

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**RIESGO DE DEPRESION POST PARTO SEGÚN  
ESCALA DE EDIMBURGO**

**CLAUDIA MARIA SANCHEZ MALDONADO**

**Tesis**

**Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ginecología y Obstetricia  
Para obtener el grado de  
Maestra en Ciencias en Ginecología y Obstetricia**

Marzo, 2014



# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Claudia María Sánchez Maldonado

Carné Universitario No.: 100020012

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Riesgo de depresión post parto según escala de edimburgo"**

Que fue asesorado: Dra. Alicia C. Cifuentes

Y revisado por: Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para marzo 2014.

Guatemala, 04 de marzo de 2014

  
**Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.**  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado



  
**Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.**  
Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades



/lamo



Quetzaltenango 21 de octubre 2,013

Doctor:

Julio Fuentes Mérida

Coordinador Específico de la Escuela de Post-Grado

Universidad de San Carlos de Guatemala

Hospital Nacional de Occidente "San Juan de Dios"

Presente

Estimado Dr. Fuentes:

Por este medio le informo que revise el contenido del Informe Final De Tesis con el título "Riesgo De Depresión Post Parto Según Escala De Edimburgo, Hospital Nacional De Occidente 2011" de la Dra. Claudia María Sánchez Maldonado el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados Por el Post- Grado de Ginecología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente.

Dra. Alcira Cifuentes  
Asesora de Tesis  
Departamento de Ginecología  
Hospital Nacional de Occidente



**ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS  
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD  
DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE  
QUETZALTENANGO**

**Oficio No.12-2014 REF/dszv  
Quetzaltenango 07 de Febrero del 2014**

**Doctor  
Jesen Hernández  
Docente Responsable  
Maestría de Ginecología y Obstetricia  
Edificio**

Respetable Dr. Hernández:

De manera más atenta me dirijo a usted, deseándole toda clase de éxitos en sus labores diarias. Así mismo me permito informarle que he revisado y aprobado el trabajo de tesis titulado: "RIESGO DE DEPRESION POST PARTO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO, HOSPITAL NACIONAL DE OCCIDENTE 2011" a cargo de la Dra. **Claudia María Sánchez Maldonado**, de la especialidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Occidente, para dar cumplimiento al Normativo y Manual de Procedimientos de la Escuela de Estudios de Postgrado, de la Facultad de Ciencias Médicas.

Agradeciendo su fina atención a la presente me suscribo de usted, atentamente como su atento y seguro servidor.

*EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA*

***"Id y Enseñad a Todos"***

  
**DR. JULIO FUENTES MERIDA MSc.  
REVISOR DE TESIS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO  
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE**



## INDICE

I. INTRODUCCION.....	01
II. MARCO TEORICO.....	03
2.1. Depresión.....	06
2.2 Trastornos Postpa.....	11
2.2.1 Depresión Post parto.....	11
2.3 Antecedentes y Estudios Relacionados.....	16
2.3.1 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Brasil... ..	16
2.3.2 Facultad de Medicina, Universidad de Antofagast.....	17
2.3.3 Mujeres latinas migrantes propensas a sufrir depresión Guatemala... ..	18
2.3.4 Dra. Ana del Pilar Arévalo, Ginecología y Obstetricia Universidad Francisco Marroquín.....	19
2.3.5 Estudios realizados en el Hospital Roosevelt.....	19
2.3.6 Estudios del Hospital San Juan de Dios, Guatemala.....	24
III. OBJETIVOS.....	27
IV. MATERIALES Y METODOS.....	28
4.1 Tipo de estudio.....	28
4.2 Población.....	28
4.3 Criterios de Inclusión.....	28
4.4 Criterios de Exclusión.....	28
4.5 Operativización de las Variables.....	28
4.6 Instrumentos utilizados para la recolección de información.....	29
4.7 Procedimientos para la recolección de información.....	29
4.8 Procedimiento que garantiza el aspecto ético.....	29
4.9 Procedimiento de análisis.....	29
V. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	30
Grafica 1.....	30
Grafica 2.....	30
Grafica 3.....	31
Grafica 4.....	31

Grafica 5.....	32
Grafica 6.....	32
Grafica 7.....	33
Grafica 8.....	33
Grafica 9.....	34
VI. ANALISIS Y DISCUSIÓN .....	35
6.1 Discusión.....	35
6.2 Conclusiones.....	38
6.3 Recomendaciones.....	39
VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	40
VIII ANEXOS.....	43
8.1 Boleta de Datos Generales.....	43
8.2 Escala de Edimburgo.....	44
8.3 Consentimiento Informado.....	47

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESTUDIOS DE POST-GRADO  
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

## RESUMEN

TITULO: Riesgo de Depresión post parto según escala de Edimburgo.  
Estudio Descriptivo Prospectivo.

AUTORA: Dra. Claudia María Sánchez Maldonado.

El objetivo fue determinar la prevalencia de riesgo de depresión post parto en las pacientes que acudan a su primer control del puerperio, a través del test de depresión post parto de Edimburgo.

Se llevo a cabo el estudio en una población de 400 pacientes puérperas, atendidas en las instalaciones del Hospital Nacional de Occidente, a quienes se aplico la escala de medición de riesgo de Depresión Post parto, escala de Edimburgo, obteniendo que el 8.25% de ellas (33 pacientes) presentan un puntaje por arriba de 11, lo cual es significativo de un alto riesgo de padecer la enfermedad.

El grupo etareo en que más se presento el trastorno es de 16 a 18 años, lo cual se considera se debe a que la mayoría de pacientes puérperas se encontraba entre estas edades.

En relación a la paridad de las pacientes incluidas, el 38.5% de estas es primípara y 24.5% es multípara, y de las 33 pacientes que presentan mayor riesgo de depresión el 51% de ellas es primípara.

Se considera de suma importancia que durante el control prenatal de toda paciente se brinde el apoyo tanto nutricional, físico y psicológico, para detectar y prevenir patologías que pueden causar graves complicaciones.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESTUDIOS DE POST-GRADO  
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

#### ABSTRACT

Title: Depression disorder in patients in the postpartum period

Descriptive Prospective Study

Author: Claudia María Sanchez Maldonado

The objective was to determine the prevalence of postpartum depression in patients attending their first postpartum control, Hospital Nacional de Occidente, through the test of the Edinburgh postnatal depression.

The study was carried in a population of 400 patients giving birth, attended on the premises of the Hospital Nacional de Occidente to whom it applies the scale of risk measurement Postpartum Depression, scale Edinburgh, showing that 8.25% of them (33 patients) have a score above 11, which is significant at high risk of developing the disease.

The age group in which the disorder occurs the most is 16 to 18 years of age; it is believed that this is because most patients in our study were between these ages.

In relation to the parity of the patients included, 38.5% of these are primiparous, 24.5% are multiparous, and of the 33 patients that show high risk of depression 51% of them are primiparous,

It is considered of high importance that during the prenatal control all patients receive nutritional, physical, and psychological support to detect and prevent pathologies that could cause serious complications.

## I. INTRODUCCION

La depresión post parto es un trastorno grave que afecta del 8 al 20% de las mujeres durante el puerperio, especialmente durante las primeras 4 semanas, después del parto. La depresión postparto ha sido definida como "la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año postparto". El cuadro clínico presenta el humor deprimido y falta de placer en las actividades (anedonia) como síntomas cardinales. El cuadro se caracteriza por llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas. Son frecuentes también los sentimientos de culpa y autocensura por no estar amando o cuidando al hijo lo suficiente, y casi siempre están presentes síntomas de ansiedad acompañando o inclusive superando a los síntomas de depresión del humor.

La incidencia varía, y realmente depende del tipo de estudio que se realice para establecer con certeza cuál es la que afecta a cierto tipo de población. En estudios a nivel internacional, la prevalencia de depresión post-parto se encuentra entre el 10 y el 15%, aunque existen reportes de prevalencias más elevadas, tales como 23% en India, 21% en Malasia y 27% en Turquía. A nivel de América Latina existen estudios en donde se reporta prevalencia de casos de depresión post parto de 22 a 38%, lo cual podría aseverar que el ser latino, también comprende factor de riesgo para padecer de esta patología, inclusive porque se sabe que son mujeres que experimentan la soledad con mayor frecuencia lo cual podría estar relacionado a esta mayor incidencia.

Existen pocos estudios a nivel nacional sobre la incidencia de esta patología, uno realizado en Hospital Roosevelt reporta una mayor prevalencia de depresión en pacientes puérperas en relación con las que no se encuentran en este período, (41% versus 20%), ya que este hospital realizó un estudio comparativo entre estos dos grupos de pacientes.

Aún contando con estos estudios, a nivel regional no se ha realizado uno que ponga en evidencia el riesgo que tiene nuestra población de padecer este trastorno, el cual es importante diagnosticar a un tiempo prudente para la intervención oportuna.

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia del test positivo para depresión postparto según la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, en puérperas atendidas en el Hospital Nacional de Occidente, en las primeras dos semanas siguientes al parto.

## II. ANTECEDENTES

Un resultado claramente negativo en el periodo perinatal de las mujeres es la depresión post-parto. A pesar de ello, aún no se tiene claridad sobre la naturaleza de este fenómeno y su relación con diversas variables conductuales y estructurales. Típicamente, este síndrome se caracteriza por sentimientos de tristeza en la nueva madre, una inestabilidad emocional extrema, tendencia al llanto, irritabilidad y fatiga.

La mayor parte de la investigación sobre la depresión post-parto ha buscado causas biológicas o psicosociales de ella, tales como cambios hormonales, edad maternal y número de alumbramientos, historia psiquiátrica, atmósfera marital, entre otros. Al momento se le ha dado poca consideración al impacto del contexto cultural del periodo post-parto como causa de la depresión, factores tales como la organización de la familia y el grupo social, el papel de las expectativas de la propia madre y de las que pudieran mostrar otros familiares o personas significativas, entre otros.

Si revisamos la literatura antropológica sobre los nacimientos encontraríamos que existen elementos comunes en la estructuración social del periodo post-parto en diferentes culturas. Esto nos permite suponer que la experiencia de la depresión post-parto se exagera y se potencializa por factores socio-culturales<sup>1</sup>.

Existe una idea informal folklórica y popular acerca de este periodo como un episodio emocionalmente complejo, estresante y fatigoso. Las madres norteamericanas expresan que en un 60-80% lo experimentan como "baby blues" (distimia) y posiblemente como una depresión de nivel intermedio, lo que representaría un síndrome culturalmente anclado en la cultura occidental, que es resultado parcialmente de las prácticas modernas de nacimiento y de la falta de una definición clara del rol social que esto tiene y de las provisiones para la ayuda y el apoyo que necesita la nueva madre en nuestra sociedad<sup>11</sup>.

Los problemas emocionales post-parto se pueden rastrear hasta los primeros escritos de Hipócrates, quien en el año 700 A. C. los describía en detalle. También habría que citar los textos de Galeno, Celcio y otros. Aunque la depresión post-parto es un trastorno tratable, muchas mujeres que lo padecen no reconocen tener este problema.

Un estudio realizado en mujeres con depresión postnatal mostró que cerca del 90 % se percató que algo andaba mal, sin embargo menos del 20 % reportó sus síntomas ante algún médico. De esta muestra, solo un tercio consideró tener una depresión post-parto. De acuerdo con los datos de otro estudio (Walter, 1997), se estima que solo el 20 % de las pacientes con este desorden reciben un manejo de salud mental. Los individuos restantes permanecen sin diagnóstico, están mal diagnosticados o no buscan ninguna asistencia médica<sup>20-21</sup>.

Así, la incidencia de la depresión post-parto resulta muy variable, en un rango entre 30 y 200 casos por cada 1000 nacimientos (3 – 20 %), con una estimación de una tasa de recurrencia de entre 10 y 35 %. La depresión puede ocurrir en cualquier momento después del parto, frecuentemente luego que la mujer ha regresado a su hogar desde el hospital. Los síntomas pueden durar desde unas pocas semanas hasta varios meses: cerca del 4% de los casos persisten por un año.

Datos recientes ubican la incidencia de la depresión post-parto en aproximadamente 10 a 15 % de las madres primíparas<sup>22</sup>.

Al discutir las causas de la depresión postparto, debemos mencionar las teorías biológicas. A partir de la revolución psicofarmacológica de los años 1950's se planteó la relación entre la depresión postparto y los cambios hormonales de la mujer.

Consistentemente se notaba que la presentación de los síntomas en el tercer día del post-parto correspondía con los cambios hormonales que ocurren en ese tercer día. Uno de estos cambios hormonales que se encuentra bien establecido por la investigación y que ocurre en el periodo post-parto es una brusca caída en los niveles de estrógenos y de progesterona. Al tercer día del post-parto, los estrógenos y la progesterona regresan a los niveles que había antes del embarazo. Las mujeres con los decrementos más bruscos tienen más probabilidades de reportarse como deprimidas durante los primeros 10 días después del parto<sup>5</sup>.

---

21. WICKBERG B., Hwang C.P. « The Edinburgh Postnatal DépressionScale : validation on a Swedish community sample » ActaPsychiatrScand 94 : 181-184, 1996.

22. RIGHETTI-VELTEMA M., et al, 2009 (voir ref. dans bibliographie globale)

También se ha notado una relación entre estas rápidas caídas de los estrógenos luego del parto y marcados decrementos de los niveles de triptófano en plasma, mismos que correlacionan con el diagnóstico de depresión. No obstante esto, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en afirmar que las hormonas no están directamente relacionadas con la depresión post-parto.

Por ejemplo, algunos afirman que “no hay sustento para asociar directamente la progesterona y el tono emocional post-natal”<sup>6</sup>.

Un campo de investigación más reciente se refiere a la actividad de la prolactina durante el puerperio. Los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo post-parto, por lo que razonablemente se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés y producen un rápido declive en su prolactina, podrían tener una depresión post parto<sup>9</sup>. Este es un asunto que requiere de mayor investigación al momento. También se ha sugerido que el estrés psicobiológico y los cambios en los esteroides adrenales durante el post-parto, jueguen un papel en la depresión. Sin embargo, algunos investigadores afirman que “no existe una asociación positiva entre la depresión post-parto y los cambios en la concentración de esteroides como el cortisol” (Gregoire et al, 2001).

Se han argumentado también causas psicológicas de la depresión post-parto. En muchos reportes se encuentra que las nuevas madres manifiestan sentimientos de “inadecuación” respecto a su relación con el bebé. Datos más sistemáticos provienen de un estudio que utilizó una larga muestra de mujeres postnatales a las que se les aplicó un Cuestionario de Actitudes Maternales (MAQ) para evaluar su opinión respecto a su rol y sus expectativas maternas. Los resultados mostraron que las mujeres con depresión postparto eran cognitivamente diferentes a las madres que no estaban deprimidas (Warner et al, 2006). Otros estudios han investigado el efecto del peso corporal que se gana después del embarazo y su relación con la imagen corporal deseada y la auto-estima de la mujer.

Algunos investigadores han encontrado que el bienestar psicológico de las mamás, muchas veces se estima a partir de su peso después del parto (Jenkin&Tiggemann, 1997). Así también, otras investigaciones muestran que las mujeres con más peso reportan síntomas de depresión más frecuentemente (Walter, 1997).

También se ha sugerido que el número de partos es un factor asociado a la depresión postnatal. Diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto (Kruckman & Smith, 2008)<sup>8</sup>.

## 2.1 DEPRESIÓN

La depresión (del latín *depressu*, que significa 'abatido', 'derribado') es un trastorno del estado de ánimo que en términos generales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida<sup>2</sup>.

Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivir tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como 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).

También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento educativo. La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio. Las diferentes escuelas psiquiátricas han propuesto varios tratamientos para la depresión: la biopsiquiatría, a través de un enfoque farmacológico, avalado por los éxitos de las últimas generaciones de antidepresivos (abanderados por la fluoxetina, la

"*píldora de la felicidad*" del siglo XX), la escuela psicoanalítica a través de procedimientos psicodinámicos, o la terapia cognitivo-conductual, a través de propuestas conductuales y cognitivas.

El término en psicología de conducta hace referencia a la descripción de una situación individual mediante síntomas. La diferencia radica en que la suma de estos síntomas no implica en este caso un síndrome, sino conductas aisladas que pudieran si acaso establecer relaciones entre sí. Así, la depresión no sería causa de la tristeza ni del suicidio, sino una mera descripción de la situación del sujeto. Pudiera acaso establecerse una relación con el suicidio en un sentido estadístico, pero tan sólo como una relación entre conductas<sup>2</sup>.

### *Historia*

Conocida en sus inicios con el nombre de *melancolía* (del griego clásico μέλας, "negro" y χολή, "bilis"), la depresión aparece descrita o referenciada en numerosos escritos y tratados médicos de la Antigüedad. El origen del término se encuentra, de hecho, en Hipócrates, aunque hay que esperar hasta el año 1725, cuando el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión.<sup>2</sup>

Hasta el nacimiento de la psiquiatría moderna, su origen y sus tratamientos alternan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música, etc.) pero, con el advenimiento de la Controversia de la biopsiquiatría y el despegue de la psicofarmacología, pasa a ser descrita como acaso una enfermedad más. Su alta prevalencia y su relación con la esfera emocional la han convertido, a lo largo de la historia, en frecuente recurso artístico e incluso en bandera de movimientos culturales como el romanticismo.

### *Etiología*

El eje serotonina-dopamina parece cumplir un papel fundamental en el desarrollo de los trastornos depresivos. En este descubrimiento se funda el efecto de los modernos antidepresivos, inhibidores de la recaptación de serotonina.

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales.

Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad<sup>23-24</sup>.

La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionado con los neurotransmisores, así como alteraciones inmunológicas asociadas a citoquinas en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reduce el número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos)<sup>25</sup>.

Sin embargo, aún no se ha descubierto ninguna alteración biológica estable y común, es decir, ningún marcador biológico, por lo que no se puede hablar de enfermedad en su sentido literal. Se establecen otros términos: trastorno mental, enfermedad mental o una psicopatología.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica<sup>26-27</sup>. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación<sup>10</sup>.

### *Epidemiología*

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, para trastorno depresivo mayor, y una incidencia anual del 1 al 2 por mil<sup>28</sup>.

---

24. Lima, L. (1992). Bases biológicas de los trastornos afectivos. *Interciencia*, 17(2), 86-91

Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general<sup>29</sup>.

### *Depresión en las mujeres*

Las hormonas sexuales femeninas parecen modular de alguna manera el desarrollo y la gravedad de los cuadros depresivos.

La depresión se da en la mujer con una frecuencia que es casi el doble de la del varón. Quizás factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. Otra explicación posible se basa en el contexto social que viven las mujeres, relativas al género<sup>30-31</sup>. En particular, en relación con los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Las hormonas sexuales femeninas, debido a una existencia de menores niveles de estrógenos, parecen desempeñar por tanto un cierto papel en la etiopatogenia de la depresión<sup>32</sup>.

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) demostró que las mujeres que presentaban predisposición a padecer el síndrome premenstrual (SPM) grave se alivian de sus síntomas físicos y anímicos cuando se les suprimen sus hormonas sexuales a través de un tratamiento farmacológico<sup>33-34</sup>.

La depresión posparto es un trastorno depresivo que puede afectar a las mujeres después del nacimiento de un hijo. Está ampliamente considerada como tratable. Los estudios muestran entre un 5 y un 25 por ciento de prevalencia, pero las diferencias metodológicas de esos estudios hacen que la verdadera tasa de prevalencia no esté clara<sup>35</sup>.

---

32. Estrogen replacement and response to fluoxetine in a multi-center geriatric depression trial. American Journal of Geriatric Psychiatry. 1997.

35. Agency for Health Care Research and Quality: Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes

## Evaluación diagnóstica

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, farmacológicas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. Quien diagnostique también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia.

Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage<sup>36</sup>, la Escala de Depresión de Zung<sup>37</sup>, el Inventario de Depresión de Beck<sup>38</sup>, el Test de Depresión de Goldberg<sup>39</sup> o el Test de Depresión de Hamilton<sup>40</sup>.

## *Tratamiento*

El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como reinstaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas leves o moderadas de depresión. Las personas con depresión severa más a menudo mejoran con antidepresivos, en estos casos la mayoría obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas y psicoterapia.

**Farmacológico:** Los principales grupos de fármacos antidepresivos son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la enzima monoamino-oxidasa (IMAO), aunque se están incorporando nuevos grupos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (como la venlafaxina) o los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (reboxetina). En mayor o menor grado, todos ellos

pueden presentar algunos efectos secundarios, principalmente sequedad de boca, estreñimiento, mareos, náuseas, insomnio o cefalea, siendo los de las últimas generaciones los mejor tolerados.

El tratamiento debe mantenerse durante seis a doce meses, para evitar el riesgo de recaídas, aunque el efecto completo puede conseguirse al mes del inicio del tratamiento.

En torno al 25 por ciento de los pacientes abandonan el tratamiento en el primer mes, un 44 por ciento en el primer trimestre, y un 60 por ciento de los pacientes dentro de los seis meses iniciales<sup>41-42</sup>.

Se han publicado resultados que hacen pensar que la fluoxetina no es en realidad un medicamento tan efectivo contra la depresión como se había anunciado y creído<sup>43-44</sup>.

Psicoterapia: Algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Las terapias "de conversación" ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estos diálogos se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra<sup>45</sup>.

## **2.2 TRASTORNOS POSTPARTO**

Dentro de los trastornos mentales que se dan después del parto, se encuentran:

- Tristeza postparto, tristeza de la maternidad, o melancolía postparto.
- Depresión post parto
- Psicosis post parto

### **2.2.1 DEPRESIÓN POSTPARTO**

La depresión postparto ha sido definida como "la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año postparto".

---

45. James P. Jr. McCullough (2003, Aug 27). Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). GuilfordPress. ISBN 1-57230-965-2

El cuadro clínico es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, teniendo el humor deprimido y falta de placer en las actividades (anedonia) como síntomas cardinales, sin embargo, la depresión postparto posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica<sup>13</sup>.

El cuadro se caracteriza por llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas.

La depresión varía de leve a una depresión suicida. Puede producirse en cualquier momento hasta un año posparto. Los síntomas comienzan en la mayoría de casos en las primeras cuatro a seis semanas después del parto. Pitt encontró que el 11% de las pacientes estudiadas a las 28 semanas de gestación y seis semanas posparto desarrollaron nuevos casos de depresión durante el periodo posparto<sup>9</sup>.

Este predominio de síntomas ansiosos ya fue señalado en la descripción inicial del cuadro en 1968, cuando Pitt denominó esta entidad como "depresión atípica del postparto". Otra característica de este cuadro es que la mujer afectada raramente comenta su estado con los profesionales de la salud, y se esfuerza por seguir desempeñando sus obligaciones de cuidado de sus hijos y marido<sup>7</sup>.

Es difícil determinar la prevalencia real de la depresión postparto, porque los estudios difieren demasiado en lo que se refiere a metodología y poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que 10 a 28% de las mujeres después del parto son afectadas por esta entidad<sup>11</sup>.

La depresión postparto es habitualmente subdiagnosticada en centros de atención materno-infantil, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a patologías obstétricas como preeclampsia, parto prematuro o diabetes gestacional. Esto es lamentable porque se deja de auxiliar a mujeres que sufren intensamente en una fase crítica de la vida, y por evidencias que señalan que este cuadro es responsable de trastornos de la interacción madre-recién nacido, pudiendo causar en los hijos alteraciones psicológicas en el corto y largo plazo, además de un mayor riesgo de separaciones y divorcios<sup>12</sup>.

---

9. Gabbe. Obstetricia de. Tomo 1 pag 716

Para el diagnóstico de depresión postparto es necesaria una entrevista clínica cuidadosa, cuyo tiempo de duración ha sido estimado en 45 a 60 minutos. Resulta evidente que sería impracticable aplicar esta entrevista a todas las parturientas, por lo que es necesario usar alguna prueba de rastreo, que permita seleccionar las madres que necesitarán una evaluación diagnóstica. La prueba más utilizada para ese objetivo es la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo.

## ESCALA DE DEPRESION POST NATAL DE EDIMBURGO

Desde su publicación viene siendo empleada y validada en varios países y culturas, y traducida al menos a 23 idiomas diferentes. La Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de postparto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Con una sensibilidad de 90% y una especificidad de 82%. Estudios previos demostraron que la depresión de postparto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. Se deben responder todas las preguntas y se aplica 2 a 8 semanas posparto.<sup>46</sup>

Algunos estudios indican que la depresión después del parto ocurre más a menudo en mujeres que carecen de apoyo emocional o que han padecido:

- depresión después de un parto anterior
- una enfermedad psiquiátrica

- tensión emocional reciente, como la muerte de un ser querido, una enfermedad en la familia o mudarse a una nueva ciudad

#### Motivos que causan la depresión post parto

La depresión después del parto tiende a ocurrir a consecuencia de una combinación de factores que implican el cuerpo, la mente y el estilo de vida. No hay dos mujeres con la misma constitución biológica ni con las mismas experiencias en la vida. Estas diferencias pueden ser el motivo por el cual algunas mujeres presentan depresión después del parto y otras no. También pueden ayudar a explicar por qué una mujer puede lidiar con los rigores de la vida cotidiana pero le resulta difícil enfrentar la tensión emocional de un recién nacido.

#### *Cambios corporales*

Los niveles de las hormonas *estrógeno* y *progesterona* disminuyen abruptamente durante las horas posteriores al parto. Este cambio puede provocar depresión de la misma manera que cambios más pequeños en los niveles hormonales pueden provocar cambios en el estado de ánimo y tensión antes de los periodos menstruales. Algunas mujeres se ven más afectadas por estos cambios que otras, éstas tienden a padecer tristeza o depresión después del parto<sup>4</sup>.

Los niveles hormonales que produce la glándula tiroidea también pueden disminuir abruptamente después del parto. Si estos niveles se reducen demasiado, la madre de un recién nacido puede presentar síntomas semejantes a la depresión, como cambios en el estado de ánimo, nerviosismo, agotamiento, dificultad para dormir y tensión emocional. Además, las madres de recién nacidos raras veces descansan el tiempo que necesitan. En el hospital, los visitantes, la rutina del hospital y las alimentaciones del bebé interrumpen el sueño. En la casa, las alimentaciones y el cuidado del bebé se hacen de día y de noche, junto con las tareas domésticas. Durante meses pueden sentirse agotadas y privadas de sueño. Estos factores pueden ser una causa principal de depresión.

#### *Aspectos emocionales*

Es común tener sentimientos de duda durante el embarazo. Tal vez el embarazo no fue planeado. No obstante, aunque el embarazo haya sido planeado, es posible que 40 semanas no sea suficiente tiempo para permitirle a una pareja adaptarse al esfuerzo adicional de cuidar de un recién nacido<sup>11</sup>.

El producto pudo haber nacido antes de tiempo. De ser así, ocurren cambios en las rutinas del trabajo y el hogar que los padres no esperaban. Si el recién nacido tiene un defecto congénito, puede ser más difícil aún la adaptación de los padres<sup>11</sup>.

Tener un bebé muchas veces provoca sentimientos de pérdida. Estos sentimientos pueden suscitar síntomas de depresión. La sensación de pérdida puede tomar varias formas:

- Pérdida de la libertad. La mujer puede sentirse atrapada y atada.
- Pérdida de una antigua identidad. La madre puede estar acostumbrada a que alguien la cuide o a tener ella el control.
- Pérdida del estado físico antes del embarazo y de la atracción sexual

#### *Factores del estilo de vida*

Un factor importante de la depresión después del parto es la falta de apoyo por parte de otras personas. El apoyo constante de la pareja de la mujer, los demás familiares o de las amistades es reconfortante durante el embarazo y después del parto. Es un gran alivio cuando otras personas pueden realizar las tareas domésticas y compartir el cuidado de un niño. Si la mujer vive sola o lejos de su familia, es posible que no cuente con este apoyo. Las dificultades para amamantar pueden provocar síntomas de depresión en la madre de un recién nacido. Estas madres no deben sentirse culpables si no pueden amamantar al bebé o si deciden dejar de hacerlo. Es posible alimentar adecuadamente con fórmula infantil. Su pareja u otra persona que brinda apoyo puede ayudarle con algunas de las alimentaciones y permitirle dedicar tiempo a sus propias necesidades o a descansar.

#### Prevalencia

La prevalencia varía según los criterios evaluados, área geográfica. Estudios internacionales reportan diferentes prevalencias en diversas áreas geográficas: 13.5% en China, 23% en India 27% en Turquía y 10-15% en Europa. En un meta-análisis que incluyó 59 estudios en países occidentales, se estima que la incidencia de depresión en mujeres post-parto es de cerca de 12.3%<sup>11</sup>.

---

11. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risks of postpartum depression- a metaanalysis. *IntRevPsychiatry*. 1996; 8: 37-54

En Guatemala no existen datos precisos sobre la prevalencia de la depresión post-parto, aunque se ha estimado que en América Latina se encuentra entre el 22 y 38%, especialmente entre mujeres de nivel socioeconómico bajo, con antecedente de depresión durante el embarazo.

## **2.3 ANTECEDENTES Y ESTUDIOS RELACIONADOS**

### **2.3.1 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Brasilia, Brasil**

Este estudio muestra una prevalencia de test de rastreo positivo sorprendentemente alta (22,2%) para un hospital donde el diagnóstico de depresión postparto es realizado con tan poca frecuencia. Teniendo en consideración que no se trata de un método diagnóstico, sino de rastreo, y que el Valor Predictivo Positivo de la EPDS es de 75%, podemos esperar una prevalencia real de depresión postparto en nuestra institución de aproximadamente 16,5%.

Este porcentaje se aproxima al límite superior del relatado por otros autores en la literatura internacional, y hace patente el grave problema de subdiagnóstico observado en instituciones de asistencia materno-infantil, principalmente en aquellas en las cuales no se aplica ningún test de rastreo durante el período puerperal. La prevalencia relativamente alta encontrada en este estudio puede ser explicada en parte porque fue realizado en un hospital público, que atiende fundamentalmente personas de bajo nivel socioeconómico, provenientes de áreas urbanas de pobreza, factores reconocidos como de riesgo para depresión postparto<sup>14-15</sup>. También el hecho de que nuestro hospital posea una unidad de terapia intensiva neonatal pudo haber influenciado la prevalencia, ya que hay evidencias de que madres de recién nacidos que estuvieron internados en unidades de terapia intensiva tienen un riesgo mayor de sufrir depresión postparto<sup>16</sup>. Otro hallazgo que llama la atención es que la edad, paridad, antecedentes de aborto o embarazo accidental no hayan demostrado ser factores de riesgo significativos para depresión postparto. Observación similar fue encontrada por otros autores en la literatura internacional, lo que lleva a pensar que un instrumento de rastreo debería ser aplicado a todas las puérperas de forma universal y no restringirlo a poblaciones de supuesto mayor riesgo<sup>17</sup>.

---

16. Beck CT. Recognizing and screening for postpartum depression in mothers of NICU infants. *Advances in Neonatal Care* 2003; 3(1): 37-46

El método más adecuado de diagnóstico de la depresión postparto parece ser el realizado en dos etapas: rastreo con un test de auto-aplicación, seguido de entrevista diagnóstica en casos positivos. Para la etapa de rastreo, el uso de la EPDS ha mostrado su utilidad en estudios realizados en varios países y culturas, por lo que debe ser considerada su inclusión en todos los servicios de salud que atienden a puérperas.

### **2.3.2 Facultad de Medicina. Universidad de Antofagasta. Octubre de 2008**

Estudio sobre la calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto (Rojas y cols, 2006), que buscaba caracterizar el tipo de síntomas depresivos presentes en mujeres con depresión posparto que se atienden en atención primaria. Se estudio a 159 mujeres con diagnóstico de DPP, pertenecientes a 4 centros de atención primaria de Santiago. El estudio mostró que la DPP se asoció grados importantes de discapacidad en actividades de la vida cotidiana. La severidad de los síntomas se asocia con deterioro significativo del nivel de funcionamiento físico y psíquico en las mujeres que padecen DPP.

Depresión Posparto en la mayoría de los casos se presenta durante el primer mes del puerperio o poco después, pero a veces los síntomas aparecen al final del embarazo. Se ha visto que en su etiología influyen factores biológicos, psicológicos y sociales (conflictos maritales, eventos vitales, apoyo social insuficiente ambivalencia respecto al embarazo).

En un estudio realizado, por el Dr. Gregorio Evans y cols (2003), en el Sistema Público de Atención de Salud, sobre factores de riesgo en la Depresión Posparto, se señala que un 66,6% de las pacientes con patología durante el embarazo, presentaron depresión posparto, en tanto que sólo un 26,37% de las pacientes sin patología, presento depresión posparto. Un 60% de las madres con hijos hospitalizados durante el período de recién nacido o lactante se deprimió posteriormente, en comparación con un 27,47% de madres con recién nacidos sanos que presentaron depresión. Finalmente, un 71, 42% de las mujeres con antecedente de depresión previa, presentaron en el puerperio depresión, siendo este último factor el con mayor asociación de riesgo<sup>47</sup>.

En otro estudio publicado en la Revista Médica de Chile, sobre prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile, se señalan como importantes factores de riesgo los antecedentes personales de depresión, el consumo de alcohol durante el embarazo, los antecedentes familiares de trastornos del ánimo, la violencia intrafamiliar y la mala calidad de la relación con el padre del hijo durante el embarazo y puerperio. Otros factores de riesgo que se han encontrado son el ser primípara, menor de edad, presentar una enfermedad mental durante el embarazo, tener historia de depresión posparto previa, historia previa de enfermedad mental a lo largo de la vida, historia familiar de enfermedad mental, eventos vitales estresantes recientes y problemas conyugales. Se señala, también, que es dos veces más probable encontrar una puérpera deprimida en un consultorio público que en una clínica privada (Póo y Espejo, 2008)<sup>48</sup>.

### **2.3.3 Mujeres latinas migrantes propensas a sufrir depresión Guatemala, 16 de mayo 2002**

La depresión y otros problemas mentales están aumentando entre las mujeres migrantes latinoamericanas radicadas en Estados Unidos, las preocupaciones por los problemas económicos y la brecha cultural, son los principales factores que deprimen a la población femenina en el país del norte.

Las mujeres adolescentes latinas son el grupo que más probablemente analice la posibilidad del suicidio, ya que según los estudios casi un cuarto de ellas ha considerado hacerlo.

A decir de Natalie Weder, del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Yale, el 53 por ciento de las mujeres migrantes sufren depresión post parto, cinco veces más que la tasa promedio para las mujeres en Estados Unidos; esto se debe a que si ellas estuvieran en sus países no tendrían su hijo solas pues cuentan con el apoyo de sus abuelas, tías, madrinas o familiares que las ayudan.

El estrés de adaptarse a la sociedad estadounidense también causa problemas mentales y desórdenes de comportamiento, subrayó Andrés Pumariiega, del Departamento de Psiquiatría del Reading Hospital de Pensilvania. Enfatizó que los migrantes latinoamericanos intentan tener vínculos familiares tradicionales que

dominan su cultura mientras desarrollan una postura cerrada en sí misma para buscar el éxito, tan apreciada en la sociedad del país del norte<sup>18</sup>.

#### **2.3.4 Dra. Ana del Pilar Arévalo, Médico y Cirujano, Psiquiatra, Ginecólogo y Obstetra, Universidad Francisco Marroquín**

La depresión post-parto afecta a aproximadamente 1 de cada 8 puérperas a nivel mundial. Puede producir efectos a largo plazo sobre la madre, niño y familia y por lo general le es dada poca atención en los sistemas de atención de salud. La Escala de Depresión Postparto de Edinburgo (EPDS) es un instrumento de tamizaje sencillo, validado internacionalmente para detectar depresión en el puerperio. En la clínica de Niño Sano del Hospital Roosevelt, se entrevistó y administró la Escala de Edinburgo a un grupo experimental de 100 mujeres entre la 6ª y 8ª semanas post-parto y a un grupo control de 100 mujeres con niños mayores de un año, que acudieron a la clínica, para determinar y comparar la prevalencia de depresión en ambos grupos.

La prevalencia de depresión post-parto en el grupo experimental fue de 41%, con una puntuación promedio de  $9.02 \pm 5.41$ . Los resultados para el grupo control fueron significativamente diferentes, 20% y  $6.87 \pm 4.49$ , respectivamente ( $p=0.0021$  y  $0.0054$ ). En el grupo experimental se encontró una asociación significativa entre depresión post-parto y edad materna avanzada ( $\bullet 35$  años) y soltería ( $p=0.0300$  y  $0.0130$ ); en el grupo control se asoció a desempleo materno y alta paridad ( $\bullet 5$  hijos) ( $p=0.0013$  y  $0.0033$ ). Es importante introducir el tamizaje para este trastorno como parte de la evaluación post-parto<sup>19</sup>.

#### **2.3.5 Estudios Realizados en Hospital Roosevelt**

Se realizó un estudio comparativo abierto, transversal con el objetivo de determinar y comparar la prevalencia de depresión reflejada con el uso de la Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo, en dos grupos de madres guatemaltecas, puérperas y no puérperas, atendidas en el Hospital Roosevelt. Además se compararon las características generales y reproductivas de ambos grupos de mujeres para identificar posibles factores que se pueden asociar al desarrollo de depresión post-parto.

Entre el 12 de agosto y 15 de octubre de 2005, en la Clínica de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt, se obtuvo una población de 200 mujeres en edad reproductiva que acudieron con su hijo o hija al control de niño sano. La población fue dividida en dos grupos de 100 pacientes cada uno. Ambos grupos incluyeron mujeres sanas entre 18 y 45 años, sin historia de trastornos del ánimo ni uso de medicamentos psiquiátricos o drogas ilegales, quienes dieron su consentimiento informado para la realización de la prueba. Las pacientes postparto debían haber resuelto el embarazo entre 2 y 8 semanas previas a la entrevista, de acuerdo a las recomendaciones para la detección inicial de depresión post-parto utilizando la Escala de Edinburgh.

Las pacientes del grupo control debían haber resuelto su último embarazo por lo menos un año antes de la prueba, para ser consideradas no puérperas.

En una clínica aislada, se tomaron datos generales y otros datos relevantes como paridad y si el embarazo fue planeado o no, y se les proporcionó información sobre la prueba y la enfermedad. A todas las seleccionadas se les ofreció la prueba de Edinburgh, la cual consistió de 10 preguntas, en las cuales la paciente debía seleccionar una de cuatro opciones, produciendo una puntuación entre 0 y 3, dependiendo de la severidad de los síntomas.

Se anotó la puntuación total de la prueba, entre 0 y 30 puntos. Los casos con una puntuación mayor de 10, o una respuesta afirmativa en la pregunta No. 10 (ideación suicida) fueron tomados como casos positivos de depresión. Estas pacientes fueron referidas a la clínica de Salud Mental del hospital para evaluación y seguimiento. Los resultados de la prueba fueron analizados con la prueba de Mann-Whitney. Los demás datos fueron analizados por medio de las pruebas de Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher.

En este estudio se obtuvo una prevalencia de pruebas de Edinburgh positivas para depresión en las primeras 2-8 semanas post-parto, de 41%, comparado con 20% en el grupo control. Tomando en cuenta que la prueba es solamente de tamizaje, y que su valor predictivo positivo para la puntuación de corte de 10 puntos utilizada en este estudio es aproximadamente de 86%, se puede esperar que la prevalencia real de depresión post-parto identificada por esta prueba sea aproximadamente del 35%.

Por otro lado, asumiendo que la prueba de Edinburgh tuviera el mismo valor predictivo para el grupo control que para casos de depresión post-parto, se esperaría una prevalencia real de depresión de aproximadamente 17%.

La prevalencia de depresión post-parto fue significativamente mayor que la prevalencia de depresión en la muestra de mujeres no puérperas. Considerando que las madres en ambos grupos presentan características demográficas y reproductivas muy semejantes, a excepción de la edad de sus hijos, la diferencia apoya la idea que la depresión postparto es diferente a la depresión de la muestra de mujeres con hijos mayores de un año, y no es solamente un reflejo de la tendencia normal.

Las mujeres en el período post-parto se encuentran en riesgo elevado de sufrir depresión. Estas cifras son sorprendentemente elevadas, considerando que en el Hospital Roosevelt el diagnóstico de depresión post-parto no se realiza de forma rutinaria. En estudios a nivel internacional, la prevalencia de depresión post-parto se encuentra entre el 10 y el 15%, aunque existen reportes de prevalencias más elevadas, tales como 23% en India 21% en Malasia y 27% en Turquía.

Además, en América Latina existen similares reportes de prevalencia entre el 22 y 38%. La prevalencia tan alta que se obtuvo en el presente estudio se puede atribuir a que el mismo fue realizado en un hospital público de un país en vías de desarrollo, donde acuden principalmente personas de bajo nivel socioeconómico, con bajos ingresos familiares y bajo nivel educativo, los cuales son factores de riesgo reconocidos para la depresión post-parto. Sin embargo, llama la atención que en este estudio fueron excluidos diversos factores de riesgo, entre ellos enfermedad en el niño, complicaciones obstétricas y enfermedades maternas, los cuales de haber sido incluidos posiblemente habrían reflejado una prevalencia aún más elevada. Por lo tanto, puede decirse que existe un problema de subdiagnóstico de depresión post-parto en este centro asistencial.

Es posible que esta situación se dé también en otros centros asistenciales tanto a nivel público como privado, ya que no es común aplicar ninguna prueba de tamizaje durante el puerperio. Algunos estudios internacionales aducen que en países en vías de desarrollo como Guatemala existen ciertas prohibiciones y costumbres que acompañan la transición a la maternidad, entre ellas apoyo y atenciones que se le dan a la nueva madre, que pueden proteger de la depresión post-parto.

Sin embargo, este estudio se une a otros que muestra que la depresión post-parto no es una entidad exclusiva de países desarrollados. Se eligió el período entre la 6ª y 8ª semana post-parto como grupo experimental ya que estudios han demostrado que hacer la prueba más temprano disminuye la posibilidad de detectar a mujeres con desarrollo tardío de sintomatología depresiva. Sería interesante determinar las puntuaciones de las pacientes antes del parto; en primer lugar para investigar si existen indicios de depresión antes del parto en mujeres guatemaltecas, ya que se ha asociado ésta a depresión post-parto; y luego para atender el trastorno durante el embarazo.

Es importante destacar la elevada negativa por parte de las madres, a realizar la prueba voluntariamente. Aproximadamente 60% de las madres quienes clasificaban para ser entrevistadas, no dieron su consentimiento. Posiblemente las pacientes sospechaban padecer de síntomas depresivos y por vergüenza de ser juzgadas como malas madres o como pacientes psiquiátricas, impidieron que esta sintomatología fuera investigada. Por otro lado, es posible que algunas madres no apreciaran dicha sintomatología y consideraron la prueba útil.

Por estas y muchas otras razones desconocidas en la investigación, es imposible saber si estas madres habrían producido una diferencia en el resultado, ya sea una prevalencia mayor o menor de depresión. Se puede asumir que la prevalencia real no se encuentra lejos de lo reportado en este estudio. Solamente al implementar el uso de la escala como parte rutinaria de todas las consultas, se podría obtener una prevalencia más exacta. Es notable que a pesar de la semejanza entre las características generales y reproductivas entre los dos grupos evaluados, existen diferencias considerables entre los factores asociados a una prueba de Edinburgh positiva. En el grupo control se encontró una asociación significativa entre depresión y desempleo, y alta paridad (5 ó más niños); mientras que en el grupo experimental, se asoció la depresión post-parto con edad materna avanzada (35 años o más) y estado civil. Estas diferencias apoyan también que el riesgo de padecer depresión post-parto es independiente al riesgo de depresión en la población general.

También es interesante que en este estudio el hecho que el embarazo haya sido planeado o no, no reflejó ninguna diferencia en el diagnóstico de depresión, ya que se ha reportado que éste es un factor de riesgo importante en el desarrollo de depresión post-parto. El tipo de parto tampoco se vio asociado a depresión en ninguno de los grupos, aunque es interesante notar que en el grupo control, dos de los tres

casos que reportaron ideación suicida se encontraron en mujeres que habían tenido una cesárea.

Considerando que las tasas de parto por cesárea oscilan entre el 21 y 24% en la literatura internacional, la frecuencia de partos por cesáreas en ambas muestras estudiadas es relativamente alta. Esto es de esperarse, ya que el Hospital Roosevelt es un centro de referencia nacional, donde frecuentemente se atienden pacientes con trabajo de parto complicado. El alfabetismo tampoco fue un factor asociado a depresión en ninguno de los grupos de este estudio. Considerando que el bajo nivel educativo es un factor de riesgo que se ha asociado a depresión postparto, es posible que el analfabetismo materno pueda estar asociado a esta condición.

Por otro lado, en Guatemala no se ha investigado una asociación entre raza indígena y prevalencia de depresión, y en el presente estudio no se la ha encontrado. Sin embargo, la proporción de madres analfabetas y madres indígenas en ambos grupos investigados fue muy pequeña, por lo que en este estudio no se puede determinar exactamente si no constituyen grupos que también tienen riesgo de depresión. Es recomendable hacer estudios específicos enfocados en cada uno de estos dos grupos para determinar una asociación.

En conclusión, la depresión post-parto es una entidad clínica que se encuentra frecuentemente a nivel mundial. En este estudio se ha encontrado una prevalencia 41% de madres con Prueba de Depresión Postnatal de Edinburg positiva, en la Unidad de Niño Sano del Hospital Roosevelt. Esta se traduce a una prevalencia de depresión post-parto esperada en realidad de 35%, la cual es significativamente mayor, duplicando la prevalencia de depresión esperada en madres no puérperas (17%). Además, se encontró que existen diferencias entre los factores de riesgo asociados a depresión post-parto y la depresión fuera del puerperio. Por lo tanto, se puede decir que la depresión post-parto es una entidad exclusiva y única del puerperio, con una prevalencia significativa, que requiere atención clínica por parte de los servicios de atención de salud en Guatemala. La escala de Edinburg es un instrumento de tamizaje sencillo, de auto-evaluación, y rápido de administrar, validado internacionalmente con alta sensibilidad y especificidad, que puede facilitar el diagnóstico y ayuda a las madres en una etapa de la vida de alta vulnerabilidad.

### **2.3.5 Estudio realizado en Hospital San Juan de Dios, Guatemala, Octubre 2008**

Al ser entrevistadas las madres a través del cuestionario de Depresión Postnatal de Edimburgo, se evidenció que la aplicación de este instrumento puede determinar la importancia de un tratamiento oportuno y eficaz, así como una situación del paciente que necesita tratamiento psicológico, la escala realiza un sondeo inmediato sobre aspectos cuantitativos y cualitativos de la sintomatología del paciente.

En términos generales las madres reciben una atención multidisciplinaria que permite justificar una atención preventiva en la población estudiada, el comprender que no es una depresión postparto debido a cambios hormonales sino que se relacionan a aspectos ambientales, familiares, socioeconómicos, entre otros. La aplicación de la Escala evidenció características tales como madres adolescentes, violencia intrafamiliar, madres solteras, abuso, problemas económicos, abuso de sustancias, etc.

Un dato interesante en el transcurso de la investigación fue la población que proviene del interior del país, hubo pacientes que no manejaban el idioma castellano sino un idioma maya, para realizar el cuestionario fue necesaria la presencia de la Psicóloga encargada del área y la colaboración del personal de enfermería quienes realizaron la traducción necesaria.

La disponibilidad manifestada de las pacientes involucra la necesidad de ser escuchadas, la necesidad de decir cómo se sienten sin recibir críticas, ni ser juzgadas. En cuanto a los datos demostrados por la Escala la sintomatología presentada en el grupo de pacientes estudiadas el 46 % de las pacientes no presentaron Depresión, mientras que un 54% presentó síntomas de depresivos.

Entre los resultados obtenidos se subdividieron en un grupo de pacientes que correspondía a la categoría leve evidenciando el 36 %, en la siguiente categoría de depresión se encontró que el 14 % se presentaba sintomatología moderada y el 4 % sintomatología severa, por lo que se refirió a Psicología un 18 % para su Atención Psicológica, ya que la Escala evidenció sintomatología depresiva independientemente del factor que la precipitó. La distribución en base al grado de depresión encontrado entre procedentes del área urbana y rural fue similar lo que nos indica que la procedencia no es relevante en provocar el apareamiento de depresión postparto.

La realización de la investigación proporcionó una guía sencilla y práctica que permitió establecer un contacto con cada una de las madres que ingresó en el servicio tomando en cuenta la muestra de quinientas madres y conocer a quienes le dan vida a Guatemala, porque cada una de ellas es forjadora del futuro del País. Siendo un material de información que sirve de apoyo y genera una fuente rica de recursos que de manera comparativa que indica las ventajas que ofrece la detección precoz y las desventajas. Luego de concluida la investigación en todas sus fases, se puede inferir que se comprueba la hipótesis planteada, ya que la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo detecta el riesgo de Depresión que puede presentar la paciente.

Se comprueba la hipótesis, ya que la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo proporciona una detección precoz de personas que padecen depresión postnatal. En esta investigación el 54 % de las mujeres evaluadas presentaron un grado de depresión. La población estudiada en esta investigación fueron mujeres con factores heterogéneos de procedencia, edad, estado civil y situación económica a lo cual no hubo dificultad en la aplicación de la escala. El beneficiarse de una escala de detección de sintomatología de depresión postnatal proporciona una herramienta preventiva tomando en consideración que la Escala solo es una herramienta de detección y no un reemplazo del diagnóstico, de fácil uso para el Hospital General San Juan de Dios.

El postparto constituye un período de mayor vulnerabilidad, en el que el riesgo de padecer este trastorno es el doble que en cualquier otra etapa. La tendencia más usual encierra las alteraciones emocionales en el período postnatal dentro de una situación de estrés.

La sintomatología depresiva apareció en mayor grado en aquellas personas con más de tres hijos y que fueron intervenidas quirúrgicamente para la resolución del embarazo. No existió dificultad para la comprensión del cuestionario por parte de las madres y es un instrumento de rápida aplicación e interpretación que permite una detección temprana de la depresión postparto.

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo se agrupa básicamente en torno a dos factores (tristeza y ansiedad) y muestra una alta consistencia interna (0,79). Se establece como aquella con más poder diagnóstico, con el punto de corte 8 como más apropiado para clasificar madres con estado de ánimo deprimido.

En el Hospital General San Juan de Dios en el Departamento de Ginecología y Obstetricia en la Sala de Post-parto, se atienden a mujeres que egresan de la sala de parto, la presente investigación encerró un amplio campo de información relacionado con la Depresión en la etapa postnatal, en la que se tomó en consideración las costumbres y tradiciones que son parte de la Cultura Guatemalteca. Detectar sintomatología depresiva a través de una herramienta fácil y práctica para su utilización, en las madres que ingresan a la sala de Postparto fue el propósito de la investigación, ya que se desea mejorar las posibilidades de prevención a través de una detección oportuna, con la colaboración de las madres y el cuestionario sobre Depresión Post-natal, ya que las madres permanecen poco tiempo en la sala según la indicación médica que cada paciente necesita, por lo tanto la atención psicológica se ve influenciada por factores de tiempo y cantidad de pacientes, resultando dificultoso proporcionar una detección de depresión postparto, a excepción que sea evidente por la sintomatología que presente la paciente siendo detectada por el área de psicología encargada de dicha sala, grupo de médicos y/o enfermeras para la atención psicológica oportuna. Desde el inicio de la aplicación de la herramienta la computación dio como resultado el realizar un sondeo sobre quienes ameritaban atención Psicológica por diferentes factores, ya sea abuso, madre adolescente, entre otros; sin esperar que la sintomatología fuera evidente para que la paciente fuese referida por un profesional o trabajador de la sala, la aplicación del Cuestionario con cada una de ellas permitió evidenciar éstas pacientes, siendo referidas a Psicología recibiendo el servicio directo al referirlas a la Psicóloga del área y de ésta manera optimizar recursos, tiempo y servicio.

### III. OBJETIVOS

- 3.1 Determinar la Prevalencia de Depresión Post parto en 400 pacientes que acuden a su primer control, a través del test de depresión post parto de Edimburgo
- 3.2 Conocer la caracterización epidemiológica de las pacientes con riesgo de padecer depresión post parto.
- 3.3 Conocer las características obstétricas de las pacientes con riesgo de depresión post parto.

## IV. MATERIALES Y METODOS

4.1 **Tipo de estudio:** Prospectivo-descriptivo

4.2 **Población:** 400 pacientes

4.3 **Criterios de Inclusión:**

- Pacientes que se encontraron en período post parto, sin ninguna enfermedad concomitante
- Pacientes que fueron entrevistadas en su primer consulta postparto en consulta externa del Hospital Nacional de Occidente
- Pacientes cuyos productos son hijos vivos
- Pacientes anuentes a participar

4.4 **Criterios de Exclusión:**

- Pacientes con patología psicológica de base

### 4.5 OPERATIVIZACION DE LAS VARIABLES

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Escala de medición</b>
Depresión Pos parto	Trastorno del estado de ánimo que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad y se relaciona con la etapa post natal.	Características de tristeza, melancolía, ansiedad, miedo, referidos por la paciente.	Cualitativa Escala de Edimburgo
Escala de Edimburgo	Escala utilizada para conocer estado emocional de pacientes post parto y reconocer el trastorno de depresión post parto.	Diez declaraciones, paciente escoge de cuatro posibles respuestas la que más se asemeja a como se sintió durante la semana anterior.	Cualitativa
Estado civil	Situación de las personas físicas, determinadas por relaciones de familia provenientes del matrimonio o parentesco.	Calidad de un individuo en cuanto lo habilita para ejercer ciertos derechos, o contraer ciertas obligaciones civiles.	Cualitativo

Dependencia	Incapacidad funcional para el desarrollo de algunas actividades y que requiere de ayuda para realizarlo.	Relación de origen o conexión, a la subordinación a un poder mayor o a la situación de un sujeto que no está en condiciones de valerse por si mismo	Cualitativa
Ocupación	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere conocimientos especializados.	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.	Cualitativa
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Edad cronológica referida por cada paciente, en años.	Cuantitativa
Paridad	Ocasiones en las que la paciente ha tenido un parto	Partos referidos por la paciente	Cuantitativa
Periodo Intergenésico	Tiempo comprendido entre dos nacimientos consecutivos de la misma madre	Tiempo entre un parto y otro referido por la paciente	Cuantitativa

**4.6 Instrumento utilizado para la recolección de información:** la boleta de recolección de datos y escala de Edimburgo

**4.7 Procedimientos para la recolección de información:** Se entrevistó a las pacientes post parto, utilizando la escala de Edimburgo, al presentarse a su primer control post natal a Consulta Externa.

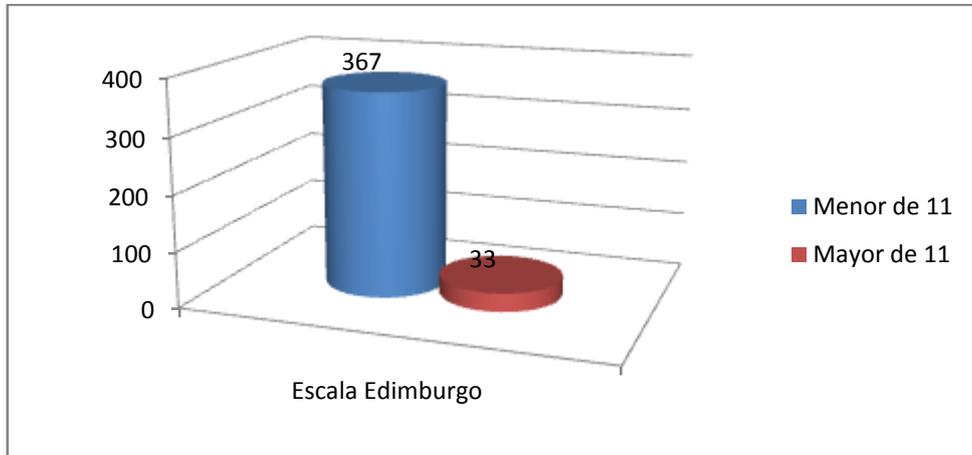
**4.8 Procedimiento que garantiza el aspecto ético:** con cada paciente se informó detalladamente de los objetivos de la investigación y de lo que se pretendía con los datos y con el aval de cada una de ellas en base a la firma de la hoja de consentimiento informado.

**4.9 Procedimiento de análisis:** Univariada (Cuadros y Gráficas).

## V. RESULTADOS

GRAFICA No 1

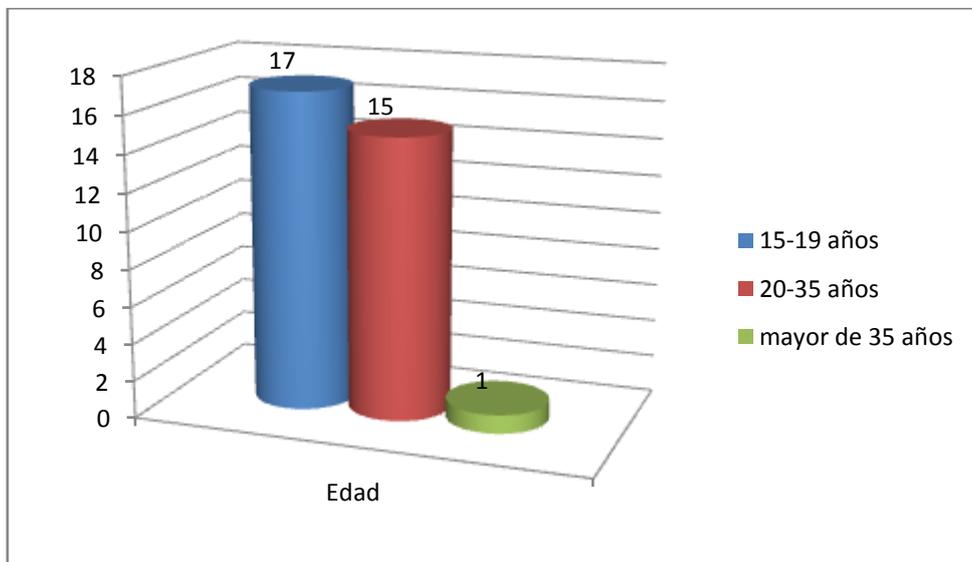
### PACIENTES CON RIESGO DE DEPRESION



Fuente: Escala de Edimburgo

GRAFICA No. 2

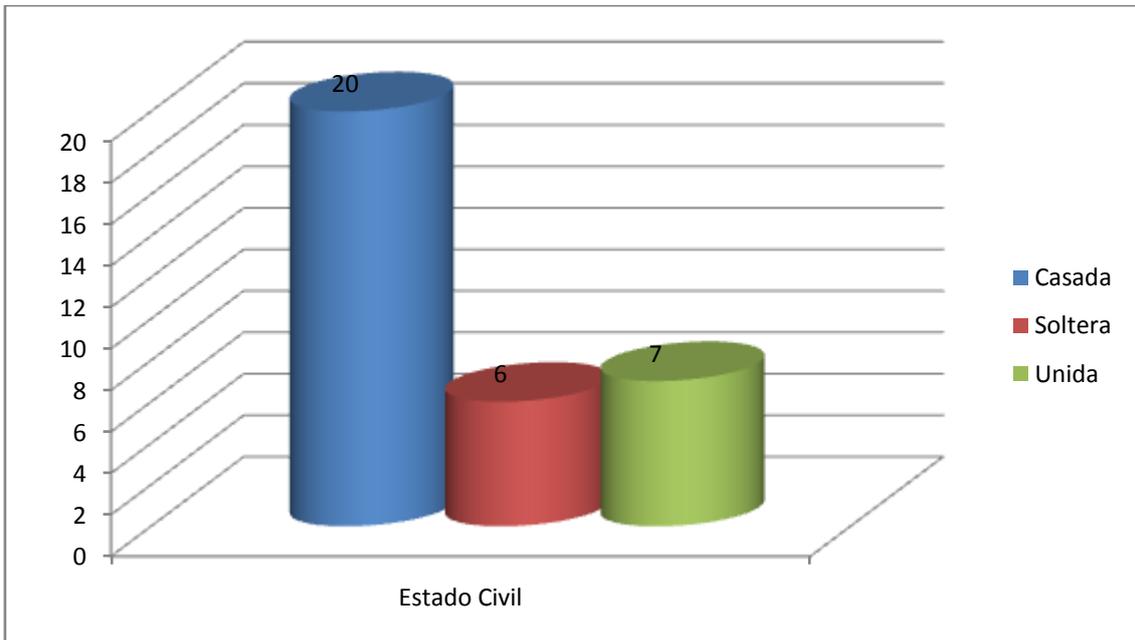
### EDAD DE PACIENTES CON RIESGO



Fuente: Escala de Edimburgo y Boleta de recolección de Datos

GRAFICA No. 3

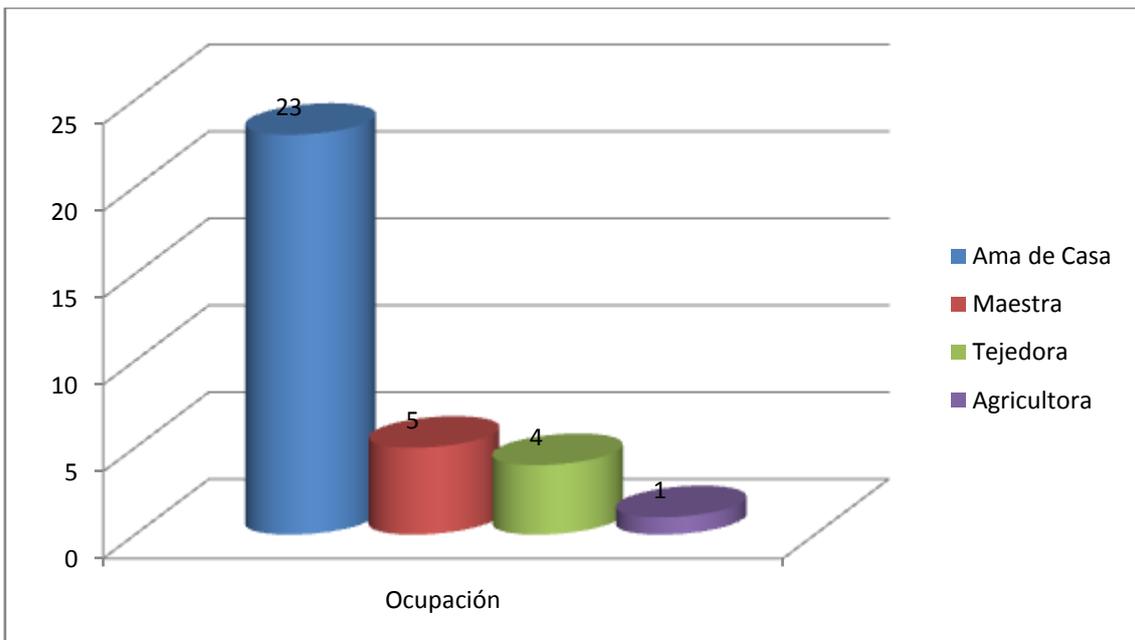
ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON RIESGO



Fuente: Escala de Edimburgo y Boleta de recolección de Datos

GRAFICA No. 4

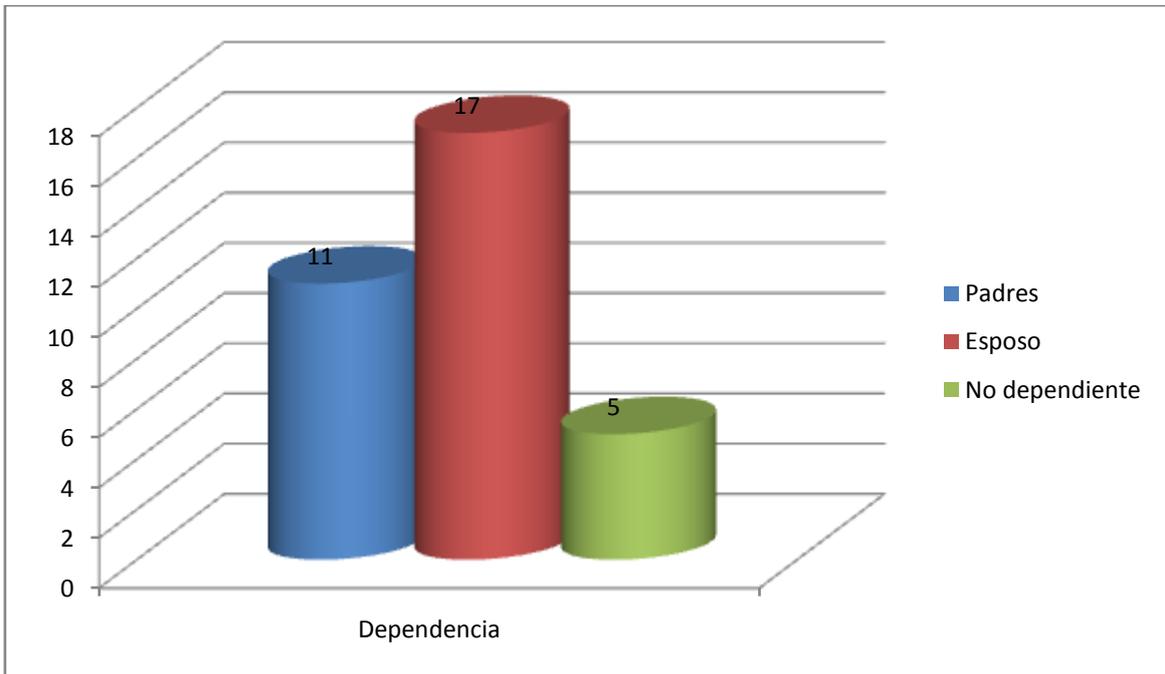
OCUPACION DE PACIENTES CON RIESGO



Fuente: Escala de Edimburgo y Boleta de recolección de Datos

GRAFICA No. 5

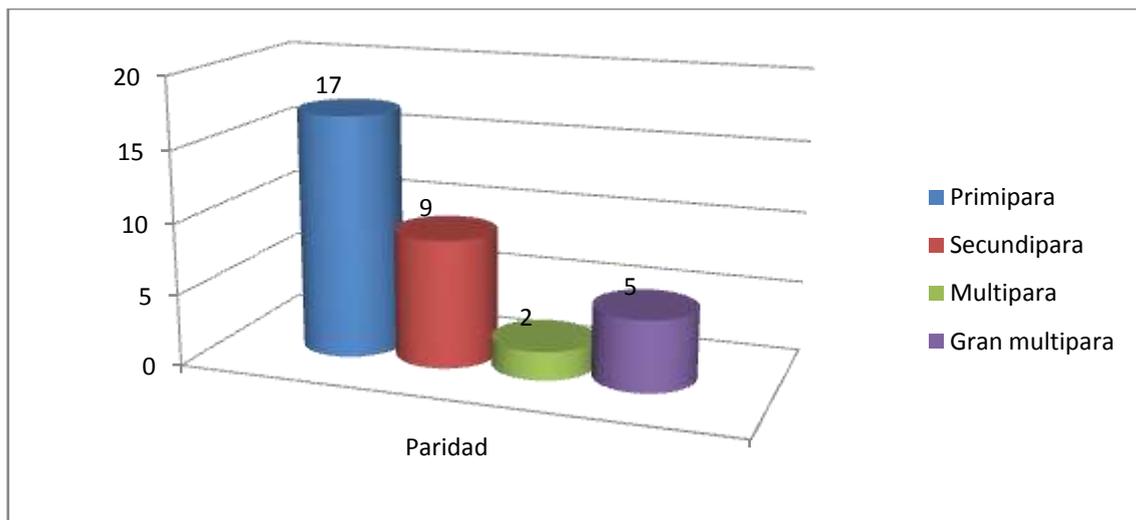
DEPENDENCIA ECONOMICA DE PACIENTES CON RIESGO



Fuente: Escala de Edimburgo y Boleta de recolección de Datos

GRAFICA No. 6

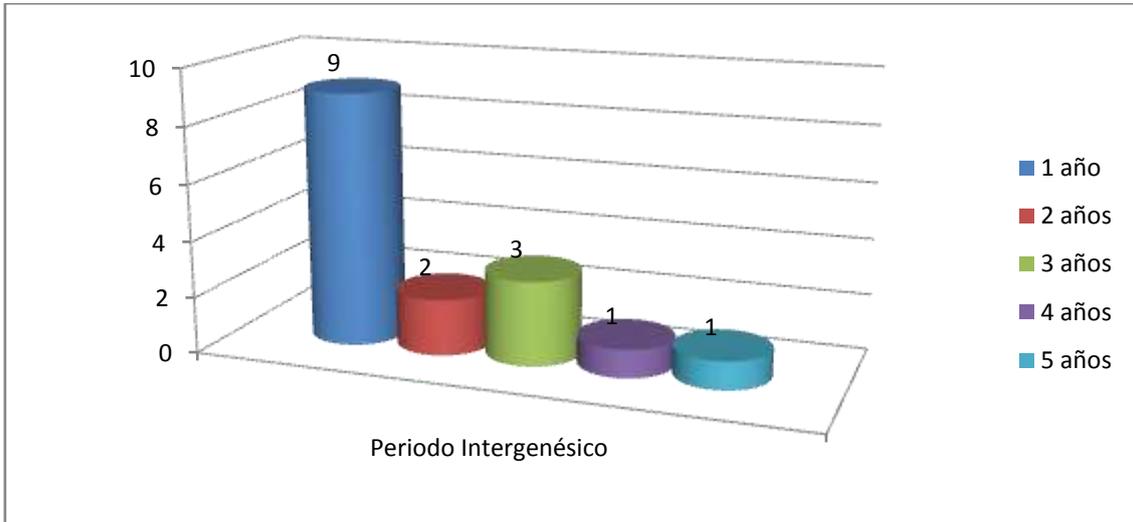
PARIDAD DE PACIENTES CON RIESGO



Fuente: Escala de Edimburgo y Boleta de recolección de Datos

GRAFICA No. 7

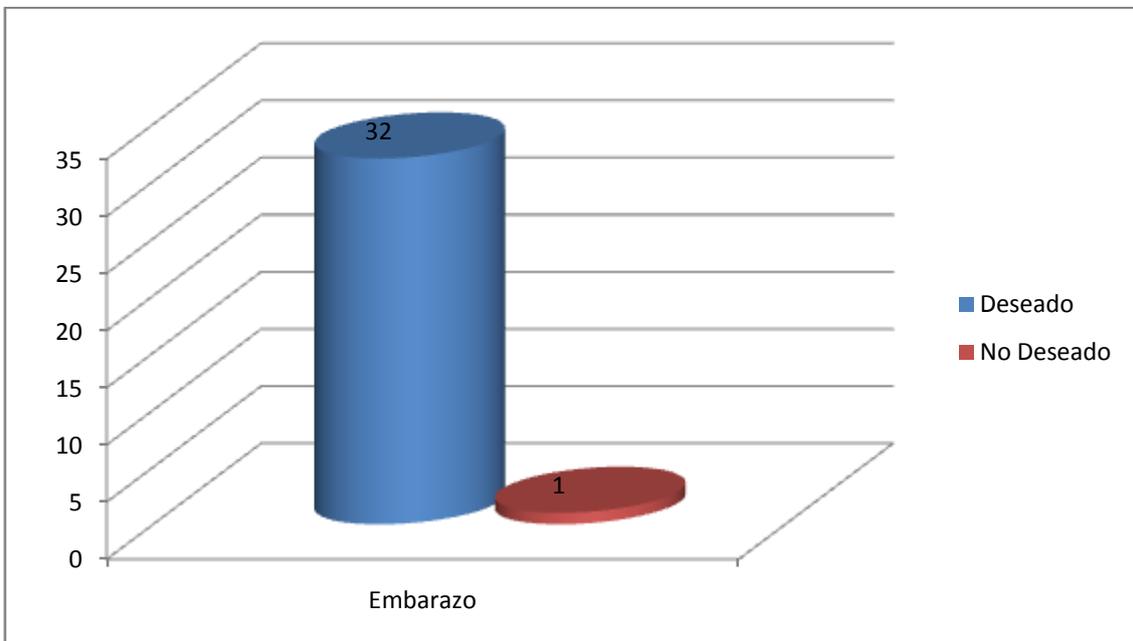
PERÍODO INTERGENESICO DE PACIENTES CON RIESGO



Fuente: Escala de Edimburgo y Boleta de recolección de Datos

GRAFICA No. 8

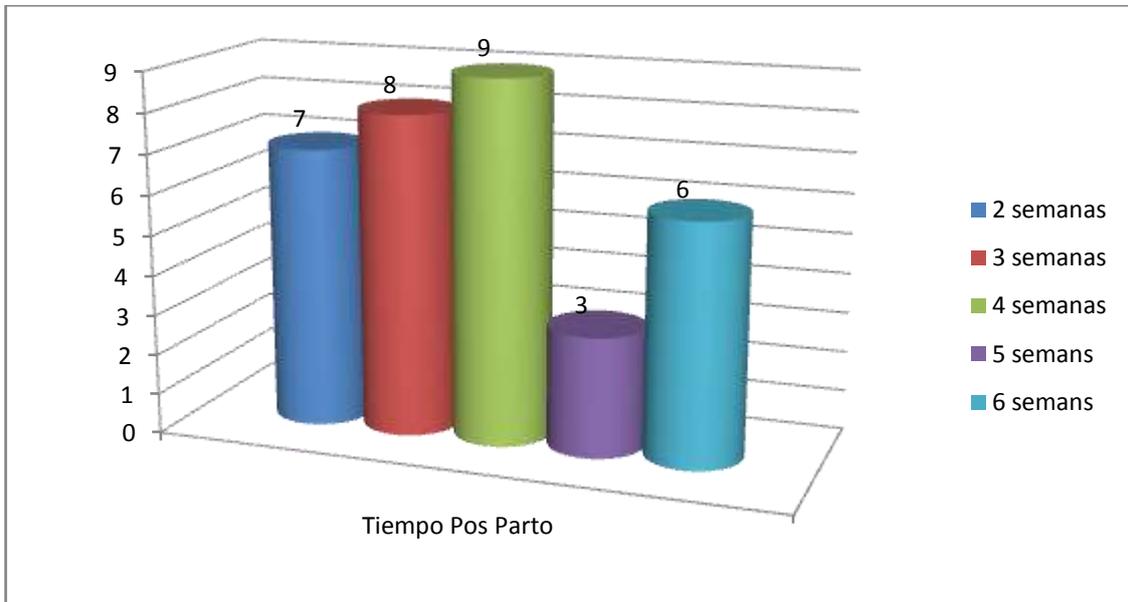
DESEO DE EMBARAZO DE PACIENTES CON RIESGO



Fuente: Escala de Edimburgo y Boleta de Recolección de Datos

GRAFICA No. 9

TIEMPO POS PARTO DE PACIENTES CON RIESGO



Fuente: Escala de Edimburgo y Boleta de Recolección de Datos

## VI. ANALISIS Y DISCUSIÓN

### 6.1 DISCUSION

Se llevó a cabo la selección al azar de un total de 400 pacientes que se encontraban en su primer control pos parto en las instalaciones de la consulta externa del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Occidente, a quienes se entrevistó respecto al riesgo de padecer del trastorno de depresión post parto mediante la aplicación del Test de Edimburgo, pacientes quienes en ese momento se encontraban en adecuado estado de salud general, sin ningún antecedente de enfermedad relevante.

De la totalidad de pacientes evaluadas se determina que el 8.25% (33 pacientes) de estas presenta una puntuación mayor a 11, en la Escala de Edimburgo, lo que es sugestivo de una alta predisposición a padecer depresión pos parto, encontrándose la mayor parte de pacientes afectadas entre 16 a 18 años de edad, resultado esperable ya que la mayoría de pacientes son jóvenes.

La incidencia de la depresión post-parto resulta muy variable, en un rango entre 30 y 200 casos por cada 1000 nacimientos (3 – 20 %), con una estimación de una tasa de recurrencia de entre 10 y 35 % ( Righetti-Veltema et al, 2006); es difícil determinar la prevalencia real de la depresión pos parto, pero puede aceptarse que 10 a 28% de las mujeres después del parto son afectadas por este trastorno, (O'Hara MW, Swain AM), concordando esto con los resultados obtenidos en nuestro estudio, al igual que en estudios internacionales donde la prevalencias en diversas áreas geográficas es: 13.5% en China, 23% en India, 27% en Turquía y 10-15% en Europa. En un meta-análisis que incluyó 59 estudios en países occidentales, se estima que la incidencia de depresión en mujeres post-parto es de cerca de 12.3%, en América Latina se encuentra entre el 22 y 38%, al contrario de estudios realizados en Hospital Roosevelt donde de 100 pacientes sanas, entre 18 y 45 años se obtuvo una prevalencia de pruebas de Edinburgh positivas para depresión en las primeras 2-8 semanas post-parto, de 41%, y el Hospital San Juan de Dios, Guatemala, en el que la Escala de sintomatología presentada en el grupo de pacientes estudiadas el 46 % no presentó depresión, mientras que un 54% presentó síntomas depresivos. Situación que puede deberse a que la población en la ciudad Capital puede en algún momento, estar bajo mayor estrés, por el mayor índice de violencia, o por necesidad de trabajo

migran desde el interior del país, encontrándose solas y sin apoyo familiar en esta ciudad.

Se obtuvo el estado civil de las paciente con riesgo elevado de presentar depresión, el 60% refirió estar casada y el 40% estar soltera o no tener una relación estable, lo que demuestra que el ser madre soltera no es un factor de riesgo elevado de padecer depresión pos parto, lo que es discordante con el estudio realizado por la Dra. Ana del Pilar Arévalo Ginecólogo y Obstetra de la Universidad Francisco Marroquín en el que la prevalencia de depresión post-parto en 100 mujeres entre la 6ª y 8ª semanas post-parto fue de 41%, con una asociación significativa entre depresión post-parto y edad materna avanzada (>35 años) y soltería, considerando que esta diferencia se debe al predominio de grupo etareo joven de nuestro estudio, sin embargo en el estudio del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Brasilia, la prevalencia real de depresión postparto es de aproximadamente 16,5% y factores como la edad y paridad, no demostraron ser factores de riesgo significativos para depresión postparto.

De las pacientes que presentan mayor riesgo de depresión el 69% refirió ser ama de casa, con lo que podemos asumir que el hecho de no tener una profesión u oficio fuera de la casa puede provocar cierta predisposición a la depresión.

Es importante también conocer que de las pacientes con riesgo elevado de depresión, el 85% son dependientes económicas, ya sea de padres o esposo, y únicamente el 15% no dependen económicamente de nadie. En muchas situaciones esta misma dependencia sea económica directamente, u otro tipo de dependencia puede ocasionar que una persona mantenga oprimidos sus sentimientos, o al contrario que pueda afectar y deprimir su estado de ánimo.

La paridad, es un asunto de suma importancia, ya que se sabe que una paciente primigesta pueda estar propensa en mayor frecuencia a padecer de este trastorno. De las 33 pacientes que presentan mayor riesgo de depresión el 51% de ellas es primípara. Datos recientes (Righetti-Veltema et al, 2006) ubican la incidencia de la depresión post-parto en aproximadamente 10 a 15 % de las madres primíparas. Diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto (Kruckman & Smith, 2008)

De las pacientes evaluadas con más de un parto, que presentan mayor riesgo de depresión, se determinó que el 56% tiene un año de periodo intergenésico, lo que demuestra que entre menos tiempo de espaciamiento, mayor riesgo de depresión, esto puede deberse a que a menor edad de los niños mayor necesidad de cuidados y mayor estrés para la madre.

De las pacientes con mayor riesgo de depresión el 96.97% refirió que fue un embarazo deseado, por lo que podría asumirse que no existe una relación significativa entre el deseo del embarazo con el riesgo a padecer depresión pos parto. Sin embargo, estos datos no pueden compararse con otros estudios debido a que ninguno de los estudios encontrados hace mención de este factor.

En cuanto al tiempo en que se evaluó a las pacientes el 20% se encontraba en la segunda semana pos parto, el 28% en la tercera semana, el 41% en la cuarta semana y el 11% por arriba de la quinta semana. Como es descrito, los síntomas comienzan en la mayoría de casos en las primeras cuatro a seis semanas después del parto, en nuestro estudio en cambio de las pacientes con mayor riesgo de depresión el 73% se encontraba entre la segunda y cuarta semana pos parto.

## **6.2 CONCLUSIONES**

- 6.2.1 La prevalencia de depresión post parto en las pacientes estudiadas en el Hospital Nacional de Occidente es de 8.25%.
- 6.2.2 Los datos demográficos relacionados a las pacientes con mayor riesgo de depresión son: pacientes jóvenes (menores de 20 años), estar casada, ser ama de casa y ser dependiente económica.
- 6.2.3 Los datos obstétricos relacionados a las pacientes con riesgo de depresión son: Primiparidad, periodo intergenésico corto (un año). Se observó que la mayor frecuencia de pacientes con riesgo se encontraba entre las 2 y 4 semanas post parto.

### **6.3 RECOMENDACIONES**

- 6.3.1 El valor y la integridad de la mujer, son de manera objetiva factores de suma importancia para el adecuado desenvolvimiento ante la sociedad como futura madre, los cuales pueden ser de una u otra forma eliminados mediante el esfuerzo que presentan durante el embarazo, la recuperación post parto y el gran peso de tener la responsabilidad de una nueva vida sobre sus hombros.
  
- 6.3.2 Por esta razón, es imprescindible que durante el control prenatal de toda paciente se brinde el apoyo tanto nutricional, físico y psicológico, este ultimo sobre todo en pacientes que presenten factores de riesgo.
  
- 6.3.3 Además de brindar plan educacional a las pacientes a cerca de las señales, signos y síntomas de peligro físicos a los que deben estar atentas para consultar, se les proporcione conocimiento a ellas y a sus parejas o acompañantes a cerca de las alteraciones psicológicas que están expuestas a padecer durante el embarazo y periodo post parto, para que sepan identificarlas a tiempo y así consultar y referir al departamento de Psicología oportunamente.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kramer, Peter D. (2006). *Contra la depresión*. Barcelona: Seix Barral.
2. Jackson, Stanley W (1986). *Historia de la melancolía y la depresión*.
3. Ayuso Gutiérrez, J. L. (1980). *Trastornos afectivos*. En J. L. Rivera y otros (1980), *Manual de psiquiatría*. Madrid: Karpos.
4. Cabaleiro, A., Fernández Mugetti, G. y Sáenz, M.: *Depresión y subjetividad: Tesis*.
5. Vara Horna, Aristides A. (2006). *Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica*. Asociación por la Defensa de las Minorías: Lima
6. Cox J, Holden J. *Perinatal mental Health. A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale*, London Gaskell, 2003
7. Pitt B. "Atypical" depression following Childbirth. *Br J Psychiatry* 1968; 114: 1325-35
8. Field T M, Sandberg D, Garcia R, Vega.Lahr N, Goldstein S, Guy L. *Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions*. *Developmental Psychology* 1985; 21(6): 1152-6
9. Gabbe. *Obstetricia de*. Tomo 1 pag 716
10. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. *Gender, Poverty and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India*. *Am J Psychiatry*. 2002; 159: 43-7
11. O'Hara MW, Swain AM. *Rates and risks of postpartum depression- a metaanalysis*. *IntRevPsychiatry*. 1996; 8: 37-54.
12. Seehusen DA Baldwin LA, Runkle GP, Clark G. *Are family physicians appropriately screening for post partum depression?* *J Am Board FamPract*. 2005; 18:104-12
13. Williams, *Obstetricia de*, edicion 18.
14. Beck CT. *Predictors of postpartum depression: an update*. *Nurs Research* 2001; 50: 275-85.
15. Cooper PJ, Tomlinson ML, Swartz M, Woolgar L, Molteno C. *Post-partum depression and the mother-infant relationship in South African peri-urban settlement*. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 554-8.
16. Beck CT. *Recognizing and screening for postpartum depression in mothers of NICU infants*. *Advances in Neonatal Care* 2003; 3(1): 37-46.
17. Josefsson A, Angelsioo L, Berg G, Ekstrom CM, Gunervik C, Nordin C, Sydsjo G. *Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms*. *ObstetGynecol* 2002; 99: 223-8.
18. <http://cerigua.blogspot.com/2008/05/mujeres-latinas-migrantes-propensas.html>
19. Dra. Ana del Pilar Arévalo,\*Dr. Carlos Gabriel Rámila,\*\* Dr. Rodolfo Robles Pemuelier, *Prevalencia de Depresión Post-Parto*.
20. WARNER R., Appleby L., Whitton A., Faragher B. « *Demographic and Obstetric Risk Factors for Postnatal Psychiatric Morbidity* » *British Journal of Psychiatry* 168 : 607-611, 1996.
21. WICKBERG B., Hwang C.P. « *The Edinburgh Postnatal Depression Scale : validation on a Swedish community sample* » *ActaPsychiatrScand* 94 : 181-184, 1996.
22. RIGHETTI-VELTEMA M., et al, 2009 (voir ref. dans bibliographie globale).

23. Hernández, E., Lastra, S., Urbina, M., Carreira, I. y Lima, L. (2002). Serotonin, 5-hidroxiindoleacetic acid and serotonin transporter in blood peripheral lymphocytes of patients with generalized anxiety disorder. *J. Int. Immunopharmacol*, 2(7), 893-900.
24. Lima, L. (1992). Bases biológicas de los trastornos afectivos. *Interciencia*, 17(2), 86-91
25. Faraj, B. A., Olkowski, L. y Jackson, R. T. (1994), Expression of high-affinity serotonin transporter in human lymphocytes. *Int. J. Immunopharmac.*, 16:561-567
26. Karkowski, L. M. y Kendler, K. S. (1997). An examination of the genetic relationship between bipolar and unipolar illness in an epidemiological sample. *Psychiatr Genet.*, 7(4):159-163.
27. Barondes, S. H. (1998). *Mood Genes: Hunting for the Origins of Mania and Depression*. New York: W. H. Freedman & Co.
28. Weissman, M. M., Myers, J. K. (1978). Affective disorders in an US urban community. *Arch. Gen. Psychiat.*, 35:1304-1311
29. Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A. y Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am. J. Psychiat.*, 151:979-986
30. Blehar, M. D. y Oren, D. A. (1997). Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 2:3. Revisado de: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 1995; 3:3-12.
31. Whooley, M. A. y Browner, W. S. (1998). Association between depressive symptoms and mortality in older women. *Arch Intern Med*, 158:2.129-2.135
32. Estrogen replacement and response to fluoxetine in a multi-center geriatric depression trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 1997
33. Rubinow, D. R., Schmidt, P. J. y Roca, C. A. (1998). Estrogen-serotonin interactions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*, 44(9), 839-850.
34. Schmidt, P. J., Neiman, L. K., Danaceau, M. A., Adams, L. F. y Rubinow, D. R. (1998). Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 338:209-216
35. Agency for Health Care Research and Quality: *Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes*
36. Test de Depresión de Yesavage (<http://www.psiquiatria.com.es/examen7.php>)
37. Escala de Depresión de Zung (<http://espectroautista.googlepages.com/ZDS-es.html>)
38. Inventario de Depresión de Beck (<http://espectroautista.googlepages.com/BDI-es.html>)
39. Test de Goldberg (<http://www.netdoctor.es/tests/html/50012.htm>)
40. Test de depresión de Hamilton (<http://www.eutimia.com/tests/hdrs.htm>)
41. Soler Insa, P. A. y Gascón, J. (1999), *Coord. RTM-II (Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales)*. 2a. ed. Barcelona: Masson.
42. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Depression*. Diciembre 2004. London: NICE (<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&r=true&o=10958>)

43. Inútiles, el Prozac y otras “píldoras de la felicidad” - La Jornada (<http://www.jornada.unam.mx/2008/02/28/index.php?section=ciencias&article=a44n1cie>)
44. Desde hace un lustro especialistas mexicanos desconfían del Prozac - La Jornada (<http://www.jornada.unam.mx/2008/02/29/index.php?section=ciencias&article=a02n1cie>)
45. James P. Jr. McCullough (2003, Aug 27). Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). Guilford Press. ISBN 1-57230-965-2
46. The British Journal of Psychiatry June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky
47. Gregorio Evans, G, y Cols. (2003). “Depresión Posparto en el Embarazo. Depresión Posparto Realidad en el Sistema Público de Atención de Salud”. REV CHIL OBSTET GINECOL 2003; 68(6):
48. Póo, A.M. y Espejo, C. (2008). “Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile”. RevMéd Chile 2008; 136, pp.44-52

## VIII. ANEXOS

### 8.1 BOLETA DATOS GENERALES

Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

casada  soltera  unida

Procedencia: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Dependencia: \_\_\_\_\_

Paridad:

Primípara  Secundípara  Multípara

Período Intergenésico: \_\_\_\_\_

Embarazo deseado: \_\_\_\_\_

Embarazo planeado: \_\_\_\_\_

Tiempo Post parto: \_\_\_\_\_

## 8.2 Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Evaluación: Se da una puntuación 0 a 3 puntos en las preguntas 1, 2 y 4, valor que se invierte en las demás preguntas (de 3 a 0 puntos). El resultado si es mayor de 11 puntos, se considera de riesgo de padecer depresión.

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

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

Tanto como siempre

No tanto ahora

Mucho menos

No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

Tanto como siempre

Algo menos de lo que solía hacer

Definitivamente menos

No, nada

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

Sí, la mayoría de las veces

Sí, algunas veces

No muy a menudo

No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

No, para nada

Casi nada

Sí, a veces

Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

Sí, bastante

Sí, a veces

No, no mucho

No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

Sí, la mayor parte de las veces

Sí, a veces

No, casi nunca

No, nada

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

Sí, la mayoría de las veces

Sí, a veces

No muy a menudo

No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

No muy a menudo

No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

Sólo en ocasiones

No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

Sí, bastante a menudo

A veces

Casi nunca

No, nunca

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE MEDICINA  
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
HOSPITAL NACIONAL DE OCCIDENTE

### 8.3 Consentimiento Informado

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_

De \_\_\_\_\_ años de edad, manifiesto en forma expresa que voluntariamente he decidido participar en la investigación titulada: "Incidencia del trastorno de Depresión en las pacientes en el periodo post parto en el Hospital Nacional de Occidente".

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una serie de preguntas pertenecientes a una encuesta basada en la escala de Edimburgo sobre la depresión post parto, que servirá para determinar la incidencia (que tanto se da) del trastorno en las pacientes de este Hospital, y que los resultados servirán para el trabajo de tesis de maestría de post grado.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles, inconvenientes, molestias, resultados y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier resultado y procedimiento adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee sobre cualquier asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio.

Por lo antes descrito, firmo la presente: \_\_\_\_\_

Huella Digital \_\_\_\_\_

Testigo: (de ser necesario) \_\_\_\_\_

Razón del testigo: \_\_\_\_\_

## PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: RIESGO DE DEPRESION POST PARTO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO para propósito de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.