociales ²⁴ e internos como desórdenes inflamatorios favorecen la depresión ³⁶. Los “trastornos mentales” lejos de ser supuestas entidades naturales de base biológica, son entidades construidas de carácter histórico-social, asociadas a los vaivenes de la vida que no pueden ser explicables solamente por los desequilibrios de la neuroquímica cerebral. Su carta de realidad sería más de tipo psicobiológico del orden de los problemas de la vida más que de la biología y de la persona más que sólo del cerebro¹¹. Personas genéticamente vulnerables al estrés, presentan reacciones afectivas negativas al ser sometidas a dicho estrés ³⁷.

Factores relacionados con la personalidad: La depresión está relacionada con el tipo de personalidad del individuo. Pacientes con determinados trastornos de la personalidad, con alteraciones en sus mecanismos de defensa y en la autoestima pueden tener una tendencia mayor a deprimirse. Presentar un carácter con alguna cualidad extrema (inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, autoexigencia) predispone a padecer depresiones. Las personas con poca autoestima y que se abrumen fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. En algunos casos es difícil diferenciar si representa una predisposición psicológica o si constituye una etapa temprana de la enfermedad ^{38, 9}.

Factores ambientales: dentro de los factores ambientales se pueden distinguir los relacionados con las vivencias tempranas del individuo, y los recientes entre los cuales están los desencadenantes, que son situaciones del medio ambiente que favorecen o precipitan el cuadro depresivo. Kendler y cols. 1993 encontraron que pacientes deprimidos presentaron un nivel alto de recientes sucesos estresantes ³⁹. En general se relacionan con acontecimientos relativos a situaciones de pérdida, separaciones, migraciones y crisis vitales. También es un factor de predisposición un condicionamiento paterno educativo y sufrir algún problema (económico, familiar, de salud). Se da una mayor morbilidad psiquiátrica entre mujeres, solteros, viudos, separados, divorciados y desempleados ⁴⁰ (incluyendo las bajas por enfermedad o maternal). Los individuos que reúnen criterios de pobreza tienen riesgo superior de tener nuevos episodios de enfermedad psiquiátrica. Los efectos de la pobreza sobre la salud mental son igualmente severos en jóvenes y viejos, hombre y mujeres, blancos y

negros. A mayor nivel cultural y educativo se da un mejor nivel de salud mental (se utilizó el nivel de estudios como indicador del estatus socioeconómico). Los resultados preliminares muestran que la depresión mayor estaba inversamente relacionada con el nivel de estudios, tanto en hombres como en mujeres de origen europeo pero no mostraba relación con el estatus socioeconómico ni para hombres ni mujeres de origen norteafricano ⁴¹. Los riesgos para los individuos que dentro de nuestra sociedad industrial avanzada tienen de padecer patología psiquiátrica son fundamentalmente para aquellos que poseen un nivel educativo por debajo del bachillerato. Aquellos que poseen estos estudios y más aún por debajo de ellos presentan prevalencias de entre un 15% y un 31%, ya a partir del nivel formativo universitario las prevalencias serían del 5% ⁴². En relación con el medio ambiente, el enfermo mental tiene peor pronóstico en el medio urbano aunque no puede decirse a priori que un medio rural es más sano o menos que un medio urbano, ya que existe una gran variedad de medios rurales y enormes diferencias dentro de las áreas y distritos en los que puede dividirse cada ciudad ^{8, 43, 44}.

Enfermedad física: los factores de riesgo de los trastornos depresivos también son aplicables a las personas con enfermedades físicas. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en pacientes con enfermedades físicas son los trastorno adaptativos asociados a trastornos de estado de animo y los trastornos depresivos propiamente dichos. La depresión se puede encontrar como síntoma en diferentes enfermedades médicas y trastornos mentales o puede ser inducido por fármacos y sustancias adictivas, como el abuso de alcohol. En general, la gravedad de un trastorno depresivo será mayor en los que sufran enfermedades físicas graves, dolorosas o causantes de algún tipo de incapacidad y las tasas de suicidio son más elevadas en los enfermos físicos que en el resto de la población general ^{45- 46}.

2.1.2.2 CLASIFICACIONES Y DIAGNÓSTICO

2.1.2.2.1 CLASIFICACIÓN CIE 10

Sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª revisión) ó CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994). CIE-10 es un sistema pensado con finalidad básicamente epidemiológica, por este motivo es menos precisa. Describe los trastornos mentales y del comportamiento del puerperio en las categorías F 53.0, F 53.1 en los que incluye la depresión posparto, aunque especifica que debe ser utilizada únicamente de manera restrictiva, cuando el trastorno no pueda ser clasificado en otro lugar.

2.1.2.2.2 CLASIFICACIÓN DSM IV- TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, 2000). Trastornos del estado de ánimo

El DSM-IV de la American Psychiatric Association (APA) ^{47, 48} funciona por criterios y surgió como reflejo de la insatisfacción con el sistema CIE. Es mucho más completo y preciso y se realizó incorporando desarrollos de la experiencia clínica, así como avances de la investigación.

La característica principal de la depresión es la alteración del humor. El DSM IV define, por una parte, episodios afectivos de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer) o maníaco (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo.

Trastornos del estado del ánimo

Trastornos depresivos

Trastorno depresivo mayor, que puede presentar un episodio único o ser recidivante.

Trastorno distímico. Corresponde a un estado de ánimo crónicamente depresivo durante dos años por lo menos.

Trastornos adaptativos.

Trastorno bipolar tipo I, con episodios maníacos, o sea, con estado de ánimo anormalmente elevado, exaltado y expansivo de por lo menos una semana de duración; hipomaníacos (duran al menos cuatro días) y/o depresivos.

Trastorno bipolar tipo II, episodios depresivos mayores recidivante con episodios hipomaníacos.

Trastorno ciclotímico.

Trastorno bipolar no especificado.

Trastorno depresivo no especificado.

Trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica orgánica.

El DSM-IV define como “trastornos mentales relacionados con el paciente médico” y el CIE- 10 como “trastornos mentales orgánicos“ aquellos problemas de salud mental cuyos síntomas psíquicos son atribuibles a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica demostrable. Las endocrinopatías que se han relacionado con trastornos depresivos son: diabetes mellitus, hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedad de Addison, enfermedad de Cushing, tumores pituitarios, hiperparatiroidismo, hipoparatiroidismo, hipoglucemia, hiperprolactinemia y obesidad¹.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

Trastorno del estado del ánimo no especificado.

Trastorno adaptativo

Es el desarrollo de síntomas emocionales o de comportamiento relacionados con un estresor psicosocial que es identificable en forma clara. La reacción es mayor o causa un malestar superior al esperado en relación a la causa. Se clasifican según la reacción sea un estado de ánimo depresivo, ansiedad, trastorno del comportamiento...

Con estado de ánimo depresivo.

Con ansiedad.

Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

Con trastorno de comportamiento.

Con alteraciones mixtas de las emociones y el comportamiento.

No especificado.

La depresión puerperal es incluida como especificador diagnóstico dentro del DSM-IV como trastorno depresivo mayor actual o recidivante, o como alguna forma de trastorno bipolar.

Criterios para la especificación de inicio en el posparto

Con inicio en el posparto: puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve.

Inicio del episodio en las primeras 4 semanas del posparto.

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios para el diagnóstico de F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2)

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- 0. Leve
- 1. Moderado
- 2. Grave sin síntomas psicóticos
- 3. Grave con síntomas psicóticos
- 4. En remisión parcial/en remisión total
- 9. No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Criterios para el diagnóstico de F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3)

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- 0. Leve
- 1. Moderado
- 2. Grave sin síntomas psicóticos
- 3. Grave con síntomas psicóticos
- 4. En remisión parcial/en remisión total
- 9. No especificado

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional

Trastornos bipolares

Criterios para el diagnóstico de F30 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único (296.0)

A. Presencia de un único episodio maníaco, sin episodios depresivos mayores anteriores. Nota: La recidiva se define como un cambio en la polaridad desde la depresión, o como un intervalo de al menos 2 meses sin síntomas maníacos.

B. El episodio maníaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar si:

Mixto: si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto.

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Con síntomas catatónicos

De inicio en el posparto

Criterios para el diagnóstico de F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco (296.40)

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio hipomaníaco.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos.

Criterios para el diagnóstico de F31.1 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco (296.4)

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio maníaco.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Con síntomas catatónicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

Como en todo trastorno del estado de ánimo, es muy importante valorar clínicamente la gravedad del episodio depresivo actual en cada paciente para ajustar las medidas terapéuticas de forma concordante a la misma. En este sentido es importante tener en cuenta los criterios de gravedad del episodio depresivo mayor.

Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio depresivo mayor actual (o más reciente)

Leve: Pocos o ningún síntoma además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que provocan sólo una ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.

Moderado: Síntomas de incapacidad funcional entre "leves" y "graves".

Grave sin síntomas psicóticos: Varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente las actividades laborales o sociales habituales, o las relaciones con los demás.

Grave con síntomas psicóticos: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo, o de ser merecedor de un castigo.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo o de ser merecedor de castigo. Se incluyen síntomas como las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.

En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del episodio depresivo mayor hay un período sin síntomas significativos del episodio depresivo mayor con una duración menor de 2 meses. (Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor.)

En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio maníaco actual (o más reciente)

No especificado.

En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del episodio depresivo mayor hay un período sin síntomas significativos del episodio depresivo mayor con una duración menor de 2 meses. (Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor.)

En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

No especificado.

Leve: Se cumplen los síntomas de los criterios mínimos para un episodio maníaco.

Moderado: Gran aumento de la actividad o deterioro del juicio.

Grave sin síntomas psicóticos: Se necesita una supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño físico que se pueda causar a sí mismo o a los demás.

Grave con síntomas psicóticos: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas maníacos típicos de aumento de la autoestima, poder, sabiduría, identidad o relación especial con una deidad o un personaje famoso.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas maníacos típicos de aumento de la autoestima, poder, sabiduría, identidad o relación especial con una deidad o un personaje famoso. Se incluyen síntomas como las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con las ideas o los temas de grandiosidad), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de ser controlado.

En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio maníaco, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del final del episodio maníaco hay un periodo sin síntomas significativos del episodio maníaco con una duración inferior a 2 meses.

En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

No especificado

Criterios para la especificación de síntomas melancólicos

Con síntomas melancólicos: puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo en caso de que éste sea el episodio afectivo más reciente.

A. Presencia de uno de los siguientes síntomas durante el periodo más grave del episodio actual:

1. Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades
2. Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno)

B. Tres (o más) de los siguientes:

1. Una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo (p. ej., el estado de ánimo depresivo se experimenta de forma distinta del tipo de sentimiento experimentado tras la muerte de un ser querido)
2. La depresión es habitualmente peor por la mañana
3. Despertar precoz (al menos 2 horas antes de la hora habitual de despertarse)
4. Enlentecimiento o agitación psicomotores
5. Anorexia significativa o pérdida de peso
6. Culpabilidad excesiva o inapropiada

2.1.2.2.3 DIAGNÓSTICO

Síntomas depresivos:

1. Síntomas anímicos (clínica afectiva o emocional)

La tristeza es el centro de la depresión, es el síntoma anímico por excelencia de dicha enfermedad. El síntoma específico de la enfermedad son la tristeza y la falta de ganas de vivir; hay que tener en cuenta que con cierta frecuencia, las pacientes adolescentes manifestarán esta tristeza como irritabilidad, inestabilidad, sensación de vacía o nerviosismo. El ser humano gravemente deprimido se siente totalmente desvalorizado y vacío, tanto en la dimensión biológica como en la mental. Este estado clínico se conoce como Síndrome de Cotard. Se ha comunicado una prevalencia de los ataques de ira en un 30% a 49% de pacientes con depresión mayor y en el 28% de los pacientes con distimia. Los pacientes con depresión y ataques de ira tienen una mayor desregulación serotoninérgica que los pacientes deprimidos sin ira.

2. Síntomas motivacionales y conductuales (clínica volitiva en la que se describe cambios de motricidad)

Bradipsiquia. El paciente tiene dificultades para expresarse, tener ideas, comunicarse y recordar lo que acaba de hacer.

Inhibición psicomotriz. Falta expresividad y se cae en la inacción. El papel de la inhibición es proteger al paciente de las tendencias autoagresivas.

Apatía. Las relaciones se descuidan, así como el arreglo personal y el aseo.

Despersonalización. El paciente siente que “no es el mismo que antes”.

La anhedonia o pérdida de la capacidad de disfrute, es junto con el estado de ánimo deprimido el síntoma principal de un estado deprimido. Levantarse de la cama por la mañanas o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles y en muchos casos se abandona el estudio, trabajo, etc. En sus formas más graves este tipo de inhibición conductual se conoce como retardo psicomotor, un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto, y una inhibición motivacional casi absoluta. Intolerancia al estrés y deterioro de las capacidades adaptativas. Las conductas más graves que nos encontramos son los intentos de suicidio y el suicidio.

3. Síntomas cognitivos

El rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectado. La memoria, la atención, la capacidad de concentración, curso y contenido del pensamiento, pueden llegar a resentirse drásticamente incapacitando su desempeño en tareas cotidianas. El contenido de las cogniciones está alterado, la valoración que hace una persona deprimida de sí misma, de su entorno y de su futuro suelen ser negativas. La autodepreciación, la autoculpación y la pérdida de autoestima suelen ser contenidos claves de las cogniciones de estas personas.

4. Síntomas físicos (clínica somática)

Centrada en la descripción de los síntomas somatopsíquicos o vegetativos, o las alteraciones de los ritmos biológicos. Un 70% u 80% padecen problemas de sueño, normalmente insomnio si bien en un pequeño porcentaje puede darse hipersomnía. Otros síntomas físicos son: fatiga sobre todo por la mañana, pérdida de apetito, disminución del deseo y la actividad sexual, con frecuencia molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa...). Los dolores son las quejas más frecuentes⁴⁹. Depresión y dolor comparten varios mecanismos neurobiológicos como los circuitos serotoninérgicos y noradrenérgicos tanto en los ganglios de la base como en el tronco del encéfalo y en la médula espinal¹. Estas personas empeoran en primavera y otoño, encontrándose mejor en invierno y verano⁵⁰.

5. Síntomas interpersonales

Una importante característica de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. Éstos pacientes normalmente sufren el rechazo de las personas que les rodean, lo que a su vez reacciona aislándoles aún más. Un funcionamiento interpersonal inadecuado en estos pacientes ha mostrado ser un buen predictor de un peor curso de la depresión⁹.

Bajo estas premisas podemos ofrecer una *definición general*:

Las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas, hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada a la que se asocian cambios negativos de tipo

somático, psicológico (vivencial), conductual, cognitivo y asertivo. Perdido el interés por las cosas, el proceso depresivo tiende a autoalimentarse: el enfermo se encierra en sí mismo, busca lo negativo en todo, se culpabiliza de cualquier cosa, sus relaciones se vuelven problemáticas y se sumerge en pensamientos penosos del pasado o plenos de incertidumbre hacia el futuro. El paciente que aún se puede poner más triste no tiene una verdadera depresión, ya que ésta suele mantenerle como bloqueado para nuevas emociones.

Si la evolución del trastorno no se ataja, suelen brotar las tendencias suicidas como manifestación radical de esa ruptura de relaciones, de ese anormal rechazo tanto a lo exterior como al propio yo.

El número de síntomas debe ser de tres o cuatro de los llamados esenciales. Sin ellos, sin su presencia, no debemos poner la etiqueta de depresión aunque las depresiones en los últimos años están cambiando ostensiblemente en su estructura. Aparecen hoy particularidades que antes desconocíamos. Estas modificaciones tienen un común denominador: la pérdida de la rotundidad de los síntomas, que hace que los cuadros clínicos se presenten como estados residuales apagados, de escasa sintomatología y perfiles borrosos, desdibujados, imprecisos. Según Eduard Vieta (Hospital Clinic de Barcelona) se producirá un cambio de formato. “Las categorías en las que se dividen los trastornos mentales son actualmente demasiado rígidas”. Por eso, se ha decidido incluir lo que se conoce como un “módulo dimensional”, es decir, pasar de una forma de clasificación basada en el todo o nada (alguien tiene depresión o está sano) a un sistema más flexible en el que considera síntomas por separado. “Una persona puede presentar tristeza y pérdida de interés, pero no llega a tener depresión, expone Vieta a modo de ejemplo. En este caso no se diagnosticará la patología, pero sí se “recogerán esos síntomas” y se estudiará qué se puede hacer ⁵¹.

Los síntomas pueden variar de intensidad pero deben estar presentes la mayor parte del día y producir un malestar subjetivo o un deterioro sociolaboral y familiar de la persona afectada. Los síntomas depresivos son intensos y aparecen en forma de episodios (duran semanas o meses). Además se requiere que al menos uno de esos síntomas sea necesariamente o bien un estado de ánimo triste deprimido, o bien una pérdida del placer con las cosas que uno solía disfrutar (anhedonia).

Aunque la mayor parte de las personas que sufren un episodio depresivo acaban recuperándose en 1 o 2 años, un 15% va a tener un curso crónico (el 18% permanecería deprimido tras dos años de seguimiento y el 10% al cabo de cinco años). El mayor

riesgo de recaídas está en los primeros meses después de recuperarse de un episodio depresivo. El primer año constituye un período de alto riesgo. La existencia de varios episodios previos de depresión en el curso de la vida hace que la probabilidad de recaída sea también mayor. El riesgo más elevado se observa en los jóvenes adultos (25-44 años). A partir de esa edad el riesgo de padecer un trastorno depresivo mayor disminuye tanto en mujeres como en hombres. Otros factores de riesgo a tener en cuenta son los factores como acontecimientos estresantes vividos como graves y muy amenazantes y las situaciones de pérdida familiar; de hecho, los casos de comienzo temprano alrededor de 20 años, suelen tener más antecedentes familiares que aquellos en los que la depresión es de comienzo tardío después de los 40 años ⁵²⁻⁵⁴.

Los tres subtipos de trastornos depresivos pueden tener como causa cualquiera de los tipos de factores causales pero en cada caso tendrían un peso diferente ⁵⁵.

<i>Trastornos depresivos</i>	<i>Depresión mayor</i>	<i>Distimia</i>	<i>Trastorno adaptativo</i>
<i>Duración</i>	Episodio	Crónico	Episodio
<i>Causas</i>			
<i>Personalidad</i>	+	+++	++
<i>Estrés</i>	+	++	+++
<i>Factores biológico</i>	+++	++	+

2.1.3 LA DEPRESIÓN EN LA MUJER

Las patologías más frecuentes encontradas en mujeres fueron los trastornos del ánimo. Las mujeres presentan, en comparación con los varones, el doble de probabilidades de padecer trastornos mentales durante los años reproductivos, fundamentalmente depresión y ansiedad. En nuestro país diversas investigaciones y estudios de índole clínica y epidemiológica coinciden en sus resultados en el sentido de que la mujer muestra más frecuentemente morbilidad psiquiátrica que el hombre. El 20% de las mujeres experimentarán depresión a lo largo de su vida frente al 10% de los hombres ^{1, 27, 42, 49}. La mayor vulnerabilidad de la mujer hacia la depresión depende de factores biológicos (hormonales-endocrinológicos, dándose en cada uno de los periodos de la vida genital de la mujer, el premenstrual, la ovulación, el uso de anticonceptivos orales, el embarazo, el posparto y el climaterio), psicológicos y socioculturales ²⁵. La mujer con niños pequeños que trabaja en casa y fuera de ella tiene mayor tendencia a las depresiones durante el embarazo y algo más la separada y la que es la cabeza visible de la vida de muchas familias, sin embargo las madres primíparas tienen más riesgo de desarrollar depresión en los tres primeros meses del puerperio (afecta a una de cada 7 mujeres primerizas). Dentro de los riesgos podríamos incluir cambios de vida extremadamente estresantes, edad joven y pobreza. Mujeres con niveles socioeconómicos altos tienen más predisposición a sufrir ansiedad que depresión aunque en los embarazos no deseados pueden aparecer manifestaciones de ansiedad que terminen en una depresión ^{10, 16}. La mujer está sometida a mayor nivel de estrés psicosocial, dado por la doble jornada de trabajo en el centro laboral y en el hogar, crianza de los hijos, prejuicios sociales e influencias hormonales y corticales que las vuelven más proclives a la depresión ^{56, 57, 58}. La gestación múltiple se asocia con incremento en el riesgo de depresión posparto. Los embarazos que terminan en el nacimiento de un recién nacido sin vida tienen niveles mayores de síntomas de depresión y ansiedad en el tercer trimestre del siguiente embarazo y más síntomas de depresión en el primer año posparto si se embaraza antes de los 12 meses del parto del recién nacido sin vida ⁵⁹. En el aborto, la incidencia de trastornos depresivos es mucho más baja que la que se presenta después de un nacimiento, sin embargo, después de una interrupción voluntaria del embarazo podría aumentar el riesgo de trastorno depresivo ^{10, 60, 61, 62}.

2.1.3.1 DEPRESIÓN PUERPERAL

Si bien Hipócrates en el siglo IV a.C hizo la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto, no fue hasta la cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM- IV) el momento en que la psiquiatría actual le dio cabida a esta asociación del posparto y los cambios del ánimo (la depresión posparto no era reconocida oficialmente como una entidad propia en el ICD-10 ó en DSM-III-R) ⁶³⁻⁶⁶. La importancia de diagnosticarla y tratarla de modo eficaz, así como las consecuencias devastadoras sobre la mujer, la familia ^{67, 68} y la sociedad cuando no se intervienen según la evidencia científica actual, ha favorecido su inclusión como trastorno del estado de ánimo en el DSM-IV. El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) de la American Psychiatric Association especifica un número de trastornos del estado de ánimo, en su conjunto llamado depresión y se refiere de forma específica al inicio en el posparto dentro de las primeras cuatro semanas ⁶⁹. Por las dificultades diagnósticas que pueden existir al principio, la mayoría de los autores consideran un periodo de inicio más amplio para hablar de depresión posparto (hasta pasados 3-6 meses), abarcando este especificador a episodios depresivo mayor, maniaco o mixto, trastorno bipolar de tipo I o de tipo II o aplicable a un trastorno psicótico breve. El síndrome del tercer día, disforia posparto o Baby blues es la alteración del estado de ánimo más frecuente en el posparto, que tiene una prevalencia del 50% al 80% de los casos ^{44, 70}. El término blues hace referencia a un tipo de música afroamericana triste que produce nostalgia y refleja recuerdos del pasado de los músicos, su aparición suele ser entre el tercer o quinto día posparto y tiene una duración corta de 1 a 3 semanas. Incluye síntomas breves de ansiedad, rumiaciones negativas sobre la crianza del hijo, labilidad afectiva y llanto frecuente. La sintomatología no llega a tener la intensidad suficiente como para precisar tratamiento farmacológico, siendo muy útil la psicoterapia de apoyo breve ⁷¹. En algunos estudios se ha visto que hasta el 20% de los casos de postpartum blues podría desarrollar una depresión (sobre todo cuando la tristeza se asocia con euforia) influyendo en ello la presencia de estresores ambientales, la lactancia o la paridad ⁷². 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 franca depresión clínica ^{58,73}.

En el curso del embarazo la depresión es menos frecuente que tras el parto pero el riesgo de sufrir un trastorno depresivo aumenta durante el primer trimestre y al final del embarazo, aproximadamente un mes antes del parto. Los embarazos no deseados se asocian con el aumento de trastornos depresivos en la fase inicial del embarazo, pero se atribuyen a una salud mental previa deficiente de la madre ¹⁰. Sin embargo, el riesgo de suicidio durante el embarazo es muy bajo, la mitad del observado en la población general. La experiencia del nacimiento de un hijo constituye un riesgo, no desdeñable, para la salud mental de las mujeres, con un incremento estimado de cinco veces en la aparición de enfermedad mental en el año siguiente al nacimiento del niño ⁶⁶. El embarazo por sí no está asociado con riesgo incrementado de padecer depresión aunque el riesgo sí aumenta durante el periodo posparto ⁷⁴. El riesgo es mayor en el primer mes posparto y está ligado al riesgo de psicosis y a la recaída de un trastorno bipolar previo. La depresión sin psicosis afecta alrededor del 13% (10- 20%) de las mujeres tras el parto (en los primeros 6 meses) y hasta un 26% si se trata de adolescentes. Excede el 25% en quienes tuvieron un episodio previo y un episodio de depresión posparto conduce al 50% de probabilidad de recurrencia en el próximo período posparto ^{44, 75, 76}. La depresión puerperal es una de las complicaciones más prevalentes y graves del posparto y puede ser considerada como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria de muchas mujeres. Embarazo, parto y puerperio suponen una sobrecarga tanto física como emocional para la mujer. El embarazo es un periodo especialmente crítico para la mujer por los cambios físicos, biológicos, fisiológicos y emocionales que conlleva. Igualmente el parto es un momento vulnerable que se ve complicado por cambios psicosociales y fisiológicos ^{67, 72, 73, 77}.

Esta depresión constituye un trastorno depresivo grave, de larga duración, que se presenta en el primer año posparto. En el año 2001 Fernández Dopico y Hernández García JM, revisan el concepto de depresión puerperal utilizando un modelo dinámico de vulnerabilidad – estrés ⁷⁸. Este riesgo aumentado de desarrollar trastornos del estado de ánimo durante el puerperio se ve incrementado fundamentalmente durante los primeros meses después del parto. No se puede identificar una causa determinante y absoluta del trastorno. El factor de riesgo más significativo es una historia de trastornos del estado de ánimo, ya sea depresión o trastornos de angustia, incluidos episodios anteriores de trastorno del estado de ánimo posparto. Las mujeres con antecedentes de

depresión tienen un riesgo hasta del 35% de depresión posparto y las que han presentado un episodio de depresión puerperal tienen una probabilidad de un segundo episodio posparto hasta del 70% ⁷⁵. Julio Sanjuan, profesor titular de Psiquiatría de la Universidad de Valencia, y sus colaboradores obtuvieron hallazgos interesantes en su estudio. Lograron identificar los genes causantes de la depresión posparto. Según la investigación, la predisposición genética se encuentra en algunos componentes del ADN que tienen la tarea de regular la serotonina. En un futuro, a través de un pequeño test genético, se podrá establecer qué mujeres van a tener más riesgo y van a necesitar un tratamiento preventivo antidepresivo o alguna terapia de apoyo luego del parto. La conclusión principal del estudio es que "la depresión posparto desde un punto de vista genético parece tener un mecanismo diferente al que actúa en otros tipos de depresión, debido a la interacción de dichos genes con los cambios hormonales que se producen en el posparto", la diferencia desde el punto de vista genético entre una depresión normal y la que se produce en el puerperio estriba en que "las variaciones de algunos de los genes que regulan la serotonina, que se ha asociado repetidamente al riesgo de padecer depresión, son variaciones protectoras para la depresión posparto". Por tanto, "se sugiere que no hay genes 'buenos' o 'malos' para la depresión, sino que pueden facilitar el riesgo o ser elementos protectores dependiendo de las interacciones hormonales" ⁷⁹.

Por tanto, la tendencia más habitual encuadra las alteraciones del estado de ánimo en el período postnatal dentro de una situación de estrés y en relación a la falta de un adecuado apoyo social, historia previa de psicopatologías, la baja autoestima materna o problemas de pareja ^{44, 69, 80, 81, 82, 83}. La sintomatología, en general, no difiere de este mismo tipo de trastorno cuando se presenta fuera del puerperio y pueden presentar síntomas psicóticos ⁴⁹. La mujer con depresión pierde la capacidad de experimentar placer, regular su autoestima y de mantener un funcionamiento adaptativo eficaz y se siente inundada por diferentes emociones negativas como angustia patológica, ira inapropiada, culpabilidad inmotivada. El llanto es constante, los cambios de humor bruscos y la capacidad de reaccionar casi inexistente ⁸⁴. La fatiga en el día 14 posparto es la variable más predictiva para los síntomas de depresión ⁸⁵. Si una mujer que acaba de dar a luz presenta estos síntomas, es muy probable que esté sufriendo una depresión posparto. Las manifestaciones clínicas son las de una depresión clásica (humor deprimido, letargo, bajada en la actividad, declive de intereses o hobbies, descenso de

la espontaneidad, indiferencia, ataques de llantos, preocupación, fatiga, dificultades sociales, trastornos del apetito, sueño perturbado o excesivo, dificultades para concentrarse y recordar, descenso del interés sexual, susceptibilidad a la enfermedad, poca tolerancia a la frustración, sentimientos de desesperanza, abandono del cuidado personal, pensamientos de suicidio). Su duración media es de dos a seis meses aunque puede recurrir (un 30 – 41% de los casos recurre tras un siguiente embarazo) y/o cronificarse. Si no se trata dura entre 3 y 14 meses, puede resolverse espontáneamente o progresar a una depresión crónica ^{2, 25, 86, 87}. Para diagnosticar la depresión se tendrá en cuenta los síntomas esenciales que deben estar presentes: estado de ánimo depresivo (tristeza, apatía, decaimiento, falta de ilusión, ganas de llorar), incapacidad para sentir placer (anhedonia), cansancio o fatiga (sensación de agotamiento anterior al esfuerzo), insomnio (o lo contrario, demasiadas ganas de dormir: hipersomnias), sentimientos de vacío y desesperanza. La mayoría de las pacientes con depresión manifestarán una disminución del apetito, aunque también puede ocurrir lo contrario. Es frecuente la pérdida del impulso sexual oscilando desde la simple reducción del interés por la actividad sexual hasta la aversión absoluta. La actividad queda cortada, disminuida en el trabajo, relaciones sociales, actividades de la vida ordinaria, rendimiento. Un porcentaje alto de pacientes deprimidas revelará conductas autoagresivas que oscilan desde el simple deseo de morirse hasta las tentativas suicidas ⁶⁷. Los aspectos cognitivos de la depresión incluyen un curso lento del pensamiento, pensamientos obsesivos acerca de sucesos banales cotidianos o de problemas concretos. Los trastornos somáticos que suelen acompañar a toda depresión cobran especial importancia para el médico no especialista en salud mental ya que estos síntomas son colocados a veces en el primer plano por el enfermo, enmascarando la depresión de fondo. Se pueden manifestar de cualquier forma clínica aunque predominaran los dolores (dolor pélvico crónico, dolor abdominal difuso...), los trastornos gastrointestinales, las crisis vertiginosas y las molestias cardiorrespiratorias. Es notable la capacidad de las depresiones para ocultarse bajo la apariencia de otras enfermedades, lo que a menudo dificulta el diagnóstico. La duración de la sintomatología debe ir de las dos semanas, como mínimo, hasta las seis u ocho. Se diagnostica como depresión posparto si los síntomas no se resuelven en dos semanas o si éstos empeoran. Pueden aparecer síntomas depresivos en los estados de ansiedad, en las esquizofrenias, en las fobias y en los distintos trastornos de la personalidad ^{10, 69, 88}.

Los estrógenos cruzan la barrera hematoencefálica y modulan diversos sistemas de neurotransmisión, incluyendo la transmisión dopaminérgica, noradrenérgica y serotoninérgica que desempeña un papel en el humor y en el estado mental. Durante el embarazo, la mujer genera una gran cantidad de hormonas. Al desprenderse la placenta, estas hormonas se pierden, lo que genera un estado de depresión. Una caída rápida de los estrógenos circulantes disminuye los estrógenos en el medio cerebral, induciendo posibles cambios de la neurotransmisión central aunque no hay evidencia directa de que solamente el desbalance hormonal cause la depresión posparto ^{25, 84, 89}.

La obstetricia moderna ha conseguido minimizar las complicaciones físicas del parto mientras que las psicológicas permanecen con una frecuencia estable. La depresión posparto es un desorden tratable pero comúnmente infradiagnosticado e infratratado. La detección precoz de estos cuadros puede contribuir a una mejor atención de los mismos, pero actualmente apenas un 20% de estas depresiones reciben tratamiento psiquiátrico. Sólo un tercio de las mujeres con depresión posparto creen que sufren esta alteración y un 80% no consultan sus síntomas con un profesional de la salud ⁷³. La depresión puerperal sólo se diagnostica en una minoría de casos, generalmente en los más graves. La mitad de los trastornos depresivos postnatales no son detectados. 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 como reflujo, cólicos, problemas de sueño con los que no son capaces de “hacerse”. Debido a la alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo posparto y a la consiguiente morbilidad familiar, resulta especialmente importante establecer medios eficaces de detección y prevención precoces. Recientemente, se señalaron otros elementos que intervienen en la aparición del trastorno como la planificación del embarazo; la planificación familiar es de gran ayuda para programar los partos para periodos de tiempo en los que haya un menor número de factores estresores ⁹⁰. Se ha observado como mujeres con intervalos entre embarazos menores de un año, tienen más riesgo de desarrollar depresión después del parto siguiente ²⁴.

Con la información actual existente, la evidencia indica que es importante ofrecer información práctica y apoyo en los períodos prenatal, perinatal y postnatal, para prevenir trastornos depresivos postnatales ^{82, 90 - 93}. Igualmente el tratamiento temprano de la depresión prenatal y postnatal beneficia no sólo la salud mental de las madres sino la salud física de los niños y su desarrollo ^{94, 95}. Dicha depresión no sólo causa pérdidas

de productividad y un gasto elevado a los sistemas sanitarios, sino también las consecuencias de la depresión no tratada pueden ser desastrosas para la madre (trastorno depresivo recurrente, suicidio), el hijo (desarrollo cognitivo, emocional, comportamental y social negativo) y la pareja ^{67, 69, 80, 96}. El impacto adverso de la depresión posparto en el desarrollo cognitivo y emocional de los niños ha sido bien documentado, si no se trata acarrea consecuencias negativas para la relación madre-hijo. Estas mujeres tienen una gran dificultad para realizar su papel como madre y alto riesgo de interferir en el desarrollo físico y mental de su hijo porque no puede hacer una vinculación eficaz con el hijo y provoca una crianza con carencias afectivas y cuidados deficitarios que interfieren en su desarrollo psicobiológico. Los primeros indicios de depresión en la madre estarían relacionados con fallos en el progreso del bebé, como pueden ser función cognitiva deficiente, dificultades afectivas y problemas de comportamiento ^{58, 94}. Los hijos de madres con depresión crónica y socialmente mal integradas sí presentan trastornos o deficiencias. Se mencionan trastornos de conducta, déficits emocionales y retrasos en el desarrollo del habla. Tales consecuencias dependen de la duración de la depresión materna. Se ha demostrado que carece de fundamento la tesis que restringe el problema a la mujer occidental. En un estudio comparado con un centenar de mujeres realizado el año 2000 en nueve países se vio que más del 50% de las mujeres de Guyana y Taiwán presentaban síntomas inequívocos de depresión posparto, en Suecia y Australia eran alrededor del 14%, en los Estados Unidos los valores fueron intermedios del 37% ²⁵. El estrés, apoyo social y autoestima eran predictores significativos de depresión posparto en mujeres que vivían en Kachsiung, Taiwan ^{56, 74, 95, 97, 98}. De manera característica aparecen dolores de cabeza, sensación de angustia en el pecho y trastornos cardíacos y respiratorios. Según algunas publicaciones la prevalencia de depresión puerperal se está incrementando ⁹⁹. Los primeros síntomas suelen mezclar la tristeza y el decaimiento de ánimo con un rechazo al bebé que a veces se asocia con sentimientos de incapacidad para quererlo de cara al futuro. Muchas de las interesadas comparten la sensación de fracasar como madres y no haber alcanzado la madurez suficiente para asumir esta responsabilidad. Son mujeres que no disfrutan con su hijo, se muestran pesimistas e irritables y padecen trastornos del sueño y de la concentración. En otras, el cuadro está dominado por el temor. Se hallan tan obsesionadas con el recién nacido, que ya no pueden pensar en ninguna otra cosa. Pasan insomnes las noches, pendientes de la respiración del niño temiendo que de repente pueda morir ²⁵. Puede estar presente la ideación suicida o

ideas obsesivas que habitualmente se relacionan con la posibilidad de hacerle daño a su hijo. Las repetidas consultas al médico sobre la salud de un niño aparentemente sano nos deben hacer sospechar el diagnóstico ^{25, 64, 65, 67, 72}. Los cambios biológicos subyacentes en la “tristeza posparto” pueden llevar a la depresión puerperal en un contexto de vulnerabilidad genética, estrés en el entorno o insuficiente soporte social. Diversas experiencias han demostrado que factores de vulnerabilidad psicosocial pueden evolucionar hacia situaciones más graves y refractarias de salud mental si no son tratadas adecuadamente. De cada 1000 nuevas madres 5 sufren depresión posparto mayor con tendencias suicidas. En el 20 al 30% de los casos se produce un intento de suicidio ⁸⁰. Dentro de los riesgos a corto y medio plazo, el suicidio materno es raro y la presencia del niño resulta de ayuda para prevenir el suicidio en las madres con depresión. El infanticidio es también muy raro y viene ligado al uso de drogas o enfermedades mentales de los padres ^{24, 67, 72, 86, 100}.

Hay algunas circunstancias acompañantes típicas de la maternidad que parecen favorecer la instauración de depresiones como los dolores posparto y dificultades con la lactancia materna. Además pueden desempeñar una importante función vivencias traumáticas en la propia infancia. Durante el propio embarazo pueden reactivarse vivencias negativas del pasado ⁸⁷. Los casos clínicos graves, que suelen instaurarse de forma aguda en menos de 24 horas, se caracterizan por la presencia de los síntomas clásicos de depresión endógena y por tener cualidades delirantes con fobias de impulsión infanticidas e ideas de suicidio. En estos casos el riesgo de suicidio y de suicidio ampliado o altruista, constituye el principal foco de atención clínica y de ingreso hospitalario. Existen ciertas diferencias entre la depresión posparto y la depresión mayor. Las mujeres con depresión posparto tienen una mayor asociación con ansiedad, presentan síntomas fóbicos de incapacidad para cuidar al bebé y miedo a hacerle daño. Tienden a experimentar una depresión más severa que si no es en posparto, tardan más tiempo en responder al tratamiento antidepresivo, incluye una menor incidencia de suicidios y un peor ajuste social después del parto. Se incrementa el riesgo de depresión puerperal si desarrolla depresión mayor durante el embarazo. Se observa alta prevalencia de depresión en mujeres con hijos con problemas de salud, con cólicos o mal temperamento ¹⁰¹. Es una enfermedad que con frecuencia se minimiza y se oculta por los sentimientos de vergüenza que experimentan las mujeres deprimidas después de dar a luz a su hijo, como si no pudiesen deprimirse en esta situación. La desinformación sanitaria y los sentimientos de culpa hacen que las madres afectadas no

pidan ayuda cuando están deprimidas, según revisa Jesús J. de la Gándara Martín ¹⁰². Descensos en la sangre materna del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) refleja un riesgo incrementado de desarrollar depresión perinatal ¹⁰³. Fluctuaciones en los niveles de las hormonas esteroideas (glucocorticoides y estradiol) durante el embarazo y después del parto contribuyen a la predisposición para los desórdenes en el estado de ánimo posparto. Estos cambios son exacerbados por eventos estresantes ⁸⁴. Un estudio realizado en adolescentes cuyas madres tuvieron depresión posparto, demuestra que presentar alteración en la secreción del cortisol por la mañana, predice el grupo de mujeres en riesgo de presentar depresión puerperal. No existe una clara relación entre la sensación de estrés referida por la paciente y los niveles de cortisol ¹⁰⁴. Un marcador biológico ha sido descubierto para la depresión posparto, es un nivel elevado de la hipotalámica hormona corticotropin-releasing hormona (CRH) durante la 25 semana de gestación. Las mujeres que desarrollan depresión posparto tienden a producir más cantidad de CRH en la semana 25 de embarazo, y por tanto un nivel elevado en esta semana de gestación es un alto predictor de depresión puerperal. Como el screening de diabetes gestacional se realiza entre la semana 24-28 de gestación, este potencial screening de depresión posparto podría realizarse al mismo tiempo ¹⁰⁵⁻¹⁰⁸. También se habla de los anticuerpos antiperoxidasa tiroideos como marcadores de depresión postnatal durante la gestación ^{84, 82, 109, 110}. Parturientas con una depresión mayor, tuvieron un descenso significativo en sangre de la propil endopeptidasa (PEP)¹¹¹.

2.1.3.1.1 MÉTODO DE SCREENING

Para hacer el diagnóstico, es fundamental sospecharlo y seguir de cerca aquellas madres con factores de riesgo, realizando un despistaje alrededor de la semana 6^a posparto ^{67, 73 90, 92, 93, 95, 113, 114}. En varios países se ha consensuado que está indicado aplicar un test preventivo de depresión posparto. Entre las escalas que son útiles para realizar el despistaje se encuentra la de Edimburgo (EPDS) que es una escala autoadministrada de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta que se puntúan entre 0 y 3 de acuerdo con el orden creciente de la gravedad de los síntomas. El rango de puntuaciones de la escala EPDS va de 0 a 30 siendo las puntuaciones más altas las que indican mayor severidad siendo considerado de alto riesgo para depresión los resultados mayores de 10. Además, esta escala se ha demostrado útil independientemente del país, desarrollado o en vías de desarrollo, y de la cultura. La escala EPDS se completa en

pocos minutos incluso vía telefónica y se evalúa de manera inmediata, la interpretación es fácil, es altamente aceptado por la madre y es fácil de aplicar en la rutina práctica. Este cuestionario ha demostrado una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92% para depresión mayor. La escala EPDS fue diseñada por Cox y cols. en Edimburgo (1987)^{87, 115} y validada en España de acuerdo a los criterios del DSM-IV por García Esteve, Ascaso, Ojuel y Navarro, 2002. Ascano y cols. 2003)¹¹⁶ como instrumento de detección de la depresión puerperal. La validación de la EPDS en nuestro país permite realizar el diagnóstico de depresión puerperal cuando se obtiene una puntuación igual o mayor a 11, con una sensibilidad del 79%, una especificidad del 95% y un valor predictivo positivo del 63%^{100, 118, 99}. Es un instrumento específico muy utilizado en estudios actuales, en el ámbito de la salud materno-infantil, sobre todo en población anglosajona. Ha demostrado ser de especial utilidad tanto en la clínica como en la investigación, habiéndose probado su eficacia para detectar estados depresivos en ámbitos hospitalarios y de atención primaria y en los propios hogares de las madres. Ha sido traducida a múltiples idiomas (más de doce lenguas) y se ha probado en poblaciones de madres de muy diferentes países como Alemania (Bergant, N guyen, Heim, Ulmer, Dapunt 1998)¹¹⁸, Arabia Saudí (Ghubash,y Abou- Saluh 1997)¹¹⁹, Australia (Óbice, Stubbs y Todd 1993)¹²⁰, Chile (Jadrsic, Araya y Jara 1995)¹²¹, China (Lee et al 1998)¹²², Francia (Guadeney y Fermanian 1998)¹²³, Holanda (Pop, Komproe y Vanson 1992)¹²⁴, Inglaterra (Davies BR 2003)¹²⁵, Italia (Carpiniello, Pariante 1997)¹²⁶, Japón (Yamashita H, Yoshida K. 2003)¹²⁷, Nepal (Regmi, Sligl, Carter 2002), Nigeria (Uwakwe 2003)¹²⁸, Noruega (Eberhard, Gran, Eskild 2001)¹²⁹, Portugal (Areias, Kumar 1996)¹³⁰, Suecia (Wickberg B, Hwang CP.)¹³¹ y Vietnam (Matthey y Barnett 1997)¹³². Su utilización en población española aún parece escasa. La escala fue cumplimentada con agilidad por las madres, los ítems no presentaron ningún problema de comprensión y funcionaron adecuadamente. El mejor punto de corte de la validación española de Garcia-Esteve y cols. (2003) fue el 10 / 11 para la combinación de depresión mayor y menor. La escala de depresión posparto de Edimburgo muestra una alta consistencia interna (0,79). En la literatura el porcentaje de madres con EPDS > 9 es 20,5% a las 8 semanas posparto y el 27% de las mujeres que completaron el EPDS tuvieron store >= 10 en el primer año posparto. Usando el EPDS se encontró 14,5% con store alto y 8,4% con una depresión clínica^{99, 116 ,117 ,133, 134}. La educación y la iniciativa de screening pueden ayudar a prevenir los efectos adversos que surgen cuando la depresión no se diagnostica y no se trata^{67,135}.

2.1.3.1.2 FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE RIESGO PARA LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN EL EMBARAZO

Número elevado de embarazos previos.

Historia de abortos inducidos.

Pensamientos de tener un aborto durante el embarazo.

Problemas psíquicos previos.

Conflictos conyugales.

Aflicción o duelo durante el segundo o tercer trimestre.

Las mujeres que desarrollan trastornos depresivos mayores durante el embarazo, están en riesgo no solo por la probabilidad de exacerbación en el puerperio, sino también por la mayor probabilidad de tener complicaciones obstétricas como retardo en el crecimiento intraútero, parto pretérmino, abrupcio placentae y conducta neonatal alterada ⁷².

FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN POSPARTO

Antecedentes de depresión posparto.

La depresión no tratada durante el embarazo (12-20 % de las mujeres) multiplica por tres el riesgo de padecer depresión puerperal.

Antecedentes familiares o personales de depresión sin asociación al puerperio.

Mujeres inmigrantes, desarraigo cultural.

Síndrome premenstrual.

Antecedentes de trastorno de la alimentación.

Embarazo no deseado.

Embarazo en adolescentes. Madres “teenage” difieren de madres adultas. Madres “teenage” suelen estar expuestas a una situación familiar más dificultosa, tienen menos soporte y autoestima y más síntomas depresivos que las madres adultas.

Acontecimientos vitales recientes, como aflicción o duelo.

Coexistencia con enfermedades crónicas.

Problemas de fertilidad en la pareja.

Abortos previos.

Embarazo múltiple.

Mujeres con riesgo obstétrico severo.

Complicaciones durante el embarazo y el parto.

Pobre relación conyugal.

Falta de apoyo social.

Estrés psicosocial en los últimos 6 meses.

Escasos recursos de contención social.

Condición socioeconómica comprometida.

Antecedentes de adicciones.

Factores médicos como complicaciones obstétricas, mujeres con alto riesgo obstétrico.

Alimentación artificial. En algunos estudios, los beneficios de la lactancia materna aparecen sólo en las mujeres multíparas.

Deficiencias vitamínicas.

Factores de personalidad (neuroticismo alto, autocrítica y alta introversión).

Diabetes pregestacional o gestacional.

Mujeres que recibieron con anterioridad al embarazo tratamiento antidepresivo tienen mayor riesgo de presentar depresión puerperal ^{38, 67, 87, 136-149}.

El parto pretérmino no ha demostrado ser un factor de riesgo para el desarrollo de depresión posparto. Niños muy prematuros conlleva considerables desórdenes psicológicos en las madres, sin embargo éste se ha asociado a un trastorno del tipo del estrés postraumático ⁷².

2.1.3.1.3 MORBILIDAD EN EL RECIÉN NACIDO

Se han estudiado como factores asociados la presencia de problemas respiratorios, infecciosos, bajo peso, ictericia, problemas traumatológicos, muerte neonatal y otros ⁹⁰. La depresión posparto es una causa de pobre crecimiento y desarrollo en el Sur de Asia. Los niños expuestos a la depresión de su madre hasta los 10 años tienen un riesgo 2

veces mayor de depresión mayor o trastorno distímico que niños cuyas madres nunca tuvieron depresión ¹⁵¹.

2.1.3.1.4 TRATAMIENTO

Algunos estudios han documentado que los síntomas de depresión se reducen rápidamente con 17 B estradiol pero aumenta el riesgo de tromboembolismo ²⁴. Otros estudios consideran que la psicoterapia cognitivo-conductual o interpersonal es la primera opción y que el tratamiento farmacológico sólo está indicado si la psicoterapia es inadecuada o no apta, considerando la gravedad de la enfermedad de la paciente. Han demostrado 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 ha demostrado ser más efectiva si la ansiedad materna es el síntoma dominante. La terapia psicosocial, cognitiva o interpersonal reduce las probabilidades de recaída en poblaciones de mujeres con un historial de depresión mayor (un ensayo clínico que sólo incluyó a 37 mujeres indica que varias sesiones en grupo de terapia interpersonal de forma profiláctica en mujeres con factores de riesgo, podría reducir la incidencia de depresión mayor en los primeros 3 meses posparto) ^{10, 13 24, 80, 93}.

Como segunda línea de tratamiento están los fármacos. En la mujer que ha tenido depresión posparto al menos una vez, se ha visto que se previene si se trata con medicación antidepresiva profiláctica (62,5% de depresión posparto en las no tratadas y 6,7% en las tratadas). La medicación antidepresiva profiláctica se debe considerar en las mujeres con episodios de depresión posparto anteriores y se recomienda usar para tal propósito ISRS ⁹⁰. Los antidepresivos se pueden utilizar en el tercer trimestre si la paciente está en alto riesgo de desarrollar depresión puerperal. Mujeres vulnerables pueden detectarse en el periodo antenatal y la intervención antes del parto puede prevenir o disminuir la severidad de los problemas psiquiátricos postnatales ¹¹⁴. Se ha visto que en las pacientes que reciben tratamientos menos agresivos tanto en dosis (infradosificación) como en duración (más corta de lo aconsejado) se favorece el riesgo de secuelas, recurrencias o refractariedades que complican el cuadro. La información

más exhaustiva sobre la exposición de antidepresivos durante el embarazo y antes del nacimiento del bebé corresponde a la fluoxetina. Si se tienen que usar antidepresivos durante la gestación, hay que utilizar la mínima dosis efectiva y debe retirarse cerca del parto para prevenir los síntomas de privación en el recién nacido. La paroxetina durante el primer trimestre supone un ligero aumento de riesgo de malformaciones cardiovasculares (defectos de los tabiques interventricular, principalmente e interauricular) riesgo menor del 2% y el esperado en la población general es aproximadamente del 1% ^{152, 153, 154- 157}.

La exposición neonatal parece tener una tasa baja de efectos adversos, sin embargo los efectos a largo plazo sobre el desarrollo cerebral son todavía poco conocidos. La respuesta a los antidepresivos es variable, pero si el tratamiento se inicia con prontitud a la aparición de los síntomas, la recuperación puede ser buena. Los nuevos antidepresivos recaptadores de la serotonina (paroxetina, a razón de 20 mg dos veces al día), son bastante eficaces en las depresiones inhibidas, aunque ningún estudio ha constatado la aparición de malformaciones en el niño, ni riesgo de aborto con estos fármacos y ningún antidepresivo se ha aprobado como categoría A de la FDA (los estudios controlados en mujeres no demuestran ningún riesgo para el feto en el primer trimestre, tampoco existe riesgo evidente en los trimestres posteriores y la posibilidad de lesión fetal parece remota) para usar durante la lactancia o el embarazo aunque todos los estudios han encontrado la seguridad de la fluoxetina prescrita durante el embarazo. Sí se ha puesto de relieve que el empleo de la fluoxetina durante el tercer trimestre del embarazo produce algunas complicaciones perinatales: nerviosismo, ansiedad generalizada, taquipnea, pero no en todos los casos estudiados. También se han comunicado buenos resultados con la mirtazapina, con ausencia de malformaciones u complicaciones. En cualquier caso la retirada del antidepresivo antes del parto constituye una medida más que razonable, sobre todo si el estado de ánimo es al menos mediano, aunque no bueno o excelente ¹⁵⁸. Los antidepresivos tricíclicos tienen un pequeño o ningún efecto sobre la lactancia; amitriptilina y desipramina pueden ser usados, pero sertralina y paroxetina (ISRS) son los antidepresivos de 1ª línea para el tratamiento de depresión posparto en mujeres con lactancia materna, siendo la concentración más alta del fármaco a las 8 horas de la ingesta, mostrándose niveles mínimos deseables en el neonato. La dosis habitual es de 50 mg al día con un máximo de 200 mg ^{159 - 161}.

Otros fármacos de la misma familia como la fluoxetina, también son usados durante el embarazo pero es discutido su uso en el periodo de lactancia. Este fármaco tiene vida media prolongada con potencial acumulación en mamas. Cólicos y disminución en la actividad del neonato se atribuyen a la elevada concentración sérica de fluoxetina y de su metabolito en la leche materna^{24, 153, 162, 163}. Los benzodiazepínicos con metabolitos de acción prolongada como diazepam, pueden acumularse en el neonato por su inmadurez en el metabolismo produciendo letargia y pobre ganancia de peso. El tiempo de eliminación en caso de que la madre requiera su uso es de 6 a 8 horas. El alprazolam estaría contraindicado en la lactancia materna porque puede producir un síndrome de abstinencia¹⁶⁴.

Los avances en el tratamiento han mejorado notablemente el pronóstico de las mujeres con trastornos del estado de ánimo posparto, en especial si tenemos en cuenta que la tasa de mortalidad por enfermedades psiquiátricas graves posparto fue considerable en otras épocas, constituyendo en su momento una de las principales causas de fallecimiento entre las mujeres en el puerperio, después del agotamiento y la deshidratación¹.

2.1.3.1.5 DEPRESIÓN POSPARTO CON PSICOSIS

Afecta a un 1-2 por mil de los pospartos, similar en las distintas culturas y, en general, esta tasa ha permanecido igual en los últimos 150 años²⁷. La psicosis puerperal aparece en mujeres con trastorno afectivo bipolar. Se caracteriza por síntomas de tipo maníaco o de un episodio mixto. La depresión posparto es relativamente frecuente en las mujeres con trastorno bipolar y ante un primer episodio de depresión posparto deberían examinarse la presencia de antecedentes familiares de trastorno bipolar, ya que el tratamiento antidepresivo puede desencadenar el inicio de dichos síntomas⁷¹. En la primera gestación el riesgo aumenta hasta 35 veces durante el primer mes postnatal. Los síntomas psicóticos en el posparto forman parte, en la mayoría de las ocasiones, de un trastorno afectivo unipolar o bipolar tras descartar fármacos y enfermedad médica. Los síntomas que se suelen encontrar son: labilidad afectiva, alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, con un lenguaje desorganizado, trastornos

del sueño e ideas delirantes que habitualmente tienen relación con el hijo (malformaciones o de ideas de índole mística-religiosa). Siendo más frecuente las conductas autoagresivas y de violencia como suicidio o el filicidio. Los factores de riesgo más importantes son: la historia previa o antecedentes familiares de psicosis posparto y el trastorno afectivo bipolar. La privación de sueño relacionada con parto nocturno y prolongado, puede ser un factor precipitante de psicosis puerperal en mujeres biológicamente vulnerables para los trastornos del estado de ánimo ¹⁶⁵. Si se trata adecuadamente, no hay riesgo de psicopatología en el recién nacido, sin embargo sí se ha evidenciado una alta probabilidad de nuevos episodios en posteriores embarazos ^{44, 67, 72, 94}.

2.1.3.1.5 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Cuando una mujer joven aborta, incrementa significativamente el riesgo de padecer una enfermedad psíquica. La depresión se da en el 2,4 mujeres de cada cien que han abortado voluntariamente. Los autores de orientación psicoanalítica han puesto de manifiesto como el aborto provocado constituye en sí mismo un síntoma, expresión de una intensa conflictiva inconsciente y como provoca en la mujer que lo realiza una reacción de duelo patológico que no se resuelve con el paso del tiempo si no se trata de forma eficaz. Todo el proceso de duelo, permanece reprimido en el inconsciente femenino y constituye un factor de vulnerabilidad para descompensaciones psicopatológicas ulteriores. Estas mujeres, tienen una historia de trastornos psicosomáticos desde la infancia y de tendencia a abortos inducidos. Cuando fracasan los mecanismos de defensa de negación de los sentimientos, de culpa persecutoria y de pérdida que despierta el aborto voluntario, la sintomatología clínica que puede aparecer incluso mucho tiempo después de realizado éste, será de naturaleza depresiva a pesar de que socialmente se intenta conceder a la mujer que interrumpe su embarazo, cualidades de autonomía e independencia, mujeres maduras psíquicamente que usan del controvertido derecho a hacer con su cuerpo lo que desean ^{10, 60-62}.

2.1.3.1.6 PUNTOS CLAVE

1. La depresión posparto tiene una elevada prevalencia, sin embargo está infradiagnosticada y con unas consecuencias devastadoras en la familia, por esta razón es importante detectarla precozmente evitando su elevada morbimortalidad así como sus complicaciones ⁷³.
2. Las depresiones posparto deben ser detectadas lo antes posible para emplear los tratamientos farmacológicos y psicológicos más eficaces. Es importante mantener el tratamiento farmacológico a dosis plenas y durante el tiempo necesario ¹⁶⁶.
3. Las mujeres con síntomas de depresión posparto son frecuentes en la población general y pueden ser detectadas durante el primer año, incluso en las visitas del niño en el pediatra con el screening EPDS ^{80 15}.
4. La obstetricia moderna ha conseguido minimizar las complicaciones físicas del parto mientras que las psicológicas permanecen con frecuencia estable. El tocólogo debería conseguir una mayor concienciación del riesgo que conlleva la depresión relacionada con el embarazo ^{3, 13, 49, 80}.

2.1.3.2 LA DEPRESIÓN EN LA INMIGRACIÓN

Se denomina inmigrante a la persona que llega a un país donde no ha nacido para fijar su residencia. España presencia un fuerte fenómeno de inmigraciones desde la década de los años 90, que ha ido en aumento. En los últimos años la inmigración extranjera en el estado español se ha situado en primera línea de los fenómenos sociodemográficos. España se ha convertido en el país europeo con mayor recepción de inmigrantes. Así en Enero de 2007 estaban empadronados en España 4.492.568 extranjeros, lo que representaba en torno al 10% de la población del país. La cifra global de extranjeros se ha incrementado en más de tres millones desde el año 1999, cuando representaba sólo un 1,8% de la población total ¹⁶⁷. En la actualidad España tiene 46,6 millones de habitantes y el 13% está constituido por personas de otros países ^{168, 169}. España ha entrado en una nueva fase en su historia migratoria recibiendo olas de inmigrantes de gran diversidad cultural y lingüística, sin tener tiempo para preparar el terreno, o aún menos planificar o <<dosificar>> el fenómeno migratorio tal como se llevó en los Estados Unidos. Los movimientos migratorios masivos constituyen uno de los fenómenos socioculturales y políticos de mayor trascendencia en el siglo XXI. España se ha mantenido con tasas de inmigración muy bajas durante décadas, aunque en los últimos años se están incrementando de forma exponencial. Pese a ello, el problema de la salud mental de los inmigrantes en España apenas ha sido motivo de interés centrándose la atención en problemas infecciosos ^{170, 171}. Hasta 1965 existían más españoles fuera de España que extranjeros acogidos en nuestro país. Posteriormente estas cifras se fueron invirtiendo hasta que en la actualidad existen más extranjeros en España que españoles fuera del país. Las características y las variaciones que ha sufrido la inmigración en España se pueden resumir en incremento generalizado de la afluencia de extranjeros y disminución de migraciones fuera del país.

España es el país de la Unión Europea donde existe mayor número de inmigrantes no comunitarios (en su mayoría procedentes de América latina, Marruecos y África subsahariana). La distribución de los extranjeros empadronados por grupos de nacionalidad y por orden de frecuencia es: América Central y del Sur (en torno al 43%), Unión Europea, África, resto de Europa, Asia, América del Norte y resto del mundo. La inmigración latinoamericana presenta un claro patrón femenino ¹⁷².

Todo “transplante migratorio” implica una serie de reajustes en el equilibrio dinámico que llamamos salud - enfermedad, una parte indivisible de la cual es la salud mental. El traslado a otro país supone un cambio en el individuo que puede facilitar el desencadenamiento de varios trastornos mentales. Existen diferencias socioculturales que pueden entorpecer la relación médico paciente y paciente sistema sanitario. Si la migración ocurre sobre una base de alta vulnerabilidad personal, familiar o social, puede crearse un marco biopsicosocial que favorezca la descompensación o trastorno. Los problemas para insertarse social y laboralmente provocan patologías y los acontecimientos vitales negativos se asocian con patología psiquiátrica; los síntomas son los conflictos depresivos en los que las víctimas se ven al no encontrar lo que buscan en el país receptor. La salud mental de los inmigrantes dispone de una serie de factores de riesgo mayor que la de los autóctonos. Los principales desencadenantes de la depresión serían los procesos de adaptación (aculturación) y las dificultades ambientales ligadas a la emigración ¹⁷³. Han de enfrentarse a un duro proceso de adaptación que incluye no sólo volver a empezar sino hacer frente a un pasado en muchas ocasiones traumático por las malas experiencias en su propio país. Una vez en el país receptor, la gran mayoría de esperanzas, como la posibilidad de encontrar un trabajo bien remunerado, se desvanece con rapidez. Una vez que el inmigrante llega al destino debe enfrentarse a la lejanía de los seres queridos, adaptación a las nuevas costumbres, conseguir un trabajo (abuso por parte de los empresarios) y situaciones de hacinamiento en la vivienda dada sus dificultades económicas. Surgen dificultades laborales, problemas para obtener los papeles de residencia, etc por lo que tienden a ser explotados y permanecen con el temor de ser repatriados en cualquier momento. Esta serie de situaciones límites lleva a que el inmigrante sea más proclive a las alteraciones psicológicas. Todas estas situaciones son capaces de promover un estrés crónico, múltiple y muy intenso, que se ha definido con el nombre de Síndrome de Ulises caracterizado por una sintomatología depresiva asociada a síntomas de ansiedad, somatomorfos y conversivos. El síndrome de Ulises o síndrome del estrés crónico del inmigrante, se define al conjunto de enfermedades psiquiátricas que puede afectar a la persona inmigrante por el hecho de ser inmigrante y las situaciones que por ello debe atravesar (lejanía de las raíces de los seres queridos, adaptación a un nuevo medio, dificultades de comunicación...). Los síntomas que presentan los inmigrantes con síndrome de Ulises son depresión, tristeza pero con ganas de mejorar sin la apatía propia de la depresión clásica; ansiedad postestrés; problemas somáticos, cefalea,

síndrome de fatiga crónica motivado por su situación de ansiedad y estrés.

Diferentes factores de riesgo están implicados en dicha patología pero son tres los que destacan fundamentalmente: la cultura, la barrera de la lengua y el contacto con el grupo étnico. Los inmigrantes son muy sensibles a cualquier situación de estrés porque en la mayoría de las ocasiones, la red social que existe en el lugar al que llegan suele ser escasa, y esto es un factor de riesgo añadido en el desarrollo de la enfermedad. La inmigración per se no es un elemento generador de psicopatología pero sí puede suponer un factor de riesgo de importancia ¹³⁸. La migración de asalariados de baja cualificación laboral es un auténtico factor de riesgo psicopatológico. La expresión psicopatológica del inmigrante asalariado, diversificada y compleja, viene marcada por la triada sindrómica de la depresión, la somatización-hipocondría y la paranoia ¹⁷⁰. El contexto sociocultural del nacimiento presenta una importancia crítica en la depresión posparto. Se evidenció que el 35,1% de las mujeres inmigrantes en Canadá tuvieron una puntuación mayor o igual a 10 en EPDS frente al 8,1% de las nacidas en Canadá. Todas las mujeres procedentes de etnias minoritarias tienen vidas problemáticas, afectadas por una multitud de factores ^{174, 175}. En el caso de mujeres adultas y comparando diversos grupos étnicos, la predicción de la gravedad de la depresión dependía de los siguientes factores: bajo nivel educacional, soltera, ser latina, alto estrés percibido y sentimientos de soledad; aumentaba el riesgo de presentar esta patología después de un proceso migratorio, sobre todo en poblaciones jóvenes con bajo nivel educativo y con altas tasas de desempleo ¹⁷⁶. El grupo étnico que presenta más tasas de depresión según la mayoría de los estudios realizados en Estados Unidos es el de los latinos ¹⁷⁰. La depresión es una de las entidades clínicas más estudiadas por la psiquiatría transcultural. En los inmigrantes hispanoamericanos parece existir mayor frecuencia de síntomas depresivos expresados como quejas somáticas por lo cual pueden acudir con mayor frecuencia a la consulta de los médicos de Atención primaria ¹⁷³. La experiencia migratoria cumple el papel de agente estresante para desarrollar un trastorno adaptativo. Los inmigrantes no permanecen de una manera estática en la primera provincia de acogida. Los movimientos internos de los inmigrantes conllevan múltiples consecuencias y dificultades en:

1. El diagnóstico: en ocasiones el paciente inmigrante no acude ni siquiera a recoger los resultados, porque antes se muda de región.
2. El tratamiento resulta muy dificultado por la frecuente migración interna.

3. La evolución de la enfermedad: el paciente inmigrante abandona la zona y acude posteriormente a otro centro sanitario y se vuelve a iniciar todo el proceso diagnóstico. El recién llegado presenta un mejor estado de salud que el de la población autóctona pero este efecto se diluye con el tiempo de permanencia en el nuevo país ¹⁷². Las migraciones han de ser consideradas desde el punto de vista sanitario como un factor de riesgo psicopatológico, por lo que hay que tenerlas en cuenta no sólo desde una perspectiva social y política, sino también desde el punto de vista sanitario y psicológico. Este segmento de población heterogéneo per se, acude y consultará cada vez más tanto a centros de Atención Primaria como a los servicios de Salud Mental.

Los pacientes inmigrantes que podamos tratar en la consulta u hospitales tendrán dos tipos de enfermedades:

1. Enfermedades de etiología infecciosa.
2. Enfermedades de etiología no infecciosa (enfermedades psicosociales, laborales y de base orgánica)

Entre los trastornos psicológicos destacan por su prevalencia los trastornos adaptativos agudos o prolongados.

2.1.3.2.1 Trastornos psicológicos:

1. Trastornos adaptativos: reacción ansioso / depresiva y reacción depresiva prolongada (duelo).
2. Trastornos afectivos: episodios depresivos y episodios de hipomanía y de manía.
3. Trastornos de ansiedad: reacción a estrés agudo, trastorno de Ansiedad Generalizada, trastornos fóbicos sociales y trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).
4. Trastornos disociativos.
5. Trastornos graves de la conducta: agresividad / Conductas antisociales, automarginación y rechazo consumo de tóxicos / alcohol y síndrome dependiente de la cultura.
6. Trastornos por somatización: reacciones hipocondríacas, dolores persistentes como cefaleas, mialgias y dolores abdominales.
7. Trastornos psicóticos: reacciones psicóticas agudas, trastornos esquizofreniformes / esquizofrénicos paranoides y trastornos de ideas delirantes.

La experiencia migratoria cumple los criterios de importante situación estresante, capaz de desencadenar un trastorno adaptativo o bien otros trastornos mentales relacionados con el estrés como la depresión. Por esta razón se propone emplear el término de trastorno de adaptación posmigración como nueva entidad nosológica, y para neutralizar la duración de estos trastornos se recomienda la formación de redes de apoyo social y familiar fuertes en torno al inmigrante. Los trastornos psicosociales son muy frecuentes entre la población inmigrante. La mayoría de ellos sufren el estrés que supone vivir lejos de sus raíces y en un medio habitualmente hostil ¹⁷⁶. Los más frecuentes son trastornos ansioso-depresivos con somatización de enfermedades, lo que puede confundir al personal médico no familiarizado. En los inmigrantes hispanoamericanos parece existir mayor frecuencia de síntomas depresivos expresados como quejas somáticas. Las enfermedades mentales clásicas pueden presentarse de forma clínica diferente a la habitual ^{177, 178}.

2.1.3.2.1.1 Trastornos adaptativos:

La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante. Estos síntomas se expresan clínicamente como malestar mayor de lo esperado en respuesta al estresante y deterioro significativo de la actividad social o laboral. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno, los síntomas no responden a una reacción de duelo, una vez ha cesado el estresante los síntomas no persisten más de seis meses y los periodos de transición cultural que implican cambios de costumbres y nueva definición de roles, pueden incrementar la vulnerabilidad del individuo a sufrir estrés vital y desarrollar trastornos adaptativos. Los pacientes se encuentran sobrepasados por los acontecimientos y son incapaces de adaptarse a las nuevas circunstancias. Con frecuencia las dificultades de adaptación están relacionadas con características biográficas o de la personalidad del paciente, lo cual denota una vulnerabilidad o predisposición pero siempre bajo la presencia de un desencadenante o estresor ⁵⁵. El trastorno adaptativo se caracteriza por:

Síntomas Psicológicos: la persona se enfada con facilidad, llora incontroladamente, experimenta rápidos cambios de humor, le cuesta concentrarse, su pensamiento es “rumiativo“, vive en un estado de hiperactividad.

Síntomas Físicos: dolor de cabeza, tensión muscular. Palpitaciones o taquicardias, sensación de falta de aire, falta de apetito, náuseas, dolores abdominales...

Cambios en la forma de actuar: disminución de la actividad, hiperactividad, abuso de drogas, problemas de insomnio...

Falta de emociones, peleas, discusiones, excesiva dependencia de los demás... Problemas de relación con otros y deterioro significativo de la actividad social o laboral del paciente ⁵³.

2.1.3.2.1.2 Clasificación de los trastornos adaptativos

Con estado de ánimo deprimido, llanto o desesperanza.

Con ansiedad: nerviosismo, preocupación o inquietud.

Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo

Con trastorno del comportamiento: conductas disruptivas, peleas, vagabundeo, violencia o incumplimiento de responsabilidades legales.

Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento

No especificado ¹⁵⁸

Los trastornos adaptativos son muy prevalentes en la población general, aunque el patrón epidemiológico varía ampliamente en función de la población estudiada. En el estudio de Derogatis y cols ⁴⁵ un 32% de la población total estudiada cumplía los criterios diagnósticos para un trastorno adaptativo. Existen pocos datos disponibles respecto al tratamiento del trastorno adaptativo y los ensayos farmacológicos controlados aleatorizados son escasos. Actualmente la psicoterapia parece ser el tratamiento de elección aunque también se utiliza la psicoterapia combinada con benzodiazepinas. En algunas pacientes puede estar indicado el uso de dosis bajas de antidepresivos y ansiolíticos. Algunos estudios han informado que los pacientes hispanos precisan de menores dosis de antidepresivos para alcanzar el beneficio deseado, debido a que su sistema inductor enzimático hepático genéticamente les confiere la propiedad de ser metabolizadores lentos.

El diagnóstico del trastorno adaptativo, puede indicar que un paciente se encuentra en una fase inicial de un trastorno mental grave que todavía no ha evolucionado a un cuadro sintomático florido, por tanto el médico debe permanecer alerta a este hecho. Con respecto a la evolución a largo plazo del trastorno adaptativo, el pronóstico es bueno en los adultos, pero los adolescentes pueden desarrollar enfermedades psiquiátricas mayores. En un seguimiento de cinco años, el 71% de los adultos estaba completamente bien, el 8% tenía un problema intercurrente y el 21% desarrolló una depresión mayor o alcoholismo. En un seguimiento de cinco años en adolescentes, sólo el 44% no tenía un diagnóstico psiquiátrico, el 13% padecía una enfermedad psiquiátrica interpuesta y el 43% evolucionó a morbilidad psiquiátrica mayor (por ejemplo esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, depresión mayor, trastorno bipolar, abuso de sustancias o trastornos de personalidad). A diferencia de los predictores de trastorno mayor en los adultos, en los adolescentes la cronicidad de la enfermedad y la presencia de síntomas conductuales fueron predictores claros de trastorno mayor en el seguimiento a los cinco años⁵⁵.

2.1.3.2.2 Diagnóstico de la patología psiquiátrica en la población inmigrante

Es frecuente que el paciente inmigrante acuda al sistema sanitario por enfermedades orgánicas pero no es común que acuda por cuadros psiquiátricos. El enfermo con alteración psiquiátrica no suele tener conciencia de enfermedad y los pacientes inmigrantes suelen tener reticencias a acudir al médico por motivos legales o por desconfianza. Una depresión en un paciente inmigrante presenta casi los mismos síntomas que la depresión en una paciente nativa aunque las causas puedan ser distintas¹⁷⁷.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1 HIPÓTESIS

La Escala de Edimburgo (EPDS) y el Cuestionario de Salud General (CSG) Goldberg 28 son una herramienta útil en el diagnóstico precoz de los trastornos del estado de ánimo durante el puerperio, en especial en el colectivo de mujeres inmigrantes.

3.2 OBJETIVO PRINCIPAL

Estudiar los factores psicosociales predisponentes a padecer trastornos del estado de ánimo en nuestra área de población, tanto inmigrante como autóctona y si existen diferencias en la incidencia de los mismos entre ambas poblaciones.

3.3 OBJETIVOS SECUNDARIOS

3.3.1. Valorar la utilidad del CSG Goldberg 28 y la Escala de Edimburgo en el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo durante el puerperio.

3.3.2. Valorar si la intervención preventiva u orientativa consistente en psicoeducación verbal y escrita sobre depresión puerperal suministrada al entrar en el estudio, disminuye el riesgo de presentar trastornos en el estado de ánimo durante el puerperio.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 MATERIAL DE ESTUDIO. CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

El material del estudio lo compone una muestra de 298 gestantes atendidas en nuestra Área sanitaria, cuyas características poblacionales se describen con detalle en el apartado de Resultados.

Para calcular el tamaño de la población de estudio necesaria, se tomó como referencia una prevalencia estimada del 20% de los trastornos de ánimo en relación con el puerperio en la población general de gestantes², para un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5% obteniéndose una N de 244. Para el cálculo del tamaño de la muestra de gestantes sometidas a la intervención experimental, se tomó una disminución del 50% en la incidencia esperada de alteraciones del trastorno de ánimo gracias a la intervención, considerando para un nivel de confianza del 95% y un error esperado del 5%, que p es igual a 0.2, y q igual a 0.8; obteniéndose una N de 135. Una vez determinado el número necesario, se llevó a cabo la selección de las embarazadas que serían sometidas a intervención preventiva (anexo I) según una tabla de números aleatorios.

4.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se consideraron elegibles las gestantes que acudieron a atención médica en las revisiones obstétricas de los Ambulatorios del Área 11 y gestantes que acudieron al Hospital Doce de Octubre de Madrid (Consultas, Urgencias, Expectantes o Planta de Hospitalización), que tuvieran realizada una ecografía del primer trimestre cuyo resultado fuera normal y que dispusieran del tiempo suficiente para realizar los cuestionarios (aproximadamente 30 minutos). No se consideró la edad como factor limitante.

4.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- I. Incapacidad para la comprensión de los Cuestionarios y la Entrevista Clínica (por causas psicológicas, culturales o de idioma).
- II. Mujeres con un diagnóstico reciente de duelo.

Cuando las gestantes cumplieron todos los criterios antedichos, se les informó sobre la finalidad del estudio y firmaron el consentimiento validado por el Comité ético (anexo V).

4.1.3. ENTREVISTA CLÍNICA

Se realizó la entrevista inicial a todas las mujeres embarazadas reuniéndose una serie de datos de su historia general, ginecológica y obstétrica así como datos familiares, sociales y personales de la pareja. Se han analizado un total de 81 variables de las cuales 69 son cualitativas y 12 cuantitativas.

Mediante la *Historia Clínica detallada*, se recogieron las variables a estudiar (anexo II). Una vez finalizada la Historia Clínica, la paciente cumplimentó un total de seis *Cuestionarios psicológicos* (anexo III):

Escala de Alexitimia Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)^{179, 180}, Cuestionario de Salud General (CSG) de Goldberg¹⁸¹, Escalas de Control Percibido de Salud (MHLC)¹⁸², Cuestionario de personalidad: Short Interpersonal Reactions Inventory (SIRI)¹⁸³, Cuestionario de Calidad de Vida (Ruiz Baca)¹⁸⁴ y Cuestionario de Estrés percibido de Levenstein et al 1993^{185, 186}.

Las pacientes que obtuvieron en el CSG de Goldberg una puntuación superior a 6 al sumar los resultados de los apartados satisfacción social (c) y depresión (d), fueron derivadas al Servicio de Psiquiatría para realizar la Entrevista Clínica. Se ha obviado la puntuación de la columna de sintomatología somática (a) y de ansiedad (b) para consultar con el psiquiatra durante el embarazo, debido al elevado nivel de ansiedad y malestar corporal en las mujeres embarazadas respecto a la población general y que a priori no discriminarían a las afectadas de las no afectadas^{66, 187}.

Se recogieron las variables del parto y del neonato, almacenadas en el programa informático HP-Doctor. A partir de los 40 días posparto se contactó con las púerperas vía telefónica y en este momento junto a la recogida de las variables tipo de lactancia, ritmo de crecimiento del bebé, frecuencia de llanto y grado de colaboración de la pareja en el cuidado del recién nacido, se aplicó la Escala de Edimburgo (anexo IV) y el CSG de Goldberg para el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo (depresión puerperal o trastorno adaptativo).

4.1.3.1. VARIABLES RECOGIDAS EN LA HISTORIA CLÍNICA

Datos de filiación y lugar de entrada en el estudio (Ambulatorio u Hospital: Expectantes, Consulta, Planta o Urgencias).

Sociodemográficas maternas (ámbito rural o urbano, apariencia externa cuidada–descuidada, convivencia o no con su pareja, deseo sexo hijo, edad, domicilio propio o compartido con otras familias, edad gestacional, estado civil, horas de ejercicio semanal, horas de sueño diarias, índice de masa corporal (IMC), nacionalidad, nivel de estudios, participación de la gestante con preguntas sobre el tema a tratar, tipo de trabajo, tipo de vivienda).

Antecedentes familiares maternos (depresión en la familia, edad de la gestante cuando fallecieron los padres –infancia, adolescencia, adulta-, relación con los padres en la infancia, relación con los padres en el momento actual).

Antecedentes personales de la gestante (problemas médicos o quirúrgicos importantes, embarazo espontáneo o técnicas de reproducción asistida, embarazo deseado por la gestante, existencia de otras circunstancias en la vida de la mujer igual o más importantes que la gestación).

Antecedentes psiquiátricos (cuatro o más eventos desagradables en el último año, sensación subjetiva de presencia de estrés, síndrome premenstrual, sintomatología depresiva o ansiosa, náuseas o vómitos en esta gestación, sueños agradables o de angustia relacionados con el embarazo).

Actitud social de la gestante (amistades con una antigüedad de más de tres años, dedicación una hora semanal o más a sus amistades, actividades de ocio).

Factores estresantes (problemas familiares, problemas laborales, problemas de salud importantes en la familia).

Hábitos de la gestante (consulta médica preconcepcional, consumo de alcohol, cannabis, cocaína, opiáceos, tabaco, estimulantes, psicofármacos previa gestación; tabaco, alcohol, drogas durante la gestación, fólculo preconcepcional, lectura de revistas o libros referentes al embarazo, tipo de dieta, nº correcto de visitas al obstetra).

Sociodemográficas de la pareja (deseo sexo hijo, embarazo deseado).

Variables obstétricas:

Antecedentes obstétricos (abortos espontáneos, interrupciones voluntarias del embarazo (I.V.E), I.V.E por diagnóstico prenatal de anomalías fetales, nº de hijos a su cargo, paridad, patología en embarazos anteriores).

Características del parto (edad gestacional del parto, feto muerto intraútero, patología durante el embarazo, parto doloroso, parto largo, parto pretérmino, tipo de parto).

Neonato (apgar en el primer y quinto minuto, frecuencia de llanto, morbilidad perinatal mortalidad intrauterina, patología médico-quirúrgica, peso del neonato, sexo del neonato, peso adecuado en las visitas posparto).

Puerperio (grado de colaboración de la pareja en el cuidado del recién nacido, lactancia materna-artificial).

4.1.3.2 CUESTIONARIOS-ESCALAS

4.1.3.2.1 CUESTIONARIOS-ESCALAS AL INICIAR EL ESTUDIO

Cuestionario de Calidad de Vida (Ruiz, Baca 1993. 39 ítems) ¹⁸⁴. Valora el nivel de apoyo social, satisfacción general, bienestar físico / psíquico y ausencia de sobrecarga laboral / tiempo libre.

Cuestionario de Estrés percibido (Levenstein et al. 1993. 30 ítems) ^{185, 186}. Los resultados obtenidos se incluyen en el intervalo 0 – 1. A partir de 0,3 - 0,4 se considera que la paciente presenta estrés.

Cuestionario de Salud General (CSG) de Goldberg (28 ítems) ¹⁸¹. Consta de cuatro apartados, el primero valora los síntomas somáticos de origen psicológico (a), el

segundo la angustia / ansiedad (b), el tercero la disfunción social en las actividades diarias (c) y el cuarto la sintomatología de depresión (d). Las 7 preguntas de cada apartado tienen cuatro posibles respuestas, las dos primeras respuestas se puntúan con 0 y las dos últimas con 1. Cuando los pacientes presentan 6 ó mas puntos en el total del cuestionario, se derivan al psiquiatra.

Como es conocido que las embarazadas presentan puntuaciones altas en el apartado de síntomas somáticos de origen psicológico y de angustia \ ansiedad ^{66,81,87,187} conjuntamente con el psiquiatra Dr. Mingote se decidió derivar para Entrevista Clínica Psiquiátrica únicamente a las pacientes cuyo punto de corte se situara en puntuaciones superiores a 6 sumando las respuestas de los apartados disfunción social en las actividades diarias (c) y sintomatología de depresión (d).

Escala de Alexitimia Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Adaptación de Martínez, S. Universidad de Murcia, 1996. 20 ítems) ^{179, 180}. Alexitimia se define como la incapacidad o grave dificultad para identificar, describir y expresar sentimientos ¹⁰. Tiene un origen multifactorial que incluye factores biológico (hereditario), educativos y de aprendizaje en relación con personas poco expresivas de afectos. A mayor puntuación en los resultados, mayor alexitimia.

Escalas de Control Percibido de Salud (MHLC) (Wallston and De Vellis 1978.18 ítems) ¹⁸². Los resultados obtenidos se distribuyen entre locus de control interno, de control externo y debido al azar. Las pacientes que concentraron mayor puntuación en el locus de control interno, consideran que el control de la salud depende de ellas mismas (según como cuiden su alimentación y hábitos de vida así será su salud), las que presentan una puntuación más elevada en locus de control externo piensan que el control de su salud está en el exterior (en el cuidado recibido por los médicos, familia, amigos...) y las que confían en el azar no consideran que la actuación sanitaria, los cuidados de la alimentación y los hábitos de vida vayan a influir en su salud previniendo la enfermedad, sino que por el propio azar se enferma y no se puede hacer nada para evitarlo.

Cuestionario de Personalidad (Cuestionario de SIRI. 1990 R. Grossarth-Maticek y H. J. Eysenck. Adaptación española P. Chorot y B. Sandín. UNED, Madrid, 1991. 70 ítems) ¹⁸³. Según donde se concentre la mayor puntuación tendremos un perfil de personalidad sana, psiquiátrica o psicósomática.

4.1.3.2.2 CUESTIONARIOS-ESCALAS EN EL PUERPERIO

Escala postnatal de Edimburgo (EPDS). Consta de diez preguntas con cuatro posibles respuestas puntuadas de cero a tres. La puntuación mínima es de cero y la máxima de 30. El punto de corte para derivar a las pacientes a evaluación psiquiátrica se ha situado en 10.

4.1.4. CONDICIONES ÉTICAS

Antes de iniciarse el estudio, se ofreció a las embarazadas la participación en el mismo previa firma del informe de consentimiento (anexo V) de acuerdo a los criterios y formatos del CEIC del Hospital (Centro de Investigación).

A las mujeres participantes se les informó que la atención sanitaria recibida sería igual si decidían retirarse del estudio o no participar y que los resultados sólo serían presentados en instituciones de salud, asegurándose la confidencialidad de la identidad y de la información médica.

4.2 METODOLOGÍA

4.2.1 DISEÑO DEL ESTUDIO Y CRONOLOGÍA

Se trata de un estudio de seguimiento longitudinal, prospectivo y abierto sobre una muestra de 298 mujeres gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Doce de Octubre de Madrid y en las consultas externas de tocología de los Centros de Especialidades Periféricas pertenecientes al Área Sanitaria 11 de la Comunidad de Madrid de la cual es referencia dicho Hospital. Las pacientes entraron en el estudio en el periodo comprendido entre febrero de 2006 y febrero de 2008, y la evaluación psicológica y psiquiátrica finalizó en diciembre de 2008. Sobre esta población se ha realizado un estudio experimental randomizado, no ciego, para la evaluación de la intervención preventiva u orientativa en 144 de las embarazadas participantes, consistente en psicoeducación verbal y escrita sobre la depresión puerperal (anexo I), con posibilidad de efectuar preguntas a propósito de dicho tema.

4.2.2. MÉTODO INFORMÁTICO

Todos los cálculos estadísticos han sido realizados con el programa informático estadístico para ciencias sociales (por sus siglas en inglés SPSS) versión 13.0 para Windows tras el diseño de un formulario de recogida de datos y de una base de datos dentro del mismo. Para la elaboración de los textos y figuras se ha utilizado un ordenador personal PC compatible con el sistema operativo Windows 95 (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, Estados Unidos) y el siguiente software: Microsoft Word 97 y Microsoft Power Point 97 (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, Estados Unidos).

4.2.3. MÉTODO ESTADÍSTICO

Enumeramos a continuación los distintos test estadísticos y condiciones de aplicación empleados en esta tesis. En todos los casos se ha considerado una $p < 0,05$ como límite de significación estadística.

4.2.3.1 VARIABLES CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS

La estadística descriptiva ha sido expresada en porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas (media y desviación estándar).

Para estudiar la relación o asociación entre dos variables cualitativas se ha utilizado la Prueba de Chi Cuadrado (χ^2) tras su distribución en tablas de contingencia. Cuando no se verificaron las condiciones necesarias para la utilización de la Prueba de Chi Cuadrado, como por ejemplo cuando el tamaño muestral ha sido demasiado pequeño (valor teórico inferior a 5 en el 20% o más de las casillas) se ha utilizado el Test exacto de Fisher.

Para relacionar una variable cualitativa con una cuantitativa con dos categorías se ha empleado la t de Student para muestras independientes.

El análisis de la varianza (ANOVA) se ha empleado al relacionar una variable cualitativa con una variable cuantitativa de más de dos categorías. Como test de comparaciones múltiples, se ha empleado el Test de Bonferroni.

4.2.3.2 CÁLCULO DEL ODDS RATIO

En las comparaciones entre grupos, cuando el valor de P era significativo, se ha calculado la razón de ventaja, u odds ratio (OR), como razón de los productos cruzados en una tabla de contingencia de 2x2, figurando en el numerador la población de interés y el intervalo de confianza al 95%, correspondiente. No se ha calculado el OR ni su intervalo de confianza en los sucesos que no alcanzaban la significación estadística ¹⁸⁸⁻¹⁹⁰.

4.2.3.3 CÁLCULO DE LA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL TEST EPDS

Para el cálculo de la Sensibilidad y Especificidad del Test EPDS se ha utilizado la siguiente tabla y fórmulas:

	<i>Enfermos</i>	<i>Sanos</i>
Test (+)	VP	FP
Test (-)	FN	VN

$$\text{Especificidad} = \text{VN/sanos} = \text{VN} / (\text{VN}+\text{FP})$$

$$\text{Sensibilidad} = \text{VP/enfermos} = \text{VP} / (\text{VP}+\text{FN})$$

4.2.4 DEFINICIONES

Aborto: expulsión o extracción de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso (22 semanas completas de gestación, o 154 días) o de cualquier producto de la gestación ¹⁹¹.

Abruptio placentae: separación de la placenta de su inserción decidual, previa al nacimiento del feto ¹⁹².

Amenaza de parto pretérmino: presencia de contracciones uterinas acompañadas o no de modificaciones cervicales, y que en ausencia del tratamiento adecuado o cuando éste fracasa, conduce a un parto antes del término de la gestación ¹⁹³.

Crecimiento intrauterino retardado (CIR): disminución del peso fetal en el momento del parto por debajo del percentil 10 ¹⁹⁴.

Ecolalia: perturbación del lenguaje en la que el sujeto repite involuntariamente una palabra o frase que acaba de pronunciar otra persona en su presencia, a modo de eco ¹⁹⁵.

Ecopraxia: Repetición por imitación de los movimientos de otra persona. La acción no es voluntaria y tiene un carácter semiautomático e incontrolable ¹⁹⁶.

Hipertensión inducida por el embarazo: tensión arterial diastólica mayor o igual a 100 mm de Hg en una ocasión o mayor a igual a 90 mm de Hg en dos ocasiones, desarrollada durante el embarazo por una gestante sin este cuadro previamente, a las 20 o más semanas, excepto en casos de gestación molar o múltiple ¹⁹⁷.

Macrosomía: los nacidos con un peso igual o superior a los 4.000 gramos con independencia de la edad gestacional ¹⁹⁸.

Muerte fetal: aquella que se produce con anterioridad a la expulsión completa del producto de la concepción, con independencia de la duración del embarazo ¹⁹⁹.

Parto: expulsión o extracción de un feto de más de 500 gramos de peso, lo que corresponde, aproximadamente, a 22 semanas completas de gestación ¹⁹¹.

Parto pretérmino: el que se produce antes de las 37 semanas completas de gestación (259 días) ¹⁹¹.

Peso bajo al nacimiento: neonato que presenta un peso inferior a 2.500 gramos en el nacimiento¹⁹¹.

4.2.5 ABREVIATURAS UTILIZADAS

CEP: centro de especialidades.

CSG: cuestionario de salud general.

DT: desviación típica.

E.G.: edad gestacional.

FDA: clasificación de los fármacos para su uso durante el embarazo. Clasificación de riesgo reproductivo.

FN: falso negativo.

FP: falso positivo.

HTA: hipertensión.

IC: intervalo de confianza.

ILK: interleukina.

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

I.V.E: interrupción voluntaria del embarazo.

N.S: no significativo.

OR: odds ratio.

RPM: rotura prematura de membranas.

SPM: síndrome premenstrual.

T.A.A: trastorno adaptativo ansioso.

T.A.D: trastorno adaptativo depresivo.

T.A.M: trastorno adaptativo mixto.

VN: verdadero negativo.

VP: verdadero positivo.

4.2.6 BIBLIOGRAFÍA

La bibliografía es presentada de acuerdo con los Requisitos de Uniformidad para la elaboración de manuscritos en publicaciones biomédicas (criterios de Vancouver) ²⁰⁰.

5.1 VARIABLES ANTERIORES AL PERIODO GESTACIONAL

En las tablas que exponemos a continuación se recogen las variables anteriores al periodo gestacional. En la **Tabla 1** destacamos que la gran mayoría de los embarazos (96%) se consiguieron de manera espontánea; que un 37% de las pacientes acudieron al ginecólogo para planificar la gestación, y que un porcentaje similar de las mismas (34,6%) había recibido tratamiento con ácido fólico antes del mismo.

En la misma Tabla observamos el consumo de drogas previo a la gestación referido por la paciente. El mayor porcentaje lo encontramos en las consumidoras de cannabis (5.4%), siendo minoría las que refieren otro tipo de consumo (ver Gráfico 1).

Del mismo modo reflejamos tanto la normalidad del peso de las mujeres antes de la gestación ($I.M.C < 25$) como el elevado hábito tabáquico (29 %) y consumo de alcohol (31,6 %).

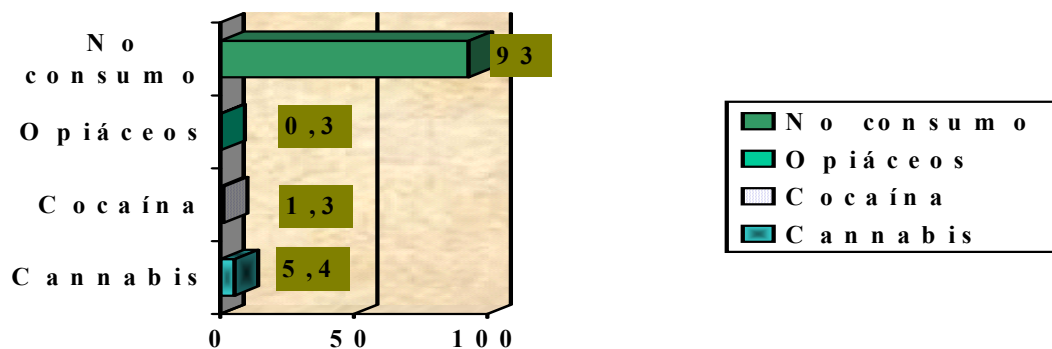


Gráfico N° 1: Consumo de drogas

<u>TABLA 1.</u> Variables maternas anteriores al periodo gestacional		N =298
		N (%)
Concepción		
<i>Esponánea</i>		286 (96%)
<i>T.R.A.</i>		12 (4%)
<i>Consejo preconcepcional</i>		111 (37%)
<i>Consumo ác. Fólico previo gestación</i>		103 (34,6%)
Consumo drogas previo a gestación:		
<i>Cannabis</i>		16 (5,4%)
<i>Cocaína</i>		4 (1,3%)
<i>Opiáceos</i>		1 (0,3%)
<i>Fumadora</i>		86 (29%)
<i>Ex-fumadora</i>		21 (7%)
<i>Consumo alcohol habitual</i>		11 (3,7%)
<i>Consumo alcohol ocasional</i>		84 (27,9 %)
		Media, D.T, Rango
<i>I.M.C. (kg/m2)</i>		23,7 +- 4 (16,3 – 42)

En la **Tabla 2** recogemos el historial psiquiátrico de las mujeres. Resulta destacable la reticencia a solicitar ayuda médica ante la sospecha de depresión (15,8%) así como la baja adherencia a los tratamientos farmacológicos (7%, N =21) y psicológicos (5%, N =15) no sucediendo lo mismo cuando la sintomatología referida era de ansiedad (32,5%).

La depresión puerperal constituye la primera causa de depresión secundaria (2%) seguida de cerca por el consumo de cocaína (1%).

Las enfermedades de cierta importancia que presentaban las mujeres antes de la actual gestación (14,9%) están reflejadas en la **Tabla 3**. Entre las más frecuentes encontramos las urológicas (2,2%) seguidas de cerca por las cardiovasculares, digestivas y endocrinas (1,9%). El síndrome premenstrual (S.P.M) no llega a ser considerado una enfermedad pero afecta a más de la mitad de las mujeres (52,8%) y puede distorsionar de manera importante la calidad de vida.

En la **Tabla 4** representamos las patologías que aparecieron en las gestaciones previas (11,4%). Las relacionadas con el feto fueron las más prevalentes en su conjunto (4,2%) y dentro de ellas, en especial el parto prematuro (1,8%, N =6), seguido de cerca por los problemas cardiovasculares maternos (2,7%).

TABLA N° 2. Depresión y otras enfermedades psiquiátricas anteriores al periodo gestacional

N =298

N (%)

	<i>No consulta médica</i>	56 (18,8%)
<u>Depresión en el pasado</u>		
	<i>Primaria</i>	31 (10,4%)
	<i>Puerperal</i>	8 (2,0%)
<i>Sí consulta médica</i>	<i>Drogas</i>	3 (1,0%)
47 (15,8 %)	<i>Estrés</i>	3 (1,0%)
	<i>Gestacional</i>	2 (0,7%)
	TOTAL:	103 (34,6%)
	<i>Tratamiento farmacológico</i>	21 (7%)
	<i>Tratamiento psicológico</i>	15 (5%)
<u>No depresión en el pasado</u>		
	195 (65,4 %)	298 (100%)
<hr/>		
<u>Depresión en familiares</u>		89 (30%)
<u>T. ansiedad: sí consulta médica</u>		
	<i>Primaria</i>	91 (30,5%)
	<i>Estrés</i>	1 (0,3%)
	<i>Duelo patológico</i>	1 (0,3%)
	<i>Trastorno alimentario</i>	4 (1,4%)
	TOTAL:	97 (32,5%)
	<i>no consulta médica</i>	2 (0,7%)
	TOTAL:	99 (33,2%)
<u>No T. ansiedad:</u>		199 (66,8%)
		298 (100 %)

Tabla 3. Enfermedades crónicas anteriores a la gestación actual
N =298

<i>Enfermedad</i>	<i>N (%)</i>	<i>Enfermedad</i>	<i>N (%)</i>
<i>Cardiovascular</i>	6 (1,9%)	Neurológica	4 (1,2%)
<i>Dermatológica</i>	3 (0,9%)	Respiratoria	3 (0,9%)
<i>Digestiva</i>	6 (1,9%)	Reumatológica	3 (0,9%)
<i>Endocrinológica</i>	6 (1,9%)	Traumatológica	2 (0,6%)
<i>Ginecológica</i>	5 (1,6%)	Urológica	7 (2,2%)
<i>Hematológica</i>	3 (0,9%)	TOTAL	48(14,9%)
<i>S.P.M</i>	156 (52,8%)		

Tabla 4. Patologías relacionadas con las gestaciones previas
N =298

<i>Enfermedad</i>	<i>N (%)</i>	<i>Enfermedad</i>	<i>N (%)</i>
<i>Cardiovascular</i>	9 (2,7%)	Patología placenta	3 (0,9%)
<i>Diabetes</i>	3 (1,0%)	Renal	1 (0,3%)
<i>Digestiva</i>	3 (1,0%)	Respiratoria	1 (0,3%)
<i>Ginecológica</i>	3 (1,0%)		
<i>Patología fetal</i>	14 (4,2%)		
		TOTAL:	37 (11,4%)

En la **Tabla 5** reflejamos la relación de la gestante con sus progenitores, encontrando que la mala o ausente relación paterna durante la infancia (10,7%) supera a la materna (4%), sucediendo lo mismo con el fallecimiento del padre especialmente en el periodo infantil (4,4%).

Tabla 5. Relación de la mujer con sus progenitores	
<i>N = 298</i>	
Variables	N (%)
Relación materna en infancia:	
• <i>Ninguna</i>	3 (1,0%)
• <i>Mala</i>	9 (3,0%)
Relación paterna en infancia:	
• <i>Ninguna</i>	11 (3,7%)
• <i>Mala</i>	21 (7,0%)
Fallecimiento de la madre:	
• <i>Infancia</i>	3 (1,0%)
• <i>Adolescencia</i>	5 (1,7%)
• <i>Adulta</i>	14 (4,7%)
Fallecimiento del padre:	
• <i>Infancia</i>	13 (4,4%)
• <i>Adolescencia</i>	10 (3,4%)
• <i>Adulta</i>	37 (12,4%)

GESTACIONAL

En las Tablas que exponemos a continuación se recogen las variables recogidas durante el periodo gestacional.

En la **Tabla 6** reflejamos la distribución de las gestantes según el lugar donde aceptaron participar en el estudio. Los Centros de Especialidades (61,8%) y la planta de hospitalización obstétrica reúne casi la totalidad de las mujeres participantes (28,2%).

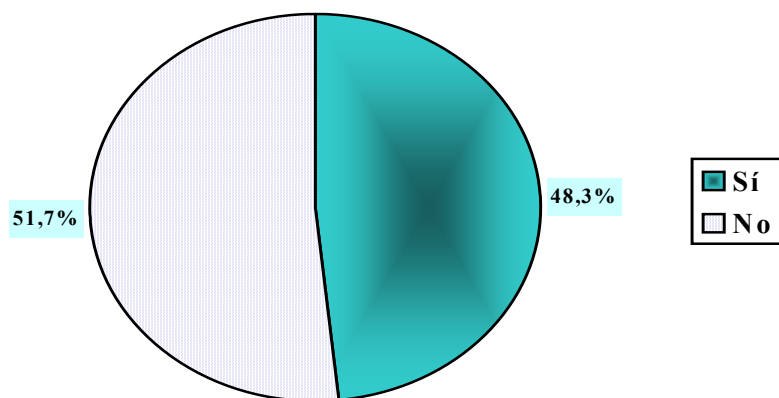
<i>N= 298</i>	
<u>Tabla 6</u> . <i>Distribución de mujeres</i>	
<i>según inició del estudio</i>	
	N (%)
CEP (Orcasitas, Villaverde, Aguacate)	<i>184 (61,8 %)</i>
Consulta alto riesgo obstétrico	<i>9 (3,0 %)</i>
Planta hospitalización	<i>84 (28,2 %)</i>
Planta expectantes	<i>14 (4,7 %)</i>
Urgencias	<i>7 (2,3 %)</i>
TOTAL	298 (100 %)

En la **Tabla 7** se refleja, por un lado, la muestra previamente indicada de mujeres en las que se realizó la intervención preventiva u orientativa correspondiendo a casi la mitad de las mujeres embarazadas participantes (48,3% ver Gráfico 2), así como otras características como la actitud participativa. Una minoría de las gestantes demostraron esta actitud participativa preguntando activamente sobre la depresión posparto (38,6%) y un reducido número de mujeres descuidaron su apariencia externa en cuanto higiene y vestimenta (1,3%). La mayoría de las mujeres dedicó tiempo a leer libros y revistas relacionados con la gestación y cuidados del recién nacido (84,2%) y casi en la misma medida no tenían aspiraciones que igualaran en importancia al embarazo (71,1%). La mayor parte de las mujeres tenían actividades de ocio (70,8%) pero en menor medida podían compartirlas con sus amistades (56,7%).

Tabla 7. *Nivel de implicación de la paciente en el estudio y el embarazo.* **N= 298**
N (%)

<i>Psicoeducación</i>	144 (48,3 %)
<i>Actitud activa</i>	115 (38,6 %)
<i>Lectura</i>	251 (84,2 %)
<i>Ocio</i>	211 (70,8 %)
<i>>1 hora/semana amigos</i>	169 (56,7 %)
<i>Otras aspiraciones distintas a la maternidad</i>	
<i>Alguna</i>	76 (25,5 %)
<i>Muchas</i>	10 (3,4 %)
<i>Aspecto exterior descuidado</i>	4 (1,3 %)

Gráfico N° 2: *intervención preventiva u orientativa al iniciar el estudio.*



En la **Tabla N° 8** destacamos las características de las mujeres gestantes. La media de edad fue cercana a los 30 años, la media de sueño se concentró en 8 horas y un número importante de mujeres continuaba fumando durante la gestación (15,1%, ver Gráfico 3). La mayoría consideraba que su alimentación era correcta (80%), más de la mitad de las mujeres (54,4% N = 162) realizaban ejercicio físico regularmente, la media de edad gestacional para entrar en el estudio se concentró en el tercer trimestre (29 semanas) y la mayoría de las mujeres visitaba al tocólogo cuando correspondía. La mitad de las mujeres eran casadas (52,4%), tenían estudios medios (40,6%), estaban desempleadas (30,2%) o con trabajo temporal (55,5%), vivían en régimen de alquiler (39,3%) y compartían su vivienda con otras familias (38,6%). La mayoría de las mujeres vivían en medio urbano (90,6%, N = 270).

Tabla 8. Características de las gestantes. (N =298)

<i>Variables</i>	<i>Media, D.T, Rango</i>			
<i>Edad materna (años)</i>	29,8 +- 5,7 (15 – 44)			
<i>Edad gestacional (sem.) al entrar en el estudio</i>	29+- 7,4 (8 – 40)			
<i>Sueño (horas)</i>	8,1+- 1,8 (2 – 14)			
<i>Ejercicio (horas/semana)</i>	1,7+-2, 3 (0 – 14)			
	<i>N (%)</i>			
<i>Fumadora:</i>	45 (15,1%)			
< 10 cigarrillos	29 (9,6%)			
>10 cigarrillos	16 (5,5%)			
<i>Visitas completas al tocólogo</i>	250 (83,9%)			
<i>Dieta sana</i>	238 (80%)			
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
<i>Casadas</i>	156	(52,4 %)	<i>Solteras</i>	133 (44,6%)
<i>Separadas</i>	9	(3,0 %)	<i>Sin estudios</i>	5 (1,7%)
<i>Estudios primarios</i>	65	(21,8 %)	<i>Formación profesional</i>	39 (13,1%)
<i>Estudios medios</i>	121	(40,6 %)	<i>Estudios Universitarios</i>	68 (22,8%)
<i>Trabajo: Amas de casa</i>	75 (25,2%)			
<i>Desempleadas</i>	15 (5,0%)			
<i>Temporal</i>	76 (25,5%)			
<i>Fijo</i>	132 (44,3%)			
<i>Vivienda: Propia</i>	160 (53,7%)			
<i>Alquiler</i>	117 (39,3%)			
<i>Padres</i>	21 (7,0%)			
<i>Compartida con la pareja</i>	183 (61,4%)			
<i>Compartida con otras familias</i>	115 (38,6%)			

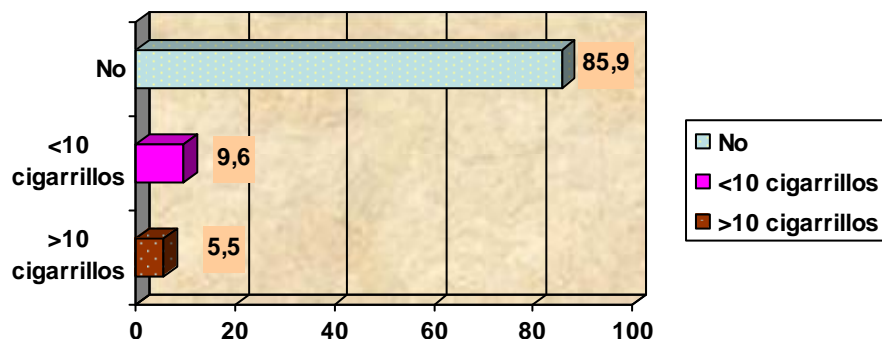


Gráfico N° 3: consumo de tabaco durante la gestación.

En la **Tabla 9**. representamos las situaciones estresantes vivenciadas por las mujeres. Más de la mitad de las embarazadas consideraba que presentaba estrés en algún grado (54,7%), un número importante presentó más de cuatro eventos desagradables en el último año (21,1%), los problemas familiares (22%) superaron a los laborales (14,8%) y el cuidado de enfermos crónicos se realizó de manera ocasional (7%). Como representación de problemas familiares tenemos la ausencia (18,8%) o mala relación (5,4%) de la gestante con el padre o la madre (7%, 3,4%). La mitad de las mujeres presentaban pesadillas (51,3%) que no tenían porqué estar relacionadas con la gestación y en cuanto a los sueños relacionados con el embarazo, los angustiosos tuvieron una mayor representación (36,6%). El embarazo no fue deseado por un número importante de mujeres (26,2%) y hombres (28%), algunos de los cuales no se responsabilizaron de los recién nacidos (8,7%, N =26).

<i>Tabla 9.</i> <i>Situaciones estresantes las gestantes</i>	<i>vivenciadas por</i>	<i>N =298</i> <i>N (%)</i>
<i>Sensación subjetiva de estrés</i>	Leve	94 (31,5%)
	Moderado	53 (17,8%)
	Extremo	16 (5,4%)
	No	135 (45,3%)
<i>Eventos desagradables</i>		63 (21,1%)
<i>Pesadillas en general</i>	Pesadillas ocasionales	119 (39,9%)
	Pesadillas frecuentes	34 (11,4%)
<i>Sueños relacionados con gestación</i>	Buenos	99 (33,2%)
	De angustia	26 (8,7%)
	Ambos	83 (27,9%)
	No	90 (30,2%)
<i>Problemas familiares</i>		66 (22,1%)
<i>Problemas laborales</i>		44 (14,8%)
<i>Cuidado de enfermos crónicos</i>		21 (7,0%)
<i>No deseo gestación por la mujer</i>		78 (26,2%)
<i>No deseo gestación por la pareja</i>		83 (28,0%)
<i>Relación paterna actual</i>	Buena	204 (68,5%)
	Mala	16 (5,4%)
	Mejorable	20 (6,7%)
	Ausente	58 (18,8%)
<i>Relación materna actual</i>	Buena	204 (80,5%)
	Mala	10 (3,4%)
	Mejorable	27 (9,1%)
	Ausente	21 (7,0%)

En la **Tabla 10** observamos la relación de enfermedades coincidentes con el periodo gestacional (38%). Dentro de la enfermedades maternas destaca la amenaza de parto prematuro (8%) seguido de cerca por la HTA – preclampsia (7%) y dentro de las fetales el crecimiento intrauterino retardado (0,9%, N = 3). Más de la mitad de las mujeres, presentaron vómitos importantes durante el periodo gestacional.

Tabla 10. *Enfermedades coincidentes con el periodo gestacional* *N = 298*

<i>Enfermedad</i>	<i>N (%)</i>	<i>Enfermedad</i>	<i>N (%)</i>
<i>Amenaza parto prematuro</i>	27 (8,1%)	<i>Metrorragia 1º y 3º trimestre</i>	11(3,3%)
<i>Diabetes</i>	4 (1,2%)	<i>R.P.M.</i>	12 (3,6%)
<i>Ap. digestivo</i>	14 (4,2%)	<i>Otras enf. maternas</i>	25 (7,5%)
<i>HTA- preclampsia</i>	23 (7%)	<i>Otras enf. fetales</i>	10 (3,0%)
		<i>TOTAL</i>	126 (37,9%)
<i>Vómito</i>	177 (59,4%)		

En la **Tabla 11** reflejamos las características obstétricas de las mujeres. Casi la mitad son primigestas (42,2%), un número considerable de mujeres tuvo algún aborto espontáneo (21,4%) y en menor medida interrupciones voluntarias por patología materna o fetal (1%) o sin causa física (9,1%).

Tabla 11. *Características obstétricas de las mujeres*

N =298

Historia obstétrica

N (%)

Primigesta

125 (42,2%)

Algún aborto espontáneo

64 (21,4%)

Alguna I.V.E

27 (9,1%)

Alguna I.V.E por patología

3 (1%)

5.3. VARIABLES RECOGIDAS DURANTE EL PARTO

En la **Tabla 12** expresamos las características del parto. Casi en su totalidad fueron asistidos en el Hospital 12 de Octubre (87,2%), la media del parto fue a término (38,6 semanas) con un 11% de partos prematuros. El 15% de las mujeres refirió un parto doloroso (15,1%) y aunque la media de duración del mismo fue normal (6,7 horas), un número elevado de mujeres tuvo un periodo de dilatación superior a las once horas (22,2%). La mitad de los partos fueron eutócicos (51,7%) seguido por las cesáreas programadas (18,5%) y urgentes (12,4%) mientras que el parto instrumental fue poco frecuente y se distribuyó de manera equilibrada entre las espátulas (5,4%) y los fórceps (5%) (Ver gráfico 5).

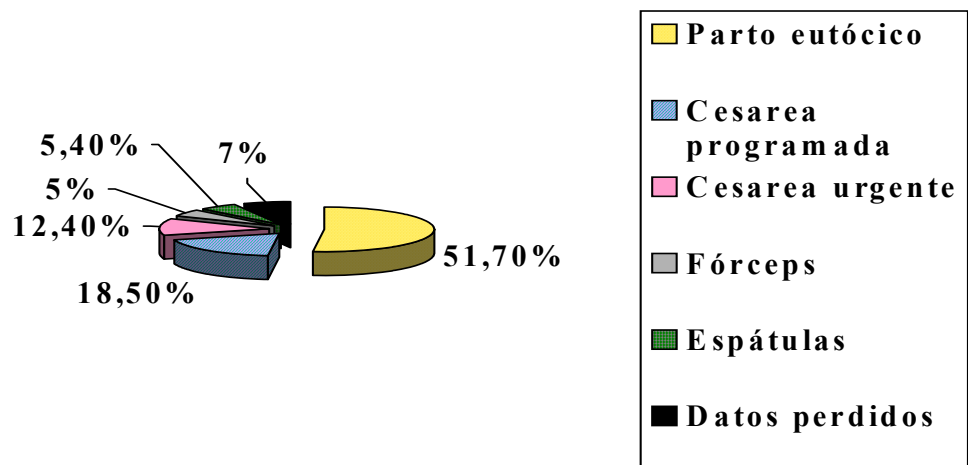


Gráfico N° 4: tipo de parto

Tabla 12. Características del parto

N =298

	<i>Media, D.T, Rango</i>
<i>E.G parto (semanas)</i>	38,6+- 2,5 (25 – 42)
<i>Duración parto (horas)</i>	6, 7+-5,5 (0 – 27)
	<i>N (%)</i>
<i>Parto en H. 12 Octubre</i>	260 (87,2%)
<i>Parto Pretérmino</i>	33 (11,1%)
<i>Doloroso</i>	45 (15,1%)
<i>Largo (> 11 horas)</i>	69 (22,2%)
<i>Eutócico</i>	154 (51,7%)
<i>Cesárea programada</i>	55 (18,5%)
<i>Cesárea urgente</i>	37 (12,4%)
<i>Espátulas</i>	16 (5,4 %)
<i>Fórceps</i>	15 (5,0 %)
<i>Mortalidad intrauterina:</i>	
<i>Causa desconocida (38s.)</i>	1 (0,3 %)
<i>Preeclampsia (28s.)</i>	1 (0,3 %)
<i>Anemia fetal (25s.)</i>	1 (0,3 %)

En la **Tabla 13** recogemos las características del recién nacido. El bajo peso (16,4%) superó al número de prematuros (6%) encabezando éstos la lista de morbilidad neonatal total (10%), los sexos fueron equiparables con un leve predominio de los varones (52,4%) y los valores del test de Apgar y de PH arterial en sangre de cordón umbilical coincidieron con la normalidad.

Tabla 13: Características

<i>del neonato</i>	<i>N =298</i>	<i>Media, D.T, Rango</i>
<i>PH</i>		7,24 +- 0,08 (6,94 - 7,46)
		<i>N (%)</i>
<i>APGAR > ó = 6 (min 1)</i>		224 (89,6%)
<i>(min. 5)</i>		243 (97,6%)
<i>Peso bajo para la edad gestacional</i>		49 (16,4%)
<i>Alto para la edad gestacional</i>		7 (2,3%)
<i>Mortalidad intrauterina gest. Única</i>		2 (0,7%)
<i>Gest. gemelar</i>		1 (0,3%)
<i>Morbilidad neonatal prematuridad</i>		20 (6,0%)
<i>Test APGAR < 3 (min.1)</i>		4 (1,2%)
<i>PH 6,94</i>		1 (0,3%)
<i>Bajo peso</i>		1 (0,3%)
<i>Sd. Down + C.I.V</i>		1 (0,3%)
<i>Drenaje anómalo venas pulmonares</i>		1 (0,3%)
<i>Distocia de hombros</i>		1 (0,3%)
<i>Anemia</i>		1 (0,3%)
<i>Taquicardia supraventricular</i>		1 (0,3%)
<i>Estenosis duodenal</i>		1 (0,3%)
<i>Labio leporino y pie equinovaro</i>		1 (0,3%)
		33 (9,9%)
<i>Sexo: Hembra</i>		130 (47,6%)
<i>Varón</i>		143 (52,4%)
<i>Deseo sexo gestante: hembra</i>		111 (37,2%)
<i>Varón</i>		85 (28,5%)
<i>Deseo sexo pareja: hembra</i>		81 (27,2%)
<i>Varón</i>		117 (39,3%)

5.4 VARIABLES RECOGIDAS DURANTE EL PUERPERIO

En la **Tabla 14** recogemos las características del lactante y el nivel de ayuda de la pareja en el cuidado del recién nacido. Casi la mitad de las mujeres alimentaban a sus hijos con lactancia materna (44,6%, ver Gráfico 5) y en la mayoría de los casos el crecimiento del lactante era correcto (74,5%). Un número importante de mujeres consideraba que sus hijos lloraban bastante o mucho (25,2%), y más de la cuarta parte de los maridos ayudaban poco o nada en el cuidado de sus hijos (35%).

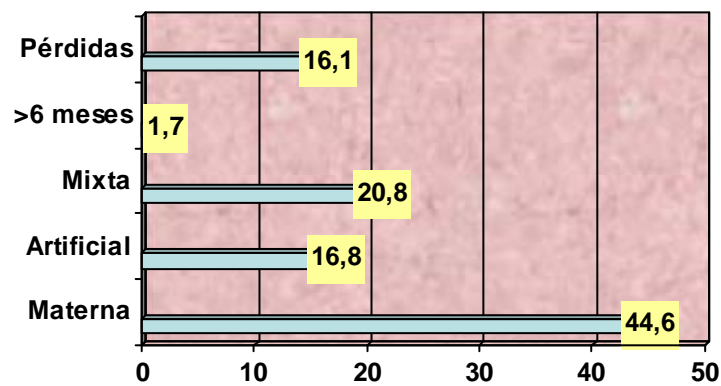


Gráfico n° 5: tipo de lactancia

Tabla 14. *Características del lactante
(N =298) y la pareja*

<i>Variables</i>	<i>N (%)</i>
<i>Lactancia materna</i>	133 (44,6%)
<i>Bajo peso del lactante</i>	27 (9,1%)
<i>Llanto del recién nacido:</i>	
• <i>Bastante</i>	60 (20,5%)
• <i>Mucho</i>	15 (4,7%)
<i>Ayuda del padre:</i>	
• <i>Nada</i>	18 (6,0%)
• <i>Algo</i>	86 (28,9%)
• <i>Bastante</i>	75 (25,2%)
• <i>Mucho</i>	62 (20,8 %)

5.5 RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS Y ESCALAS

5.5.1 CUESTIONARIOS Y ESCALAS REALIZADOS AL ENTRAR EN EL ESTUDIO

En el **Gráfico N° 6** hemos representado la distribución de los distintos tipos de personalidad, evidenciándose la importancia del perfil de personalidad psicósomática (10,3 %).

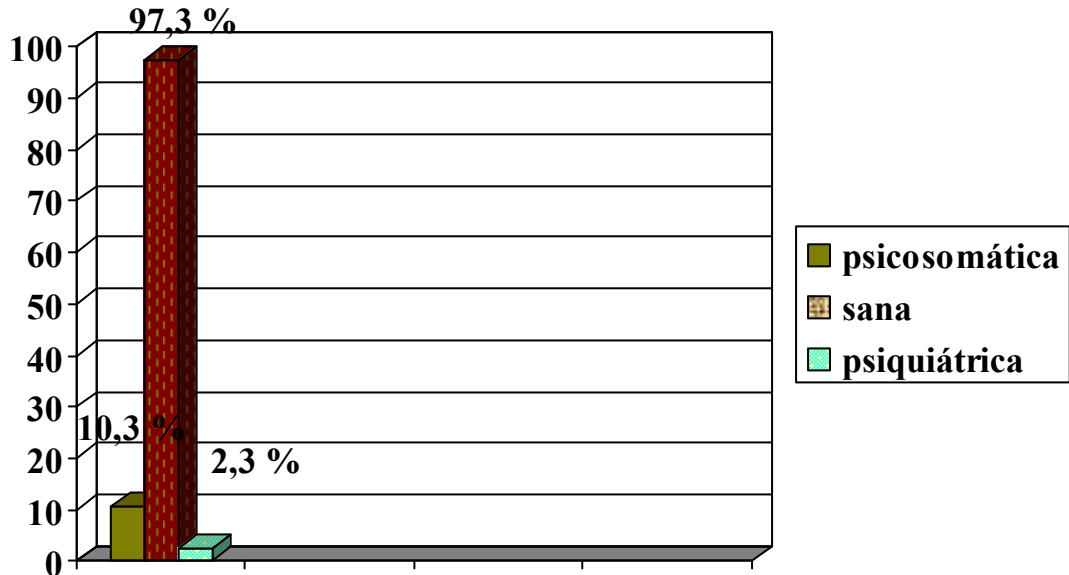


Gráfico N° 6: Cuestionario de personalidad SIRI

5.5.1.1 CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD GOLDBERG 28

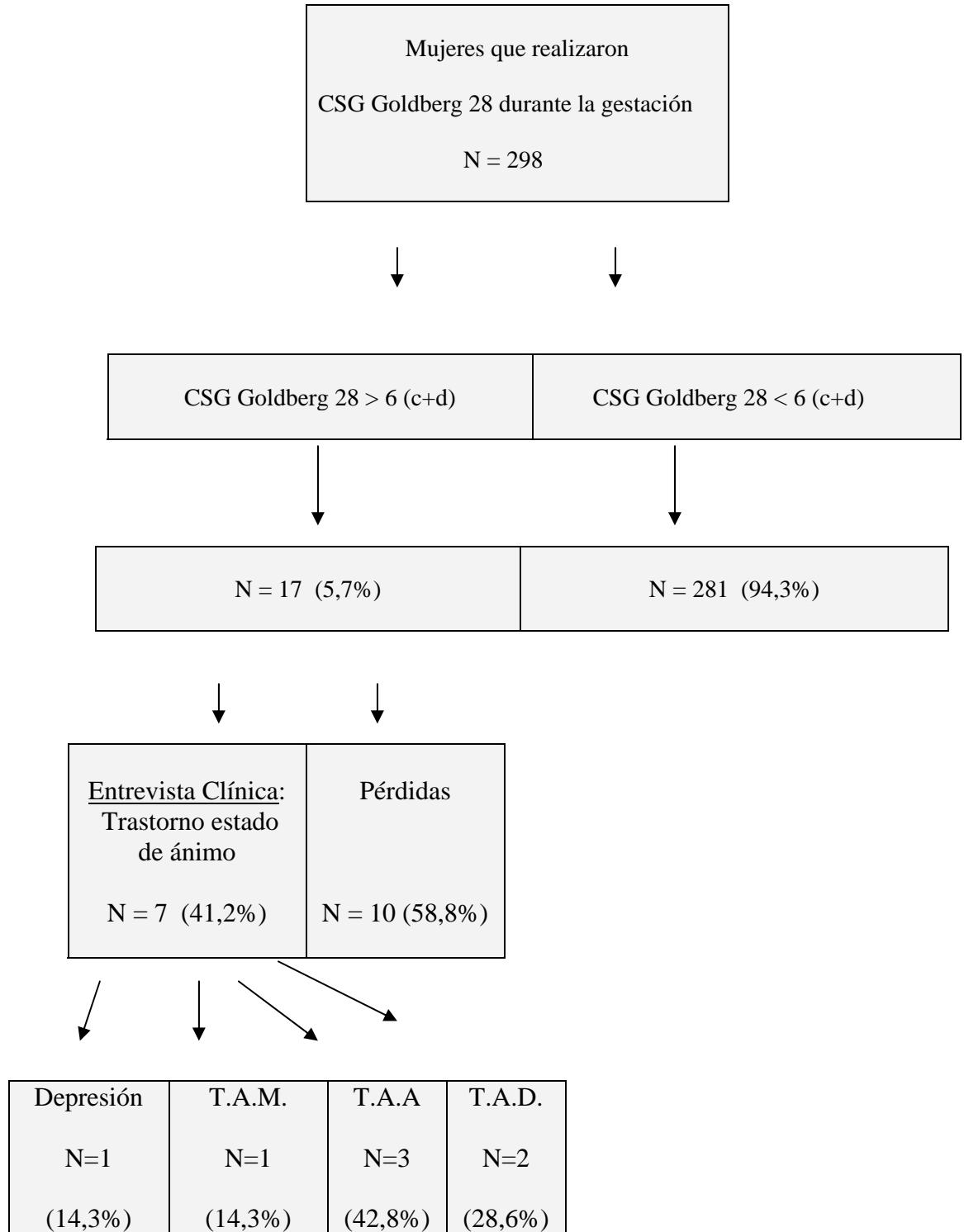


Gráfico N° 7: resultados del CSG Goldberg durante la gestación.

En la **Tabla N° 15** representamos los resultados de CSG Goldberg, apreciándose que durante el embarazo la puntuación obtenida a expensas de los dos primeros apartados duplica a la conseguida durante el puerperio. Considerando la totalidad de los cuatro apartados del cuestionario el 51% de las mujeres tuvieron una puntuación superior a 6 en el Cuestionario Goldberg durante el embarazo. Al tener en cuenta únicamente los apartados de satisfacción social y depresión, presentaron puntuaciones superiores a 6 el 5,7 % (N=17) de las gestantes.

Tabla 15. Resultados	N	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	P 25	P 50	P 75
CSG Goldberg 28								
CSG Goldberg embarazo	298	6,6 +- 5,2	6	0	26	2	6	10
<i>Síntomas somáticos</i>	298		2	0	7	1	2	4
<i>Ansiedad</i>	298		2	0	7	1	2	4
<i>Disfunción social</i>	298		1	0	7	0	1	2
<i>Síntomas de depresión</i>	298		0	0	6	0	0	0
CSG Goldberg puerperio	256	4,2 +- 4,5	2	0	22	1	2	6
<i>Síntomas somáticos</i>	256		1	0	7	0	1	2
<i>Ansiedad</i>	256		0	0	8	0	0	2
<i>Disfunción social</i>	256		1	0	7	0	1	2
<i>Síntomas de depresión</i>	256		0	0	5	0	0	0

5.5.1.2 ESCALA DE ALEXITIMIA, CUESTIONARIO DE ESTRÉS PERCIBIDO Y DE CALIDAD DE VIDA

En la **Tabla N° 16** hemos representado las características de los resultados obtenidos en la Escala de Alexitimia y los Cuestionarios de Estrés percibido y de Calidad de Vida.

Alexitimia se define como la incapacidad de expresar o manejar las emociones. El rango de las puntuaciones obtenidas en dicha escala está comprendido entre 18 y 101, siendo 40 el resultado más frecuente ¹⁰.

La media de los resultados del Cuestionario de Estrés percibido, se encuentra dentro del rango patológico puesto que se considera anormal a partir de 0,3–0,4. La puntuación máxima posible sería 1 y en nuestro estudio se alcanzó un máximo de 0,8.

El Cuestionario de Calidad de Vida consta de cuatro apartados. La máxima puntuación se concentró en el apartado de nivel de apoyo social (55,3 +- 9), seguido de la satisfacción general (48,7 +- 8,3), bienestar físico/psíquico (26,3 +- 5,9) y ausencia de sobrecarga laboral /tiempo libre (24 ,8 +- 6,6).

<u>Tabla 16.</u> Cuestionarios y Escalas realizadas durante la gestación.	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>D. Típica</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>P 25</i>	<i>P 50</i>	<i>P 75</i>
<i>Escala de Alexitimia</i>	294	45,2	13,8	18	101	35	44	54
<i>Cuestionario de Estrés percibido</i>	294	0,3	0,2	0	0,8	0,1	0,2	0,4
<i>Cuestionario de Calidad de Vida</i>								
<i>Nivel de apoyo social</i>	296	55,3	9	17	70	51	57	63
<i>Satisfacción general</i>	296	48,7	8,3	20	65	44	49,5	54
<i>Bienestar físico / psíquico</i>	296	26,3	5,9	8	62	23	27	30
<i>Ausencia de sobrecarga laboral / tiempo libre</i>	296	24,8	6,6	4	60	21	26	29

5.5.1.2.1 VARIABLES RELACIONADAS CON PUNTUAR > 0,3 EN EL CUESTIONARIO DE ESTRÉS PERCIBIDO

<i>Tabla 17. Variables relacionadas con resultado de Cuestionario Estrés percibido >0,3</i>	<i>P</i>
<i>Antecedentes de depresión</i>	0,05
<i>Otras enfermedades psiquiátricas diferentes a la depresión</i>	0,03
<i>Mala relación con el padre en la infancia</i>	0,01
<i>Mala relación actual con el padre</i>	<0,001
<i>Mala relación actual con la madre</i>	0,001
<i>Problemas familiares</i>	0,001
<i>> 4 eventos desagradables en el último año</i>	0,02
<i>Tener la mujer otras aspiraciones diferentes a la gestación</i>	0,01
<i><u>CSG Goldberg :</u></i>	< 0,001
<i> Sintomatología somática</i>	0,002
<i> Ansiedad</i>	< 0,001
<i> Disfunción social</i>	< 0,001
<i>Diagnóstico de depresión posparto</i>	0,027
<i>Diagnóstico de trastorno adaptativo</i>	0,027
<i>Dieta no sana</i>	0,02
<i>Vómitos</i>	0,03

5.5.1.3 ESCALA DE CONTROL PERCIBIDO DE SALUD (MHLC)

Las personas con locus de control externo (LCE) piensan que la salud personal depende de factores externos como el cuidado recibido por el personal sanitario, la familia o los amigos. Las que tienen un locus de control interno (LCI) creen que la salud depende del cuidado que uno mismo dé al cuerpo puesto que ello proporciona la salud y por tanto el ejercicio, dieta sana y hábitos saludables podría prevenir la enfermedad y por último cuando el resultado es el azar, nos encontramos con personas que no creen ni en el cuidado recibidos por los demás ni en los proporcionados por uno mismo como mecanismo preventivo de la enfermedad, sino que el propio azar es el causante de las enfermedades.

En el **Gráfico 7** vemos representado que casi la mitad de las mujeres embarazadas (45,3%) considera que el entorno exterior es el responsable de su salud.

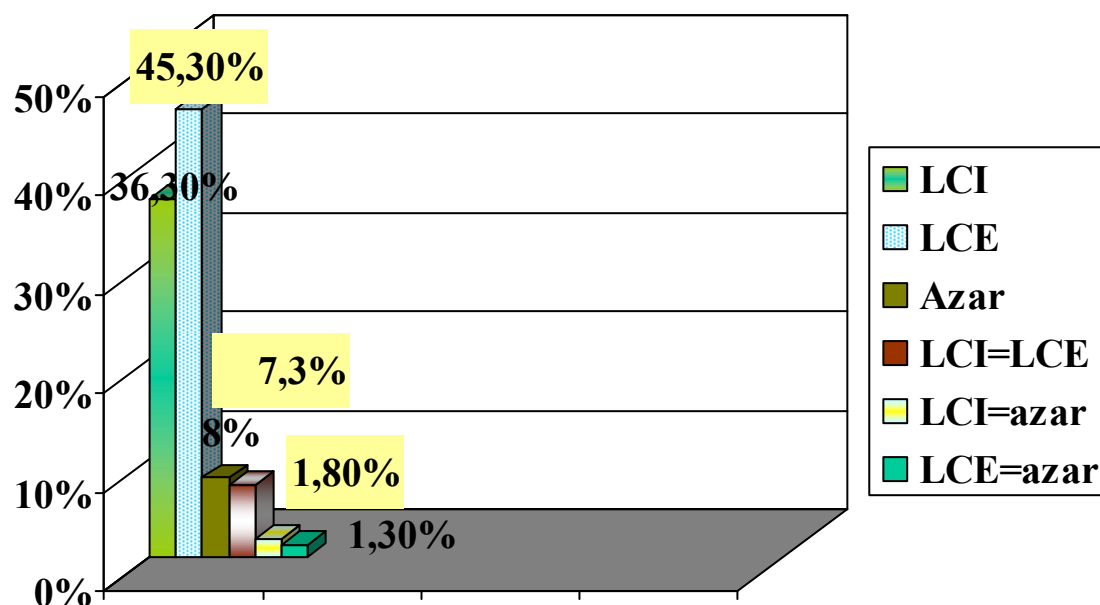


Gráfico N° 8: Escalas de Control Percibido de Salud (MHLC).

5.5.2 CUESTIONARIOS REALIZADOS DURANTE EL PUERPERIO

A partir de los 40 días posparto se realizó el CGS Goldberg (**Tabla 15**) y EPDS. El contacto con las mujeres para realizar dichos cuestionarios fue telefónico. A las mujeres con puntuación EPDS igual o superior a 10 se les realizó una Entrevista Clínica Psiquiátrica física. En los casos que no fue posible realizar dicha Entrevista de presencia física, se realizó vía telefónica.

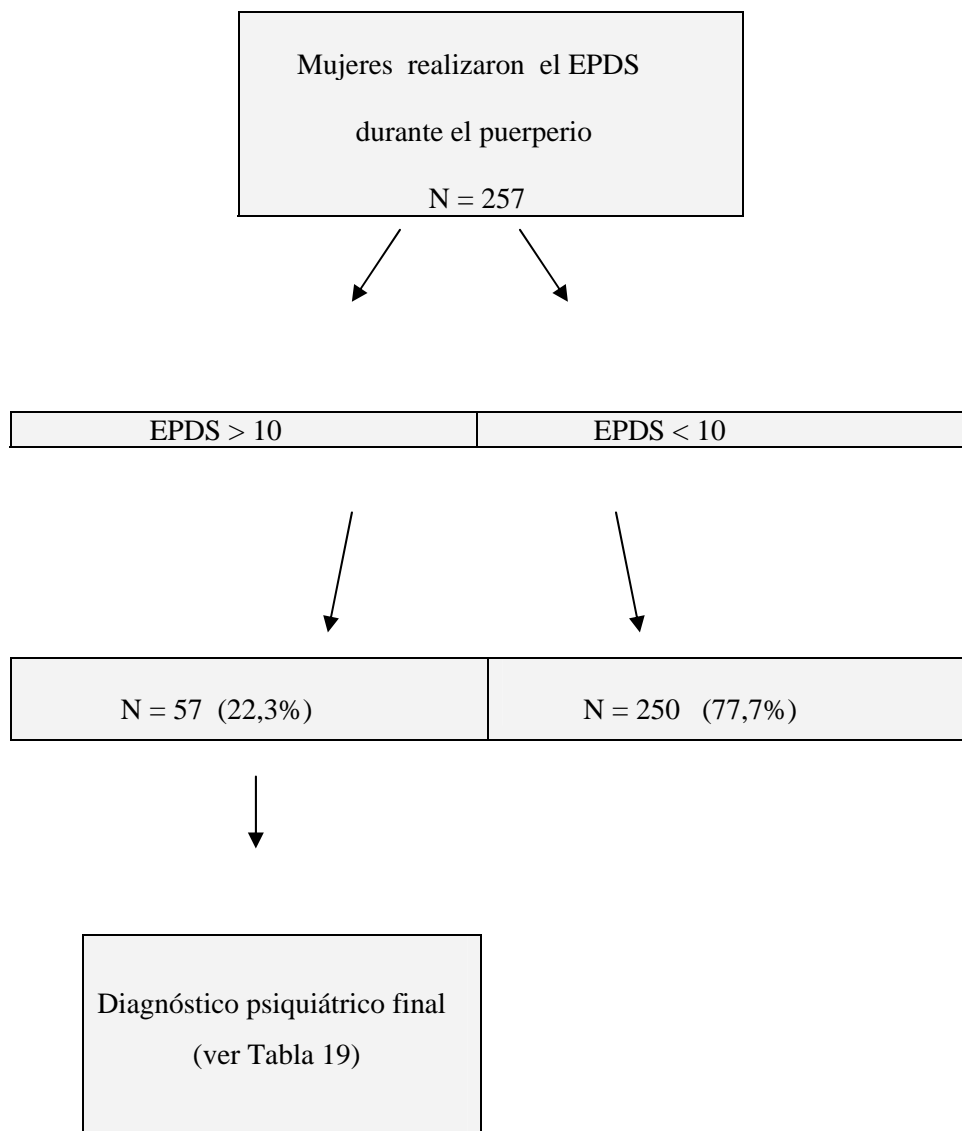


Gráfico N° 9: resultados del EPDS durante el puerperio.

En la **Tabla 18** se representan las características de los resultados del EPDS. La media del tiempo transcurrido entre el parto y la realización del EPDS está cerca de los 40 días (67,1 +- 39,5). El 85,6 % de las mujeres realizaron el EPDS, estas pérdidas del estudio fueron por dificultades en la localización telefónica, tan sólo una mujer (0,3%) rechazó responder el cuestionario.

Tabla 18. Resultados	N	Media,D.T	Moda	Mín.	Máx.	P 25	P 50	P 75
Test EPDS.								
EPDS	257	6,3 +-4,9	2	0	24	3	5	9
Intervalo de t° hasta realizar el EPDS								
EPDS	257	67,1+-39,5	40	31	320	45	55	74

En el **Gráfico 8** observamos que el 22,3% (N =57) de las mujeres que realizaron el EPDS necesitaron consulta médica especializada por presentar una puntuación superior a diez. El 20,8% de las mujeres presentaron una puntuación superior a 6 en el CSG Goldberg 28 durante el puerperio, pero el criterio seguido para realizar la Entrevista Clínica por el psiquiatra fue la puntuación superior a diez en el EPDS.

La mujer que fue diagnosticada de depresión durante el embarazo rechazó realizar el EPDS durante el puerperio. La mujer diagnosticada de trastorno adaptativo mixto durante el embarazo presentó EPDS 17 persistiendo el diagnóstico de trastorno adaptativo ansioso (100%) durante el puerperio. Las dos mujeres con diagnóstico de trastorno adaptativo mixto durante la gestación, puntuaron EPDS 11 y 12; la primera paciente se definió como no caso y la segunda continuó con el diagnóstico de trastorno adaptativo (50%). De las tres mujeres con diagnóstico de trastorno adaptativo ansioso puntuaron EPDS 5, 9 y 10 (33,3%), no siendo posible contactar con esta última paciente para realizarle la entrevista clínica.

La sensibilidad del EPDS en el estudio ha sido de 96,3% y la especificidad 91,2%.

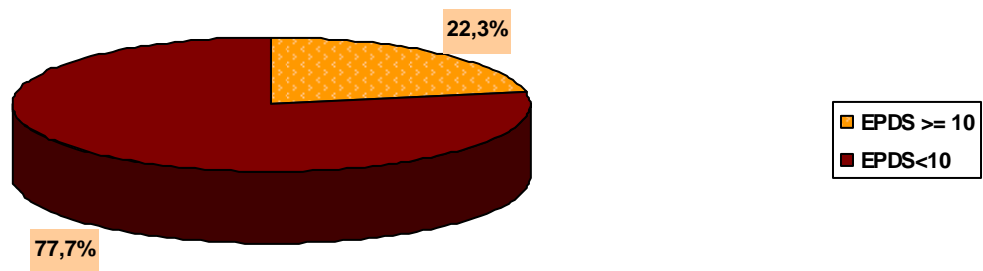


Gráfico N° 10: Distribución de los resultados obtenidos en la realización del EPDS.

5.6 DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO FINAL

En la **Tabla 19** reflejamos los resultados diagnósticos finales tras la Entrevista Clínica Psiquiátrica. Observamos como los casos de depresión (7,8%) superan en más del doble a los de trastorno adaptativo (3,1 %) y como en la misma medida el trastorno adaptativo depresivo supera en más del doble al trastorno adaptativo ansioso (ver Gráfico 11).

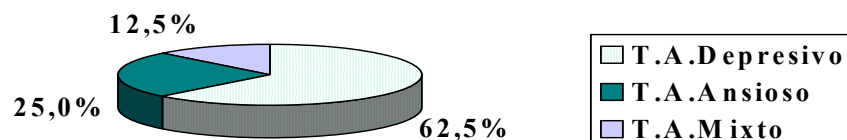


Gráfico N° 11: distribución de los casos de trastorno adaptativo.

Tabla 19. Diagnóstico final tras la Entrevista Clínica Psiquiátrica. N=257

	<i>N (%)</i>
<i>Depresión</i>	20 (7,8 %)
• <i>Depresión mayor</i>	16 (80 %)
• <i>D. sobre personalidad con rasgos obsesivos-neuróticos</i>	2 (10 %)
• <i>D. recurrente</i>	1 (5 %)
• <i>D. Reactiva a elevada conflictividad conyugal</i>	1 (5 %)
<i>Trastorno adaptativo</i>	8 (3,1%)
<i>T.A. depresivo</i>	5 (62,5 %)
<i>T.A. ansioso</i>	2 (25 %)
<i>T.A. mixto</i>	1 (12,5 %)
<i>No caso</i>	19 (7,4 %)
<i>No localizada</i>	10 (3,9 %)

5.7. COMPARATIVA MUJERES QUE RECIBIERON PSICOEDUCACIÓN/NO RECIBIERON

Tabla 20: <i>Características</i>	<i>Sí intervención: N (%)</i>	<i>No intervención: N(%)</i>
<i>Socioeconómicas</i>	<i>(N =144)</i>	<i>(N =154)</i>
<i>Solteras</i>	58 (40,3%)	75 (48,7%)
<i>Convivencia con la pareja</i>	133 (92,4%)	139 (90,3%)
<i>Medio urbano</i>	131 (91%)	139 (90,3%)
<i>Estudios universitarios</i>	33 (22,9%)	35 (22,7%)
<i>Trabajo temporal</i>	39 (27,1%)	37 (24%)
<i>Vivienda en alquiler</i>	56 (38,9%)	61 (39,6%)
<i>Vivienda compartida con otras familias</i>	56 (38,9%)	59 (38,3%)
<i>No amistades</i>	18 (12,5%)	15 (9,7%)
<i>Dedicación >1 hora / semana a los amigos</i>	64 (44,4%)	89 (57,8%)
<i>Actividades de ocio</i>	102 (70,8%)	109 (70,8%)
<i>La gestación como única aspiración importante</i>	100 (69,4%)	112 (72,7%)
<i>Problemas familiares</i>	35 (24,3%)	31 (20,1%)
<i>Problemas laborales</i>	19 (13,2%)	25 (16,2%)
<i>Enfermos crónicos a su cargo</i>	12 (8,3%)	9 (5,8%)
<i>Padre vivo</i>	120 (83,3%)	118 (76,6%)
<i>Madre viva</i>	130 (90,3%)	146 (94,8%)
<i>Mala relación con el padre en la infancia</i>	12 (8,3%)	9 (5,8%)
<i>Mala relación con la madre en la infancia</i>	4 (2,8%)	5 (3,2%)
<i>Mala relación actual con el padre</i>	11 (7,6%)	5 (3,2%)
<i>Mala relación actual con la madre</i>	4 (2,8%)	6 (3,9%)

Tabla 22: Antecedentes psiquiátricos y estrés	Intervención N (%) (N =144)	No intervención N (%) (N =154)
<i>Antecedentes de depresión</i>	51 (35,4%)	52 (33,8%)
<i>No consultó con el médico</i>	22 (15,3%)	34 (22,1%)
<i>Consumo psicofármacos</i>	12 (8,3%)	9 (5,8%)
<i>Otras enf. Psiquiátricas</i>	50 (34,7%)	49 (31,8%)
<i>Ansiedad</i>	46 (31,9%)	45 (29,2%)
<i>Estrés extremo</i>	5 (3,5%)	11 (7,1%)
<i>Estrés moderado</i>	26 (18,1%)	27 (17,5%)
<i>Personalidad psicósomática</i>	16 (11,1%)	13 (8,4%)
<i>Antecedentes familiares</i>	45 (31,3%)	44 (28,6%)

Tabla 23: Características pregestacionales	Intervención N (%) (N =144)	No intervención N (%) (N =154)
<i>Patología en embarazos anteriores</i>	15 (10,4%)	21 (13,6%)
<i>Abortos espontáneos</i>	32 (22,2%)	32 (20,7%)
<i>IVE sin patología fetal</i>	21 (14,6%)	15 (9,6%)
<i>IVE por patología fetal</i>	1 (0,7%)	2 (1,3%)
<i>Primípara</i>	79 (54,9%)	98 (63,6%)
<i>Consulta preconcepcional</i>	58 (40,3%)	53 (34,4%)
<i>Fólico preconcepcional</i>	53 (36,8%)	50 (32,5%)
<i>>4 eventos desagradables</i>	33 (22,9%)	30 (19,5%)

Tabla 24: <i>Características gestacionales</i>	<i>Intervención N (%)</i> (N =144)	<i>No intervención N (%)</i> (N =154)
<i>Gestación espontánea</i>	138 (95,8%)	148 (96,1%)
<i>Gestación no deseada por la mujer</i>	36 (25%)	42 (27,3%)
<i>Gestación no deseada por la pareja</i>	39 (27,1%)	44 (28,6%)
<i>La mujer deseaba hija</i>	57 (39,6%)	54 (35,1%)
<i>La mujer deseaba hijo</i>	36 (25%)	49 (31,8%)
<i>Indiferente</i>	51 (35,4%)	51 (33,1%)
<i>La pareja deseaba hija</i>	38 (26,4%)	43 (27,9%)
<i>La pareja deseaba hijo</i>	53 (36,8%)	64 (41,6%)
<i>Indiferente</i>	48 (33,3%)	45 (29,2%)
<i>Pesadillas no relacionadas con el embarazo</i>	70 (48,6%)	83 (53,9%)
<i>Sueños angustiosos relacionados con embarazo</i>	51 (35,5%)	65 (42,2%)
<i>Lectura relacionada con gestación</i>	124 (86,1%)	127 (82,5%)
<i>Vómitos</i>	88 (61,1%)	89 (57,8%)
<i>Fumadora <10 cigarros</i>	20 (14%)	20 (12,8%)
<i>Fumadora >10 cigarros</i>	2 (1,4%)	3 (1,9%)
<i>Visitas al tocólogo incompletas</i>	21 (14,6,2%)	26 (16,9%)
<i>Precisaron consulta psiquiátrica</i>	9 (6,3%)	8 (5,2%)

En las **Tablas 20 - 24** vemos como las características socioeconómicas, generales, pregestacionales y gestacionales así como los antecedentes psiquiátricos y de estrés de las mujeres que recibieron psicoeducación y las que no, son similares.

En la **Tabla 25** podemos observar como los tres casos de muerte intraútero, no recibieron psicoeducación.

Tabla 25: <i>Características del parto</i>	<i>Intervención N (%)</i> <i>(N =144)</i>			<i>No intervención N (%)</i> <i>(N =154)</i>		
	Media+-DT	Mín.	Máx	Media+-DT	Mín.	Máx.
<i>Parto pretérmino</i>	14 (9,7%)			19 (12,3%)		
<i>Parto doloroso</i>	19 (13,2%)			26 (16,9%)		
<i>Parto largo</i>	34 (23,6%)			35 (22,7%)		
<i>Parto nocturno</i>	29 (20,1%)			28 (18,2)		
<i>Parto eutócico</i>	74 (51,1%)			80 (51,9%)		
<i>Cesárea programada</i>	27 (18,8%)			28 (18,2%)		
<i>Cesárea urgente</i>	21 (14,6%)			16 (10,4%)		
<i>Espátulas</i>	4 (2,8%)			12 (7,8%)		
<i>Fórceps</i>	7 (4,9%)			8 (5,2%)		
<i>Feto muerto intraútero</i>	0 (0%)			3 (1,8%)		
<i>Morbilidad neonatal</i>	17 (11,8%)			13 (8,4%)		
<i>Peso bajo del neonato</i>	25 (17,4 %)			24 (15,6%)		
<i>Neonato varón</i>	68 (47,2%)			75 (48,7%)		
<i>APGAR 1 min > 6</i>	107 (74,3 %)			110 (71,4%)		
<i>APAGAR 5 min > 6</i>	127 (88,2%)			115 (74,6%)		
	Media+-DT	Mín.	Máx	Media+-DT	Mín.	Máx.
<i>EG parto</i>	38,6+-2,2	31	42	38,5+-2,8	25	42

En las **Tablas 26 y 27** vemos como las mujeres que recibieron psicoeducación presentaron puntuaciones inferiores en los Cuestionarios realizados en el puerperio.

Tabla 26: Resultados de los cuestionarios realizados durante el embarazo y el posparto a las mujeres intervenidas con psicoeducación al entrar en el estudio (N =144).

	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>D.T</i>	<i>Mediana</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Goldberg gestación	144	6,7	5,3	6	0	26
Síntomas Somáticos	144	2,5	2,1	2	0	7
Ansiedad	144	2,3	2,2	2	0	7
Disfunción Social	144	1,5	1,5	1	0	7
Síntomas Depresión	144	0,4	1,2	0	0	6
Cuest. Calidad de Vida	144					
Apoyo Social	144	55,5	8,2	57	26	65
Satisfacción General	144	49,5	7,4	50	29	64
Bienestar Físico Psíquico	144	26,3	5,3	27	10	35
Ausencia Sobrecarga Laboral	144	24,6	6,4	25	4	35
Cuestionario Alexitimia	143	43,5	13,3	42	20	86
Cuestionario Estrés	143	0,27	0,1	0,25	0	0,7
Goldberg puerperio	126	4,1	4,3	2	0	21
Síntomas Somático	126	1,2	1,5	0	0	7
Ansiedad	126	1,2	1,9	0	0	7
Disfunción Social	126	1,3	1,3	1	0	7
Síntomas Depresión	126	0,4	0,9	0	0	5
EPDS	126	5,9	4,5	5	0	23

Tabla 27: Resultados de los cuestionarios realizados durante el embarazo y el posparto a las mujeres no intervenidas con psicoeducación al entrar en el estudio (N =154).

	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>D.T</i>	<i>Mediana</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Goldberg gestación	152	6,7	5	6	0	23
Síntomas Somáticos	152	2,5	2,1	2	0	7
Ansiedad	152	2,5	2	2	0	7
Disfunción Social	152	1,5	1	1,5	0	7
Síntomas Depresión	152	0,3	0	0,9	0	5
Cuest. Calidad de Vida	152					
Apoyo Social	152	55	9,8	57	17	70
Satisfacción General	152	48	9	48	20	65
Bienestar Físico Psíquico	152	26,3	6,3	27	8	62
Ausencia Sobrecarga Laboral	152	24,9	6,7	26	6	60
Cuestionario Alexitimia	143	46,8	14,2	47	18	101
Cuestionario Estrés	143	0,27	0,17	0,26	0	0,8
Goldberg puerperio	129	4,4	4,7	3	0	22
Síntomas Somático	129	1,4	1,6	1	0	7
Ansiedad	129	1,4	2	0	0	7
Disfunción Social	129	1,2	1,4	1	0	8
Síntomas Depresión	129	0,3	0,7	0	0	5
EPDS	130	6,7	5,2	5	0	24

Las mujeres que recibieron psicoeducación y las que no, pensaban que la salud dependía de los cuidados recibidos por el personal sanitario, familiares y amigos (**Tabla 28**).

Tabla 28: Resultados	Intervención N (%)	No intervención N (%)
Cuestionario Salud	(N =144)	(N =154)
<i>Locus control externo</i>	73 (50,7%)	61 (39,6%)
<i>Locus control interno</i>	52 (36,1%)	55 (35,7%)
<i>Azar</i>	7 (4,9%)	16 (10,4 %)

La **Tabla 29** refleja como las mujeres que recibieron psicoeducación, puntuaron menos en el EPDS y fueron diagnosticadas en menor número de depresión puerperal.

Tabla 29: Características del	Intervención N (%)	No intervención N (%)
posparto	(N =144)	(N =154)
<i>Lactancia materna</i>	60 (41,7%)	73 (47,4%)
<i>Llanto extremo del lactante</i>	5 (3,5%)	10 (6,5%)
<i>Llanto importante</i>	36 (25%)	24 (15,6%)
<i>Peso bajo del lactante</i>	16 (11,1%)	11 (7,1%)
<i>La pareja no ayuda</i>	12 (8,3%)	6 (3,9%)
<i>EPDS >10</i>	25 (17,4%)	32 (20,8%)
<i>Depresión puerperal</i>	7 (4,9%)	13 (8,4%)
<i>Trastorno adaptativo en el puerperio</i>	4 (2,8%)	4 (2,6%)

5.8. POBLACIÓN INMIGRANTE

5.8.1 COMPARATIVA MUJERES INMIGRANTES-AUTÓCTONAS

En las **Tablas 30 y 31** comparamos las características generales y socioeconómicas de las mujeres inmigrantes y autóctonas. Destaca la edad inferior en el embarazo (27,8+-5,3 vs 31,4+-5,4) y las peores condiciones socioeconómicas de las gestantes inmigrantes.

Tabla 30: <i>Características generales de las mujeres</i>	<i>Inmigrantes (N =131)</i>			<i>Autóctonas (N =167)</i>		
	<i>Media +- D.T.</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx</i>	<i>Media +- D.T.</i>	<i>Mí n.</i>	<i>Máx</i>
<i>Edad</i>	27,8 +- 5,3	15	39	31,4+-5,4%	16	44
<i>E.G. (sem.) entrada en el estudio</i>	28,2 +- 7,5	11	40	29,4+-7,3%	8	40
<i>IMC (kg/m²)</i>	23,6 +- 3,7	16,3	38,1	23,7+-4,2	16,6	41,9
<i>Horas de sueño/día</i>	8,3 +- 1,9	2	13	8+-1,8	3	14
<i>Horas ejercicio/semana</i>	1,7 +- 3,5	0	35	1,8+-2,4	0	14
	<i>N (%)</i>			<i>N (%)</i>		
<i>Mal aspecto físico externo</i>	1 (0,8%)			3 (1,8%)		
<i>Enfermedades crónicas</i>	12 (9,2%)			40 (24%)		
<i>SPM</i>	65 (49,6%)			91 (54,5%)		
<i>Dieta sana</i>	89 (67,9%)			149 (89,2%)		
<i>Fumadora</i>	19 (14,5%)			67 (40,1%)		
<i>Consumo alcohol frecuente</i>	5 (3,8%)			6 (3,6%)		
<i> ocasional</i>	37 (28,2%)			47 (28,1%)		
<i>Consumo cocaína</i>	0 (0%)			4 (2,4%)		
<i> opiáceos</i>	0 (0%)			1 (0,6%)		

Tabla 31. Características Socioeconómicas de las mujeres	Inmigrantes: N (%) (N =131)	Autóctonas: N (%) (N =167)
<i>Solteras</i>	76 (58%)	57 (34,1%)
<i>Convivencia con la pareja</i>	116 (88,5%)	156 (93,4%)
<i>Medio urbano</i>	125 (95,4%)	145 (86,8%)
<i>Estudios universitarios</i>	21 (16%)	47 (28,1%)
<i>Trabajo temporal</i>	45 (34,4%)	31 (18,6%)
<i>Vivienda en alquiler</i>	94 (71,8%)	23 (13,8%)
<i>Vivienda compartida con otras familias</i>	87 (66,4%)	28 (16,8%)
<i>No amistades</i>	27 (20,6%)	6 (36%)
<i>Dedicación >1 hora/semana a los amigos</i>	64 (48,9%)	105 (62,9%)
<i>Actividades de ocio</i>	78 (59,5%)	133 (79,6%)
<i>La gestación como única aspiración importante</i>	101 (77,1%)	11 (66,5%)
<i>Problemas familiares</i>	31 (23,7%)	35 (21%)
<i>Problemas laborales</i>	12 (9,2%)	32 (19,2%)
<i>Enfermos crónicos a su cargo</i>	5 (3,8%)	16 (9,6%)
<i>Padre vivo</i>	103 (78,6%)	135 (80,8%)
<i>Madre viva</i>	121 (92,4%)	155 (92,8%)
<i>Mala relación con el padre en la infancia</i>	12 (9,2%)	9 (5,4%)
<i>Mala relación con la madre en la infancia</i>	5 (3,8%)	4 (2,4%)
<i>Mala relación actual con el padre</i>	7 (5,3%)	9 (5,4%)
<i>Mala relación actual con la madre</i>	5 (3,8%)	5 (3%)

En la **Tabla 32** vemos representado como las mujeres inmigrantes padecieron más depresión en el pasado (43,5% vs 27,5%) y consultaron menos con el médico, mientras que las autóctonas padecieron más ansiedad (33,5% vs 26,7%). Las mujeres inmigrantes presentaban con más frecuencia personalidad psicósomática.

<i>Tabla 32: Antecedentes psiquiátricos y estrés</i>	<i>Inmigrantes N (%) (N =131)</i>	<i>Autóctonas N (%) (N =167)</i>
<i>Antecedentes de depresión</i>	57 (43,5%)	46 (27,5%)
<i>No consultó con el médico</i>	41 (31,3%)	15 (9%)
<i>Consumo psicofármacos</i>	7 (5,3%)	14 (8,4%)
<i>Otras enf. Psiquiátricas</i>	37 (28,2%)	62 (37,1%)
<i>Ansiedad</i>	35 (26,7%)	56 (33,5%)
<i>Estrés extremo</i>	8 (6,1%)	8 (4,8%)
<i>Estrés moderado</i>	14 (10,7%)	39 (23,4%)
<i>Personalidad psicósomática</i>	19 (14,5%)	10 (6%)
<i>Antecedentes familiares depresión</i>	26 (19,8%)	63 (37,7%)

Las **Tablas 33 y 34** reflejan la peor planificación y seguimiento de la gestación entre las mujeres inmigrante respecto a las autóctonas, con más IVE sin patología fetal, así como mayor riesgo de precisar consulta psiquiátrica durante la gestación (7,6% vs 4,2%).

Tabla 33: *Características pregestacionales* *Inmigrantes N (%)* *Autóctonas N (%)*
(N =131) *(N =167)*

<i>Patología en embarazos anteriores</i>	12 (9,2%)	24 (14,4%)
<i>Abortos espontáneos</i>	34 (26%)	30 (28%)
<i>IVE sin patología fetal</i>	27 (20,7%)	9 (5,4%)
<i>IVE por patología fetal</i>	1 (0,8%)	2 (1,2%)
<i>Primípara</i>	73 (55,7%)	104 (62,3%)
<i>Consulta preconcepcional</i>	32 (24,4%)	79 (47,3%)
<i>Fólico preconcepcional</i>	26 (19,8%)	77 (46,1%)
<i>>4 eventos desagradables</i>	31 (23,7%)	32 (19,2%)

Tabla 34: Características gestacionales	Inmigrantes N (%) (N =131)	Autóctonas N (%) (N=167)
<i>Espontánea</i>	131 (100%)	155 (92,8%)
<i>Gestación no deseada por la mujer</i>	49 (37,4%)	29 (17,4%)
<i>Gestación no deseada por la pareja</i>	52 (39,7%)	31 (18,6%)
<i>La mujer deseaba hija</i>	52 (39,7%)	59 (35,3%)
<i>La mujer deseaba hijo</i>	49 (37,4%)	36 (21,6%)
<i>Indiferente</i>	30 (22,9%)	72 (43,1%)
<i>La pareja deseaba hija</i>	35 (26,7%)	46 (27,5)
<i>La pareja deseaba hijo</i>	58 (44,3%)	59 (35,3%)
<i>Indiferente</i>	33 (25,2%)	60 (35,9%)
<i>Psicoeducación</i>	62 (43,1%)	82 (56,9%)
<i>Pesadillas no relacionadas con el embarazo</i>	66 (50,4%)	87 (52,1%)
<i>Sueños angustiosos relacionados con embarazo</i>	49 (37,4%)	60 (35,9%)
<i>Lectura relacionada con gestación</i>	107 (81,7%)	144 (86,2%)
<i>Vómitos</i>	90 (68,7%)	87 (52,1%)
<i>Fumadora <10 cigarros</i>	8 (6%)	32 (19,2%)
<i>Fumadora >10 cigarros</i>	1 (0,8%)	4 (2,4%)
<i>Visitas al tocólogo incompletas</i>	37 (28,2%)	10 (6%)
<i>Precisaron consulta psiquiátrica</i>	10 (7,6%)	7 (4,2%)

En la **Tabla 35** observamos como las mujeres inmigrantes presentaban mayor morbilidad neonatal (12,2% vs 8,4%) pero no en cuanto parto pretérmino (9,2% vs 12,6%).

Tabla 35: <i>Características del parto</i>	<i>Inmigrantes N (%)</i>			<i>Autóctonas N (%)</i>		
	<i>(N =131)</i>			<i>(N =167)</i>		
<i>Parto pretérmino</i>	12 (9,2%)			21 (12,6%)		
<i>Parto doloroso</i>	20 (15,3%)			25 (15%)		
<i>Parto largo</i>	29 (22,1%)			40 (24%)		
<i>Parto nocturno</i>	24 (18,3%)			33 (19,8%)		
<i>Parto eutócico</i>	65 (49,6%)			89 (53,3%)		
<i>Cesárea programada</i>	22 (16,8%)			33 (19,8%)		
<i>Cesárea urgente</i>	17 (13%)			20 (12%)		
<i>Espátulas</i>	7 (5,3%)			9 (5,4%)		
<i>Fórceps</i>	6 (4,6%)			9 (5,4%)		
<i>Morbilidad neonatal</i>	16 (12,2%)			14 (8,4%)		
<i>Peso bajo del neonato</i>	15 (11,5 %)			34 (20,4%)		
<i>Neonato varón</i>	62 (47,3%)			81 (48,5%)		
<i>APGAR 1 min > 6</i>	91 (69,4%)			136 (81,4 %)		
<i>APAGAR 5 min > 6</i>	99 (75,5 %)			142 (85%)		
	Media+-DT	Mín.	Máx.	Media+-DT	Mín.	Máx.
<i>EG parto</i>	38,4+-2,6	25	42	38,7+-2,4	29	42

En las **Tablas 36, 37, 38 y 39** vemos representados los resultados de los cuestionarios realizados a las mujeres inmigrantes y autóctonas, observando peores resultados en los de Calidad de Vida, Alexitimia, Goldberg, y EPDS, con perfil de personalidad psicossomática en las inmigrantes, mientras que los Cuestionarios de Estrés y Salud presentaron puntuaciones similares.

Tabla 36: Resultados de los cuestionarios realizados durante el embarazo y el postparto a las mujeres inmigrantes (N =131).

	N	Media	D.T	Mediana	Mín	Máx
Goldberg gestación	130	6,8	5,4	6	0	23
Síntomas Somáticos	130	2,4	2	2	0	7
Ansiedad	130	2,4	2,2	2	0	7
Disfunción Social	130	1,5	1,6	1	0	7
Síntomas Depresión	130	0,4	1	0	0	5
Cuest. Calidad de Vida						
Apoyo Social	130	52,5	9,9	54	17	65
Satisfacción General	130	47,7	9,5	49	20	65
Bienestar Físico Psíquico	130	25,9	6	27	8	35
Ausencia Sobrecarga Laboral	130	24,5	6	26	6	35
Cuestionario Alexitimia	128	49,3	14,9	50	18	101
Cuestionario Estrés	129	0,27	0,1	0,24	0	0,8
Goldberg puerperio	103	4,6	4,9	3	0	18
Síntomas Somático	103	1,3	1,6	1	0	7
Ansiedad	103	1,4	2	0	0	7
Disfunción Social	103	1,3	1,4	1	0	5
Síntomas Depresión	103	0,5	1	0	0	5
EPDS	104	7,3	5,7	6,5	0	24

Tabla 37: Resultados de los cuestionarios realizados durante el embarazo y el postparto a las mujeres autóctonas (N =167).

	N	Media	D.T	Mediana	Mín	Máx
Goldberg gestación	166	6,6	4,9	6	0	26
Síntomas Somáticos	166	2,5	2,1	2	0	7
Ansiedad	166	2,3	2	2	0	7
Disfunción Social	166	1,4	1	1	0	7
Síntomas Depresión	166	0,3	1	0	0	6
Cuest. Calidad de Vida	166					
Apoyo Social	166	57,4	7,7	59	21	70
Satisfacción General	166	49,4	7,1	50	29	65
Bienestar Físico Psíquico	166	26,5	5,7	27	10	62
Ausencia Sobrecarga Laboral	166	25	6,9	26	4	60
Cuestionario Alexitimia	166	42	12	40	20	86
Cuestionario Estrés	165	0,27	1,6	0,26	0	0,7
Goldberg puerperio	152	4	4,1	2	0	22
Síntomas Somático	152	1,3	1,5	1	0	7
Ansiedad	152	1,2	1,9	0	0	8
Disfunción Social	152	1,2	1,3	1	0	7
Síntomas Depresión	152	0,2	0,5	0	0	4
EPDS	152	5,6	4,1	5	0	24

Tabla 38.	Inmigrantes N (%)	Autóctonas N (%)
Resultados Test Salud	(N =131)	(N =167)
Locus control externo *	57 (43,5%)	77 (46,1%)
Locus control interno **	44 (33,6%)	63 (37,7%)
Azar	10 (7,6%)	13 (7,8%)

* La salud depende de los cuidados recibidos por el personal sanitario, familia y amigos.

** La salud depende del cuidado del propio cuerpo en cuanto alimentación , ejercicio, no hábitos tóxicos...

En la **Tabla 39** vemos como las mujeres inmigrantes presentan más casos de depresión puerperal (11,5% vs 3%), mientras que la autóctonas las superan en trastornos adaptativos (1,5% vs 3,6%).

<i>Tabla 39. Características del posparto</i>	<i>Inmigrantes N (%)</i> <i>(N = 131)</i>	<i>Autóctonas N (%)</i> <i>(N =167)</i>
<i>Lactancia materna</i>	54 (41,2%)	79 (47,3%)
<i>Llanto extremo del lactante</i>	6 (4,6%)	9 (5,4%)
<i>Llanto importante</i>	25 (19,1%)	35 (21%)
<i>Peso bajo del lactante</i>	8 (6,1%)	19 (11,4%)
<i>La pareja no ayuda</i>	8 (6,1%)	10 (6%)
<i>EPDS >10</i>	36 (27,5%)	21 (12,6%)
<i>Depresión puerperal</i>	15 (11,5%)	5 (3%)
<i>Trastorno adaptativo en el puerperio</i>	2 (1,5%)	6 (3,6%)

5.8.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

En la **Tabla 40** se refleja la distribución de la población de estudio según su origen, destacando el elevado porcentaje de mujeres inmigrantes (44%) y en especial de latinoamericanas (37,6 %).

<i>Tabla 40. Distribución de la población según su origen</i>	
	<i>N =298</i>
	<i>N (%)</i>
<i>Españolas</i>	167 (56,0%)
<i>Inmigrantes americanas</i>	112 (37,6%)
<i>Inmigrantes europeas</i>	16 (5,4%)
<i>Inmigrantes africanas</i>	3 (1,0%)

La **Tabla 41** muestra la comparación entre las poblaciones inmigrante y autóctona respecto distintas variables psicológicas y socioeconómicas. Destaca en general, la situación psicosocial desfavorable de las mujeres inmigrantes. Observamos como la depresión en el pasado (43,5%), el resultado superior a 10 en el EPDS (62,5%) especialmente en las americanas (59%) y el diagnóstico final de depresión realizado durante el puerperio se concentran más en este estrato poblacional (75%). Del mismo modo presentaron puntuaciones superiores en la escala de Alexitimia (media 49,3 +- 15, $p < 0,001$) y la localización telefónica para realizarles el EPDS no fue posible en un número elevado de mujeres (20,6%).

Las gestaciones en estas mujeres eran menos deseadas (37%) por tanto realizaron más I.V.E. sin patología fetal (15,3%, en especial las americanas (16% N=18 frente 5% N=9 de europeas)), menos consultas preconceptionales (24,4%) y consumieron menos ácido fólico los meses previos al embarazo (20%). Igualmente, se cuidaron menos durante la gestación despreocupándose en mayor medida de realizar la totalidad de visitas aconsejadas por el tocólogo (72%).

Su situación económica era más desfavorable, con casi el doble de desempleadas (38%) respecto a las mujeres españolas y prácticamente en su globalidad precisaban vivir de alquiler (71,8%), compartiendo en muchos casos la vivienda con otras familias (66,4%).

Sus vidas era menos relajadas, disponían de menos tiempo para el ocio (59,5%), la preferencia por la lactancia materna fue menor (41,2%), los maridos apenas les ayudaban en el cuidado de los recién nacidos (13,7%) y puntuaron menos en el apartado de nivel de apoyo social del Cuestionario de Calidad de Vida.

La Tabla también muestra otras variables en las que no se ha alcanzado la significación estadística, como son la personalidad psicósomática (14,5% vs 6%) y la mayor morbilidad neonatal (13,6% vs 8,7%).

Tabla 41.	<i>Variables</i>			
<i>psicológicas y socioeconómica</i>	<i>Españolas</i>	<i>Inmigrantes</i>	<i>P</i>	<i>OR IC 95%</i>
<i>(N =298)</i>	<i>N =167</i>	<i>N =131</i>		
<i>Depresión en el pasado</i>	46 (27,5%)	57 (43,5%)	< 0,001	2 (1,3 – 3)
<i>I.V.E sin patología</i>	7 (4,2%)	20 (15,3%)	0,001	4,3 (2 – 8,1)
<i>No deseo gestación</i>	29 (17,3 %)	49 (37,4%)	< 0,001	3,1 (1,8 – 5,1)
<i>Consulta preconcepcional</i>	79 (47,3%)	32 (24,4%)	< 0,001	2,7 (1,7 – 4,3)
<i>Fólico preconcepcional</i>	77 (46,0 %)	26 (20,0%)	< 0,001	3,5 (2,1 – 5,5)
<i>Visitas tocológicas</i>	156 (93,4%)	94 (72,0%)	< 0,001	6 (3 - 12)
<i>EPDS > 10</i>	21 (37,5 %)	36 (62,5%)	< 0,001	3,2 (1,9 – 5,3)
<i>Depresión en el puerperio</i>	5 (25,0%)	15 (75,0%)	< 0,001	5,8 (2,2 – 13,4)
<i>Trastorno adaptativo</i>	6 (75,0%)	2 (25,0%)		N.S.
<i>No localizadas</i>	15 (9,0%)	27 (20,6%)	0,012	2,6 (1,3 – 4,5)
<i>Lactancia materna</i>	79 (47,3%)	54 (41,2%)	< 0,001	1,6 (0,8 – 3,3)
<i>Ayuda de la pareja</i>	44 (26,3%)	18 (13,7%)	< 0,001	3,3 (1,8 – 5,9)
<i>Desempleadas</i>	40 (24,0%)	50 (38,0%)	< 0,001	4 (1,3 – 11,6)
<i>Alquiler</i>	23 (13,8%)	94 (71,8%)	< 0,001	15,7 (8,5 – 26)
<i>Convivir con otras familias</i>	28 (16,7%)	87 (66,4%)	< 0,001	9,8 (4,2 – 22,6)
<i>Ocio</i>	133 (79,6%)	78 (59,5%)	< 0,001	2,7 (1,7 – 4,2)
<i>Amistades</i>	48 (88,6%)	64 (48,9%)	< 0,001	10,4 (4,3 – 25)
<i>Apoyo social en C. Calidad</i>	88,0 %	67,0 %	< 0,001	3,6 (2 – 5,4)
<i>Personalidad psicósomática</i>	10 (6%)	19 (14,5 %)	0,098	2,7 (1,2 – 5,8)
<i>Morbilidad neonatal</i>	14 (8,7%)	16 (13,6%)	0,07	1,6 (1 – 2,7)

En la **Tabla 42.** reflejamos la superioridad manifiesta en el diagnóstico de depresión posparto entre las mujeres americanas, respecto a las europeas. Por el contrario, el diagnóstico de trastorno adaptativo es superior entre las europeas pero en menor grado y sin alcanzar la significación estadística.

Tabla 42. Diagnóstico final

<i>psiquiátrico.</i>	<i>P</i>	<i>N (%)</i>	<i>OR (IC 95 %)</i>
<i>Depresión puerperal en americana / depresión en europeas (N = 244)</i>	<i>0,001</i>	<i>15 (20,5%) 5 (3,4%)</i>	<i>7,3 (2,5 – 17,8)</i>
<i>Trastorno adaptativo en europeas / trastorno adaptativo en americanas (N = 244)</i>	<i>N.S</i>	<i>6 (4,0%) 2 (2,7%)</i>	<i>N.S</i>

5.9 FACTORES P REDISPONENTES A PRECISAR EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA DURANTE LA GESTACIÓN POR EL RIESGO INCREMENTADO DE DESARROLLAR TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

En las siguientes Tablas analizamos las distintas situaciones patológicas, tanto relacionadas con el estrés como con aspectos de la salud, que se correlacionan con una puntuación patológica (> 6) en el CSG Goldberg 28 realizado al entrar en el estudio.

En las **Tablas 43** y **46** exponemos las **historia psiquiátrica** y **situaciones estresantes** vivenciadas por la gestante, que favorecen la necesidad de evaluación médica. Casi la totalidad de estas mujeres padecieron o creían haber padecido depresión en el pasado (76,5%) y tenían una personalidad con perfil psicossomático (43,8%) o con alto riesgo psiquiátrico (12,5%). Más de la mitad tenían sensación de estar sometidas a un nivel de estrés elevado (53%) y padecieron más de cuatro sucesos desagradables en el año previo (47%). Casi la totalidad de las mujeres que necesitaron ayuda médica tuvieron pesadillas frecuentes u ocasionales sin necesidad de estar relacionadas con la gestación (87,5%) y el 30% referían sueños de angustia relacionados con el embarazo. Un número importante de mujeres no realizaban ejercicio físico (45,6%, $p = 0,03$), no convivían con su pareja (29,4%), compartían la vivienda con otras familias (64,7%), tenían problemas familiares (23,5%) o una relación mala o ausente con su padre (29,5%). La mitad de estas mujeres y de las parejas no deseaban la gestación (53%) y la mayoría no tenían actividades de ocio (70,6%).

Tabla 43. Hª psiquiátrica y situaciones

estresantes (N =17)	P	N (%)	OR (IC 95 %)
Antecedentes de depresión	< 0,001		6,9 (2,3 – 21)
Diagnosticada por un médico		13 (76,5%)	8,3 (2,4 – 28,7)
No consulta con el médico		4 (23,5%)	5,7 (1,5 – 19,5)
Personalidad psicossomática	< 0,001	7 (41,1%)	11,4 (3,4 - 35,5)
psiquiátrica		2 (11,7%)	23,9 (3,5 – 162)
Estrés extremo	< 0,001	5 (29,4%)	9,7 (2,6 – 35,8)
Bastante		4 (23,5%)	
Algo		2 (11,7%)	
No actividades de ocio	< 0,001	12 (70,6%)	6,7 (2,3 – 18,9)
> 4 Eventos desagradables en el último año	0,013	8 (47,1%)	3,6 (1,4 – 9,7).
Pesadillas frecuentes	0,006	4 (25,0%)	9,5 (2 -45)
Ocasionales		11(64,7%)	
Sueños de angustia	0,006	3 (17,65%)	5,7 (1 - 34)
Buenos + de angustia		10 (58,8%)	5,6 (1,2 - 25)
No convivir con la pareja	0,01	5 (29,4%)	5,15 (1,7 – 15)
Relación actual mala con el padre	0,018	4 (23,5%)	6,46 (1,8 – 22,8)
Ausente	N.S.	1 (5,9%)	4,8
No deseo gestación por la embarazada	0,014	9 (52,9 %)	4,6 (1,5 – 13,5)
Por la pareja	0,018	9 (52,9 %)	4,2 (1,4 – 12,6)
Problemas familiares	0,03	8 (47,1%)	3,4 (1,3 – 9)
Compartir vivienda con otras familias	0,023	11 (64,7%)	3,1 (1,2 – 8,3).

En la **Tabla 44** reflejamos las mujeres que puntuaron por encima de 6 en los apartados de disfunción social y síntomas de depresión, durante la gestación (5,7%).

Tabla 44. Resultado CSG Goldberg		N =298
> 6 (c + d) en el inicio del estudio.		N (%)
		(P = 0,001)
Sí		17 (5,7%)*
No		281 (94,3%)
Total		298 (100 %)

* *Pacientes que precisaron evaluación médica psiquiátrica durante la gestación.*

En la **Tabla 45** exponemos las variables relacionadas con la salud, que favorecen el puntuar por encima de 6 en el CSG Goldberg. En primer término, encontramos el padecer alguna enfermedad crónica (35,3%) seguido por las interrupciones voluntarias del embarazo sin causa física-psíquica (23,2%), las enfermedades padecidas durante la gestación situándose la HTA-preeclampsia en primer puesto (17,6%), y las interrupciones voluntarias de la gestación por alguna causa física-psíquica (6%). Entre las mujeres que probablemente precisan ayuda psiquiátrica, encontramos que casi la totalidad sufren vómitos durante sus gestaciones (82,3%).

<u>Tabla 45.</u> <i>Variables relacionadas con la salud</i>	<i>p</i>	<i>N =17</i> <i>N (%)</i>	<i>OR (IC 95 %)</i>
<i>Enfermedades crónicas</i>	0,05	6 (35,3%)	2,7 (1 – 7,4)
<i>I.V.E sin patología</i>	0,015	4 (23,2%)	4 (1,2 – 12,8)
<i>I.V.E por patología</i>	N.S	1 (5,9%)	8,7
<i>Patologías durante la gestación</i>			
<i>HTA- preeclampsia</i>	N.S	3 (17,6%)	2,1
<i>Amenaza parto pretérmino</i>	0,01	2 (11,8%)	1,1 (1- 1,2)
<i>Pielonefritis</i>	N.S	1 (5,9%)	1,9
<i>Vómitos</i>	0,05	14 (82,3%)	3,37 (1 – 11,7)

<u>Tabla 46.</u> <i>Situaciones estresantes con significación 90 %</i>	<i>P</i>	<i>N =17</i> <i>N (%)</i>	<i>OR</i>
<i>Relación mala con el padre en la infancia</i>	0,06	4 (23,5%)	4,36
<i>Ansiedad</i>	0,07	9 (53) %	2,4
<i>Trastorno alimentario</i>		1 (5,8%)	
<i>Náuseas</i>	0,09	14 (82,%)	2,8

Según vemos reflejado en las **Tablas 47 y 48** las gestantes que precisaron consulta psiquiátrica al realizar el CSG Goldberg al inicio del estudio frente a las mujeres que no la precisaron, presentaban puntuaciones superiores en los cuatro apartados de dicho cuestionario, sobresaliendo levemente los síntomas de ansiedad; presentaban menor apoyo social, menos satisfacción general, menos bienestar físico-psíquico así como más sobrecarga laboral con menos tiempo libre. Igualmente las puntuaciones en la escala de Alexitimia fueron superiores así como en el Cuestionario de estrés. Las puntuaciones obtenidas por estas mujeres en el CSG Goldberg y en el EPDS realizados durante el puerperio aconsejaba igualmente la consulta psiquiátrica, por riesgo incrementado de presentar depresión puerperal (ver también Tabla 48).

Tabla 47. Mujeres que precisaron consulta psiquiátrica en el embarazo		N	Media	D. T.	Mediana	Mín.	Máx.	P 25	P 75	P
<i>si</i>	Goldberg durante embarazo	16	19,00	4,00	18,00	13,00	26,00	16,00	22,50	<0,001
	Síntomas Somáticos	16	4,94	1,81	5,00	2,00	7,00	3,50	7,00	<0,001
	Ansiedad	16	5,75	0,86	6,00	4,00	7,00	5,00	6,00	<0,001
	Disfunción Social	16	4,31	2,02	4,50	1,00	7,00	2,50	6,00	<0,001
	Síntomas Depresión	16	4,00	1,55	4,00	,00	6,00	3,00	5,00	<0,001
	Cuestionario Calidad de vida									
	Apoyo Social	16	45,50	13,21	47,00	17,00	65,00	39,50	57,00	<0,001
	Satisfacción General	16	38,75	9,82	39,00	20,00	59,00	33,50	45,50	<0,001
	Bienestar Físico Psíquico	16	18,25	3,47	19,00	10,00	23,00	16,50	21,00	<0,001
	Ausencia Sobrecarga Laboral	16	21,00	5,80	21,50	13,00	34,00	16,50	23,50	0,018
	Escala de Alexitimia	16	51,87	15,34	51,00	18,00	79,00	41,50	63,00	0,04
	Cuestionario Estrés	16	0,56	0,18	0,55	,26	,85	,43	,73	< 0,001
	CSG Goldberg posparto	12	7,83	5,98	7,50	1,00	18,00	2,50	12,00	0,05
	Síntomas Somático	12	2,08	1,68	2,00	,00	5,00	,50	3,50	0,07 N.S
	Ansiedad	12	2,58	2,47	2,00	,00	7,00	1,00	4,00	0,028
	Social	12	1,92	1,88	1,00	,00	5,00	,50	3,50	0,08 N.S
	Síntomas Depresión	12	1,25	1,29	1,00	,00	4,00	,00	2,00	< 0,001

<i>Tabla 48. precisaron</i>		<i>Mujeres que no consulta psiquiátrica durante el embarazo</i>	<i>N</i>	<i>Medi a</i>	<i>D.T</i>	<i>Medi ana</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>P 25</i>	<i>P 75</i>	<i>P</i>
<i>Psiquiatra</i>	no	Goldberg durante el embarazo	280	5,98	4,26	5,00	0,00	17,00	2,00	9,00	<0,001
		Síntomas Somáticos	280	2,36	1,98	2,00	0,00	7,00	1,00	4,00	<0,001
		Ansiedad	280	2,18	2,01	2,00	0,00	7,00	1,00	4,00	<0,001
		Disfunción Social	280	1,30	1,30	1,00	0,00	7,00	0,00	2,00	<0,001
		Síntomas Depresión	280	0,15	0,47	,00	0,00	4,00	0,00	0,00	<0,001
		Cuestionario Calidad de vida									
		Apoyo Social	280	55,82	8,45	57,00	21,00	70,00	52,00	63,00	<0,001
		Satisfacción General	280	49,27	7,88	50,00	21,00	65,00	45,00	54,00	<0,001
		Bienestar Físico Psíquico	280	26,75	5,64	27,00	8,00	62,00	24,00	30,00	<0,001
		Ausencia Sobrecarga Laboral	280	24,97	6,55	26,00	4,00	60,00	21,50	29,00	0,018
		Escala de Alexitimia	278	44,81	13,7	43,00	20,00	101,0	34,00	53,00	0,04
		Cuestionario Estrés	278	0,26	0,15	,24	0,00	0,85	0,14	0,36	< 0,001
		CSG Goldberg posparto	243	4,06	4,37	2,00	0,00	22,00	1,00	6,00	0,05
		Síntomas Somáticos	243	1,26	1,55	1,00	0,00	7,00	0,00	2,00	0,07 N.S
		Ansiedad	243	1,28	1,94	0,00	0,00	8,00	0,00	2,00	0,028
		Disfunción Social	243	1,21	1,33	1,00	0,00	7,00	0,00	2,00	0,08 N.S
		Síntomas Depresión	243	0,30	0,77	0,00	0,00	5,00	0,00	0,00	< 0,00

Según vemos reflejado en la **Tabla 49** las embarazadas que precisaron consulta psiquiátrica durante la gestación eran más jóvenes, con menor edad gestacional al entrar al estudio, presentaban ligero sobrepeso, dormían más horas, realizaban menos ejercicio y tenían más hijos aunque las diferencias no son significativas .

Tabla 49. (N=298) <i>las embarazadas con</i>	<i>Características de</i>	<i>Características de</i>		
	<i>Goldberg > 6</i>	<i>las embarazadas con</i>	<i>Goldberg < 6</i>	
<i>Variables</i>	Media, D.T, Rango	<i>Variables</i>	Media, D.T, Rango	P
<i>Edad (años)</i>	2 8,1 +- 6,3 (18 – 39)	<i>Edad (años)</i>	29,9 +- 5,6 (15 – 44)	N.S
<i>Edad gestacional inicio estudio (sem.)</i>	26 +- 6,7 (16 – 39)	<i>Edad gestacional inicio estudio (sem.)</i>	29,1 +- 7,4 (8 – 40)	N.S
<i>I.M.C (kg/m2)</i>	25 +- 5 (18,3 - 38,2)	<i>I.M.C (kg/m2)</i>	23,6+- 3,9 (16, - 41,9)	N.S
<i>Dormir (horas)</i>	8,7 +- 2,1 (5 – 12)	<i>Dormir (horas)</i>	8,1 +- 1,8 (2 – 14)	N.S
<i>Ejercicio (H./ semana)</i>	1 +- 1,4 (0 – 4)	<i>Ejercicio (H./ semana)</i>	1,8 +- 3,1 (0 – 35)	N.S
<i>Nº cigarros / día</i>	0,6 +- 1,33 (0 – 4)	<i>Nº cigarros / día</i>	1,2 +- 3,7 (0 – 35)	N.S
<i>Nº hijos</i>	0,7 +- 0,9 (0 – 2)	<i>Nº hijos</i>	0,6 +- 0,7 (0 – 4)	N.S
<i>Nº abortos espontáneos</i>	0,1 +- 0,3 (0 – 1)	<i>Nº abortos espontáneos</i>	0,3 +- 0,6 (0 – 5)	N.S
<i>EPDS en el puerperio</i>	10,5 +- 4,8	<i>EPDS en el puerperio</i>	6,3 +- 5,3	0,008

5.10 FACTORES PREDIS PONENTES A P RECISAR EVALUACIÓN

PSIQUIÁTRICA DURANTE EL POSPARTO

En la **Tabla 50** se refleja la totalidad de las mujeres que precisaron consulta médica durante el puerperio, por presentar puntuaciones superiores a diez en el EPDS (19,1 %).

<i>Tabla 50.</i>		<i>(N =298)</i>
<i>EPDS > 10 durante el puerperio.</i>		<i>N (%)</i>
<i>Sí</i>		<i>57 (19,1%)*</i>
<i>No</i>		<i>200 (67,1%)</i>
<i>Pérdidas</i>		<i>41 (13,8%)</i>

* Mujeres con riesgo incrementado de depresión puerperal

En la **Tabla 51** exponemos las **situaciones estresantes previas a la gestación**, que favorecen la necesidad de evaluación médica en el puerperio. Más de la mitad de estas mujeres padecieron o creían haber padecido depresión en el pasado (61,4%) pero menos de la mitad acudieron al médico por esta circunstancia (33,3%), en una proporción similar padecieron la ansiedad (54,4%) y predominantemente presentaban una personalidad con perfil psicossomático (26,8%). Las mujeres que precisaron tratamiento farmacológico en el pasado por estas circunstancias, presentaron puntuaciones superiores en el EPDS durante el puerperio (17,5%); casi una tercera parte tuvieron una mala relación paterna en su infancia (17,9%) y en proporción similar interrumpieron alguna gestación sin existir patología (17,8%). El 3,5% consumían cocaína, el 35% fumaban antes del embarazo, el 33,3% sufrió más de cuatro eventos desagradables en el último año y el 76,8% no tomó el ácido fólico los meses previos a la gestación.

<i>Tabla 51. Situaciones estresantes previas a la gestación. (N =57)</i>	<i>P</i>	<i>N (%)</i>	<i>OR IC 95%</i>
<i>Antecedentes de depresión</i>	< 0,001	35 (61,4%)	4,1 (5,5 – 6,6)
<i>Diagnosticada por un médico</i>		16 (28,1%)	3,8 (1,8 – 7,4)
<i>No consulta con el médico</i>		19 (33,3%)	4,3 (2,3 – 7,7)
<i>Fármacos antidepresivos</i>	0,002	10 (17,5%)	5 (2 – 12)
<i>Enfermedad psiquiátrica en el pasado</i>	< 0,001	32 (56,2%)	3,6 (2,1 – 6,3)
<i>Ansiedad</i>	< 0,001	31 (54,4%)	3,7 (2,2 – 6)
<i>Trastorno alimentario</i>	N.S	1(1,8%)	2,9 N.S
<i>Personalidad psicossomática</i>	< 0,001	15 (26,8%)	7,9 (3,5 – 17,4)
<i>psiquiátrica</i>	N.S	2 (3,6%)	4,7 N.S
<i>Relación mala con el padre en la infancia</i>	< 0,001	11 (17,9%)	9 (5,3 – 15,3)
<i>> 4 Eventos desagradables en el último año</i>	0,02	19 (33,3%)	2,2 (1,3 – 3,7)
<i>Interrupción voluntaria de la gestación</i>	0,006	10 (17,8%)	3,5 (1,4 – 8,4)
<i>No consumo pregestacional de fólico</i>	0,02	44 (76,8%)	2,3 (1,2 - 4,4)
<i>Cocaína antes de la gestación</i>	N.S	2 (3,5%)	3,8 N.S
<i>Fumadora antes de la gestación actual</i>	0,045	20 (35,1%)	1,2 N.S

La **Tabla 52** refleja las **situaciones estresantes que surgieron durante la gestación**. Casi la totalidad de las mujeres que necesitaron ayuda médica tuvieron pesadillas frecuentes u ocasionales sin necesidad de estar relacionadas con la gestación (72%) y un número similar refería sueños angustiosos relacionados con el embarazo (50,7%), así como sintomatología nauseosa (73,6%). La mitad de estas mujeres eran solteras (54,4%), vivían de alquiler (53,6%), compartían la vivienda con otras familias (57,1%), tenían problemas familiares (41,1%) y un trabajo temporal (31,6%).

<i>Tabla 52. Situaciones estresantes durante la gestación (N =57)</i>	<i>P</i>	<i>N (%)</i>	<i>OR (IC 95%)</i>
<i>Pesadillas frecuentes</i>	0,03	12 (21,8%)	5,2 (2,3 – 10,8)
<i>Ocasionales</i>		28 (50,1%)	2,4 (1,3 – 4,3)
<i>Sueños de angustia</i>	0,03	7 (12,2%)	3,3 (1,2 – 8,7)
<i>Buenos + de angustia</i>		22 (38,5%)	2,6 (1,2 – 5,3)
<i>Problemas familiares</i>	< 0,001	23 (41,1%)	3,5 (1,9 – 5,8)
<i>Compartir vivienda con otras familias</i>	< 0,001	33 (57,1%)	3,1 (1,8 – 5,4)
<i>Nauseas durante la gestación</i>	0,05	42 (73,6%)	1,9 (1,3 – 2,5)
<i>Mujer soltera</i>	0,02	31 (54,4%)	2 (1,1 – 3,5)
<i>Trabajo temporal</i>	0,02	18 (31,6%)	1,87 (1 – 3,7)
<i>Vivienda alquilada</i>	0,016	30 (53,6%)	2,4 (1,4 – 4,1)
<i>No realizar visitas regulares al tocólogo</i>	0,002	14 (23,2%)	2,6 (1,3 – 5,2)

En la **Tabla 53** se exponen las **características del parto** . Más de la mitad de estas mujeres tuvieron un parto eutócico (61,4%). La tercera parte tuvo un parto nocturno (35%), sufrió un parto largo (28,1%), doloroso (17,5%) y con morbilidad neonatal (15,5%).

En la **Tabla 54** expresamos **características del lactante y la pareja** . Casi la mitad de las mujeres con EPDS > 10 tenían hijos que lloraban bastante y eran alimentados con lactancia artificial (45,8%). Cuando la pareja no ayuda nada en el cuidado del recién nacido (7%) sus mujeres puntúan más en el EPDS.

Tabla 53. Características del parto que incrementan el riesgo de puntuar EPDS > 10 (N =57)

	<i>P</i>	<i>N (%)</i>	<i>OR (IC 95%)</i>
<i>Parto eutócico</i>	< 0,001	35 (61,4%)	5,3 (3,3 – 22,4)
<i>Parto nocturno</i>	< 0,001	20 (35%)	3 (1,8 -4,9)
<i>Parto doloroso</i>	< 0,001	10 (17,5%)	1,3 (1 -1,4)
<i>Parto largo (> 11h.)</i>	<i>N.S</i>	16 (28,1%)	1,2
<i>Morbilidad neonatal</i>	<i>N.S</i>	9 (15,8%)	1,7

Tabla 54. Características del lactante y la pareja (N =57)

	<i>P</i>	<i>N (%)</i>	<i>OR (IC 95%)</i>
<i>Pareja no ayuda</i>	<i>N.S</i>	4 (7,0%)	1,4 <i>N.S</i>
<i>Lactancia artificial</i>	<i>N.S</i>	9(18,4%)	1,1 <i>N.S</i>
<i>Lactancia mixta</i>	< 0,001	17 (27,4%)	1,9 (1,1 – 3)
<i>Llanto importante del lactante</i>	0,004	20 (33,3%)	3,06 (1,56 – 5,87)

Según vemos reflejado en las **Tablas 55** y **56** las gestantes que precisaron Entrevista Clínica Psiquiátrica al realizar el EPDS en el posparto frente a las mujeres que no la precisaron, presentaban puntuaciones superiores en los CSG Goldberg tanto al entrar en el estudio como en el puerperio, sobresaliendo los síntomas de ansiedad; presentaban menor apoyo social, menos satisfacción general, menos bienestar físico-psíquico así como más sobrecarga laboral con menos tiempo libre para sus aficiones. Igualmente las puntuaciones en la escala de Alexitimia fueron superiores así como en el Cuestionario de estrés.

Tabla 55: Resultados de los cuestionarios realizados durante el embarazo y el posparto, a las mujer que precisaron Entrevista Clínica psiquiátrica durante el puerperio (EPDS > 10).

	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>D.T.</i>	<i>Mediana</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>P 5</i>	<i>P 75</i>	<i>P</i>
Si Goldberg gestación	57	8,96	5,65	9,00	0,00	23,00	4,00	13,00	< 0,001
Síntomas Somáticos	57	2,91	1,95	3,00	0,00	7,00	1,00	4,00	<0,001
Ansiedad	57	3,33	2,34	4,00	0,00	7,00	1,00	5,00	<0,001
Disfunción Social	57	1,96	1,87	1,00	0,00	7,00	0,00	3,00	<0,001
Síntomas Depresión	57	0,75	1,53	0,00	0,00	6,00	0,00	1,00	<0,001
Cuest. Calidad de Vida									
Apoyo Social	57	50,26	10,58	50,00	17,00	65,00	44,00	58,00	< 0,001
Satisfacción General	57	44,56	8,67	46,00	25,00	63,00	39,00	51,00	< 0,001
Bienestar Físico Psíquico	57	23,21	5,22	23,00	10,00	34,00	20,00	26,00	< 0,001
Ausencia Sobrecarga Laboral	57	23,16	5,89	24,00	8,00	35,00	20,00	27,00	0,024
Cuestionario Alexitimia	56	49,71	14,08	50,00	20,00	79,00	40,00	59,50	0,001
Cuestionario Estrés	57	0,38	0,17	0,38	0,01	0,77	0,25	0,51	< 0,001
Goldberg puerperio	56	9,93	5,38	9,50	0,00	22,00	6,00	13,50	< 0,001
Síntomas Somático	56	2,38	1,89	2,00	0,00	7,00	1,00	3,50	<0,001
Ansiedad	56	3,73	2,36	4,00	0,00	8,00	1,00	6,00	<0,001
Disfunción Social	56	2,54	1,75	2,00	0,00	7,00	1,00	4,00	<0,001
Síntomas Depresión	56	1,29	1,32	1,00	0,00	5,00	,00	2,00	<0,001

Tabla 56: Resultados de los cuestionarios realizados durante el embarazo y el posparto, a las mujeres que no precisaron Entrevista Clínica psiquiátrica durante el puerperio (EPDS < 10).

	N	Media	D.T	Mediana	Mín	Máx	P 25	P 75	P
No Goldberg gestación	200	5,61	4,53	5,00	0,00	23,00	2,00	8,00	< 0,001
Síntomas Somáticos	200	2,25	2,00	2,00	0,00	7,00	1,00	4,00	<0,001
Ansiedad	200	1,96	1,90	1,00	0,00	7,00	,00	3,00	<0,001
Disfunción Social	200	1,25	1,32	1,00	0,00	7,00	,00	2,00	<0,001
Síntomas Depresión	200	0,17	,61	0,00	0,00	5,00	,00	,00	<0,001
Cuest. Calidad de Vida									
Apoyo Social	200	56,47	8,32	58,00	21,00	70,00	52,00	63,00	< 0,001
Satisfacción General	200	49,80	8,06	50,00	20,00	65,00	46,00	55,00	< 0,001
Bienestar Físico Psíquico	200	27,36	5,66	28,00	10,00	62,00	24,00	31,00	< 0,001
Ausencia Sobrecarga Laboral	200	25,42	6,76	27,00	4,00	60,00	22,00	30,00	0,024
Cuestionario Alexitimia	199	42,82	13,05	40,00	18,00	101,00	33,00	51,00	0,001
Cuestionario Estrés	198	0,24	,14	0,23	0,00	0,85	0,12	0,33	< 0,001
Goldberg puerperio	199	2,64	2,52	2,00	0,00	11,00	1,00	4,00	< 0,001
Síntomas Somático	199	0,99	1,31	1,00	0,00	7,00	,00	2,00	<0,001
Ansiedad	199	0,67	1,19	0,00	0,00	5,00	,00	1,00	<0,001
Disfunción Social	199	0,88	,96	1,00	0,00	4,00	,00	1,00	<0,001
Síntomas Depresión	199	0,08	,26	0,00	0,00	1,00	,00	,00	<0,0001

Según vemos reflejado en las **Tablas 57 y 58** las mujeres que obtuvieron puntuaciones superiores a diez en la realización del EPDS eran más jóvenes, la edad gestacional al entrar al estudio fue menor, el IMC previo a la gestación también era menor, dormían más horas y realizaban más ejercicio. Se obtuvo una puntuación menor en el Cuestionario de Calidad en los cuatro apartados, mientras en la Escala de Alexitimia y el Cuestionario de Estrés puntuaron más y el CSG Goldberg durante la gestación y el puerperio fueron superiores a 6.

<i>Tabla 57:</i> <i>de las mujeres</i> <i>N =57</i>	<i>Características</i> <i>con EPDS>10.</i> <i>Media, D.T, Rango</i>	<i>Tabla 58:</i> <i>de las mujeres</i> <i>N =200</i>	<i>Características</i> <i>con EPDS>10.</i> <i>Media, D.T , Rango</i>
<i>Edad (años)</i>	<i>29,1 +- 5 (17- 37)</i>	<i>Edad (años)</i>	<i>30,6 +- 5.8 (15 - 44)</i>
<i>Edad gestacional inicio estudio (sem.)</i>	<i>28,7+-7,6 (11- 39)</i>	<i>Edad gestacional inicio estudio (sem.)</i>	<i>29,7 +- 7,1 (8 - 40)</i>
<i>I.M.C (kg / m2)</i>	<i>22,9+-3,3 (7,7- 31)</i>	<i>I.M.C (kg/m2)</i>	<i>23,9 +- 4,2 (16,6 - 42)</i>
<i>Dormir (horas)</i>	<i>8,3 +- 2,2 (2 - 13)</i>	<i>Dormir (horas)</i>	<i>8,1 +- 1,7 (3 - 14)</i>
<i>Ejercicio (H. / semana)</i>	<i>2,3 +- 5 (0 - 35)</i>	<i>Ejercicio (H./ semana)</i>	<i>1,8 +- 2,3 (0 - 14)</i>
<i>Nº cigarros / día</i>	<i>1,4 +- 5,1 (0-35)</i>	<i>Nº cigarros / día</i>	<i>1,2 +- 3,4 (0 - 20)</i>
<i>Nº hijos</i>	<i>0,7 +- 0,9 (0 - 3)</i>	<i>Nº hijos</i>	<i>0,5 +- 0,7 (0 - 4)</i>
<i>Nº abortos espontáneos</i>	<i>0,3 +- 0,5 (0 - 3)</i>	<i>Nº abortos espontáneos</i>	<i>0,3 +- 0,6 (0 - 3)</i>
<i>Cuestionario/ Escala</i>	<i>Media+-D.T, Rango</i>	<i>Cuestionario / Escala</i>	<i>Media+-D.T, Rango</i>
<i>Alexitimia</i>	<i>49,7+-14,1 (20-79)</i>	<i>Alexitimia</i>	<i>42,8 +- 13,1 (18 - 101)</i>
<i>Calidad de vida</i>		<i>Calidad de vida</i>	
<i>Apoyo social</i>	<i>50,3+-10,6 (17-65)</i>	<i>Apoyo social</i>	<i>56,4 +- 8,3 (21 - 70)</i>
<i>Satisfacción general</i>	<i>44,6+-8,7 (25 - 63)</i>	<i>Satisfacción general</i>	<i>9,60 +- 7,9 (20 - 65)</i>
<i>Bienestar físico-psíquico</i>	<i>23,2+-5,2 (10 - 34)</i>	<i>Bienestar físico- psíquico</i>	<i>27,3 +- 5,7 (10 - 62)</i>
<i>Ausencia de sobrecarga laboral</i>	<i>23,16+-5,9(8 - 35)</i>	<i>Ausencia de sobrecarga laboral</i>	<i>25,4 +- 6,8 (4 - 60)</i>
<i>Estrés</i>	<i>0,4+- 0,2 (0,01 - 0,7)</i>	<i>Estrés</i>	<i>0,24 +- 0,1 (0-0,8)</i>
<i>EPDS</i>	<i>13,7 +- 3,8 (10-24)</i>	<i>EPDS</i>	<i>4,4 +- 3,6 (0-9)</i>

En las **Tablas 59** y **60** representamos las **características del parto, el lactante y la pareja**. Las mujeres que obtuvieron puntuaciones superiores a diez en la realización del EPDS, parieron a una edad gestacional inferior, el parto fue más largo, tanto el APGAR al primer minuto, como el PH fue mayor y el APGAR a los cinco minutos fue menor. Los lactantes lloraban más y las parejas ayudaban menos en el cuidado de sus hijos.

En la **Tabla 61** reflejamos las variables que incrementan el riesgo de puntuar por encima de diez en el EPDS, con valores cercanos a la significación.

<i>Tabla 59:</i>	<i>(N =57)</i>	<i>Características del</i>	<i>Tabla 60:</i>	<i>(N =200)</i>	<i>Características del</i>	<i>P</i>
<i>parto, lactante y pareja</i>		<i>en mujeres con EPDS >10</i>	<i>parto, lactante y pareja</i>		<i>en mujeres EPDS <10</i>	
<i>Variables</i>		<i>Media+- D.T, Rango</i>	<i>Variables</i>		<i>Media, D.T, Rango</i>	
<i>Edad gestacional parto (sem.)</i>		38,9 +- 2,6 (28 – 42)	<i>Edad gestacional parto (sem.)</i>		38,6 +- 2,6 (25 – 42)	N.S
<i>Duración de parto (horas)</i>		7,2 +- 5,5 (0 – 21)	<i>Duración de parto (horas)</i>		6,87 +- 5,7 (0 – 27)	N.S
<i>PH cordón</i>		7,3 +- 0,06 (7,15 - 7,37)	<i>PH cordón</i>		7,2 +- 0,1 (6,94 - 7,46)	0,05
<i>Llanto del lactante</i>		0,7 - 2,9 (0 – 2)	<i>Llanto del lactante</i>		0,3 +- 0,7 (0 – 2)	<0,001
<i>Ayuda de la pareja</i>		1,6 +- 1 (0 – 3)	<i>Ayuda de la pareja</i>		1,8 +- 1 (0 – 3)	
		N (%)			N (%)	<0,001
<i>Apgar min 1 > 6</i>		37 (92,5%)	<i>Apgar min 1 > 6</i>		158 (90,2%)	N.S
<i>Apgar min 5 > 6</i>		39 (97,5%)	<i>Apgar min 5 > 6</i>		171 (97,7%)	N.S

<i>Tabla 61. Variables que incrementan el riesgo de</i>	<i>P</i>	<i>N (%)</i>	<i>OR</i>
<i>EPDS> 10 en el posparto con un significación del 90%</i>			
<i>(N =57)</i>			
<i>No coincidencia sexo neonato con deseo del padre</i>	0,06	23 (40,3%)	2,5
<i>Fallecimiento de la madre en la infancia o pubertad</i>	0,06	2 (3,5%)	3,5
<i>Actitud no participativa de la gestante al entrar en el estudio</i>	0,07	37 (64,9%)	1,4
<i>No deseo de la gestación por la mujer embarazada</i>	0,09	21 (36,7%)	1,9
<i>No realizar la consulta médica pregestacional</i>	0,09	40 (70,2%)	1,6
<i>No actividades de ocio</i>	0,09	21 (36,7%)	1,8

5.11 FACTORES QUE INCREMENTAN EL RIESGO DE DEPRESIÓN EN EL POSPARTO.

En la **Tabla 62** exponemos los antecedentes psiquiátricos, el perfil de personalidad y las **situaciones estresantes vividas en el pasado**, que incrementan el riesgo de presentar depresión durante el puerperio. Más de la mitad de estas mujeres padecieron o creían haber padecido depresión en el pasado (60%), pero de éstas menos de la mitad acudieron al médico por dicha circunstancia (25%). En la misma proporción padecieron otras enfermedades psiquiátricas, siendo la ansiedad la más importante (55%). Casi la cuarta parte (20%) precisaron tratamiento farmacológico antidepresivo y presentaban con frecuencia una personalidad con perfil psicossomático (20%). La tercera parte de estas mujeres, tuvieron una mala relación paterna (25%) durante su infancia y el 65% no tomó el ácido fólico los meses previos a la gestación.

<i>Tabla 62. Hª psiquiátrica y situaciones estresantes en el pasado que incrementa el riesgo de depresión puerperal</i>	<i>(N =20)</i>	<i>P</i>	<i>N (%)</i>	<i>OR (IC 95%)</i>
<i>Antecedentes de depresión</i>		< 0,001	12 (60%)	3,9 (1,9 – 7,8)
<i>Diagnosticada por un médico</i>			5 (25%)	3,2 (1,3 – 7,8)
<i>No consulta con el médico</i>			7 (35%)	4,4 (2,1 – 8,8)
<i>Fármacos antidepresivos</i>		0,001	4 (20%)	6 (1,7 – 17,6)
<i>Enfermedad psiquiátrica en el pasado</i>		< 0,001	12 (60%)	
<i>Ansiedad</i>			11 (55%)	4 (2 – 8,1)
<i>Trastorno alimentario</i>		N.S	1 (5%)	8,9 N.S
<i>Personalidad psicossomática</i>		0,006	4 (20%)	5,4 (4,1 – 6,6)
<i>psiquiátrica</i>				
<i>Relación mala con el padre en la infancia</i>		< 0,001	5 (25%)	13,6 (3,6 – 49)
<i>Relación mejorable</i>		N.S	4 (20%)	1,5
<i>No consumo pregestacional de fólico</i>		N.S	13 (65%)	1,2

La **Tabla 63** refleja las situaciones estresantes que surgieron durante la gestación. Casi una cuarta parte de las mujeres diagnosticadas de depresión tenían sueños de angustia relacionados con la gestación (15%), y en mayor número pesadillas ocasionales (50%) o frecuentes (15%) sin necesidad de estar relacionadas con la gestación. El diagnóstico de depresión se relaciona de manera similar con compartir la vivienda con otras familias (65%), vivir de alquiler (40%), tener problemas familiares (40%), no realizar actividades de ocio (55%), tener un trabajo temporal (30%) o estar desempleada (30%) y no realizar todas las visitas programadas con el tocólogo (35 %).

<i>Tabla 63. Situaciones estresantes vividas durante la gestación que incrementan el riesgo de depresión puerperal. (N =20)</i>	<i>P</i>	<i>N (%)</i>	<i>OR (IC 95 %)</i>
<i>Pesadillas en general frecuentes</i>	0,03	3 (15 %)	3 (1 - 11)
<i>Ocasionales</i>		10 (50%)	2 (1 – 4)
<i>Sueños de angustia relacionados con la gestación</i>	N.S	3 (15%)	2,1 N.S.
<i>Problemas familiares</i>	0,012	8 (40%)	3,3 (1,2 -8,5)
<i>Compartir vivienda con otras familias</i>	0,001	13 (65%)	4,2 (1,6 – 10,7)
<i>Trabajo temporal</i>	0,03	6 (30%)	1,5 N.S
<i>Desempleo</i>		6 (30%)	1,3 N.S
<i>Vivienda alquilada</i>	< 0,001	8 (40%)	1,2 N.S
<i>No actividades de ocio</i>	0,015	11 (55%)	3,8 (1,5 - 9,4)
<i>No realizar visitas regulares al tocólogo</i>	0,015	7 (35%)	4,5 (1,1 – 18)

En la **Tabla 64** se exponen las **características del parto**. El tener un parto nocturno (35%) o la morbilidad neonatal (25%) supone un incremento en el diagnóstico de depresión. Lo mismo sucede pero en menor medida, cuando el parto es eutócico (65%) o doloroso (20%).

Tabla 64. <i>Características del parto que incrementan el riesgo de depresión puerperal.</i>	<i>P</i>	<i>N (%)</i>	<i>OR (IC 95 %)</i>
<i>(N =20)</i>			
Parto eutócico	N.S	13 (65%)	1,3
Parto doloroso	N.S	4 (20%)	1,6
Parto nocturno	< 0,001	7 (35%)	4,1 (1,4– 11,7)
Morbilidad neonatal	< 0,001	5 (25%)	3 (1 – 8,6)
Neonato: hembra	< 0,001	10 (7,7 %)	1,3

En la **Tabla 65** reflejamos como la paridad no influye en el diagnóstico de depresión puerperal.

Tabla 65. <i>Relación de la paridad con riesgo de depresión puerperal.</i>	<i>N (%)</i>	<i>P</i>
<i>Primípara</i>	8 (40%)	N.S
<i>Secundípara</i>	5 (25%)	N.S
<i>Tercípara</i>	6 (30%)	N.S
<i>Cuartípara</i>	1 (5%)	N.S

En la **Tabla 66** expresamos características del **lactante y la pareja** . La poca ayuda de la pareja en el cuidado del recién nacido (50%), la lactancia mixta (30%) y el llanto importante (20%) son las variables más representativas en las mujeres diagnosticadas de depresión. Con menor representación encontramos la lactancia artificial (15%) y el bajo peso del lactante (10%).

Tabla 66. <i>Características del lactante y la pareja que incrementan el riesgo de depresión (N =20).</i>	<i>P</i>	<i>N(%)</i>	<i>OR (IC 95%)</i>
Pareja no ayuda	< 0,001	10 (50 %)	4,9 (1 – 22,8)
Lactancia artificial	< 0,001	3 (15%)	2,2 (1,3 –3,6)
Lactancia mixta		6 (30 %)	2,5 (1,2 – 5)
Llanto importante del lactante	0,005	4 (20%)	7,1 (2,1 – 23,5)
Peso bajo del lactante	< 0,001	2 (10%)	1,1 N.S

5.12 FACTORES QUE INCREMENTAN EL RIESGO DE TRASTORNO ADAPTATIVO EN EL POSPARTO:

En la **Tabla 67** exponemos los antecedentes psiquiátricos y el perfil de personalidad de las mujeres con riesgo elevado de presentar trastorno adaptativo en el puerperio. Las tres cuartas partes de estas mujeres padecieron o creían haber padecido depresión en el pasado (75%). Al contrario de lo que hemos encontrado en las mujeres diagnosticadas de depresión, la mayoría de estas mujeres (62,5%) consultaron al médico por sospecha de patología psiquiátrica en el pasado siendo tratadas por dicha circunstancia, mientras que una minoría no solicitó ayuda médica (12,5%).

En la misma proporción se encuentran representadas las mujeres que padecieron ansiedad en el pasado (75%). El consumo de fármacos antidepresivo (37,5%) y la personalidad con perfil psicossomático están representados en menor medida que en las mujeres con diagnóstico de depresión (12,5%).

<i>Tabla 67. Antecedentes psiquiátricos y perfil de personalidad que incrementa el riesgo de trastorno adaptativo en el puerperio</i>	<i>P</i>	<i>N</i>	<i>OR (IC 95 %)</i>
			<i>(N =8)</i>
<i>Antecedentes de depresión</i>	< 0,001	6 (75%)	7,8 (1,6 - 38,4)
<i>Diagnosticada por un médico</i>		5 (62,5%)	13 (3 – 60,3)
<i>No consulta con el médico</i>		1 (12,5%)	2,5 N.S
<i>Fármacos antidepresivos</i>	0,001	3 (37,5%)	14 (8 – 109)
<i>Antecedentes psiquiátricos de ansiedad en el pasado</i>	< 0,001	6 (75%)	8,7 (2,2 – 30)
<i>Personalidad psicossomática</i>	0,006	1 (12,5%)	2,9 N.S

En la **Tabla 68** observamos como la primiparidad incrementa el riesgo de presentar trastorno adaptativo pero no de manera significativa.

Tabla 68. Relación de la paridad con riesgo		N =8
<i>de trastorno adaptativo</i>	<i>N (%)</i>	<i>P</i>
<i>Primipara</i>	5 (62,5%)	N.S
<i>Secundípara</i>	3 (37,5%)	N.S

La **Tabla 69** refleja las **situaciones estresantes** que surgieron **durante la gestación**. La variable que presentó una relación más intensa con el diagnóstico de trastorno adaptativo fue presentar pesadillas en general (50%), seguido por tener problemas familiares, compartir vivienda con los padres u otras familias y tener un trabajo temporal (37,5%). El diagnóstico de trastorno adaptativo se relaciona de manera similar con haber fumado durante la gestación y el consumo de cocaína en el pasado (25 %).

Tabla 69. Situaciones estresantes durante la gestación que incrementan el riesgo de			
<i>Trastorno adaptativo en el puerperio (N =8).</i>	<i>P</i>	<i>N</i>	<i>OR (IC 95%)</i>
<i>Pesadillas frecuentes</i>	0,03	2 (25%)	7,1 (1 – 52)
<i>Ocasionales</i>		4 (50%)	2,8 N.S
<i>Problemas familiares</i>	0,012	3 (37,5%)	2,2 N.S
<i>Compartir vivienda con otras familias</i>	0,001	3 (37,5%)	1,4 N.S
<i>Trabajo temporal</i>	0,013	3 (37,5%)	1,5 N.S
<i>Desempleo</i>		2 (25%)	1,4 N.S
<i>Vivienda de los padres</i>	< 0,001	3 (37,5%)	5,5 (1,5 – 20)
<i>Consumo de cocaína en el pasado</i>	0,018	2 (25%)	16,7 (1,6 – 56)
<i>Fumadora durante la gestación actual</i>	0,002	2 (25%)	1,7 N.S

En la **Tabla 70** expresamos las **características del lactante**. La lactancia artificial (10,6%) y el llanto excesivo (6,7%) e importante del lactante (3,4%) son variables relacionadas en cierta medida con el diagnóstico de trastorno adaptativo.

Tabla 70. Características del lactante que incrementan el riesgo de trastorno adaptativo en el puerperio (N =8)	<i>P</i>	<i>N (%)</i>	<i>OR (IC 95%)</i>
<i>Lactancia artificial</i>	<i>< 0,001</i>	<i>5 (62,5%)</i>	<i>2 (0,7 – 5,3)</i>
<i>Llanto excesivo del lactante</i>	<i>0,005</i>	<i>1 (12,5%)</i>	<i>4,8 N.S</i>
<i>Llanto importante</i>		<i>2 (25%)</i>	<i>2,4 N.S</i>
<i>Neonato: hembra</i>	<i>< 0,001</i>	<i>5 (62,5%)</i>	<i>1,8 N.S</i>

En la **Tabla 71** reflejamos los resultados de los CSG Goldberg durante el embarazo y el puerperio, Cuestionario de Calidad de Vida, Cuestionario de Estrés y Escala de Alexitimia durante la gestación y EPDS durante el posparto, comparando dichos resultados entre las mujeres con resultado inferior a diez en el EPDS (normal), las diagnosticadas de depresión y trastorno adaptativo.

Observamos como los resultados de las puntuaciones del CSG Goldberg realizado durante la gestación, son superiores en las mujeres diagnosticadas de depresión frente a las mujeres con trastorno adaptativo, invirtiéndose dichos resultados (con excepción del apartado síntomas de depresión) durante el puerperio. Los apartados del Cuestionario Calidad de Vida puntuaron más en las mujeres con trastorno adaptativo que en las diagnosticadas de depresión. La Escala de Alexitimia y el EPDS presentaron resultados superiores en las mujeres que se diagnosticó de depresión, mientras que los resultados en el Cuestionario de Estrés fue similar en ambos grupos con ligero predominio de las mujeres con trastorno adaptativo.

Tabla 71. <i>diagnóstico en el puerperio.</i>	<i>Descriptiva psiquiátrica</i>	<i>Intervalo de confianza para la media al 95%</i>							
		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>	<i>Error típico</i>	<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<u>Goldberg en embarazo</u>	EPDS normal	196	5,65	4,549	,325	5,01	6,29	0	23
	depresion	20	8,95	5,246	1,173	6,49	11,41	1	17
	trastorno adaptativo	8	6,38	4,926	1,742	2,26	10,49	1	14
	Total	224	5,97	4,700	,314	5,35	6,59	0	23
Síntomas Somáticos	EPDS normal	196	2,27	2,005	,143	1,98	2,55	0	7
	depresion	20	3,40	1,930	,432	2,50	4,30	0	6
	trastorno adaptativo	8	2,00	1,512	,535	,74	3,26	0	4
	Total	224	2,36	2,004	,134	2,09	2,62	0	7
Síntomas Ansiedad	EPDS normal	196	1,96	1,904	,136	1,70	2,23	0	7
	depresion	20	3,30	2,515	,562	2,12	4,48	0	7
	trastorno adaptativo	8	2,75	2,121	,750	,98	4,52	0	6
	Total	224	2,11	2,002	,134	1,85	2,38	0	7
Disfunción Social	EPDS normal	196	1,27	1,322	,094	1,08	1,46	0	7
	depresion	20	2,10	1,917	,429	1,20	3,00	0	7
	trastorno adaptativo	8	1,00	1,069	,378	,11	1,89	0	3
	Total	224	1,33	1,392	,093	1,15	1,52	0	7
Síntomas Depresión	EPDS normal	196	,17	,614	,044	,08	,25	0	5
	depresion	20	,15	,489	,109	-,08	,38	0	2
	trastorno adaptativo	8	,63	1,408	,498	-,55	1,80	0	4
	Total	224	,18	,648	,043	,10	,27	0	5
Calidad de vida: Apoyo Social	EPDS normal	196	56,33	8,334	,595	55,15	57,50	21	70
	depresion	20	48,15	11,212	2,507	42,90	53,40	30	64
	trastorno adaptativo	8	53,75	8,763	3,098	46,42	61,08	41	65
	Total	224	55,50	8,911	,595	54,33	56,68	21	70
Satisfacción General	EPDS normal	196	49,55	7,967	,569	48,43	50,67	20	65
	depresion	20	43,20	9,977	2,231	38,53	47,87	26	63
	trastorno adaptativo	8	46,88	8,114	2,869	40,09	53,66	32	57
	Total	224	48,89	8,336	,557	47,79	49,99	20	65

Tabla 71.	<i>Descriptiva</i>					IC 95%	IC 95 %		
<i>diagnóstico</i>	<i>psiquiátrico</i>	N	Media	Desviación	Error	Límite	Límite		Máx
<i>en el puerperio.</i>				típica	típico	inferior	superior	Mínimo	imo
	EPDS normal	196	27,28	5,671	,405	6,48	28,07	10	62
Bienestar Físico	depression	20	23,35	4,705	1,052	21,15	25,55	13	31
Psíquico	trastorno	8	24,00	7,690	2,719	17,57	30,43	10	34
	adaptativo								
	Total	224	26,81	5,780	,386	26,05	27,57	10	62
Ausencia	EPDS normal	196	25,39	6,805	,486	24,43	26,35	4	60
Sobrecarga Laboral	depression	20	22,50	3,846	,860	20,70	24,30	17	29
	trastorno	8	28,75	4,200	1,485	25,24	32,26	22	35
	adaptativo								
	Total	224	25,25	6,591	,440	24,39	26,12	4	60
Escala Alexitimia	EPDS normal	195	42,85	13,147	,941	40,99	44,71	18	101
	depression	19	48,95	15,711	3,604	41,37	56,52	20	72
	trastorno	8	40,50	13,406	4,740	29,29	51,71	24	63
	adaptativo								
	Total	222	43,29	13,443	,902	41,51	45,07	18	101
Cuestionario Estrés	EPDS normal	194	,2392	,14500	,01041	,2186	,2597	,01	,85
	depression	20	,3520	,15777	,03528	,2782	,4258	,06	,60
	trastorno	8	,3550	,17517	,06193	,2086	,5014	,01	,52
	adaptativo								
	Total	222	,2535	,15134	,01016	,2335	,2735	,01	,85
EPDS	EPDS normal	196	4,42	3,658	,261	3,91	4,94	0	40
	depression	19	15,00	5,249	1,204	12,47	17,53	10	24
	trastorno	8	12,88	3,227	1,141	10,18	15,57	7	17
	adaptativo								
	Total	223	5,63	5,001	,335	4,97	6,29	0	40
Goldberg en puerperio	EPDS normal	195	2,66	2,522	,181	2,30	3,01	0	11
	depression	19	10,37	5,315	1,219	7,81	12,93	0	22
	trastorno	8	12,88	4,970	1,757	8,72	17,03	6	21
	adaptativo								
	Total	222	3,68	4,062	,273	3,15	4,22	0	22
Síntomas Somáticos	EPDS normal	195	,99	1,284	,092	,81	1,17	0	7
	depression	19	2,68	1,916	,440	1,76	3,61	0	7
	trastorno	8	2,88	1,553	,549	1,58	4,17	0	5
	adaptativo								
	Total	222	1,20	1,467	,098	1,01	1,40	0	7
Síntomas Ansiedad	EPDS normal	195	,68	1,198	,086	,51	,85	0	5
	depression	19	3,79	1,988	,456	2,83	4,75	0	7
	trastorno	8	5,25	2,605	,921	3,07	7,43	1	8
	adaptativo								
	Total	222	1,11	1,788	,120	,88	1,35	0	8

Tabla 71. <i>diagnóstico en el puerperio.</i>	<i>Descriptiva psiquiátrica</i>	N	Media	Desviación típica	Error típico	IC 95%	IC 95 %	Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Disfunción Social	EPDS normal	195	,89	,967	,069	,75	1,02	0	4
	depresion	19	2,74	1,939	,445	1,80	3,67	0	7
	trastorno adaptativo	8	3,13	1,959	,693	1,49	4,76	1	7
	Total	222	1,13	1,291	,087	,96	1,30	0	7
Síntomas Depresión	EPDS normal	195	,08	,267	,019	,04	,11	0	1
	depresion	19	1,16	1,500	,344	,43	1,88	0	5
	trastorno adaptativo	8	1,63	,744	,263	1,00	2,25	1	3
	Total	222	,23	,655	,044	,14	,31	0	5

En la **Tabla 72** observamos como todos los cuestionarios-escalas realizados durante el embarazo o el puerperio, con excepción de la escala de Alexitimia TAS-20, se relacionan significativamente con el riesgo incrementado de presentar trastorno del estado de ánimo durante el puerperio.

Tabla 72. Estadística analítica de los Cuestionarios y Escalas realizados durante el embarazo y puerperio.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
<u>Goldberg en la gestación</u>	Inter-grupos	198,606	2	99,303	4,642	,011
	Intra-grupos	4727,233	221	21,390		
	Total	4925,839	223			
Síntomas Somáticos	Inter-grupos	24,424	2	12,212	3,099	,047
	Intra-grupos	871,004	221	3,941		
	Total	895,429	223			
Síntomas Ansiedad	Inter-grupos	35,760	2	17,880	4,603	,011
	Intra-grupos	858,450	221	3,884		
	Total	894,210	223			
Disfunción Social	Inter-grupos	13,420	2	6,710	3,544	,031
	Intra-grupos	418,468	221	1,894		
	Total	431,888	223			
Síntomas Depresión	Inter-grupos	1,627	2	,813	1,957	,144
	Intra-grupos	91,869	221	,416		
	Total	93,496	223			
<u>Cuestionario Calidad de Vida</u> Apoyo Social	Inter-grupos	1238,843	2	619,422	8,312	,000
	Intra-grupos	16469,152	221	74,521		
	Total	17707,996	223			
Satisfacción General	Inter-grupos	765,645	2	382,823	5,743	,004
	Intra-grupos	14730,565	221	66,654		
	Total	15496,210	223			
Bienestar Físico Psíquico	Inter-grupos	345,073	2	172,537	5,366	,005
	Intra-grupos	7105,672	221	32,152		
	Total	7450,746	223			
Ausencia Sobrecarga Laboral	Inter-grupos	253,246	2	126,623	2,966	,054
	Intra-grupos	9435,250	221	42,693		
	Total	9688,496	223			
<u>Alexitimia</u>	Inter-grupos	707,915	2	353,958	1,976	,141
	Intra-grupos	39231,635	219	179,140		

	Total	39939,550	221			
<u>TestEstrés</u>	Inter-grupos	,316	2	,158	7,298	,001
	Intra-grupos	4,746	219	,022		
	Total	5,062	221			
<u>EPDS</u>	Inter-grupos	2373,381	2	1186,690	82,131	,000
	Intra-grupos	3178,727	220	14,449		
	Total	5552,108	222			
<u>Goldberg en el puerperio</u>	Inter-grupos	1730,652	2	865,326	98,945	,000
	Intra-grupos	1915,276	219	8,746		
	Total	3645,928	221			
Síntomas Somáticos	Inter-grupos	72,919	2	36,459	19,815	,000
	Intra-grupos	402,960	219	1,840		
	Total	475,878	221			
Síntomas de Ansiedad	Inter-grupos	309,240	2	154,620	85,306	,000
	Intra-grupos	396,945	219	1,813		
	Total	706,185	221			
Disfunción Social	Inter-grupos	92,391	2	46,196	36,645	,000
	Intra-grupos	276,077	219	1,261		
	Total	368,468	221			
Síntomas de Depresión	Inter-grupos	36,491	2	18,246	68,600	,000
	Intra-grupos	58,247	219	,266		
	Total	94,739	221			

En la **Tabla 73** representamos las comparaciones múltiples entre CSG Goldberg, Cuestionario de Calidad de Vida, de Estrés, Escala de Alexitimia y los resultados al realizar EPDS (normal, diagnóstico de depresión o ansiedad). Observamos que existe significación estadística cuando los resultados eran normales o diagnósticos de depresión, no sucediendo lo mismo en los trastornos adaptativos, con excepci

Tabla 73. Comparaciones múltiples entre CSG Golberg, Cuestionario Calidad de Vida, Escala

Alexitimia, Cuestionario Estrés y EPDS.

Variable dependiente	(I) Diagnostico Psiquiatra	(J) Diagnostico Psiquiatra	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
<u>Goldberg en el embarazo</u>	EPDS normal	depresion	-3,297*	1,086	,008	-5,92	-,68
		trastorno adaptativo	-,722	1,668	1,000	-4,75	3,30
	depresion	EPDS normal	3,297*	1,086	,008	,68	5,92
		trastorno adaptativo	2,575	1,935	,554	-2,09	7,24
	trastorno adaptativo	EPDS normal	,722	1,668	1,000	-3,30	4,75
		depresion	-2,575	1,935	,554	-7,24	2,09
Síntomas Somáticos	EPDS normal	depresion	-1,135*	,466	,047	-2,26	-,01
		trastorno adaptativo	,265	,716	1,000	-1,46	1,99
	depresion	EPDS normal	1,135*	,466	,047	,01	2,26
		trastorno adaptativo	1,400	,830	,280	-,60	3,40
	trastorno adaptativo	EPDS normal	-,265	,716	1,000	-1,99	1,46
		depresion	-1,400	,830	,280	-3,40	,60
Síntomas Ansiedad	EPDS normal	depresion	-1,336*	,463	,013	-2,45	-,22
		trastorno adaptativo	-,786	,711	,811	-2,50	,93
	depresion	EPDS normal	1,336*	,463	,013	,22	2,45
		trastorno adaptativo	,550	,824	1,000	-1,44	2,54
	trastorno adaptativo	EPDS normal	,786	,711	,811	-,93	2,50
		depresion	-,550	,824	1,000	-2,54	1,44
Disfunción Social	EPDS normal	depresion	-,830*	,323	,033	-1,61	-,05
		trastorno adaptativo	,270	,496	1,000	-,93	1,47
	depresion	EPDS normal	,830*	,323	,033	,05	1,61

		trastorno adaptativo	1,100	,576	,172	-,29	2,49
	trastorno adaptativo	EPDS normal	-,270	,496	1,000	-1,47	,93
	trastorno adaptativo	depresion	-1,100	,576	,172	-2,49	,29
Síntomas Depresión	EPDS normal	depresion	,018	,151	1,000	-,35	,38
		trastorno adaptativo	-,457	,233	,153	-1,02	,10
	depresion	EPDS normal	-,018	,151	1,000	-,38	,35
		trastorno adaptativo	-,475	,270	,239	-1,13	,18
	trastorno adaptativo	EPDS normal	,457	,233	,153	-,10	1,02
		trastorno adaptativo	depresion	,475	,270	,239	-,18
Cuestionario Calidad de Vida Apoyo Social	EPDS normal	depresion	8,177*	2,026	,000	3,29	13,06
		trastorno adaptativo	2,577	3,114	1,000	-4,93	10,09
	depresion	EPDS normal	-8,177*	2,026	,000	-13,06	-3,29
		trastorno adaptativo	-5,600	3,611	,367	-14,31	3,11
	trastorno adaptativo	EPDS normal	-2,577	3,114	1,000	-10,09	4,93
		trastorno adaptativo	depresion	5,600	3,611	,367	-3,11
Satisfacción General	EPDS normal	depresion	6,351*	1,916	,003	1,73	10,97
		trastorno adaptativo	2,676	2,945	1,000	-4,43	9,78
	depresion	EPDS normal	-6,351*	1,916	,003	-10,97	-1,73
		trastorno adaptativo	-3,675	3,415	,849	-11,91	4,56
	trastorno adaptativo	EPDS normal	-2,676	2,945	1,000	-9,78	4,43
		trastorno adaptativo	depresion	3,675	3,415	,849	-4,56
Bienestar Físico Psíquico	EPDS normal	depresion	3,926*	1,331	,011	,71	7,14
		trastorno adaptativo	3,276	2,045	,332	-1,66	8,21
	depresion	EPDS normal	-3,926*	1,331	,011	-7,14	-,71
		trastorno adaptativo	-,650	2,372	1,000	-6,37	5,07
	trastorno adaptativo	EPDS normal	-3,276	2,045	,332	-8,21	1,66
		trastorno adaptativo	depresion	,650	2,372	1,000	-5,07

Ausencia Sobrecarga Laboral	EPDS normal	depresion	2,893	1,534	,182	-,81	6,59
		trastorno adaptativo	-3,357	2,357	,467	-9,04	2,33
		depresion	-2,893	1,534	,182	-6,59	,81
	depresion	EPDS normal	-6,250	2,733	,070	-12,84	,34
		trastorno adaptativo	3,357	2,357	,467	-2,33	9,04
		trastorno adaptativo	6,250	2,733	,070	-,34	12,84
<u>Escala Alexitimia</u>	EPDS normal	depresion	-6,096	3,217	,178	-13,86	1,66
		trastorno adaptativo	2,351	4,828	1,000	-9,30	14,00
		depresion	6,096	3,217	,178	-1,66	13,86
	depresion	EPDS normal	8,447	5,641	,407	-5,16	22,06
		trastorno adaptativo	-2,351	4,828	1,000	-14,00	9,30
		trastorno adaptativo	-8,447	5,641	,407	-22,06	5,16
<u>Cuestionario Estrés</u>	EPDS normal	depresion	-,11282*	,03457	,004	-,1962	-,0294
		trastorno adaptativo	-,11582	,05311	,091	-,2439	,0123
		depresion	,11282*	,03457	,004	,0294	,1962
	depresion	EPDS normal	-,00300	,06158	1,000	-,1516	,1456
		trastorno adaptativo	,11582	,05311	,091	-,0123	,2439
		trastorno adaptativo	,00300	,06158	1,000	-,1456	,1516
<u>EPDS</u>	EPDS normal	depresion	-10,577*	,913	,000	-12,78	-8,37
		trastorno adaptativo	-8,452*	1,371	,000	-11,76	-5,14
		depresion	10,577*	,913	,000	8,37	12,78
	depresion	EPDS normal	2,125	1,602	,558	-1,74	5,99
		trastorno adaptativo	8,452*	1,371	,000	5,14	11,76
		trastorno adaptativo	-2,125	1,602	,558	-5,99	1,74
<u>Goldberg en el puerperio</u>	EPDS normal	depresion	-7,712*	,711	,000	-9,43	-6,00
		trastorno adaptativo	-10,219*	1,067	,000	-12,79	-7,64
	depresion	EPDS normal	7,712*	,711	,000	6,00	9,43

		trastorno adaptativo	-2,507	1,246	,137	-5,51	,50
	trastorno adaptativo	EPDS normal	10,219	1,067	,000	7,64	12,79
		depresion	2,507	1,246	,137	-,50	5,51
Síntomas Somáticos	EPDS normal	depresion	-1,694	,326	,000	-2,48	-,91
		trastorno adaptativo	-1,885	,489	,000	-3,07	-,70
	depresion	EPDS normal	1,694	,326	,000	,91	2,48
		trastorno adaptativo	-,191	,572	1,000	-1,57	1,19
	trastorno adaptativo	EPDS normal	1,885	,489	,000	,70	3,07
		depresion	,191	,572	1,000	-1,19	1,57
Síntomas Ansiedad	EPDS normal	depresion	-3,107	,324	,000	-3,89	-2,33
		trastorno adaptativo	-4,568	,486	,000	-5,74	-3,40
	depresion	EPDS normal	3,107	,324	,000	2,33	3,89
		trastorno adaptativo	-1,461	,567	,032	-2,83	-,09
	trastorno adaptativo	EPDS normal	4,568	,486	,000	3,40	5,74
		depresion	1,461	,567	,032	,09	2,83
Disfunción Social	EPDS normal	depresion	-1,850	,270	,000	-2,50	-1,20
		trastorno adaptativo	-2,238	,405	,000	-3,21	-1,26
	depresion	EPDS normal	1,850	,270	,000	1,20	2,50
		trastorno adaptativo	-,388	,473	1,000	-1,53	,75
	trastorno adaptativo	EPDS normal	2,238	,405	,000	1,26	3,21
		depresion	,388	,473	1,000	-,75	1,53
Síntomas Depresión	EPDS normal	depresion	-1,081	,124	,000	-1,38	-,78
		trastorno adaptativo	-1,548	,186	,000	-2,00	-1,10
	depresion	EPDS normal	1,081	,124	,000	,78	1,38
		trastorno adaptativo	-,467	,217	,098	-,99	,06
	trastorno adaptativo	EPDS normal	1,548	,186	,000	1,10	2,00
		depresion	,467	,217	,098	-,06	,99

6. DISCUSIÓN

En este apartado procedemos a la discusión de los resultados por nosotros obtenidos comparándolos con los distintos trabajos publicados en la literatura. Para ello procedemos a dividir esta sección en cuatro partes: en la primera, hablaremos de la prevalencia de la depresión durante el puerperio. A continuación presentaremos las características maternas y del curso del embarazo, parto y puerperio. Seguiremos con los factores psicosociales predisponentes centrándonos en los más estresantes especialmente los vivenciados por la población inmigrante y por último, trataremos el diagnóstico precoz gracias a la aplicación del EPDS y al CSG de Goldberg 28 así como las medidas preventivas de la enfermedad.

6.1 DISCUSIÓN. PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS MATERNAS, CURSO DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

6.1.1 PREVALENCIA

La depresión mayor es el trastorno mental más frecuente, el cual sigue además una tendencia ascendente en el siglo XX ⁶⁷. El posparto constituye un período de mayor vulnerabilidad, en el que el riesgo de padecer este trastorno es el doble que en cualquier otra etapa ⁶⁶. Los trastornos del humor son los más frecuentes a las seis semanas del parto, siendo la depresión sin psicosis la que afecta alrededor del 13% (10-20%) de las mujeres tras el parto, seguidos por los trastornos adaptativos con un 4,4% ⁷². Usando el EPDS se encontró 14,5% con score alto y 8,4% con una depresión clínica ^{99, 135}. Conocida la depresión puerperal desde la antigüedad y a pesar de su elevada prevalencia, no ha sido hasta 1994, año en que la clasificación DSM – IV (American Psychiatric Association, 1994) incluyó el especificador diagnóstico de “inicio en el posparto” para el trastorno depresivo mayor que se inicia en el puerperio. Este especificador lo emplea sólo si comienza dentro de las cuatro semanas después del parto como desencadenante específico. No obstante, la duración del periodo posparto es considerado de forma inconsistente desde cuatro semanas a un año después del parto, lo que contribuye a la gran variabilidad de los resultados, más allá de que exista un ligero aumento de la prevalencia de depresión durante las primeras semanas posparto.

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo de moderado a grave comparable a un episodio depresivo mayor en el DSM – IV – TR. Aunque la depresión puerperal no es una entidad específica en el sentido de que no tiene una etiología específica, puede ser útil seguir utilizando este término diagnóstico ²⁰¹. El desarrollo de la depresión posparto es a menudo insidioso y difícil de diagnosticar porque se confunde con los síntomas normales del puerperio, aunque puede interferir con el desarrollo del rol materno y el establecimiento de un vínculo materno-filial sano, con numerosas complicaciones cognitivas y conductuales en los niños durante muchos años. Así, es evidente que la depresión durante el posparto necesita de nuestra especial atención por la gravedad de las consecuencias que se pueden derivar no sólo para la madre sino también para el hijo y toda la familia ^{55, 67, 80, 94, 95, 202}.

En nuestro estudio (Tabla 19) obtenemos una prevalencia ligeramente inferior a la referida por los diferentes estudios, con un diagnóstico de depresión del 7,8% (20 / 257) y de trastorno adaptativo del 3,1% (8 / 257). Como interpretación a esta ligera disminución en la prevalencia podríamos pensar que el 7,4% (19 / 257) de las mujeres evaluadas como no caso después de la realización de la entrevista clínica, pudiera suponer un discreto infradiagnóstico dadas las características de la evaluación diagnóstica llevada a cabo en el estudio. Del mismo modo, no fue posible localizar al 26% (78 / 298) de las mujeres para realizarle el EPDS y de las que tuvieron puntuación superior a diez no se pudo contactar con el 3,9% (10 / 257) para realizarles la Entrevista Clínica Psiquiátrica, cuestión que también puede haber influido en los resultados de la prevalencia.

Nuestro estudio no ha encontrado diferencias entre las mujeres que viven en medio urbano o rural en cuanto la necesidad de precisar ayuda psiquiátrica ya sea durante la gestación o el puerperio. Esto se refleja por los resultados dispares que encontramos en la bibliografía, unos autores demuestran que las mujeres con síntomas de depresión posparto son más frecuentes en la población urbana, mientras otros autores interpretan que no puede decirse a priori que un medio rural es más sano o menos que un medio urbano, ya que existe una gran variedad de medios rurales y enormes diferencias dentro de las áreas y distritos en los que puede dividirse cada ciudad ⁴³.

6.1.2 CARACTERÍSTICAS MATERNAS

6.1.2.1 EDAD MATERNA

Según la literatura la prevalencia de depresión puerperal asciende hasta un 26% si se refiere a mujeres adolescentes ^{47, 137, 150}. Crespo Hervás destaca como factor de riesgo las edades extremas de la vida (adolescentes o mujeres mayores) ⁸⁴. En nuestro estudio no encontramos diferencias en la edad media de las gestantes según si padecían o no trastornos del ánimo (Tablas 37 y 38). Además, hemos evidenciado que las mujeres más jóvenes (menos de 21 años) presentan puntuaciones superiores a 10 en el EPDS con una frecuencia superior, por lo que precisan consulta médica pero sin llegar a alcanzar la significación estadística (26,3% 5 / 19 vs 18,9% 52 / 238). Entre las mujeres con edad inferior a los 21 años no se ha encontrado ningún caso diagnóstico de depresión y en el 6,6 % (1 / 15) se realizó el diagnóstico de trastorno adaptativo.

6.1.2.2 PARIDAD. INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DE LA GESTACIÓN, ABORTOS ESPONTÁNEOS Y MUERTES FETALES INTRAÚTERO.

En la literatura encontramos estudios que documentan el riesgo incrementado en mujeres primigestas de desarrollar trastorno depresivo en los primeros tres meses del puerperio ^{203, 204}. De la misma manera, en nuestro estudio encontramos (Tabla 45) que el 40% (N = 8) de las mujeres diagnosticadas de depresión no habían parido con anterioridad, el 25% (N =5) tenían un hijo, el 30% (N = 69) dos y el 5% (N =1) tres y entre las mujeres diagnosticadas de trastorno adaptativo (Tabla 48) el 62,5% (N = 5) parieron por primera vez y el 37,5 % (N = 3) tenían un hijo, aunque las diferencias no alcanzan la significación estadística. Igualmente entre las mujeres que puntuaron superior a diez en el EPDS y fueron identificadas como no caso al realizarles la Entrevista Clínica Psiquiátrica, mantienen una relación similar a las diagnosticadas como trastorno adaptativo con un 63,1% (N =12) en las que éste era su primer parto y el 36,8% (N =7) que tenían entre uno y tres hijos más.

En la revisión de la literatura encontramos que la depresión es más frecuente después de abortos espontáneos que de interrupciones de la gestación por patología fetal, mientras que las interrupciones voluntarias de la gestación sin patología fetal son

factores de riesgo para los trastornos depresivos en el embarazo ^{10, 60, 61}.

En nuestro estudio y siguiendo los resultados de la bibliografía, el riesgo de padecer trastorno del estado de ánimo durante el puerperio es superior entre las mujeres con abortos espontáneos que entre aquellas que decidieron interrumpir la gestación por patología física. Nosotros no hemos encontrado ningún caso de puntuación superior a diez en el EPDS y por tanto ningún caso de depresión ni trastorno adaptativo entre las mujeres que interrumpieron voluntariamente la gestación por alguna patología física, sin embargo el 30% (N = 6) de las mujeres con algún aborto espontáneo fueron diagnosticadas de depresión, el 25% (N = 2) de trastorno adaptativo y el 5,26% (N =4) puntuaron superior a diez en el EPDS y se las identificó como no caso, aunque estos resultados no han sido significativos.

Cuando la interrupción voluntaria de la gestación fue sin patología fetal favoreció la necesidad de apoyo psiquiátrico durante el embarazo (OR 4 IC 95 % 1,2 – 12,8) y aumentó el riesgo de presentar puntuación en EPDS superior a diez (OR 3,5 IC 95 % 1,4 – 8,4).

Según la literatura las mujeres con historia de muerte fetal intrauterina incrementan el riesgo de depresión puerperal ^{59, 60, 70}.

Las mujeres que presentaron muerte fetal intrauterina en gestación única 0,7% (N =2) se las derivó directamente al centro de salud mental de su área para seguimiento psicológico sin realizarle el EPDS, puesto que el duelo es criterio de exclusión de diagnóstico de depresión en el DSM – IV aunque está pendiente de ser incluido en el DSM-V.

6.1.2.3 HÁBITOS TÓXICOS

Según la revisión de la literatura el tabaquismo se relaciona significativamente con algún trastorno del estado de ánimo (Chilsolm MS y cols, 2009) ²⁰⁵. En la práctica clínica, entre las complicaciones psiquiátricas encontradas en las consumidoras de cocaína tenemos la depresión mayor ^{199, 206}, aunque las mujeres más a menudo que los hombres tienen un trastorno mental primario (como la depresión) que precede el comienzo del trastorno por uso de sustancias (Lowenstein W y cols) ²⁰⁷. El estudio de

Kashiwagi M. y cols reafirma la presunción de una situación psicológica desventajosa en la embarazada adicta a opioides en comparación con mujeres sanas ²⁰⁸.

Nuestros resultados (Tabla 30) en relación con la bibliografía, indican que el fumar antes de la gestación incrementa el riesgo de presentar una puntuación superior a diez en el Test EPDS aunque sin ser significativo el intervalo de confianza (OR 1,2), al igual que el fumar durante la gestación predispone al diagnóstico de trastorno adaptativo durante el puerperio (OR 1,7).

Las mujeres que reconocieron consumo de cocaína en el pasado, padecieron en su totalidad depresión con anterioridad a la gestación (N = 4, p = 0,006). El consumo de cocaína antes de la gestación incrementa el riesgo de estas mujeres de puntuar por encima de diez en la Escala EPDS aunque sin alcanzar significación estadística (OR 3,8) y de ser diagnosticadas de trastorno adaptativo (Tabla 46) durante el posparto (OR 16,7 IC 95 % 1,6 - 56).

En nuestro estudio no se ha encontrado significación estadística entre el consumo de opioides o alcohol y el incremento de riesgo de presentar algún trastorno del estado de ánimo durante el puerperio, este hecho puede deberse a la falsedad de los datos aportados por las mujeres ya que estos temas siguen siendo tabú en nuestra sociedad.

6.1.2.4 CUIDADOS PREGESTACIONALES

Los datos bibliográficos apoyan que la dieta pobre en ácido fólico y el no realizar consulta médica pregestacional, favorece la aparición de depresión posparto ¹⁴⁹. Siguiendo esta tendencia, en nuestro estudio concluimos que el no haber consumido ácido fólico los meses previos a la gestación (Tabla 31) incrementa el riesgo de puntuar por encima de diez en el EPDS (OR 2,3 IC 95 % 1,2– 4,4) y de ser diagnosticada de depresión durante el puerperio (Tabla 42) sin alcanzar significación estadística (OR 1,2) si bien este hecho se puede haber visto afectado por la existencia de factores de confusión, como el mal control del embarazo o un estrato socioeconómico más desfavorable que, de por sí, se relacionan con la no ingesta preconcepcional de ácido fólico. En las mujeres que no realizan la consulta médica pregestacional (Tabla 32) se incrementa el riesgo de puntuar por encima de diez en el EPDS (15,3% vs 23,2%) OR 2,6 (1,3-5,2).

6.1.3 FACTORES RELACIONADOS CON EL CURSO DEL EMBARAZO

La bibliografía habla del riesgo incrementado de depresión puerperal en mujeres con hipertensión gestacional ²⁰⁹.

En nuestro estudio (Tabla 25) hemos encontrado, que tener alguna enfermedad crónica desde antes de la gestación (OR 2,7 IC 95 % 1 – 7,4) así como sufrir amenaza de parto pretérmino (OR 1,1 IC 95 % 1 – 1,2) incrementa el riesgo de precisar ayuda psiquiátrica durante la gestación pero no durante el posparto. También se observa incremento de este riesgo en el caso de mujeres con hipertensión o preeclampsia ²¹⁰ (OR 2,1) y en menor medida pielonefritis (OR 1,9) pero sin alcanzar significación estadística. El elevado número de mujeres con patología durante el embarazo encontrado en este estudio, es atribuible a que la muestra se distribuyó de manera equilibrada entre mujeres captadas en el Centro de Especialidades y el Hospital. Las mujeres procedente del Centro de Especialidades son, generalmente sanas mientras que las captadas en el Hospital suelen padecer alguna enfermedad.

6.1.4 FACTORES RELACIONADOS CON EL PARTO

La mayor incidencia de inicio de depresiones se encuentra en las cinco primeras semanas después del parto. Se abogan como posibles explicaciones, el estrés que supone el parto y las consecuencias psicosociales, lo cual sin duda es cierto y de una relevancia importante, pero también es cierto que las mujeres púerperas pasan por una etapa de hipotiroidismo funcional durante las 3-4 primeras semanas después del parto, lo cual podría contribuir a la presentación de un timismo de tipo depresivo que sumado a los factores psicosociales, inducirán al diagnóstico de trastorno depresivo, aunque sería de corta evolución y reversible en la medida en que se normalizan las funciones tiroideas ^{107, 109, 110}.

Al igual que en la literatura, no hemos encontrado que el parto prematuro incremente el riesgo de depresión puerperal ^{3, 118}. El temor grave al parto complica el 6% a 10% de las gestaciones y se manifiesta como pesadillas, molestias físicas y las dificultades para concentrarse en el trabajo o en actividades familiares. En ocasiones, el

miedo del parto conduce a la solicitud de una cesárea electiva ²¹¹. Éste miedo no es un problema aislado, sino asociado a las características personales de la mujer, sobre todo a la presencia de ansiedad general. La mayoría de las mujeres embarazadas admiten estar nerviosas o ansiosas acerca de lo desconocido, sobre su experiencia de parto inminente, preocupada porque las cosas salgan mal ⁸¹, la presencia de náuseas y vómitos se relaciona con ansiedad, falta de comunicación con la pareja, no aceptación del embarazo, escasa información referida al embarazo y cuidado del hijo, insomnio, depresión y disfunción social ²¹². Para estas mujeres el parto será un evento estresante. Aunque el parto por sí sólo es una situación muy estresante, las mujeres con elevado miedo al parto tenían más estresores diarios, ansiedad ¹⁸⁷, fatiga y recibían menos ayuda sobre todo por sus parejas ^{66, 70, 213, 214, 215}.

La privación del sueño, relacionada con un parto nocturno y prolongado, puede ser un factor precipitante para los trastornos del estado de ánimo, incluyendo psicosis puerperal en mujeres biológicamente vulnerables ⁸⁰. A este respecto Wilkie y Shapiro ²¹⁶ han estudiado las posibles implicaciones de las alteraciones del sueño en los días antes del parto, el mismo día del parto y los inmediatamente siguientes. Existe una correlación significativa entre alteraciones del sueño los días antes del parto, así como que el parto se produzca en horas nocturnas y la aparición de tristeza postnatal. Del mismo modo, existe una pequeña evidencia en que las alteraciones del sueño los días posteriores del parto, se asocian a la aparición de tristeza postnatal. Así pues, se debería cuidar el sueño los días antes del parto, procurar que el parto fuera durante el día, o al menos evitar inducir el parto por las noches y aunque la evidencia es escasa, por precaución y gentileza, intentar que las madres duerman al menos 6 horas, los días inmediatamente siguientes al parto ^{27, 165, 213}.

En nuestros resultados entre un 30% y un 40% de las mujeres embarazadas presentaron sueños de angustia relacionados con la gestación, pesadillas en general frecuentes u ocasionales según hemos representado en la Tabla 9.

En la Tabla 15 observamos como en el CSG Goldberg 28 realizado al inicio del estudio, las puntuaciones más elevadas se concentraron en los apartados correspondientes a las molestias físicas (mediana 2) y de ansiedad (mediana 2), estos hallazgos no los hemos observado en el CSG Goldberg 28 realizado durante el

puerperio en ninguno de estos ítems. Esto coincide con los resultados encontrados en la literatura anteriormente expuestos, donde las mujeres embarazadas admitían encontrarse más ansiosas, nerviosas y preocupadas ante lo desconocido y la posibilidad de que las cosas salieran mal⁸⁷.

En nuestro estudio, (Tabla 33) podemos interpretar, según la literatura, que el temor grave al parto ha podido favorecer en las mujeres con un parto eutócico (OR 5,3 IC 95% 3,3 – 22,4), doloroso (OR 1,3 IC 95% 1 –1,4), nocturno (OR 3 IC 95% 1,8 -4,9), largo (OR 1,2 N.S), y con morbilidad (OR 1,7 N.S) / mortalidad neonatal (OR 3,6 N.S), el puntuar por encima de diez en el EPDS así como predisponerlas al diagnóstico de depresión durante el puerperio cuando tienen un parto nocturno (OR 4,1 IC 95% 1,4– 11,7), doloroso (OR 1,6 N.S), eutócico (OR 1,3 N.S) y con morbilidad neonatal (OR 3 IC 95 % 1 – 8,6) (Tabla 44).

6.1.5 FACTORES RELACIONADOS CON EL PUERPERIO

Se observa alta prevalencia de depresión posparto en mujeres con hijos con problemas de salud, con cólicos o mal temperamento así como si presentan bajo peso. De la misma manera, la falta de sueño y fatiga materna predispone a padecer depresión puerperal^{3, 101, 141, 213, 217}. El papel de la lactancia no ha sido muy estudiado, pero en la literatura hay un artículo a propósito de una mujer con tres episodios de depresión coincidiendo con el cese de la lactancia materna, otro donde habla de la lactancia artificial como factor de riesgo⁸² y del mismo modo encontramos artículos que hablan del riesgo de depresión en mujeres insatisfechas con el tipo de lactancia que están dando a sus hijos^{147, 218}.

En nuestro estudio hemos encontrado resultados que coinciden con la literatura en cuanto:

La lactancia mixta (OR 1,9 IC 95% 1,1 – 3), el llanto importante del lactante (OR 3,06 IC 95% 1,56 – 5,87) y la lactancia artificial (OR 1,1) aunque en este último caso sin alcanzar significación (Tabla 34), incrementa el riesgo de puntuar por encima de diez en el EPDS realizado en el posparto.

La lactancia mixta (OR 2,5 IC 95 % 1,2 – 5) o artificial (OR 2,2 IC 95% 1,3 –3,6), el llanto excesivo (OR 7,7 IC 95 % 2,1 – 23,5), la ausencia de colaboración de la pareja en el cuidado del recién nacido (OR 4,9 IC 95 % 1 – 22,8) y el bajo peso del lactante (OR 1,1 IC 95 % 0,2–4,7) aunque en este último caso sin alcanzar significación (Tabla 46), predisponen al diagnóstico de depresión durante el puerperio.

La lactancia artificial está cerca de la significación estadística (OR 2 IC 95% 0,7 – 5,3) y el llanto excesivo del lactante (OR 4,8) no alcanza la significación pero ambos incrementan el riesgo de probable trastorno adaptativo en el puerperio (Tabla 50).

6.2 FACTORES PSICOSOCIALES PREDISONENTES E INMIGRACIÓN

Existe evidencia científica de que varios factores psicosociales de riesgo contribuyen tanto a la depresión antenatal como a la postnatal, aunque no expliquen toda la varianza porque también ésta depende de varios factores biológicos. Así por ejemplo, existe la evidencia de que la heredabilidad de la depresión está entre el 40-50%, y según modelos complejos de interacción genético-ambiental continua a lo largo del ciclo vital (Sanjuán 2010, Van Os 2010)^{37, 79}. Los mejores predictores de depresión puerperal son: el número de acontecimientos vitales estresantes acumulados durante el embarazo y el puerperio, la existencia de antecedentes personales psiquiátricos y el grado de neuroticismo obtenido en el EPQ de Eysenk^{210, 217}.

Dentro de las situaciones estresantes se incluye, el contar con bajos niveles de apoyo social, la falta de trabajo y de recursos económicos, factor que triplica el riesgo de depresión posparto^{16, 38, 81, 83, 84, 87, 148, 219- 222}.

Desde el modelo de vulnerabilidad y estrés^{37, 223} para la depresión, se ha constatado la interacción continua de variables psicosociales y de mecanismos biológicos, en el que confluyen cambios hormonales, disregulación tiroidea^{69, 84} y anomalías en varios neurotransmisores y neuropéptidos, con incremento de citocinas proinflamatorias como ILK- 1B, ILK – 2, ILK – 4, ILK – 6, ILK – 10 e IFN y así mismo disminución importante en el puerperio de CRF, ACTH y cortisol^{22, 29, 224}.

La presencia de síntomas de ansiedad y depresión durante el embarazo, bajo apoyo familiar, pérdida precoz paterna y crianza paternal patológica^{84, 86} son importantes factores de riesgo para padecer depresión postnatal²²².

Tanto la elevada dependencia como el autocrítico pueden ser importantes predictores de depresión. El elevado autocrítico media en mayores niveles de depresión (efecto vulnerabilidad), que a su vez conduce a mayores niveles de autocrítico (efecto cicatriz), según el estudio de Shamar y cols (2004) en una muestra de adolescentes. Por tanto el elevado autocrítico es un factor significativo de riesgo para la depresión¹⁶⁵. El elevado autocrítico predice tanto el diagnóstico de depresión posparto en una muestra poblacional (N =55) como la gravedad de los episodios de depresión mayor posterior (Vliegen y cols, 2010)³⁸. En conclusión, los clínicos deberían ser especialmente vigilantes con las madres con un elevado autocrítico^{98, 148}.

Nuestros datos parecen confirmar que tanto la necesidad de apoyo psicológico durante el embarazo por sospecha de depresión gestacional como el diagnóstico de probable trastorno del estado de ánimo durante el puerperio, dependen en gran medida de factores psicosociales y cuanto mayor es el número de factores psicosociales presentes, en especial los relacionados con episodios previos de trastornos del estado de ánimo, ya sea depresión o ansiedad y las situaciones estresantes^{37, 84} vividas por la paciente, tanto las subjetivas como las medidas por el Cuestionario de Estrés Percibido de Levenstein y cols. 1993, es más probable:

Presentar puntuaciones superiores a 6 en CSG de Goldberg durante la gestación (Tabla 23 y 27), se asocia con haber sufrido depresión en el pasado OR 6,9 IC 95% 2,3 – 21, más de cuatro eventos desagradable en el pasado OR 3,6 IC 95% 1,4 – 9,7, sensación subjetiva de estrés OR 9,7 IC 95% 2,6 – 35,8 y puntuación > 0,3 en el Cuestionario de Estrés, $p < 0,001$.

Puntuar por encima de 10 en la Escala EPDS (Tabla 31 y 35) se asocia con haber sufrido depresión en el pasado OR 4,1 IC 95% 5,5 – 6,6, este riesgo ha resultado superior si la paciente no consultó su sospecha de depresión con ningún médico OR 4,3 IC 95% 2,3 – 7,7; haber sufrido ansiedad en el pasado OR 3,7 IC 95% 2,2 – 6, más de

cuatro eventos desagradable en el pasado OR 2,2 IC 95% 1,3 – 3,7 y puntuación > 0,3 en el Cuestionario de Estrés, $p < 0,001$.

Diagnóstico de depresión (Tabla 42) se asocia con haber sufrido depresión en el pasado OR 3,9 IC 95% 1,9 – 7,8, este riesgo ha sido superior si la paciente no consultó su sospecha de depresión con ningún médico OR 4,4 IC 95%, 2,1 – 8,8; haber sufrido ansiedad en el pasado OR 4 IC 95% 2 – 8 y puntuación > 0,3 en el Cuestionario de Estrés, $p < 0,027$ Tabla 17).

Diagnóstico de trastorno adaptativo (Tabla 46) se asocia con haber sufrido depresión en el pasado OR 7,8 IC 95% 1,6 - 38,4, ansiedad en el pasado OR 8,7 IC 95% 2,2 – 30 y puntuaciones elevadas en el Cuestionario de Estrés $< 0,027$ Tabla 17).

El haber precisado tratamiento farmacológico antidepresivo en el pasado (Tablas 42 y 46), incrementa el riesgo de depresión posparto (OR 5 IC 95% 2 – 12) y de trastorno adaptativo (OR 14 IC 95% 8 – 109), puesto que estas mujeres presentaron episodios depresivos de mayor severidad o no finalizaron correctamente el tratamiento y por tanto con riesgo superior de recaída ⁴⁷. El rango tan amplio en el intervalo de confianza de probable trastorno adaptativo puede deberse al número pequeño de casos (N=3).

Del mismo modo encontramos puntuaciones superiores en el perfil de personalidad psicossomática ^{62, 98} y en la Escala de Alexitimia tanto en las mujeres que puntuaron por encima de seis en el CSG Goldberg en el periodo gestacional (Tabla 23. 11,4 IC 95% 3,4 - 35,5; (Tabla 27. Media 51,8 +- 13,2), como en las que puntuaron por encima de diez en el EPDS durante el posparto (Tabla 31. OR 7,9 IC 95% 3,5 – 17,4; (Tabla 35. Media 49,7 +- 14,1), ya sea en los casos de depresión posparto (Tabla 42. OR 5,4 IC 95% 4,1 – 6,6) como de trastorno adaptativo (Tabla 46. OR 2,9 N.S).

Los factores estresantes predisponentes a precisar ayuda psiquiátrica durante la gestación o el puerperio, se concentran tanto en haber vivenciado más de cuatro eventos desagradables en el año anterior a la entrada en el estudio como en el grado de estrés vivido durante la gestación, ambas cuestiones ya tratadas anteriormente. También se considera factor estresante el no disponer de tiempo suficiente para desarrollar alguna

actividad de ocio (Tabla 23. OR 6,7 IC 95% 2,3 – 18,9 vs depresión puerperal, Tabla 43. OR 3,8 IC 95 % 1,5 – 9,4), estos hechos se han visto reflejados tanto en los resultados superior a 0,3 en los Cuestionario de Estrés Percibido de Levenstein y cols. 1993, como en la presencia de sueños de angustia relacionados con la gestación (CSG Goldberg > 6: Tabla 23. OR 5,7 IC 95% 1 – 34 vs EPDS > 10: Tabla 32. OR 3,3 IC 95% 1,2 – 8,7 vs depresión posparto: Tabla 43. 2,1 N.S.) y pesadillas en general (CSG Goldberg > 6: Tabla 23. OR 9,5 IC 95 % 2 – 45 vs EPDS > 10: Tabla 32. OR 5,2 IC 95 % 2,3 – 10,8 vs depresión posparto: Tabla 43. OR 3 IC 95 % 1 – 11 vs trastorno adaptativo: Tabla 47. OR 7,1 IC 95 % 1 – 52).

Del mismo modo, este riesgo se encuentra incrementado en situaciones de bajo apoyo social que se refleja en la menor puntuación obtenida en el apartado de apoyo social, del Cuestionario de Calidad de vida (CSG Goldberg > 6: Tabla 27. Media 45,5 +- 13,2 vs EPDS > 10: Tabla 35. Media 50,3 +- 10,6 vs depresión posparto y trastorno adaptativo p 0,004) o el tener problemas familiares¹ (MacGregor, 1995), (CSG Goldberg > 6: Tabla 23. OR 3,4 IC 95% 1,3 – 9 vs EPDS > 10: Tabla 32. OR 3,5 IC 95% 1,9 – 5,8 vs probable depresión posparto: Tabla 43. OR 3,3 IC 95% 1,2 – 8,5 vs probable trastorno adaptativo: Tabla 48. OR 2,2 N.S).

Otros factores estresante que incrementan el riesgo de presentar trastorno psiquiátrico durante el embarazo, son el embarazo no deseado tanto por la mujer (CSG Goldberg > 6: Tabla 23. OR 4,6 IC 95% 1,5 – 13,5) como por su pareja (OR 4,2 IC 95 % 1,37 – 12,6).

Igualmente factores estresantes que incrementen el riesgo de trastorno del estado de ánimo durante el puerperio, son que la pareja no ayude en el cuidado del recién nacido (depresión posparto: Tabla 46. OR 4,9 IC 95% 1 – 22,8), ser madre soltera (EPDS > 10: Tabla 32. OR 2 IR 95% 1,1 – 3,5) y el condicionamiento paterno educativo, como es la mala relación mantenida durante la infancia¹ (EPDS > 10: Tabla 31. OR 9 IC95 % 5,3 – 15,3 vs depresión posparto: Tabla 42. OR 13,6 IC95 % 3,6 – 49).

Una mala situación económica se refleja en obtener una puntuación baja en el apartado de satisfacción general del Cuestionario de Calidad de Vida (CSG Goldberg > 6: Tabla 27. Media 38,75 vs EPDS > 10: Tabla 35. Media 44,56), en estar desempleada (depresión posparto: Tabla 43. OR 1,3 N.S vs trastorno adaptativo: Tabla 48. 1,4 N.S) o con un trabajo temporal (EPDS > 10: Tabla 32. OR 1,87 IC 95% 1 – 3,7 vs depresión posparto: Tabla 43. OR 1,5 N.S vs trastorno adaptativo: Tabla 48. 1,5 N.S), vivir de

alquiler (EPDS > 10: Tabla 32. OR 2,4 IC 95% 1,4 – 4,1 vs depresión posparto: Tabla 43. OR 1,2 N.S) y compartir la vivienda con otras familias (CSG Goldberg > 6: Tabla 23. OR 3,1 IC 95% 1,2 – 8,3 vs EPDS > 10: Tabla 32. OR 3,1 IC 95% 1,8 – 5,4 vs depresión posparto: Tabla 43. OR 4,2 IC 95% 1,6 – 10,7 vs trastorno adaptativo: Tabla 48. OR 1,4 N.S). Estos factores económicos incrementan el riesgo de presentar un trastorno del estado de ánimo especialmente durante el puerperio. Según los datos bibliográficos el tener estudios universitarios protegería del desarrollo de depresión. En nuestro estudio encontramos que las mujeres con dichos estudios precisaban menos consulta psiquiátrica tanto durante el embarazo como en el puerperio pero sin alcanzar significación estadística ($p = 0,14$, $p = 0,9$).

Siguiendo los datos bibliográficos, en el caso de mujeres adultas y comparando diversos grupos étnicos, la predicción de la gravedad de la depresión dependía de los siguientes factores: bajo nivel educacional, desempleo, soltera, ser latina, alto estrés percibido y sentimientos de soledad. El grupo étnico que presenta más tasas de depresión según la mayoría de los estudios realizados en Estados Unidos es el de los latinos^{39, 40 42, 62, 175, 225}.

Resulta destacable en este estudio, que existe una población de mujeres inmigrantes con riesgo incrementado de presentar trastornos del estado de ánimo, favorecido este hecho por haber presentado más casos de depresión en el pasado (Tabla 21. OR 2 IC 95% 1,3 – 3), peor situación económica representada por un mayor número de mujeres desempleadas (OR 4 IC 95% 1,3 – 11,6), menos tiempo libre para dedicar al ocio (OR 2,7 IC 95% 1,7 – 4,2) y amistades (OR 10,4 IC 95% 4,3 – 25), la necesidad de compartir viviendas de alquiler con otras familias (OR 9,8 IC 95% 4,2 – 22,6; OR 15,7 IC 95% 8,5 – 26), alejamiento de su entorno familiar presentando peor puntuación en apartado de nivel de apoyo social del Cuestionario de Calidad de Vida ($p < 0,001$), peor cumplimiento de los controles médicos (OR 2,7 IC 95% 1,7 – 4,3), menor consumo de ácido fólico pregestacional (OR 3,5 IC 95% 2,1 – 5,5), así como mayor promiscuidad sexual con un número elevado de parejas, interrupciones voluntarias del embarazo (OR 4,3 IC 95% 2 – 8,1), embarazos no deseados (OR 3,1 IC 95% 1,8 – 5,1), mayor utilización de la lactancia artificial y menos ayuda de sus parejas en el cuidado del recién nacido (OR 3,3 IC 95% 1,8 – 5,9). Por todo esto, con mayor frecuencia presentan puntuaciones superiores a diez en la Escala EPDS (OR 3,2 IC 95% 1,9 – 5,3) y se elevan los diagnósticos de probable depresión durante el puerperio

(Tabla 22. OR 5,8 IC 95% 2,2 – 13,4) con máxima representación en las mujeres de origen americano (OR 7,3 IC 95% 2,5 – 17,8).

6.3 DIAGNÓSTICO PRECOZ. UTILIDAD DEL CONSTRUCTO DEPRESIÓN PUERPERAL.

A pesar de la amplia utilización del término “depresión posparto” aún sigue en discusión la validez de este término diagnóstico. No está claro si la depresión posparto es neurobiológicamente diferente de otros síndromes depresivos, aunque se han evidenciado alteraciones en las hormonas gonadales, tiroideas, el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, en el sistema serotoninérgico, gabaérgico, etc, pero sigue sin establecerse un significado fisiopatológico específico. No obstante, aunque no se ha demostrado que la depresión posparto sea una entidad aparte, ni desde la perspectiva etiológica ni por sus características psicopatológicas, el término depresión posparto puede estar justificado ²⁰¹ y debe mantenerse por varias evidencias científicas disponibles:

1. Especiales dificultades diagnósticas. Por culpa, vergüenza y muchos miedos de las mujeres afectadas que malinterpretan sus síntomas depresivos. Estas emociones negativas suponen un retraso en la búsqueda de ayuda médica porque no la identifican con una enfermedad que tiene tratamiento eficaz, no reconocen la naturaleza de esta enfermedad depresiva y con frecuencia no buscan ayuda médica ²⁵.

2. Dificultades de los médicos, tanto de atención primaria como obstetras-ginecólogos, para identificar y tratar a las mujeres afectadas ². La visita del lactante al pediatra puede permitir también al pediatra detectar casos de depresión posparto ^{13, 226}.

3. Especiales y graves consecuencias, no sólo para la madre, sino para el hijo y para toda la familia. Como ejemplo de depresión puerperal grave, tengo presente el caso clínico de Ariane que debutó con el infanticidio de su hija. Presentaba antecedentes familiares psiquiátricos (madre depresión) y antecedentes personales psiquiátricos; desde los 16 años padecía fobia a las alturas, episodio depresivo leve con la menarquia por el que no consultó con ningún médico y dificultad en el manejo de situaciones estresantes. Después del infanticidio, Ariane con el tratamiento psiquiátrico y

psicológico adecuado ha conseguido ser madre en dos ocasiones y llevar una vida normal.

En los casos de depresión puerperal, el vínculo emocional madre-hijo puede verse gravemente afectado, la madre lo percibe y reacciona con más sentimientos de culpa y vergüenza, que incrementan la depresión y así sucesivamente. Los hijos de estas madres pueden experimentar no sólo dificultades mentales y conductuales sino también déficits cognitivos y retrasos en el desarrollo, sobre todo en niños a lo largo del periodo escolar. Los hijos de padres depresivos tienen un riesgo generalmente mayor de padecer varios trastornos mentales (entre el 41% y el 77%) que de padres no depresivos. El hecho de la transmisión intergeneracional de la depresión se ha explicado por modelos inseguros de apego intergeneracional y por las elevadas tasas de autocrítica^{70, 97, 141, 227}.

4. Especial necesidad de nuestra atención, existencia de instrumentos diagnósticos y tratamientos psicoterápicos y farmacológicos eficaces, con apoyo al establecimiento de una buena relación madre-hijo y con el padre²⁴.

No es lo mismo la validez de construcción de una categoría diagnóstica que la utilidad de un diagnóstico de depresión puerperal, síndrome clínico sin límites naturales, ya que proporciona información clínica muy relevante, con valor pronóstico y para la toma de decisiones como para el tratamiento y la prevención de complicaciones más graves aún previniendo complicaciones secundarias a largo plazo.

Este trastorno depresivo puede diagnosticarse precozmente, siendo el posparto un momento fundamental en este sentido gracias a la validez del EPDS y el CSG de Goldberg. En la revisión de la bibliografía se habla de las ventajas del Cuestionario General de Salud de Goldberg en cuanto que permite seleccionar tanto los casos de depresión como de ansiedad y como desventaja que precisa más tiempo para su realización. Nuestro estudio coincide con la literatura al encontrar que tanto el EPDS y como el CSG de Goldberg permiten diagnosticar precozmente los casos de depresión y trastornos adaptativos^{133, 228}. A pesar de la dispersión en el tiempo en cuanto la aplicación del EPDS (31-320 días), nos ha permitido demostrar la utilidad de dicha Escala como método screening adecuado para seleccionar los casos de depresión puerperal en nuestra área de población, con una sensibilidad superior y un especificidad similar (sensibilidad del 96,3% y especificidad del 91,2%) a los datos encontrados en

la literatura (sensibilidad del 88% y una especificidad del 92%)¹¹⁸. El 22,3% (N =57) de las mujeres que realizaron el EPDS necesitaron consulta médica especializada por presentar una puntuación superior a diez (Gráfico 9). Esta situación se acerca al 20,5% de prevalencia de mujeres con EPDS > 9 a las 8 semanas posparto¹³⁴.

El porcentaje de pérdidas (3,9 %, N=10) en la localización de las mujeres para la realización del EPDS así como la necesidad de realizarse un elevado número de los diagnósticos de depresión o trastorno adaptativo vía telefónica, podría haber limitado los resultados finales con cierta tendencia hacia el infradiagnóstico. Las pérdidas en el contacto se podrían deber al elevado número de mujeres inmigrantes con EPDS elevado, que suelen tener cambios continuos de teléfono y/o de domicilio no comunicado. No contar con estas respuestas podría constituir un sesgo del estudio. Aunque sería recomendable realizar el diagnóstico de certeza mediante Entrevista Clínica estructurada con la presencia física de la paciente, la complejidad de este tipo de diseño no compensa la eficiencia en la ganancia del método, teniendo en cuenta que el EPDS se trata de un instrumento validado previamente.

El diagnóstico del trastorno adaptativo, puede indicar que un paciente se encuentra en una fase inicial de un trastorno mental más grave y que todavía no ha evolucionado a un cuadro sintomático florido, por tanto el médico debe permanecer alerta a este hecho. Con frecuencia los problemas comienzan a aparecer en el embarazo y compete a los ginecólogos descubrir las señales de alarma en esa fase. En nuestra manos está como obstetras el saber diferenciar la reacción emocional “normal“ pasajera, como resultado de un proceso de adaptación a la nueva situación, del hecho patológico que interfiere en su vida diaria y en el cuidado del niño para atenderle adecuadamente, considerando iniciar el tratamiento y en caso de necesidad, remitirla al especialista. La identificación precoz y el tratamiento de los primeros síntomas pueden prevenir el desarrollo de un episodio depresivo completo².

Es necesario realizar una integración interdisciplinar, especialmente entre obstetras, pediatras y profesionales de salud mental para mejorar las intervenciones diagnósticas y terapéuticas en las mujeres y en los hijos. Esta integración supondría la mejora de la calidad de vida tanto de las pacientes como de sus familias y ahorraría dinero al sistema sanitario^{3,49}.

6.4 MEDIDAS PREVENTIVAS

La depresión puerperal es un padecimiento crónico tanto para la mujer como para el hijo, que puede debilitar el sistema inmunológico favoreciendo el desarrollo de enfermedades físicas, en especial cardiovasculares y que puede predisponer al abuso de sustancias (alcohol, drogas, trastornos alimentarios...) ⁴. Se considera un problema de salud pública por cuanto tiene una alta prevalencia y una elevada morbimortalidad, ocasionando el consumo de recursos ^{8, 49}. Debido a la alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo posparto y a la consiguiente morbilidad familiar, resulta especialmente importante establecer medios eficaces de detección y prevención precoces. La poca preparación tanto del médico de atención primaria como del obstetra en salud mental para diagnosticar dicha patología, ocasiona que sean infradiagnosticados e infratratados contribuyendo a elevar el gasto sanitario ^{3, 14, 112} (por bajas laborales y gastos en medicamento al somatizar la paciente un alto número de patologías), a la posible cronicidad de la enfermedad en la mujer, así como a secuelas psicológicas y emocionales en el hijo. En casos extremos se puede asociar, incluso, con el suicidio e infanticidio ^{2, 67}.

La realización de historias clínicas detalladas incluyendo factores psicosociales predisponentes así como enfermedades autoinmunes nos ayuda a seleccionar las pacientes con riesgo incrementado de presentar depresión puerperal ^{62, 95, 100, 158}.

La psicoeducación y la iniciativa de screening pueden ayudar a prevenir los efectos adversos que surgen cuando la depresión no se diagnostica y no se trata. Con la información actual existente, la evidencia indica que es importante ofrecer información práctica y apoyo en los períodos prenatal, perinatal y posnatal, para prevenir trastornos depresivos postnatales ^{11, 58, 67, 69, 91, 219, 229, 230}. Durante el embarazo y el puerperio, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento adaptativas en sujetos vulnerables para la depresión posparto, favorecería la prevención de dicha patología. Las intervenciones que tienen por objetivo a las madres “en riesgo” pueden ser más beneficiosas que las que incluyen a una población materna general ²³¹⁻²³³. Igualmente el tratamiento temprano de la depresión prenatal y postnatal beneficia no sólo la salud mental de las madres sino la salud física de los niños y su desarrollo. Los primeros indicios de depresión en la madre estarían relacionados con fallos en el progreso del bebé, como

pueden ser función cognitiva deficiente, dificultades afectivas y problemas de comportamiento ²⁵.

En la literatura encontramos tanto estudios que encuentran escasa evidencia en la utilidad de la psicoterapia en la prevención de la depresión puerperal ^{90, 93}, como otros que no encuentran ninguna utilidad ⁹².

Como limitaciones encontramos que el estudio no ha sido ciego puesto que la investigadora conocía el orden en el que las gestantes recibieron la psicoeducación y la expectativa que se despertó en la gestante ante el conocimiento de una nueva patología podría haber influido en la incidencia de la enfermedad. Otras posibles limitaciones serían, por un lado, que la psicoeducación no fue impartida por un especialista en psicología, sino por la propia investigadora, con lo que cabe argumentar que si un psicólogo hubiera sido el encargado de dicha psicoeducación, quizás se hubiera obtenido una disminución significativa en la prevalencia de la enfermedad y, por otro, que la psicoeducación no fue administrada a pacientes con antecedentes de trastornos psiquiátricos, como en el estudio de B. Pascual García (2009) ²³¹ sino de forma aleatorizada.

Algunos factores de riesgo son poco o nada modificables una vez instaurados como puede ser la personalidad con perfil psicossomático y con tendencia al autocríticismo, haber padecido depresión u otras enfermedades psiquiátricas en el pasado, ser inmigrante, historia de muerte fetal intrauterina o interrupciones voluntarias de la gestación sin patología, el fallecimiento de la madre, la mala relación mantenida con el padre durante la infancia, los problemas familiares, la mala situación económica, la poca colaboración por parte de la pareja o el sexo, peso y llanto del recién nacido, mientras que consumir ácido fólico pregestacional, realizar el número de consultas aconsejadas por el tocólogo, no fumar durante la gestación, dedicar tiempo a actividades de ocio y el tipo de lactancia que recibe el recién nacido sí pueden ser modificados, permitiéndonos la posibilidad de corrección.

La importancia de los factores psicosociales no modificables radica en que nos definen cuáles son las mujeres que precisan una mayor vigilancia. Sobre los factores psicosociales no modificables sí podríamos influir en cierta medida para intentar prevenir la aparición del trastorno de estado de ánimo: a una personalidad

psicosomática se le debería aconsejar planificar la gestación en el momento de menor estrés, periodos de tiempo donde se reúnan las mejores condiciones económicas y de colaboración en el cuidado del recién nacido, tanto por parte de la pareja como de familiares y amigos así como aprender distintas técnicas de relajación. Un ensayo clínico que sólo incluyó a 37 mujeres indica que varias sesiones en grupo de terapia interpersonal de forma profiláctica en mujeres con factores de riesgo, podría reducir la incidencia de depresión mayor en los primeros 3 meses posparto. Otra medida de disminución del riesgo sería la utilización de fármacos antidepresivos antes de la aparición de los primeros síntomas, en mujeres con antecedentes de depresión u otras enfermedades psiquiátricas en el pasado (62,5% de depresión posparto en las no tratadas y 6,7% en las tratadas) ^{11, 95}.

Después de sufrir una muerte fetal anteparto hay que dedicar tiempo suficiente al periodo de duelo, por lo que la mujer debería esperar un año antes de intentar una nueva gestación ^{59, 57, 60, 203}.

Un reto crucial ahora es saber cómo identificar a las mujeres con riesgo y prevenir episodios de trastornos del estado de ánimo posparto. Un momento óptimo para diagnosticar y tratar la depresión es durante el embarazo y posparto, lo que permite proporcionar prevención primaria para los niños en riesgo. La inclusión de un psiquiatra en los equipos de obstetricia-ginecología podría proporcionar mejores servicios a las madres en situación de riesgo.

Las mujeres con enfermedad psiquiátrica puerperal siguen siendo una población mal atendida dentro del sistema de asistencia sanitaria. A medida que crece el interés por los trastornos de las mujeres y aumenta el conocimiento de la enfermedad mental puerperal gracias a su inclusión en el DSM IV y otras iniciativas, cabe esperar que se ponga mayor énfasis en los esfuerzos de identificación y prevención. Se espera con impaciencia el día en que los enormes avances en la prevención de las complicaciones físicas del parto corran paralelas con progresos igualmente significativos en la prevención de complicaciones psiquiátricas.

8. CONCLUSIONES

8.1. En nuestro estudio encontramos una prevalencia de los trastornos del estado de ánimo similar a la encontrada en la literatura, sin que se vea influida por el medio en el que vive la gestante o por la edad o paridad de la misma.

8.2. Son factores de riesgo predictores de consulta psiquiátrica durante el embarazo o el puerperio, las interrupciones voluntarias de la gestación sin patología fetal en el pasado, el tratarse de un embarazo no deseado y la mala adherencia de la gestante a las visitas tocológicas programadas.

8.3. Se consideran factores estresantes predisponentes para el desarrollo de trastorno del estado de ánimo el parto nocturno, el parto prolongado con una duración superior a once horas y el doloroso así como la morbilidad e irritabilidad del lactante.

8.4. La lactancia materna protege de la necesidad de consultar con el psiquiatra durante el puerperio.

8.5. Ser mujer inmigrante es un importante factor de riesgo que incrementa la probabilidad de padecer trastorno del estado de ánimo y en especial depresión puerperal, si bien este hecho viene relacionado, probablemente con la mala situación económica, escaso apoyo social...

8.6. Las mujeres que reconocieron antecedentes personales de trastorno del estado de ánimo, por el que no habían pedido ayuda médica, presentan un riesgo incrementado de padecer depresión puerperal con puntuaciones elevadas en la Escala de Edimburgo, a diferencia de las mujeres que sí habían consultado.

8.7. El estrés patológico percibido por la mujer durante el embarazo y según la escala de Levenson, es uno de los principales factores predisponentes para el desarrollo posterior de trastorno del estado de ánimo ya sea durante el embarazo o el puerperio.

8.8. Las mujeres que presentaban una probable patología de la personalidad o alcanzaban puntuaciones elevadas en los rasgos de personalidad psicossomática en el SIRI presentan un riesgo significativamente mayor de precisar consulta psiquiátrica tanto durante el embarazo como en el puerperio.

8.9. El apoyo social tanto a nivel familiar, de pareja y de amistades protege del desarrollo de trastornos del estado de ánimo tanto en el embarazo como en el puerperio.

8.10. La mala relación con la figura paterna durante la infancia favorece, el desarrollo de trastornos del estado de ánimo en el puerperio.

8.11. El CSG Goldberg es un método útil para derivar a las gestantes al psiquiatra durante el embarazo y el puerperio. Se puede afirmar que las mujeres durante el embarazo presentan una duplicación fisiológica en la puntuación de los apartados de síntomas somáticos de origen psicológico y angustia/ansiedad correspondientes a dicho Cuestionario frente a lo que ocurre en el período puerperal.

8.12. Se confirma la validez de la Escala de Edimburgo en nuestra área de población para la detección de posibles casos de trastornos del estado de ánimo (sensibilidad 96,3% y especificidad 91,2%).

8.13. El diagnóstico temprano de la depresión prenatal y posnatal favorece el tratamiento precoz, lo que beneficiaría no sólo a la salud mental de las madres sino también la salud de los hijos a largo plazo.

8.14. Realizar psicoeducación a la entrada del estudio disminuye la probabilidad de consultar con el psiquiatra durante el resto del embarazo y el puerperio aunque no alcanza significación estadística.

8.15. Los tocólogos han de formarse adecuadamente en la identificación de los trastornos de ánimo durante el embarazo y puerperio, con la finalidad de iniciar precozmente el seguimiento y tratamiento adecuados, psicológico y/o psiquiátrico. De hecho, se demuestra la importancia de la anamnesis detallada durante la primera visita obstétrica,

orientada a detectar la existencia de posibles factores psicosociales de riesgo para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo tanto en el embarazo como en el puerperio.

8.16. Se considera necesario desarrollar programas de colaboración interdisciplinar en los Servicios de Obstetricia y Ginecología dentro del modelo de la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace, con mejora de la calidad asistencial, orientada a la persona y no al síntoma o a la intervención técnica exclusivamente. Todo ello permitiría no sólo mejorar la calidad asistencial y la docencia de los diferentes especialistas (ginecólogos, psiquiatras, pediatras, enfermeras, etc.) sino también progresar en el estudio de los predictores psicosociales y de los marcadores biológicos que hagan posible la prevención primaria de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Catalán Campos R., Vallejo Ruiloba, J; Leal Cercos, C. “*Tratado de Psiquiatría*”. Ars Médica. Volumen 1. Capítulo 69. Barcelona. Julio 2005.
2. Blabey M.H, Locke E.R. et al “*Experience of a controlling or threatening partner among mothers with persistent symptoms of depression*”. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2009; 201 :173-9.
3. Uriel Halbreich, MD. “*The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions. The need for interdisciplinary integration*”. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2005; 193: 1312-22.
4. Evans D.L, Charney D.S, Lewis L et al. ”*Depression y trastornos bipolares, guía para el médico*”. Mc Graw Hill Interamericana 2007.
5. Robertson MM y Katona CLE. “*Depresión y enfermedades somáticas*”. Wyley. 1998.
6. Murray C, López AD. “*The global burden of disease and global health statistics.*” Harvard University Press. BOSTON (MA); 1996.
7. Scott M. Monroe, Kate L et al. “*Life stress, the Kindling Hypotesis, and the Recurrence of Depression: Considerations from a Life Stress Perspective*”. Psychological Review. 2005. Vol 112 , N 2, 417-445.
8. Haro J M , Paladin C, Vilagut G y Col. “*Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESE MED* “España. Medicina Clinica (Barc). 2006; 126 (12): 445-51.

9. Bellock/ “*Psicopatología* “/ Tomo 2/ Capítulo 9: Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. 2007.
10. Rojas E. “*Adios depresión. En busca de la felicidad razonable*”. 2006.
11. González Pardo H, Pérez Álvarez M. “ La invención de trastornos mentales ¿Escuchando al fármaco o al paciente?” Alianza editorial 2008.
12. M. I. López Ibor.”*Carta Fundacional, Organización Mundial de la Salud*”. Anales Medicina Interna. Madrid. Mayo 2007. Versión ISSN 0212-7199. Vol. 24, Nº 5.
13. González Monclús E. “*Prevención de las depresiones*”. Rev Psiquiatría Fac Med Bama 2003; 30(3): 139-144.
14. Machado Ramírez F, García Serrano T. “*Depresión puerperal. Factores relacionados*”. Atención Primaria. 1997. Vol 20. Nº 4. 20: 161-166.
15. LM. O’Brien, E Boath. “*Seguimiento a largo plazo de mujeres tratadas por depresión postnatal en un hospital de día especializado, en comparación con la práctica de Atención Primaria*”. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. Ed. Esp 2003 Vol 2 (1): 16-20.
16. Gibert-Rahola J. “*Estrés y depresión*” Nuevas perspectivas en la Depresión. Inmaculada Gilaberte (Editor). Aula médica. Madrid 2004.
17. Ramos Brieva J. y Cordero Villafáfila A. “La melancolía, gestación de la hipótesis secuencial”. Aula Médica. Madrid 2005.
18. López-Ibor Aliño JJ. “Las depresiones. Progresos en su diagnóstico y tratamiento”. Toray. Barcelona 1997.
19. George W. Brown and Tirrit O. Harris. “Life Events and illness”. Editor Guildford Press. Abril 1989.
20. Newport D.J, Owens M J et al. “Alterations in platelet serotonin transporter binding in women with postpartum major depression“. Journal of Psychiatric Research. 2004; 38: 467-473.
21. Hernández E, Lastra S, Urbina M. 2002. “Serotonin, 5-hidroxiindoleacetic acid and serotonin transporter in blood peripheral lymphocytes of patients with anxiety disorder”. J. Int. Immunopharmacol, 2 (7), 893 – 900.
22. Corwin EJ, Pajer K. “*The psychoneuroimmunology of Postpartum Depression*”. Journal of Women’s Health. 2008. Vol 17, N 9, 1529.

23. Maes M, Lin AH, Ombet W, Stevens K et al. “*Immune activation in the early puerperium is related to postpartum anxiety and depressive symptoms*”. 2000 Feb; 25(2): 121-37.
24. Deborah Lynne Flores, MD and Victoria C. Hendrick, MD. “*Etiology and Treatment of Postpartum Depression*”. Current Psychiatry Reports 2002, 4: 461-466.
25. Katia Gaschler. “*Depresión posparto*”. Mente y cerebro. Julio-Agosto 2008. Pg 43 – 47.
26. Maguire J and Mody I. “*GABA_AR Plasticity during Pregnancy: Relevance to Postpartum Depression*”. Neuron. July 31, 2008. 59, 207-213.
27. Rapkin A.J, Mikacich J.A. “*The Clinical Nature and Formal Diagnosis of Premenstrual, Postpartum, and Perimenopausal Affective Disorders*”. Current Psychiatry Reports 2002, 4: 419-428.
28. Desai H, Jann W. “*Major depression in women: a review of literature*”. J Am Pharm Assoc 2000; 40: 525-537.
29. Ayuso Gutierrez JL., Saiz Ruiz J et al. “*La depresión desde la perspectiva psicobiológica*”. JARPYO Editores. Madrid 1987.
30. Sandi C, Calés J M. “*Estrés: Consecuencias psicológicas, fisiológicas y clínicas*”. Editorial Sanz y Torres, S.L. 2004.
31. Phillips M.L. “*Neuroimaging Studies of bipolar disorder: toward identification of disease biomarkers*”. Beyond Neuropsychiatric Diagnostics: Symptoms not disorders. Edited by Tomas Palomo, Richard J. Bewinger, Richard M. Krostrzewa. Fundación Cerebro y Mente. Madrid 2009.
32. Winokur G, Cadoret R, Baker M. “*Depression Spectrum Disease versus Pure Depressive Illness*”. Br J Psychiatry, 1975. 127, 75-77.
33. Lin YM, Ko HC, Chang FM “*Population –specific-functional variant of the TPH 2 gene 2755C>A polymorphism contributes risk association to major depression and anxiety in Chinese peripartum women*”. Arch Womens Ment Health. 2009 Dec; 12(6): 401-8.
34. Nugent AC, Neumeister A, Goldman D. “*Serotonin transporter genotype and depressive phenotype determination by discriminant analysis of glucose metabolism under acute tryptophan depletion*”. Neuroimage. 2008 Dec; 43(4): 764-74.
35. Porter RJ, Mulder RT, Joyce PR. “*Tryptophan hydroxylase gen (TPH 1) and peripheral tryptophan levels in depression*”. J Affect Disord. 2008 Jul; 109 (1-2): 209-12. Epub 2008. Feb 21.

36. Maesm, Yirmiyic R, Noraberg J. “*The inflammatory and neurodegenerative hypotesis of depression: leads for future research and new drug developments in depression*”. Metab Brain Dis. Mar 2009; 24 (1): 27-53.
37. Van Os J. “*Tecnología de evaluación momentánea de la depresión: acentuando lo positivo*”. XVII Simposio Científico. Fundación Lilly. Madrid.
38. Vliegen N, Luyten P.et al. “*Stability and Change in level of Depression and Personality A Follow-up Study of Postpartum Depressed Mothers That Were Hospitalized in a Mother-Infant Unit*”. The Journal of Nervous and Mental Disease. Volume 198, Number 1, January 2010.
39. Kendler K.S, Neale M, Kessler R et al. “*A Twin Study of Recent Life Events and Difficulties*”. Arch gen Psychiatry. Oct 1993. Vol 50. Pg 789 – 796.
40. Rubio V. y Muro CÇ. “*Marginación y enfermedades mentales*”. Monografías de psiquiatría. 1992. Pg 43 – 48.
- 41 “*Trastornos psiquiátricos y estatus socio-económico*”. IMP- Psiquiatría. 1992. Vol IV. Nº 1. Pg 41- 43.
42. Seva A. y Seva A. Jr. “*Factores sociodemográficos generales y salud psíquica. Monografías de psiquiatría*”. Julio- Agosto 1994. Vol VI, Nº 4. Pg 10-13.
43. Seva A. “*Morbilidad psiquiátrica en los medios urbanos y rurales.*” Monografías de psiquiatría. Vol VI. Nº 4. Julio-Agosto 1994. Pg 21- 24.
44. Sharp D. “*The prevention of postnatal depression*”. The prevention of mental illness in primary care. Edited by Tony Kendrick, André Tylee and Paul Freeling. 1996. Pg 57-73. New York, US: Cambridge University press.
45. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting D, et al. “*The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients*”. JAMA. 1983; 249:751-7.
46. García Rodríguez J.F. Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. “*Trastornos depresivos y enfermedades físicas*”. Abril – Mayo 2008. Nº 116. Pg 1 – 17.
47. Despland J.N, Monod L. and Ferrero et al. “*Clinical Relevant of Adjustment Disorder in DSM II-R and DSM-IV*”. Comprehensive Psychiatry. November-December 1995. Vol 36 Nº 6. Pg 454-460.
48. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC.
- DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association. Barcelona: Masson; 1995.

49. Bajo Arenas JM, Lailla Vicens JM, Xercavins Montosa J. *“Fundamentos de Ginecología”*. 2009.
50. Bermejo Esteban E.M^a, Labajo Salazar J.L y Pérez Urdaniz A. *“Influencia de los factores meteorológico sobre la patología psiquiátrica”*. Monografías de psiquiatría. Julio-Agosto 1994. Vol VI, N° 4. Pg 28 – 32.
51. Vieta E. *“Las enfermedades psiquiátricas en el mundo. Uno de los retos médicos en 2009”*. Hospital Clinic Barcelona. 5 Enero 2009. El Mundo, España.
52. *Guía Hospital Clinic* (Barcelona). Asesor de la Guía: doctor Miguel Bernardo, jefe de Sección de Psiquiatría Hospitalaria del Hospital Clínico de Barcelona. Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad, que forma parte de una colección realizada por la Organización Médica Colegial (OMC), con el aval del Ministerio de Sanidad y Consumo y el patrocinio de Wyeth.
53. Katon W, Schulberg H *“Epidemiología de la depresión en la atención primaria”*. Gen. Hosp. Psychiatry. 14:237-247, 1992.
54. Diario Médico. 24 septiembre 2008 Pg 20.
55. Hales RE, Yudofsky SC. Tratado de Psiquiatría Clínica. Edición Masson. 4^a Edición. 2004.
56. Kazi A, Fatmi Z. *“Development of a stress scales for pregnant women in the South Asian context: the A – Z Stress Scale”*. East Mediterr Health J. 2009 Mar – Apr; 15 (2): 353 – 61.
57. Mendieta D. *“La depresión en mujeres: influencia biológica”*. Inf Clin 1997; 8 (11): 64 –65.
58. Henshaw C. *“Clinical and biological aspects of postpartum blues and depression”*. Current opinion in Psychiatry 2000,13 :635-638.
59. Hughes, PM, Turton, P, Evans, CD. *“Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study”*. BJM 1999; 318:1721.
60. Shadmi N, Bloch M, Hermoni D. et al. *“The psychological (long-term) sequelae of abortion”*. Harefuah 2002 Oct; 141 (10):898-901, 930, 929.
61. Serrano Lindes M.R., Rubio Sánchez J.L.. *“Trastornos psicósomáticos en las mujeres que abortan voluntariamente: un caso de esterilidad psicógena”*. Comunicación psiquiátrica XVIII.
62. Lee DT, Yip AS, Leung TY, Chung TK. *“Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study”*. Hong Kong Med J. 2000 Dec;6(4):349-54.

63. Cañete Palomo ML, Cabero Roura L. “*Urgencias en ginecología y obstetricia: aproximación a la medicina basada en la evidencia*”. Edita: FISCAM con la colaboración de Bayer Shering Pharma. Pg 393-408.
64. González-Navarro V, Pérez-Hidalgo M.P y Sala J.M. “*Psicoafectividad de la maternidad II*”. Depresión. Clin. Invest. Gin. Obst. 1992; 19 (10): 417-420.
65. Darles-Bornoz JM, Gaillard P, Degiovanni A. “*Psiquiatría y embarazo: la madre y el niño*”. Enciclopedia Médico quirúrgica Francesa (versión española).). Editorial Médica Panamericana; pp. 141-69. 2002.
66. Tejerizo C, Teijelo A; Novo- Gueimonde L. et al. “*Alteraciones psiquiátricas del posparto*”. Psicosis postparto. Clin. Invest. Gin. Obst. 1997; 24 (5): 174-186.
67. Miller, L J. “*Postpartum Depression*”. JAMA 2002; 287, N° 6: 762 – 5.
68. Pitt B “*Atypical" Depression Following Childbirth*. The British Journal of Psychiatry 1968. 114: 1325-1335.
69. Arbat A, Danés I. “*Depresión posparto*”. Med Clin (Barc) 2003; 121 (17): 673-5.
70. Santos Castroviejo. “*Trastornos psíquicos en el puerperio*”. XI Jornadas Nacionales de la AEN. Madrid ELA. Editorial Libro del Año. pg 45. 1993.
71. Payne J. “*Uso de antidepresivos en el periodo posparto; consideraciones prácticas*”. American Journal Psychiatry (Ed. Esp.) 2007. 10: 605-608.
72. Wisner k, Parry B, Piontek C. “*Clinical practice. Postpartum depression*”. N Engl J Med 2002; 347: 194-9.
73. Whitton, A, Warner, R, Appleby, L. et al. “*The pathway to care in post-natal depression women’s attitudes to post-natal depression and its treatment*”. Br J Gen Pract 1996; 46:427.
74. Vesga-López O, Blanco C. “*Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the Unites Status*”. Arch Gen Psychiatry. 2008 Jul; 65 (7): 805-15.
75. Nonacs, R, Cohen, LS. “*Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines*”. J Clin Psychiatry 1998; 59 Suppl 2:34.
76. Cox J.L y Cols “*A controlled study of the onset, duration and prevalence of Post-natal depression*”. 1993. Brit y Psychiatry 163: 27-31.
77. Ross Lee, Sellers EM. “*Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model*”. Acta Psychiatr Scand 2004: 109: 457-466.

78. Fernández Dopico R y Hernández García JM. “*Depresión puerperal*”. Depresión en la mujer. Coordinador: José Manuel Bris Orche. Pfizer SA. Madrid. 2001.
79. San Juan J, Martín-Santos R . “Mood changes after delivery: role of the serotonin transporter gene”. *British Journal of Psychiatry* 2008 NOV; 193:383-388.
80. Campagne D.M. “Detectar la depresión antes, durante y después de la gestación con el perfil anímico del embarazo”. *Pog Obst Ginecol* 2004; 47 (1): 27-35.
81. Robertson E, Grace S, Wallington T et al. “*Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature.*” *General Hospital Psychiatry* 2004, 26: 289 – 295.
82. Becerro de Bengoa, C ; Clavero Núñez, J.A. “*Depresión postparto: II*”. *Acta ginecológica*, Vol. LV pág. 1. 1998.
83. Warner R, Appleby L, Whitton A. “*Demographic and obstetric risk factors postnatal psychiatric morbidity.* *British Journal Psychiatry* 168; 607-611.
84. Crespo Hervás D. y Martín Vázquez MJ. “*La depresión y sus máscaras*“. Depresión en la mujer. A. Chinchilla Moreno. Panamericana. Madrid, 2008.
85. Corwin EJ, Brownstead J, Barton N, Heckard S et al. “*The impact of fatigue on the development of postpartum depression*”. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005 Sep-Oct; 34 (5) 577-86.
86. Blehar MD, Oren DA. “*Women’s increased vulnerability to mood disorders: integrating psychobiology and epidemiology*”. *Depression.* 1995. 3: 3 – 12.
87. García Sánchez MH, García Sánchez A y Tejerizo López LC. “*Alteraciones psiquiátricas del posparto (II). Depresión puerperal*” *Toko- Gin Pract,* 1997. 56; 5 :231-240.
88. Cindy-Lee Dennis. “*Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review*”. *BMJ.* 2 July 2005;331:15.
89. Mahé V, Dumaine A. “*Psicosis asociada a la retirada de estrógenos*”. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 1 (1): 12-20.
90. Austin MP. “*Targeted group antenatal prevention of postnatal depression: a review*”. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 244 – 50.
91. Becerro de Bengoa, C ; Clavero Núñez, J.A. “*Psicopatología puerperal: III. Psicosis puerperal*”. 1998. *Acta ginecológica*, Vol. LV . Pág. 47.
92. Webster J, Linnane J, Roberts J, Starrenberg S. et al. “*Identify, Educate and Alert (IDEA) trial: an intervention to reduce postnatal depression*”. *BJOG* 2003 sep; 110 (9): 842-6.

93. Dennis CL, Creedy D. “*Psychological and psychosocial intervention for preventing postpartum depression*”. Cochrane database of sistematics reviews August 2004.
94. Brockington I. “*Postpartum psychiatric disorders*”. Lancet. 2004 Jan 24; 303-10.
95. MacQueen G, Chokka P. “*Special issues in the management of depression in women*”. Can J Psychiatry 2004 Mar; 49 (3 Suppl 1):27S-40S.
96. Pedrós Roselló A, Tomás Pérez A, Leal Cercós C. “*Influencia de la conducta, las actitudes y el estilo de crianza sobre el desarrollo del niño en madres con depresión postparto*”. Actas Esp Psiquiatr 2002; 30 (5): 292-300.
97. Lee, D, Yip, A, Chiu, H, et al. “*A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women*”. Am J Psychiatry 2001; 158:220.
98. Wang SY, Jiang XY et al. “*A comparative study of postnatal depression and its predictors in Taiwan and mainland China*”. Am J Obstet Gynecol 2003 nov;189 (5):1407-12.
99. Ascaso Terrén C; García Esteve L; Navarro P 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*”. Med Clin (Barc) 2003; 120 (9): 326-9.
100. Dwendak, Gierdingen. “*Postpartum depression screening: importance, methods, barriers and recommendations for practice*”. JABFM. 2007; 20 (3): 280-8.
101. Vik T, Grote V, Escribano J, Socha J. et al. “*Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression*”. Acta Paediatr. 2009 Aug; 98(8):1344-8.
102. De la Gándara J. 02-07-2009. Globo Media Beta
103. Lommatzsch M, Hornych K, Zingler C. et al. “*Maternal serum concentrations of BDNF and depression in the perinatal period*”. 2006 Apr;31(3):388-94. Psychoneuroendocrinology.
104. Harville EW, Saritz DA. et al. “*Stress questionnaires and stress biomarkers during pregnancy*”. Womens Health (Larchmt) 2009 Sep; 18 (9): 1425 – 33.
105. Misdrahi D, Pardon MC. et al. “*Prepartum chronic ultramild stress increases corticosterone and estradiol levels gestating mice: Implications for potpartum depressive disorders*”. Psychiatry Res. 2005 Nov 15; 137(1-2):123-30
106. Halligan SL., Herbert J. “*Disturbance in Morning Cortisol Secretion in Association with Maternal Postnatal Depression Predict Subsequent Depressive Symptomatology in Adolescents*”. Biol Psychiatry 2007; 62: 40-46.

107. Arehart-Treichel J. “*Biological marker may predict Postpartum Depression*”. Psychiatr News March 20, 2009, Volume 44, Number 6, page 16.
108. Kammerer M., Taylor A., and Glover V. “*The HPA axis and perinatal depression: a hypothesis*”. Arch Womens Ment Health (2006) 9: 187-196.
109. Stewart DE. “*Thyroid function and postpartum depression*”. Am J Psychiatry. 1991, 148: 816.
110. Kuijpers J L, Vader HL et al. “*Thyroid peroxidase antibodies during gestation are a marker for subsequent depression postpartum*”. European Journal of Endocrinology , 2001. 145: 579-584.
111. Maes M., Libbrecht I. “*Effects of pregnancy and delivery on serum prolyl endopeptidase (PEP) activity: alterations in serum PEP are related to increased anxiety in the early puerperium and to postpartum depression*”. Journal of Affective Disorders 2000. 57; 125-137.
112. Del Palacio, R; Aguado, J.A. y Moreno, P.L. “*Psicopatología puerperal: detección precoz de la depresión postparto*”. Toko-Gin Pract 58 (1): 1-6 (1999).
113. Spinelli MG., RN, MD. “*Controlled Clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women*”. The American Journal of Psychiatry. 2003, vol 160 nº 3, 555-562.
114. Rothman R. “*Managing depression in the postnatal period*”. J Fam Health Care 2008; 18(6):217-9.
115. Cox JL. “*Detection of postnatal depression. Development of 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*”. Br J Psychiatry 1987; 150: 782-6.
116. García – Esteve L; Ascaso C ; Ojuel J. “*Validation of the Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers*”. Journal of Affective Disorders. Jun 2003. Vol 75 , Issue 1, pág. 71-76 .
117. Schaper, AM, Rooney, BL, Kay, NR, Silva, PD. “*Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting*”. J Reprod Med 1994; 39: 620.
118. Bergant AM, IEM K, Ulmer H, Dapunt 1998. “*Early postnatal depressive mood: Associations with obstetric and psychosocial factors*”. Journal of Psychosomatic Research. 1999. Vol 46, Issue 4, 391-4.
119. Ghubash R y Abou- Saleh MT. “*Postpartum psychiatric in Arab culture: prevalence and psychosocial correlates*”. Br J Psychiatry 1997; 171: 65-8.

120. Óbice P, Stubbs J y Todd A. “*The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Australian sample*. Aust N Z J Psychiatry 1993; 27: 472-6.
121. Jadresic E, Araya R y Jara C. “*Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women*”. J Psychosom Obstet Gynecol 1995; 16: 187-91.
122. Lee DTS, Yip SK, Chiu HF. “*Detecting postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*”. Br J Psychiatry 1998; 172: 433-7.
123. Guedeney N, Fermanian J, “*Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties*”. Eur Psychiatry 1998; 13: 83-89.
124. Pop VJ, Komproe IH y Vanson MJ. “*Characteristics of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the Netherlands*”. J Affect Disord 1992; 26: 105-10.
125. Davies BR, Howells S, Jenkins M. “*Early detection and treatment of postnatal depression in primary care*”. J Adv Nurs. 2003 Nov; 44 (3): 248-55.
126. Carpinello B, Pariante CM “*Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Italy*”. J Psychosom Obstet Gynecol 1997; 18: 280-5.
127. Yamashita H, Yoshida K. “*Screening and intervention for depressive mothers of newborn infants*”. Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2003; 105 (9): 1129-35.
128. Uwake R. “*Affective (depressive) morbidity in puerperal Nigerian women: validation of the Edinburgh postnatal depression scale*”. Acta Psychiatr Scand 2003; 107: 251-259.
129. Eberhard- Gran M, Eskild A. “*The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation in a Norwegian community sample*. Arch Women’s Mental Health 2001; 2 (Suppl 3): 80-1.
130. Areias MEG, Kumar R. “*Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers*. Br J Psychiatry 1996; 169: 30-5.
131. Wickberg B, Hwang CP. “*The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample*. Acta Psychiatr Scand 1996; 94: 181-4.
132. Matthey S y Barnett B. “*Translation and validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) into Vietnamese and Arabic*. En: Ferguson B, Barnes D, editors. *Perspectives on transcultural mental health*. Sidney”: Transcultural Mental Health Centre, 1997; p. 77-84.

133. Maroto Navarro G, García Caliente M^a M y Col. “*Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de depresión postnatal de Edimburgo*”. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. 2005, Vol 5, N° 2, 305-318.
134. Dennis CL. “*Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edimburgh Postnatal Depression Scale?*” *Journal of Affective Disorders* 78 (2004) 163-169.
135. Austin M-P, Lumley J. “*Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review*”. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 10-17.
136. Onozawa K, Kumar RC. “*High EPDS score in women from ethnic minorities living in London*”. *Arch Women Ment Health*. 2003 Aug; 6 Suppl 2: 51-5.
137. Wahn EH, Nissen E. et al. “*Sociodemographic background, lifestyle and psychosocial conditions of swedish teenage mothers and their perception of health and social support during pregnancy and childbirth*”. *Scand J Public Health* 2008 Jun; 36(4).
138. Tizón García J L . *IMP-Psiquiatría*. Vol IV N° 1 1992. “*Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*”. Barcelona: Doyma, D.L. 1992. Vol IV N° 1, Pg 31-33.
139. Stewart DE, Gagnon A, Saucier JF, Wahoush O et al. “*Síntomas de la depresión posparto en los recién llegados*”. *Can J psychiatry*. 2008 Feb; 53 (2) : 121 – 4.
140. Brandon AR, Trivedi MH. “*Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk* *J Clin. Psychiatry* 2008 Apr: 69 (4) : 635 – 43.
141. Patel V, DeSouza N, Rodrigues M et al. “*Posnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India*”. *Arch Dis Child* 2003 Jan; 88 (1): 34-7.
142. García-Esteve L, Navarro P, Ascaso C. “*Family Caregiver role and premenstrual syndrome as associated factors for postnatal depression*”. *Arch Womens Ment Health* 2008 Jul; 11 (3): 193-200.
143. Parry B L.. “*Premenstrual and postpartum mood disorders*”. *Current opinion in Psychiatry* 1996, 9:11-16.
144. Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK “*Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes*”. *CMAJ* 1996; 154:785.
145. Kozhimannil, KB, Pereira, MA, Harlow, BL. “*Association between diabetes and perinatal depression among low-income mothers*”. *JAMA* 2009; 301:842-47.
146. Freeman MP. ”*Perinatal psychiatry: risk factors, treatment data, and specific*

- challenges for clinical researchers”. J Clin. Psychiatry 2008 Apr; 69 (4) : 633 – 4.
147. Sibolboro M E, Endicott J. “*Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum*”. Arch Womens Ment Health. 2007; 10 (6):259-66.
148. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E et al. “*Risk factors for early postpartum depressive symptoms*” . General Hospital Psychiatry 2006,28 (1): 3-8.
149. Leung BM, Kaplan BJ. “*Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link--a review of the literature*”. J Am Diet Assoc. 2009 Sep; 109(9):1566-75.
150. Hammen C, Brennan, P A. et al. “*Severity, Chronicity and Timing of Maternal Depression and Risk for Adolescent offspring Diagnoses in a Community Sample*”. Arch Gen Psychiatry. Mar 2003. Vol 60, 253-258.
151. Raliman A, Igbal Z. et al. “*Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study*” Arch Gen Psychiatry 2004 Sep; 61 (9): 946-52.
152. Hoffbrand S, Howard L, Crawley H. Et al. “*Tratamiento antidepresivo para la depresión posparto*” (Revisión Cochrane traducida). En la Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2007. Oxford.
153. Gupta S, Masand P, Raugwani S et al. “*Selective Serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and lactation*”. Obstet Ginecol Surv 1998; 53: 733 – 6.
154. Megan M. Dwight and Edward A. Walker et al. “*Depressive disorders during pregnancy and postpartum*”. Mood disorders 1998, 11:85-88.
155. Gascón J, Humbert M.S. “*Tratamiento farmacológico de los trastornos afectivos: Psicofarmacología aplicada*”. 1993. Barcelona: Organón Española.
156. Registro de Ensayos Clínicos. Sep 2006. Glaxo Smith Kline S.A.
157. Burrows GD: “*Long-term clinical management of depressive disorders*”. Clinical Psychiatry 1992; 53 (sup 3): 32 – 35.
158. Colimón Ardila NC., Tellez-Vargas J. ¿Cuándo prescribir los antidepresivos en el embarazo? Avances en psiquiatría biológica. 2005. Vol 6.
159. Epperson N, Czarkowski K, Ward – O’Brien D et al. “*Maternal Sertraline treatment and serotonin transport in breast – feeding mother – infant. Pairs*”. Am J Psychiatry 2001 ; 158 : 1631 – 7.
160. Begg E, Duffull S, Saunders D et al. “*Paroxetine in human milk*”. Br J Clin Pharmacol 1999; 48 : 142 – 7.
161. Ward R, Zamorski M. “*Benefits and risks of psychiatric medications during pregnancy*”. Am Fam Physician”. 2002; 66:629-636.

162. Wisner K, Perel J, Findling R. et al. “*Antidepressant Treatment during breast-feeding*”. Am J Psychiatry 1996; 153: 1132 – 7.
163. Burt V, Suri R, Altshuler L. et al. “*The use of psychotropic medications during breast feeding*”. Am J Psychiatry 2001; 58: 1001 – 9.
164. Guías Neonatales de Neonatología. Ministerio de Salud. 2005.
165. Sharma V, Smith A, Khan M. “*The relationship between duration of labour, time of delivery, and puerperal psychosis*”. Journal of Affective Disorders. 2004. 83: 215 - 220.
166. Gjerdingen Dwenda, K. “*Postpartum depression screening: importance, methods, barriers and recommendations for practice*”. Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM. 2007; 20 (3): 280-8.
167. Revista española de salud pública. Julio- Agosto 2007. Volumen 81, Nº 4. Pg 399-408.
168. Rodríguez L.. “*Inmigración y salud, una realidad con múltiples aristas*”. El Médico Profesión y Humanidades. Nº 102. Pág 16-30. Septiembre 2009.
169. García Campayo J , Alda Díez M. “*Salud mental e inmigración*”. Monografías de psiquiatría, Vol 17, Nº 4, pág 2-10. Barcelona. 2005.
170. García Campayo J, Gonzalez Broto C. “*Actitudes de los médicos españoles hacia los paciente inmigrantes: una encuesta de opinión*”. Actas Esp Psiquiatr 2006; 34 (6): 371-376.
171. “*Psicopatología de la inmigración*”. Monográfico de inmigración. Reunión Internacional. Fundación Jiménez Díaz. Pg 21.
172. Revista española de salud pública. Marzo- Abril 2008. Volumen 82, Nº 2. Pg 209-220.
173. Navarro Barrios JC , Morales Anduela R, Cañabate Prados A. “*Atención de la salud mental en inmigrantes*”. Originales Atención Primaria y salud Mental. Pg 118-121. 2002.
174. Morrow M, Smith JE. Et al.“*Shifting landscapes: immigrant women and postpartum depression*”. Health Care Women Int. 2008 Jul; 29 (6):593-617.
175. Templeton L, Velleman R, Persand A, Milner P.et al. “*The experiences of postnatal depression in women from black and minority ethnic communities in Wiltshire UK*”. Ethn Health 2003 Aug; 8 (3): 207-21.
176. Migraciones y salud mental: Recordatorio. IMP-Psiquiatría. Vol IV Nº 1, 1992, pág 31-33.

177. Merino Amador P. *“Síndrome de Ulises. La patología psiquiátrica entre la población inmigrante”*. Edición laboratorio Dexal Farmacéutica S.A. 2006.
178. Alonso A, Huerga H, Morera J. *Guía de Atención al Inmigrante*. Madrid: ERGON Ediciones 2003: 73-90.
179. Taylor G.J. *“The Alexithymia Construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality”*. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry* 1994; 10, 61-74.
180. Martínez Sánchez F. *“Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)”*. *Clínica y Salud* 1996; 7 (1): 19-32.
181. Goldberg G D.P, Hillier V.F. A scale version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979, 9: 139-145. Validado por:
Lobo A., Pérez-Echevarria M.J, Artal J. Validity of the scale versión of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine* 1986; 16: 135-140.
182. Wallston KA, Wallston B.S & De Vellis R. *“Development of the Mutidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scale”*. *Health Education Monographs* 1978; 6: 161-170.
183. Grossarth – Maticek and Eysenck H.J. *“Personality, Stress and disease: description and validation of a new inventory”*. *Psychological Reports* 1990, 66, 355-373.
184. Ruiz MA, Baca E. *Design and validation of the “Quality of life Questionnaire (Cuestionario de Calidad de vida, CCV): A Generic Health- related Quality of life Instrument*. *Journal of Psychological Assessment*, 1993; Vol 9; ISSUE 1, 19- 32.
185. Levenstein S., Prantera C., Varvo V. et al. *“Development of the perceived stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research”*. *Journal of Psychosomatic Research* 1993. 37 (1): 19-32.
186. Sanz Carrillo C, García Campayo J, Rubio A y Cols. *“Validation of the spanish version of the Perceived Stress Questionnaire”*. *Journal of Psychosomatic Research* 2002, 52: 172-187.
- (187. Nieland N, Roger D.”*Emotion control and analgesia in labour”*. *Pers Individual Dif.* 1993; 14(6).
188. Martínez MA, Irala J, López I. *“Introducción a los modelos multivariados”*. En: Martínez MA, Irala J, Faulín F editores. *Bioestadística amigable*. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 2001. p. 465-88.

189. Bland JM, Altman DG. Statistic notes. The odds ratio. *BMJ* 2000; 320: 1468.
190. Altman DG. Use of confidence intervals to indicate uncertainty in research findings. *Evidence-Based Me* 1996; 1: 102-104.
191. González F. Definiciones perinatológicas. En: *Protocolos asistenciales de Ginecología y Obstetricia*. Tomo primero, Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid; 1994 p. 21-7.
192. J. Monleón Alegre, J. Monleón Sancho. Asistencia al desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta. Diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto pretérmino. *Manual de asistencia a la patología Obstétrica*. Editor: E. Fabre González. 1997. p. 863.
193. Melchor J.C, Gamissans O. Diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto pretérmino. *Manual de asistencia a la patología Obstétrica*. Editor: E. Fabre González. 1997. p. 343.
194. De la Fuente P. Crecimiento intrauterino retardado del feto (CIR). En *Protocolos asistenciales en Ginecología y Obstetricia*. Tomo primero, Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y obstetricia. Madrid; 1994 p. 109-13.
195. Sigman, M. y Capps, L. *"Niños y niñas autistas: una perspectiva evolutiva"*. Ediciones Morata. (2000) Madrid.
196. Bruno, F.J. *Diccionario de términos psicológicos fundamentales*. (1997). Barcelona. Paidós Studio.
197. Santamaría R, Martín C. *"Trastornos hipertensivos del embarazo. En: Protocolos asistenciales en Ginecología y Obstetricia"*. Tomo primero, Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y obstetricia. Madrid; 1994 p. 103-7.
198. R. Domínguez, J. Minués. *"Asistencia al embarazo y parto del feto macrosómico"*. *Manual de asistencia a la patología Obstétrica*. Editor: E. Fabre González. 1997. P. 921
199. L.C. Tejerizo, F. Corredera. *"Asistencia al embarazo con feto muerto"*. *Manual de asistencia a la patología Obstétrica*. Editor: E. Fabre González. 1997. p. 947.
200. Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas (estilo Vancouver) 5ª ed. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 89-102.
201. Riecher-Rössler A, Hofecker Fallahpour M. et al. *"Postpartum depression: do we still need this diagnostic term?"*. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108 (Suppl. 418): 51-56.

202. Misry S, Sivertz K. *"Psychiatric Disorders in Pregnancy and Postpartum"*. Course of the American Psychiatric Association. 154th Annual Meeting of the American Psychiatric Association. New Orleans USA, May 2001.
203. Munk-Olsen, T, Lauren, TM, Pedersen, CB, et al. *"New parents and mental disorders: a population-based register study"*. JAMA 2006; 296:2582.
204. Hayes BA, Muller R. et al. *"Prenatal depression: a randomized controlled trial in the emotional health of primiparous women"*. Res Theory Nurse Pract. Summer-Fall; 18(2-3):165-83.
205. Chisolm MS, Tuten M. et al. *"Relationship between cigarette use and mood / anxiety disorders among pregnant methadone maintained patients"*. Am J Addict 2009 Sept – Oct; 18 (5): 422 – 9.
206. Brady KT, Back SE. *"Women and Addiction"*. Textbook of Substance Abuse Treatment. Ed. Mare Galanter, Herbert D, Klerber. American Psychiatric Publishing (fourth edition). Washington, 2008.
207. Lowenstein W. *"Complications of cocaine addiction"*. Rev Prat 2009 Jun 20; 59 (6): 825 – 9.
208. Kashiwagi M, Sieber S. *"Psychological mood state of opiate addicted women during pregnancy and postpartum in comparison to non addicted healthy women"*. J Psychosom Obstet Gynaecol 2009 Sep; 30 (3): 201 – 4.
209. Dennis C-LE, Janssen PA, Singer J. et al. *"Identifying women at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period "*. Acta Psychiatr. Scand 2004; 110: 338-346.
210. McCoy SJ, Beal JM, Saunders B. *"Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation"*. J Reprod Med 2008 Mar; 53(3):166-70.
211. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J. *"Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth »*. BJOG. 2001 May; 108(5): 492-8.
212. Swallow BL, Lindow SW, Masson EA. et al. *"Development of an instrument to measure nausea and vomiting in pregnancy"*. J Obstet Gynaecol. 2002 Sep; 22 (5): 481-5.

213. Hall W.A., Hauck YL. et al. "*Childbirth fear, anxiety, fatigue and sleep deprivation in pregnant women*". J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2009 Sep – Oct; 38 (5): 567 – 76.
214. T. Saisto, Halmesmäki E. et al. "*Fear of childbirth: a neglected dilemma*". Acta Obstet Gynecol Scand 2003. Mar; 82 (3): 201 – 8.
215. Wiklund I, Edman G, Andolf E. et al. "*Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers*". Acta Obstetric Gynecology Scand. 2007;86(4):451-6.
216. Wilkie G, Shapiro C.M. "*Sleep deprivation and the postnatal blues*". Journal of Psychosomatic Research. 1992. 36: 309-16.
217. Seimyr L., Sjögren B. "*Antenatal maternal depressive mood and parental-fetal attachment at the end of pregnancy*" Arch Women Ment Health 2009. 12 :269-279.
218. Sharma V, Corpse CS. "*Case study revisiting the association between breastfeeding and postpartum depression*". J. Hum Lact 2008 Feb; 24(1):77-9.
219. Puig del Livol Verdejo M. "*Trastornos psiquiátricos y estatus socioeconómico*" IMP-Psiquiatría. Nº 1, 1992, pg 41- 43.
220. García –Esteve, L; Ascaso, C; García, M. Y Col. "*Maternidad y Trabajo: impacto de la morbilidad psiquiátrica puerperal en la adaptación al año de las madres trabajadoras*". Clinic Barcelona, Hospital Universitari. Periodo realización 2000 – 2003. Hypatia / Estudios 2 / Memorias 551.
221. Seva A., Martínez, M. "*Mecanismos etiopatogénicos de las enfermedades mentales*". Medicine Enero 1999; 4942-51.
222. Yong-Ku Kim, MD, Ji-Won Hur, Ma. "*Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: A prospective study*" Psychiatry and Clinical Neurosciences 2008; 62: 331-340.
223. Ching-Yu Cheng, Pickler RH. "*Effects of Stress and Social Support on Postpartum Health of Chines Mothers in the United States*" Research in Nursing & Health, 2009, 32, 582-591.
224. Shelton R.C. "*The molecular Neurobiology of Depression*". Psychiatric Clinics of North America 2007. 30 (1): 1-11.

225. Davey HL, Tough SC, Adair CE. Et al. *“Risk Factors for Sub-Clinical and Major Postpartum Depression Among a Community Cohort of Canadian Women”*. 2008 Feb 7. *Matern Child Health*. Epub ahead of print.]
226. Chandron LH, Szilagyi PG. *“Detection of postpartum depressive symptoms by screening at Well- Child visits”*. *Pediatrics* 2004 Mar; 113 (3pt1): 551-8.
227. Mc Cue Horwitz S, Briggs-Gowan MJ. et al. *“Persistence of Maternal Depressive Symptoms through the Early Years of Childhood”*. *Journal of Women’s Health*. 2009. Volume 18, Number 5.
228. Lee DT, Wong CK, Ungvari GS. Et al. *“Screening psychiatric morbidity after miscarriage: application of the 30-item General Health Questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale”*. *Psychosom Med*. 1997 Mar -Apr; 59(2):207-10.
229. Rudelir M. *“Abordaje clínico de la depresión”*. *Avances en Medicina* . 1999. Pg 97-106.
230. Field T, Deeds O. et al. *“Beneficts of combining massage therapy with group interpersonal psychotherapy in prenatally depressed women”* *J Bodyw Mov Ther* 2009 Oct; 13(4): 297 – 303.
231. B. Pascual García, A. Gutierrez, J Sanjuan.”*Estrategias de afrontamiento como factores predisponentes, protectores de depresión posparto”*. *Revista de psiquiatría y salud mental*. 2009 Oct;(2). Ponencia presentada en el XIII Congreso Nacional de Psiquiatría celebrado en Madrid OCT. 2009.
232. Dennis CL, Creedy D. *“Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión posparto”*. Reproducción de una revisión de Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, N° 2. UPDATE software.
233. Zlotnick C, Johnson SL et al. *“Postpartum depression in women receiving public assistance: Pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention”*. *Am J Psychiatry*. Apr 2001; 158 (4) 638-640.

ANEXOS:

ANEXO I (Psicoeducación)

La depresión puerperal consiste en el desarrollo de una tristeza extrema en la madre tras el nacimiento de su hijo. A veces, esta depresión puede tener una fácil explicación, bien porque el hijo no ha sido deseado o por la presencia de alguna enfermedad. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones la depresión parece no tener sentido y puede desarrollarse aún cuando el amor por el recién nacido sea intenso.

Es una de las complicaciones más prevalentes del postparto y puede ser considerada como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria de muchas mujeres.

Esta enfermedad afecta alrededor del 13 % de las mujeres tras el parto y la mayoría de los casos surgen en el primer mes tras el parto. Si no se trata adecuadamente esta enfermedad, puede persistir durante meses e incluso años. Las manifestaciones clínicas son las de una depresión clásica (tristeza durante la mayor parte del día, irritabilidad, fatiga, insomnio o sueño excesivo, disminución de la actividad, declive de intereses o hobbies, descenso en la espontaneidad, indiferencia, ataques de llanto, preocupación, dificultades sociales, trastornos del apetito, dificultades para concentrarse y recordar, descenso del interés sexual, susceptibilidad a la enfermedad, sentimientos de desesperanza, abandono del cuidado personal, pensamiento de suicidio).

La depresión postparto es un trastorno poco detectado por los médicos y por ello poco tratado. Si se detectara pronto esta enfermedad sería posible tratarla mejor. Una de cada dos mujeres se sienten un poco llorosas, desanimadas e inseguras en el tercer o cuarto día tras el parto, esta situación dura de unas horas a un par de días y pronto desaparece. Muchas mujeres se sienten cansadas y un poco desorganizadas cuando regresan a casa del hospital, pero generalmente controlan perfectamente la situación cuando pasa más o menos una semana (esto es normal) sin embargo, para las madres con una depresión postparto las cosas empeoran día tras día.

Todavía no sabemos lo suficiente sobre porqué las mujeres desarrollan depresiones postparto como para poder estar seguros de quien la desarrollará y quien no. Probablemente no existe una causa clínica sino más bien diferentes tipos de estrés que puede tener la misma consecuencia o que pueden actuar conjuntamente.

Sabemos que entre los factores de riesgo están:

- Historia previa de depresión (especialmente puerperal).
- Falta de apoyo por parte de la pareja.
- Un bebé prematuro (nacido antes de tiempo) o con cualquier tipo de enfermedad.
- El que la nueva madre hubiera perdido a su madre cuando era niña.
- Acumulación de acontecimientos vitales adversos como el fallecimiento de un ser querido, la pérdida de empleo de la paciente o de su pareja, problemas económicos, problemas de vivienda etc.

Sin embargo, una mujer puede sufrir una depresión postparto sin que se aprecie ninguna razón obvia para la misma. Muchas madres deprimidas no son conscientes de que tienen una enfermedad y se sienten avergonzadas de tener que admitir como les ha afectado su reciente maternidad.

Una vez que se sospecha la presencia de este trastorno, hay que animar a la paciente para que exprese como se siente realmente tras el parto de su hijo (tanto a sus familiares como a su médico). Si manifiesta sentirse triste, desgraciada, incompetente, asustada y desinteresada por el bebé, debe aceptarse esto con una actitud comprensiva, no de alarma y reproches; hay que convencerla de que no es una madre caprichosa, extravagante o una mala madre y que muchas personas han padecido y padecen la misma enfermedad.

Consejos para intentar prevenir dicha enfermedad

- No intente ser una supermujer. El tener un hijo es un trabajo que puede exigir dedicación exclusiva, de forma que durante su embarazo intente reducir sus compromisos (si trabaja, asegúrese que se alimenta de forma suficiente y con regularidad y ponga los pies en alto durante la hora de la comida).
- No se mude de casa mientras está embarazada o hasta que su hijo no tenga seis meses.
- Haga amistad con otras parejas que estén esperando un hijo o que lo hayan tenido recientemente. Entre otras cosas, esto le posibilitará el disponer de alguien que pueda cuidar a su hijo cuando lo precise.

- Identifique a alguien en quien pueda confiar, es necesario disponer de algún amigo-familiar a quien acudir en caso de necesidad.
- Vaya a las clases preparto y lleve a su pareja consigo.
- Aliméntese adecuadamente. Las ensaladas, los vegetales frescos, la fruta, los zumos naturales, la leche y los cereales son alimentos muy adecuados tanto para este momento como para el postparto (además no necesitan de mucha cocina).

Una vez que el bebé haya nacido:

- Aproveche cualquier oportunidad para descansar. Aprenda a echar cabezadas o pequeñas siestas. Su pareja podrá encargarse de alimentar al bebé, utilizando si usted lo desea incluso su propia leche extraída con anterioridad.
- Encuentre tiempo para disfrutar con su pareja. Intente conseguir una niñera y salgan juntos a cenar, al cine o a ver unos amigos.
- Intente intimar con su pareja incluso aunque todavía no le apetezca tener relaciones sexuales completas, un beso, un abrazo, una caricia o un mimo puede ser bastante reconfortables hasta que regrese el deseo sexual al completo.
- No sea crítica consigo misma ni con su pareja. La vida se hace bastante dura en estos momentos y el cansancio y la irritabilidad de ambos puede conducir a discusiones frecuentes que no harán más que debilitar su relación en unos momentos en que esta debería ser más fuerte.
- La actitud comprensiva y afectiva del marido (su ayuda práctica con el recién nacido y el ser positivo) serán apreciados incluso cuando la depresión no aparezca.
- No tema pedir ayuda cuando la necesite. Aunque su médico es quien debe realizar el diagnóstico, lo que usted haya aprendido en las clases preparto y en folletos informativos como éste, puede orientarle sobre cuando pedir ayuda.

ANEXO II (*Historia Clínica*)

1. Datos de filiación (etiqueta).
2. Lugar entrada estudio.
3. Edad gestacional entrada estudio.
4. País 0= España / 1= extranjero.
5. Continente 0= África / 1= América / 2= Asia / 3= Europa.
6. Edad.
7. Estado Civil 0= Casada / 1= Soltera / 2= Separada / 3= Viuda.
8. Convivencia con la pareja 0= No / 1= Sí.
9. Ambiente 0= Rural / 1= Urbano.
10. IMC
11. Aspecto externo 0= Bueno / 1= Excelente / 2= Malo.
12. Participación de la gestante con preguntas 0= No / 1= Sí.
13. Horas de sueño al día.
14. Nivel de estudios 0= Sin estudios / 1= Graduado / 2= Bachiller / 3= Universidad.
15. Trabajo 0= Fijo / 1= Paro / 2= Sus labores / 3= Temporal.
16. Vivienda 0= Alquilada / 1= Propia.
17. Inquilinos en el piso 0= No / 1= Sí.
18. Depresión en la familia 0= No / 1= Sí.
19. Fallecimiento del padre 0= Adulto / 1= Infancia / 2= Pubertad.
20. Fallecimiento de la madre 0= Adulta / 1= Infancia / 2= Pubertad.
21. Relación con el padre en la infancia 0= Buena / 1= Mala / 2= Mejorable.
22. Relación con la madre en la infancia 0= Buena / 1= Mala / 2= Mejorable.
23. Relación actual con el padre 0= Buena / 1= Mala / 2= Mejorable
24. Relación actual con la madre 0= Buena / 1= Mala / 2= Mejorable.
25. Enfermedad médico-quirúrgica 0= No / 1= Sí.
26. Embarazo espontáneo 0= No / 1= Sí.
27. Síndrome premenstrual 0= No / 1= Sí.
28. > 4 eventos desagradables 0= No / 1= Sí.
29. Náuseas 0= No / 1= Sí.
30. Vómitos 0= No / 1= Sí.
31. Sueños relacionados con el embarazo 0= No / 1= Buenos / 2= Malos / 3= ambos.
32. Pesadillas en general 0= No / 1= frecuentes / 2= ocasionales.
33. Ocio 0= No / 1= Sí.
34. Amigos durante más de 3 años 0= alguno / 1= muchos / 2= no.
35. Más de 1 hora semanal con los amigos 0= No / 1= Sí.

36. Deseo gestación 0= algo / 1= mucho / 2= No.
37. Deseo gestación la pareja 0= algo / 1= mucho / 2= No.
38. Otras aspiraciones distintas al embarazo con importancia superior 0= alguna / 1= muchas / 2= no.
39. Depresión previa 0= No / 1= Sí.
40. Psicofármacos previos 0= No / 1= Sí.
41. Psicólogo previo 0= No / 1= Sí.
42. Otras enfermedades psiquiátricas previas 0= No / 1= Sí.
43. Sensación de estrés 0= No / 1= leve / 2= moderado / 3= extremo.
44. Problemas familiares 0= No / 1= Sí.
45. Problemas laborales 0= No / 1= Sí.
46. Enfermos crónicos a su cuidado 0= No / 1= Sí.
47. Consulta médica preconcepcional 0= No / 1= Sí.
48. Fólico preconcepcional 0= No / 1= Sí.
49. Lectura en relación con la gestación 0= No / 1= Sí.
50. Dieta sana 0= No / 1= Sí.
51. Tabaco previa gestación 0= No / 1= Sí / 2= exfumadora.
52. Alcohol previa gestación 0= No / 1= Sí / 2= ocasional.
53. Cannabis previa gestación 0= No / 1= Sí / 2= ocasional.
54. Opiáceos previa gestación 0= No / 1= Sí
55. Estimulantes previa gestación 0= No / 1= Sí
56. Tabaco durante gestación (Nº cigarros)
57. Drogas durante gestación 0= No / 1= Sí
58. Alcohol durante gestación 0= No / 1= Sí
59. Patología en embarazos anteriores 0= No / 1= Sí
60. Primigesta 0= No / 1= Sí
61. Nº Abortos
62. Nº IVES
63. Nº IVES por diagnóstico prenatal
64. Nº hijos a su cargo
65. Deseo sexo neonato por gestante 0= hembra / 1= varón
66. Deseo sexo neonato por pareja 0= hembra / 1= varón
67. Enfermedades durante el embarazo 0= No / 1= Sí
68. Visitas completas al tocólogo 0= No / 1= Sí
69. Edad gestacional parto
70. Parto doloroso 0= No / 1= Sí
71. Parto largo 0= No / 1= Sí
72. Parto 0= Cesarea programada / 1= Cesárea urgente / 2= Eutócico / 3= Espátulas / 4= Fórceps
73. Morbilidad neonatal 0= No / 1= Sí.

- 74. Mortalidad neonatal 0= No / 1= Sí.
- 75. Lactancia 0= Artificial / 1= Materna / 2= mixta / 3= bebé > 6 meses
- 76. Peso neonato 0= bajo / 1= normal / 2 = elevado.
- 77. Sexo neonato 0= hembra / 1= varón
- 78. Apgar primer minuto
- 79. Apgar minuto cinco
- 80. Peso y talla bebé 0= bajo / 1= normal
- 81. Llanto recién nacido 0= algo/ 1= bastante

ANEXO III (Escala y cuestionarios realizados al entrar en el estudio)

ESCALA DE ALEXITIMIA TAS-20

(Adaptación de Martínez, S. Universidad de Murcia, 1996).

Por favor, lea atentamente cada una de las afirmaciones y marque en qué medida usted está o no de acuerdo con cada una de ellas.

1= Totalmente de acuerdo.

2= Moderadamente en desacuerdo.

3= No sé. Ni en acuerdo ni en desacuerdo.

4= Moderadamente de acuerdo.

5= Totalmente de acuerdo.

- | | | | | | | |
|---|------|---|---|---|---|---|
| 1. A menudo me encuentro confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo. | FI | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos. | FII | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Tengo sensaciones físicas que ni los médicos las entienden. | FI | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad. | FII | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos. | FIII | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Cuando estoy mal, no sé si estoy triste, asustado o enojado. | FI | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. A menudo estoy confundido con las sensaciones que noto en mi cuerpo | FI | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Prefiero dejar que pasen las cosas, en vez de analizar por qué han ocurrido así | FIII | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Tengo sentimientos que no puedo identificar. | FI | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Es importante estar en contacto y sentir emociones o sentimientos. | FIII | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Me es difícil describir o explicar lo que siento sobre la gente. | FII | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. La gente me pide que explique con más detalle mis sentimientos. | FII | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. No sé lo que está pasando en mi interior, dentro de mí. | FI | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. A menudo no sé por qué estoy enojado. | FI | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias más que de sus sentimientos. | FIII | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Prefiero ver en la TV programas superficiales de entretenimiento en vez de complicados dramas psicológicos | FIII | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Me es difícil mostrar mis más profundos sentimientos incluso a mis amigos íntimos. | FII | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Puedo sentirme cercano a alguien, comprender sus sentimientos, aun en momentos de silencio. | FIII | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales. | FIII | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Buscar el significado profundo de las películas impide la diversión que se pueda sentir viéndolas simplemente sin complicarse | FIII | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG.
General Health Questionnaire (G.H.Q. 28 items).

Nombre..... Fecha.....

POR FAVOR, LEER CUIDADOSAMENTE.

Nos gustaría saber si Vd ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas simplemente subrayando las respuestas que a su juicio se acercan más a lo que siente o ha sentido usted. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

Es importante que trate de responder a TODAS las preguntas.

Muchas gracias por su colaboración.

ULTIMAMENTE:

A.1. ¿ Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

-Mejor que lo habitual -Igual que lo habitual. -Peor que lo habitual -Mucho peor que lo habitual.

A.2. ¿Ha tenido la sensación de que no necesitaba un reconstituyente?

-No, en absoluto -No más que lo habitual. -Bastante más que lo habitual. -Mucho más que lo habitual.

A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerza para nada?

-No, en absoluto -No más que lo habitual. -Bastante más que lo habitual. -Mucho más que lo habitual.

A.4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

-No, en absoluto -No más que lo habitual. -Bastante más que lo habitual. -Mucho más que lo habitual.

A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

-No, en absoluto -No más que lo habitual. -Bastante más que lo habitual. -Mucho más que lo habitual.

A.6. ¿Ha tenido la sensación de opresión en la cabeza o de que la cabeza la va a estallar?

-No, en absoluto -No más que lo habitual. -Bastante más que lo habitual. -Mucho más que lo habitual.

A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

-No, en absoluto -No más que lo habitual. -Bastante más que lo habitual. -Mucho más que lo habitual.

B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho tiempo?

-No, en absoluto -No más que lo habitual. -Bastante más que lo habitual. -Mucho más que lo habitual.

B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

-No, en absoluto -No más que lo habitual. -Bastante más que lo habitual. -Mucho más que lo habitual.

B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

-No, en absoluto -No más que lo habitual. -Bastante más que lo habitual. -Mucho más que lo habitual.

B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

-No, en absoluto -No más que lo habitual. -Bastante más que lo habitual. -Mucho más que lo habitual.

B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

-No, en absoluto -No más que lo habitual. -Bastante más que lo habitual. -Mucho más que lo habitual.

B.6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

-No, en absoluto -No más que lo habitual. -Bastante más que lo habitual. -Mucho más que lo habitual.

B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

-No, en absoluto -No más que lo habitual. -Bastante más que lo habitual. -Mucho más que lo habitual.

C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

- Más activo que lo habitual	-Igual que lo habitual	-Bastante menos que lo habitual	-Mucho menos que lo habitual.
------------------------------	------------------------	---------------------------------	-------------------------------

C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?.

- Menos tiempo que lo habitual	-Igual que lo habitual	-Bastante más que lo habitual	- Mucho más que lo habitual
--------------------------------	------------------------	-------------------------------	-----------------------------

C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

-Mejor que lo habitual -Aproximadamente lo mismo -Peor que lo habitual -Mucho peor que lo habitual.

C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

- Más satisfecho	-Aproximadamente lo mismo	-Menos satisfecho de lo habitual	-Mucho menos satisfecho
------------------	---------------------------	----------------------------------	-------------------------

C.5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

-Más útil que lo normal -Igual que lo habitual -Menos útil que lo habitual -Mucho menos que lo habitual

C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

-Más útil que lo normal -Igual que lo habitual -Menos útil que lo habitual -Mucho menos que lo habitual

C.7. ¿ Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

-Más útil que lo normal -Igual que lo habitual -Menos útil que lo habitual -Mucho menos que lo habitual

D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- No en absoluto -No más que lo habitual -Bastante más que lo habitual -Mucho más que lo habitual.

D.2. ¿Ha vivido su vida sin esperanza?

- No en absoluto -No más que lo habitual -Bastante más que lo habitual -Mucho más que lo habitual.

D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- No en absoluto -No más que lo habitual -Bastante más que lo habitual -Mucho más que lo habitual.

D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

- No en absoluto -No más que lo habitual -Bastante más que lo habitual -Mucho más que lo habitual.

D.5. ¿Ha notado que ha veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- No en absoluto -No más que lo habitual -Bastante más que lo habitual -Mucho más que lo habitual.

D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

- No en absoluto -No más que lo habitual -Bastante más que lo habitual -Mucho más que lo habitual.

D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?

- No en absoluto -No más que lo habitual -Bastante más que lo habitual -Mucho más que lo habitual.

A: _____

B: _____

C: _____

D: _____

T: _____

SIRI

Nombre.....Edad.....Sexo.....

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con sus actitudes y emociones hacia personas y situaciones que poseen una gran importancia para usted. Léalas detenidamente y conteste a cada una según su primera impresión indicando si para Ud es verdadero o falso (marque con una X delante de la palabra *Verdadero* o *Falso*, según corresponda). Si en alguna frase le resulta difícil contestar, procure hacerlo según considere que es más bien verdadero o más bien falso. Procure no dejar ninguna pregunta en blanco, a no ser que le sea absolutamente imposible contestar.

1990 R. Grossart-Maticek y H.J. Eysenck. Adaptación española P. Chorot y B. Sandín. UNED. Madrid 1991

1. Encuentro muy difícil defenderme por mi mismo/a....._Verdadero _Falso
2. Durante mucho tiempo me he venido quedando de sufrir situaciones o estados desfavorables, pero he sido incapaz de hacer algo para modificarlos._Verdadero _Falso
3. Me preocupo sobre todo por mi propio bienestar._Verdadero _Falso
4. Normalmente estoy muy contento y feliz con mis actividades diarias._Verdadero _Falso
5. Sólo puedo expresar mis sentimientos cuando existen buenas razones para ello._Verdadero _Falso
6. Las reglas sociales me son indiferentes y me preocupa poco lo que otros esperan de mí o de mis obligaciones hacia ellos._Verdadero _Falso
7. Vivo infeliz y descontento/a, ya sea estando con alguien concreto o bien porque no tenga a nadie....._Verdadero _Falso
8. Prefiero actuar de acuerdo con los demás antes que imponer mis propias opiniones._Verdadero _Falso
9. Ciertas personas son la causa principal de mis desgracias personales._Verdadero _Falso
10. Tiendo a ser cambiante al valorar positiva o negativamente a la gente y a las cosas....._Verdadero _Falso
11. Cuando no logro establecer relaciones íntimas con alguien emocionalmente importante para mí, no tengo dificultades en dejarle....._Verdadero _Falso
12. Me resulta difícil expresar mis emociones._Verdadero _Falso
13. Mi conducta es muy variable, o soy muy amable y de buen talante o soy hostil y agresivo._Verdadero _Falso
14. El no tener ciertas cosas (o estados o situaciones) me impide vivir feliz y contento/a....._Verdadero _Falso
15. Suelo comportarme según lo que esperan las personas cercanas a mí, más que según mis propias necesidades....._Verdadero _Falso
16. Ciertas condiciones o situaciones son la causa principal de mis desgracias personales....._Verdadero _Falso
17. Soy cambiante con las personas que amo, oscilando desde ser muy dependiente hasta mantenerlas a gran distancia....._Verdadero _Falso

18. Normalmente arreglo las cosas de tal forma que las personas emocionalmente importantes para mí se encuentren tan cerca o tan distantes de mí como deseo....._Verdadero _Falso
19. Mi conducta está guiada por la razón más que por la emoción._Verdadero _Falso
20. Normalmente espero que los demás cumplan plenamente con lo convenido, Pero no que lo cumpla yo mismo._Verdadero _Falso
21. A menudo tengo pensamientos que me aterran y me hacen infeliz._Verdadero _Falso
22. Tiendo a ceder en mis propósitos para conseguir la armonía con otras personas....._Verdadero _Falso
23. Me siendo indefenso frente a la gente y las situaciones que me producen Infelicidad, porque no puedo hacer nada para cambiarlas._Verdadero _Falso
24. Cuando me encuentro ante una situación que vivo de forma amenazante o peligrosa, inmediatamente intento conseguir que otras personas me ayuden o apoyen....._Verdadero _Falso
25. Cuando fracaso en la consecución de mis objetivos, puedo fácilmente cambiar de rumbo....._Verdadero _Falso
26. Cuando alguien solicita que me exprese afectivamente, en general sólo reacciono de forma racional, jamás emocionalmente....._Verdadero _Falso
27. Por lo general me comporto de manera espontánea, siguiendo mis primeros Sentimientos y sin considerar las consecuencias....._Verdadero _Falso
28. Mis relaciones con algunas personas son siempre insatisfactorias pero no existe nada que yo pueda hacer para remediarlo....._Verdadero _Falso
29. Aunque francamente necesito a otra gente, soy incapaz de expresar mis sentimientos....._Verdadero _Falso
30. Siempre me encuentro con los aspectos y las condiciones indeseables de la gente....._Verdadero _Falso
31. Cuando alguien que es emocionalmente importante para mí me hiere aunque sólo sea un poco, inmediatamente me alejo de esa persona....._Verdadero _Falso
32. Puedo arreglármelas para vivir satisfactoriamente con o sin alguna persona emocionalmente me alejo de esa persona....._Verdadero _Falso
33. Soy incapaz de dejarme guiar por cuestiones emocionales....._Verdadero _Falso
34. Frecuentemente tengo ganas de atacar o aplastar a otras personas....._Verdadero _Falso
35. Ciertas situaciones y estados (por ejemplo, en mi lugar de trabajo) tienden a hacerme desgraciado/a, pero no puedo hacer nada para cambiarlo....._Verdadero _Falso
36. Suelo aceptar condiciones que se oponen a mis intereses personales sin ser capaz de protestar....._Verdadero _Falso
37. Ciertas personas tratan de interponerse en mi desarrollo personal....._Verdadero _Falso

38. Espero que los demás vivan de acuerdo con lo más elevados valores morales, pero no que pueda hacerlo yo....._Verdadero _Falso
39. Normalmente puedo modificar mi conducta para adaptarme a las situaciones....._Verdadero _Falso
40. Las emociones no influyen sobre mis actos haciendo que éstos parezcan irracionales....._Verdadero _Falso
41. Cuando mi pareja demuestra amor hacia mí, a veces me convierto en una persona agresiva._Verdadero _Falso
42. Ciertos estados corporales (por ejemplo estar gordo/a) me hacen infeliz, pero me siento incapaz de hacer algo para cambiarlos....._Verdadero _Falso
43. Generalmente me siento inhibido cuando deseo expresar sentimientos negativos como odio, agresión o ira....._Verdadero _Falso
44. Existen ciertas circunstancias que están interfiriendo con mi desarrollo personal....._Verdadero _Falso
45. Prioritariamente busco satisfacer mis propias necesidades y deseos, más que tener en cuenta los derechos y necesidades de los demás....._Verdadero _Falso
46. Generalmente soy capaz de encontrar nuevos puntos de vista y soluciones a los problemas....._Verdadero _Falso
47. Siempre trato de hacer lo que es racional y lógicamente correcto....._Verdadero _Falso
48. Cuando siento necesidad de atacar a alguien físicamente, no tengo inhibiciones para hacerlo....._Verdadero _Falso
49. Muy raramente puedo relajarme física y mentalmente, generalmente me encuentro muy tenso/a....._Verdadero _Falso
50. Cuando recibo algún shock emocional tengo tendencia a no manifestarlo a los demás....._Verdadero _Falso
51. Me resulta difícil controlar mi excitación o estrés porque son otras personas las que me lo provocan....._Verdadero _Falso
52. Cuando pido afecto a otra persona, exijo que me lo proporcione de forma inmediata....._Verdadero _Falso
53. Soy independiente en lo que hago, aunque esto vaya en mi propio perjuicio..._Verdadero _Falso
54. Siempre trato de expresar mis necesidades y deseos de forma racional y razonable....._Verdadero _Falso
55. No tengo inhibiciones para herirme o hacerme daño físicamente si me apetece hacerlo._Verdadero _Falso
56. Poseo grandes dificultades para entablar relaciones felices y agradables con la gente....._Verdadero _Falso
57. Cuando me siento emocionalmente defraudada tiendo a estar inhibida y paralizada_Verdadero _Falso

-
58. Me resulta difícil reducir mi excitación o estrés porque ellos depende de cosas que no puedo controlar....._Verdadero _Falso
59. Generalmente me encuentro satisfecha en situaciones cotidianas que no están sujetas a normas o expectativas._Verdadero _Falso
60. Cuando las cosas no parecen resolverse, más que abandonar trato cambiar la forma de afrontarlas_Verdadero _Falso
61. Trato de resolver mis problemas empleando criterios racionales pertinentes....._Verdadero _Falso
62. Estoy disconforme con las obligaciones morales porque me estorban o inhiben....._Verdadero _Falso
63. Me siendo indefensa ante shocks emocionales, depresión o ansiedad._Verdadero _Falso
64. Cuando me ocurre algo terrible, tal como la muerte de algún ser querido, soy bastante incapaz de expresar mis emociones y deseos....._Verdadero _Falso
65. Puedo expresar claramente mis objetivos y deseos, pero siento que es casi imposible llevarlos a cabo._Verdadero _Falso
66. Cuando alguien tiende a importarme emocionalmente tiendo a pedirle cosas contradictorias, tales como “no me dejes jamás” o “déjame en paz”_Verdadero _Falso
67. Cuando las cosas me llevan a resultados peligrosos no tengo problemas en cambiar mi conducta para lograr resultados positivos....._Verdadero _Falso
68. Sólo creo en cosas que pueden probarse de forma lógica y científica._Verdadero _Falso
69. No dudo en mentir o fingir cuando ello me beneficia_Verdadero _Falso
70. Raramente soy capaz de sentir entusiasmo por algo....._Verdadero _Falso

Nombre..... Fecha.....

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (CCV)
Ruiz, Baca. (1993)

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de preguntas que hacen referencia a diversos aspectos relacionados con la vida cotidiana. En cada pregunta rodee con un círculo aquel número (1: Nada, 2: Poco, 3: Algo, 4: Bastante ó 5: Mucho) que refleje mejor su situación personal en este momento.

1	¿Disfruta Vd con el trabajo que realiza?	1	2	3	4	5
2	¿Está Vd contento con la manera en que realiza su trabajo?	1	2	3	4	5
3	¿Le deja el trabajo suficiente tiempo libre para otras cosas que desea hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Está Vd contento con su ambiente de trabajo?	1	2	3	4	5
5	¿Le impiden los problemas o preocupaciones del trabajo disfrutar de su tiempo libre?	1	2	3	4	5
6	¿Termina Vd su jornada laboral tan cansado que sólo le apetece descansar?	1	2	3	4	5
7	¿El trabajo que Vd hace le provoca un permanente estado de tensión?	1	2	3	4	5
8	¿Le desborda en la actualidad su trabajo?	1	2	3	4	5
9	¿Se siente Vd con buena salud?	1	2	3	4	5
10	¿Se siente Vd con suficiente energía para hacer su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Se siente fracasado?	1	2	3	4	5
12	¿Se siente Vd inquieto o angustiado?	1	2	3	4	5
13	¿Tiene Vd preocupaciones que le impiden o dificultan descansar o dormir?	1	2	3	4	5
14	¿Tiene Vd insomnio o dificultades importantes para conciliar el sueño?	1	2	3	4	5
15	¿Se siente Vd cansado la mayor parte del día?	1	2	3	4	5
16	¿Está Vd satisfecho con su estado actual de salud?	1	2	3	4	5
17	¿Cree Vd que va alcanzando lo que se propone en la vida?	1	2	3	4	5
18	¿Cree Vd que la vida le va dando lo que espera?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente capaz de conseguir la mayoría de las cosas que desea?	1	2	3	4	5
20	¿Mantiene Vd relaciones satisfactorias con las personas que convive?	1	2	3	4	5
21	¿Siente Vd que le quieren las personas que le importan?	1	2	3	4	5
22	¿Tiene Vd buenas relaciones con su familia?	1	2	3	4	5
23	¿Tiene Vd amigos con los que contar en caso necesario?	1	2	3	4	5
24	¿Cree Vd que tiene a quien recurrir cuando necesita la compañía o el apoyo de alguien?	1	2	3	4	5
25	¿Desearía Vd tener relaciones sexuales más satisfactorias o, si no tiene relaciones, le gustaría tenerlas?	1	2	3	4	5
26	¿Tiene Vd con quien compartir su tiempo libre y sus aficiones?	1	2	3	4	5
27	¿Está Vd satisfecho con los amigos que tiene?	1	2	3	4	5
28	¿Le satisface la vida social que hace?	1	2	3	4	5
29	¿Tiene Vd tiempo suficiente para relajarse y distraerse cada día?	1	2	3	4	5
30	¿Tiene Vd posibilidades de desarrollar sus aficiones (tiempo, dinero, etc).	1	2	3	4	5
31	¿Considera Vd agradable la vida que hace?	1	2	3	4	5
32	¿Considera Vd interesante la vida que hace?	1	2	3	4	5
33	¿Está Vd satisfecho de la vida que hace?	1	2	3	4	5
34	¿Está Vd satisfecho con el dinero de que dispone?	1	2	3	4	5
35	¿Está Vd satisfecho con su forma de ser?	1	2	3	4	5

(SOLO CONTESTAR PERSONAS CON PAREJA).

36	¿Está Vd satisfecho con su pareja?	1	2	3	4	5
37	¿Le atrae físicamente su pareja?	1	2	3	4	5
38	¿Le satisface su pareja sus deseos y necesidades sexuales?	1	2	3	4	5
39	¿Está satisfecho con la familia que tiene (pareja y/o hijos)?	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO DE ESTRÉS PERCIBIDO

(Levenstein et al. 1993)

Nombre..... Fecha.....

Por cada frase rodee el número que describe con que frecuencia se aplica el caso a usted durante el último mes. Conteste rápido sin molestar en revisar las contestaciones y cuide sólo en considerar el último mes.

	<u>Casi nunca</u>	<u>A veces</u>	<u>A menudo</u>	<u>Normalmente</u>
1. Se siente descansado.....	1	2	3	4
2. Siente que demasiadas exigencias recaen sobre usted.....	1	2	3	4
3. Está irritado o malhumorado.....	1	2	3	4
4. Tiene demasiadas cosas que hacer	1	2	3	4
5. Se siente solo o aislado.....	1	2	3	4
6. Se siente en situaciones de conflicto	1	2	3	4
7. Siente que hace cosas que realmente le gustan.....	1	2	3	4
8. Se siente fatigado	1	2	3	4
9. Siente que no puede arreglárselas para conseguir sus objetivos.....	1	2	3	4
10. Se siente tranquilo.....	1	2	3	4
11. Tiene demasiadas decisiones que tomar.....	1	2	3	4
12. Se siente frustrado	1	2	3	4
13. Está lleno de energía	1	2	3	4

14. Se siente tenso

1	2	3	4
---	---	---	---
15. Sus problemas parecen amontonarse

1	2	3	4
---	---	---	---
16. Siente que está acelerado

1	2	3	4
---	---	---	---
17. Se siente seguro y protegido

1	2	3	4
---	---	---	---
18. Tiene muchas preocupaciones

1	2	3	4
---	---	---	---
19. Está bajo la presión de otras personas

1	2	3	4
---	---	---	---
20. Se siente desilusionado

1	2	3	4
---	---	---	---
21. Disfruta de usted mismo

1	2	3	4
---	---	---	---
22. Está temeroso del futuro

1	2	3	4
---	---	---	---
23. Siente que hace cosas porque las tiene que hacer, no porque quiera hacerlas.

1	2	3	4
---	---	---	---
24. Se siente criticado o juzgado

1	2	3	4
---	---	---	---
25. Se siente alegre

1	2	3	4
---	---	---	---
26. Se siente mentalmente agotado

1	2	3	4
---	---	---	---
27. Tiene dificultades para relajarse ..

1	2	3	4
---	---	---	---
28. Se siente sobrecargado de dificultades

1	2	3	4
---	---	---	---
29. Tiene tiempo suficiente para usted mismo

1	2	3	4
---	---	---	---
30. Se siente bajo la presión de plazos límites

1	2	3	4
---	---	---	---

ANEXO IV *(Escala Postnatal de Edimburgo realizada en el puerperio)*

En los últimos siete días:

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

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

2. He mirado el futuro con placer

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

***3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien**

- 3 Sí, la mayoría de las veces
- 2 Sí, algunas veces
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nunca

4. He estado preocupada y ansiosa sin motivo

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

***5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno**

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

ANEXO IV (*Escala Postnatal de Edimburgo realizada en el puerperio*)

6. Las cosas me superan, me sobrepasan

- 3 Sí, la mayor parte de las veces
- 2 Sí, a veces
- 1 No, casi nunca
- 0 No, nada

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

- 3 Sí, la mayoría de las veces
- 2 Sí, a veces
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nada

***8. Me he sentido triste y desgraciada**

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

***9. He sido tan infeliz que he estado llorando**

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

***10. He pensado en hacerme daño a mí misma**

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

ANEXO V

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA PACIENTE

Título de estudio: “ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO DEL PUERPERIO Y EL VALOR DE LA EDUCACIÓN DE LA GESTANTE EN LA PREVENCIÓN DE DICHA PATOLOGÍA”.

El equipo médico de obstetricia y psiquiatría estamos llevando a cabo un estudio sobre las alteraciones del estado de ánimo del puerperio, cuyo objetivo es conocer mejor las causas que pueden producir esta enfermedad.

Para obtener esta información se realiza una entrevista que consiste en una historia clínica muy completa y en las contestaciones de 6 cuestionarios sencillos. A los 40 días del puerperio, coincidiendo con su revisión postparto, le pasaremos otros dos cuestionarios psicológicos igualmente sencillos.

La participación en el estudio es totalmente voluntaria. Si usted quiere participar sólo tiene que firmar este informe.

Los datos recogidos de su historia son confidenciales y sólo tendrán acceso a ellos los investigadores y el personal implicado en el análisis de los mismos.

En caso de que usted no desee contestar los cuestionarios o si en algún momento de la entrevista decide no continuar, no afectará para nada a su relación con el personal sanitario que le atiende ni a su tratamiento.

Si desea más información sobre el estudio o tiene cualquier duda sobre su participación puede consultar con su tocólogo.