

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



DEPRESION POST PARTO

**Caracterización epidemiológica y aplicación del test de
Edinburgh en pacientes post parto**

ELENA MARIA AGUSTIN LOPEZ

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas**

**Maestría en Ciencias Médicas con especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Enero 2015



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

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: Elena María Agustín López

Carné Universitario No.: 100021439

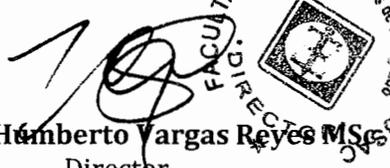
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Depresión posparto caracterización epidemiológica y aplicación del test de edinburgh en pacientes posparto"**

Que fue asesorado: Dr. Porfirio Cesar Santizo Salazar

Y revisado por: Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2015.

Guatemala, 13 de octubre 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

Guatemala, 11 de Agosto de 2014

Dr. Edgar Rolando Berganza Bocaletti MSc
Coordinador Específico Programa de Postgrados
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Presente

Estimado Dr. Berganza:

Atentamente me dirijo a usted, deseándole éxitos en sus labores cotidianas, el motivo de la presente es para informarle que he sido ASESOR del trabajo de tesis titulado:

DEPRESION POSPARTO. CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA Y APLICACIÓN DEL TEST DE EDINBURGH EN PACIENTES POSPARTO DEL HOSPITAL ROOSEVELT 2012.

Realizado por la estudiante Elena María Agustín López, de la Maestría de Ginecología y Obstetricia, el cual ha cumplido con todos los requerimientos para su aval.

Sin otro particular por el momento, me suscribo de usted,

Atentamente,



Dr. Porfirio Cesar Santizo Salazar
Jefe de Servicio
Ginecología y Obstetricia
Hospital Roosevelt
ASESOR

Guatemala, 14 de Agosto de 2014

Dr. Vicente Arnoldo Aguirre Garay
Docente Responsable
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Presente

Estimado Dr. Aguirre:

Por este medio le informo que he revisado el trabajo titulado **DEPRESIÓN POSPARTO CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLOGICA Y APLICACIÓN DEL TEST DE EDINBURGH EN PACIENTES POSPARTO DEL HOSPITAL ROOSEVELT**, el cual corresponde al estudiante Elena María Agustín López de la Maestría en Ginecología y Obstetricia, por lo que le doy mi aval para continuar con los procesos correspondientes.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc
REVISOR

Docente de Investigación
Hospital Roosevelt

INDICE:

◆ Resumen	.....	i
I. Introducción	.....	1
II. Antecedentes	.....	4
III. Objetivos	.....	7
IV. Material y Métodos	.....	24
V. Resultados	.....	34
VI. Discusión y análisis	.....	39
VII. Referencias Bibliográficas	.....	46
VIII. Anexos	.....	50

INDICE DE TABLAS:

Tabla No. 1	.....	35
Tabla No. 2	.....	36
Tabla No. 3	.....	36
Tabla No. 4	.....	37
Tabla No. 5	.....	37
Tabla No. 6	.....	38
Tabla No. 7	.....	38

RESUMEN:

Se considera depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre entre uno y seis días después del parto hasta el primer año después del nacimiento, y puede durar de dos a seis semanas.^(3,18) Según la literatura ésta afecta alrededor de 1 de cada 10 mujeres ⁽⁵⁾ afectando al 8 a 15% de las puérperas ⁽¹²⁾. OBJETIVOS: Establecer la incidencia de depresión post parto en pacientes post parto de embarazo simple, determinar la caracterización epidemiológica de la paciente con depresión post parto: edad, estado civil, apoyo familiar, antecedentes de depresión o depresión post parto, nivel de escolaridad, y nivel socioeconómico, en pacientes que presentan depresión post parto por medio del test de Edinburg, y comparar la incidencia de depresión post parto en pacientes post parto eutócico y distócico simple por medio del test de Edinburg. RESULTADOS Y CONCLUSIONES: la incidencia acumulada de depresión pos parto es de 0.78%, las edades promedio de las pacientes pos parto eutócico simple y de las pacientes pos parto distócico simple, son 20.95 años y 25.7 años, con una mediana de 20 y 27 años, encontrándose un 16.97% entre los 15 a 20 años. El 22.01% son solteras, mientras que el 15.13% son casadas; el 58% poseen un nivel de escolaridad bajo, y el 23% tienen un nivel medio de escolaridad. El 20.64% de estas son primíparas, y el 16.51% son multíparas. El 23.39% se encuentra en una situación de pobreza, las pacientes que no cuentan con apoyo familiar representan el 15.59 %, y el 37.15 % de las pacientes con depresión post parto refirieron no contar con antecedentes de este tipo.

I. INTRODUCCION

Los trastornos depresivos son un grupo de enfermedades bastante frecuentes en la población general y en la práctica clínica. El riesgo de padecerlos es dos veces mayor en las mujeres respecto de los hombres, con una prevalencia a lo largo de la vida entre el 10-20%. Estos trastornos pueden presentarse en cualquier momento de la vida de la mujer, desde la infancia hasta la vejez, pero son más frecuentes en la etapa de su vida reproductiva.

El puerperio es una etapa en la que el riesgo de desarrollarlos es especialmente alto debido a que la madre está sometida a importantes cambios hormonales y físicos, y a un gran número de factores ambientales generadores de estrés como son: antecedentes de psicopatología y depresión posparto, problemas psicológicos durante el embarazo, bajo nivel social, malas relaciones maritales, estilos de vida muy estresantes y eventos traumáticos recientes entre otros.

Según la literatura ésta afecta alrededor de 1 de cada 10 mujeres ⁽⁵⁾ afectando al 8 a 15% de las puérperas ⁽¹²⁾, los síntomas son: sentimientos de inadecuación, incapacidad para resolver, pérdida de la concentración o la memoria, abatimiento o desesperación, pensamientos suicidas, pérdida del interés por el bebé o preocupación excesiva por su salud, culpabilidad, ataques de pánico, sentimientos de estar fuera de control, dolores de cabeza y pecho, palpitaciones o hiperventilación⁽⁵⁾. Estos síntomas pueden presentarse 1 o 2 días después del parto

y suelen durar de 3 a 7 días ⁽¹⁸⁾. De acuerdo a los factores de riesgo que tenga la paciente.

La depresión posparto tiene un efecto significativo en la salud del neonato porque es frecuente que sufra diversas formas de abandono o alejamiento afectivo. Los conflictos más comunes con el recién nacido son: dificultades e inseguridad en el rol materno, ambivalencia y rechazo a ser madre, problemas de comunicación con el padre del niño o con su propia madre, según varios estudios se ha evidenciado el beneficio de las intervenciones psicológicas tempranas, ya que las alteraciones en el vínculo materno-infantil afectan de manera determinante la conducta y el desarrollo del niño.

Para proporcionar una atención integral a las pacientes que consultan al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt es de suma importancia evaluar adecuadamente a las pacientes con el fin de determinar la incidencia de la depresión post parto, para así proporcionar el tratamiento adecuado, actualmente no se cuenta con datos específicos que registren la presencia de ésta durante el puerperio mediato en dicho centro hospitalario, esto se logrará por medio de la aplicación de la escala de depresión post parto de Edinburgh ya que este instrumento ha mostrado una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92.5% ⁽¹⁸⁾ para depresión post parto según la literatura.

El presente estudio fue de tipo descriptivo, el cual se realizó en pacientes post parto eutócico simple y post parto distócico simple en los servicios de encamamiento de este nosocomio durante el año 2012, tiene como objetivos Establecer la incidencia de depresión post parto y compararla en las pacientes puérperas post PES y PDS, para luego relacionar ésta con la edad materna, estado civil, paridad,

nivel educacional, apoyo familiar e ingresos económicos, todo esto realizando una entrevista personal a cada paciente y aplicación el test de Edinburgh para la depresión post parto.

Los resultados que se obtuvieron se correlacionaron con la literatura existente, proporcionando a la vez información de suma importancia para el tratamiento integral de las pacientes que acuden en búsqueda de atención médica en este centro hospitalario.

II. ANTECEDENTES

La maternidad tiene muchas etapas, no todas agradables, como la depresión posparto. Entre sus consecuencias negativas están: falta de bienestar del recién nacido, tristeza, angustia y desesperación de la madre, conflictos familiares o psicosociales y, en muchos casos, problemas de moderados a graves en el desarrollo infantil. Éste es un fenómeno que padecen cerca de 15% de las mujeres que dan a luz. ⁽³⁰⁾

Estos trastornos pueden presentarse en cualquier momento de la vida de la mujer, pero son más frecuentes en la etapa de su vida reproductiva. El puerperio es una etapa en la que el riesgo de desarrollarlos es especialmente alto debido a que la madre está sometida a importantes cambios hormonales y físicos, y a un gran número de factores ambientales generadores de estrés. ⁽²⁸⁾

Se considera depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre entre uno y seis días después del parto hasta el primer año después del nacimiento, y puede durar de dos a seis semanas. ^(3,18) Este es un trastorno grave que ocasiona enorme sufrimiento tanto a la madre como a la familia. Además de deteriorar en forma importante la calidad de vida de la madre, afecta la salud del recién nacido. Esto ha llevado a que en los últimos años este trastorno sea considerado un problema de salud pública y exista un especial interés en el diagnóstico y tratamiento tempranos, ya que al igual que sucede con la mayoría de las enfermedades, es fundamental el diagnóstico precoz del trastorno con el fin de poder iniciar el tratamiento integral de él y evitar o limitar las potenciales secuelas.

El cuadro clínico está caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de la capacidad para experimentar placer, cambios en el sueño y en el apetito, cansancio físico, falta de concentración, e ideas de minusvalía, desesperanza y culpa relacionadas comúnmente con el cuidado y la crianza de los hijos.

La depresión puerperal debe distinguirse cuidadosamente tanto del puerperio normal como de otros trastornos psiquiátricos frecuentes en este periodo, entre los cuales merecen especial atención el *blues* posparto y la psicosis puerperal. El *blues* posparto hace referencia a una serie de síntomas afectivos de leve intensidad altamente prevalentes en la etapa puerperal. Se considera que entre el 15 y el 85% de las mujeres en los diez primeros días posparto pueden padecer síntomas compatibles con este trastorno.

Los síntomas más comunes comprenden llanto fácil, ánimo triste o ligeramente eufórico, irritabilidad, cefalea, ansiedad y alteraciones del sueño. Normalmente estos síntomas ceden espontánea y rápidamente sin requerir tratamiento; sin embargo, la presencia de esta sintomatología es considerada como un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno depresivo puerperal.

La psicosis posparto es un cuadro clínico que ocurre en uno de cada mil partos y está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos dados por ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento desorganizado o comportamientos extraños. Tiene su inicio en las primeras cuatro semanas posparto y con frecuencia se acompaña de algunos síntomas afectivos de tipo maníaco tales como euforia, labilidad emocional, distractibilidad y aumento de la actividad. Este trastorno ha sido

asociado en diferentes estudios con un alto riesgo de desarrollar trastorno afectivo bipolar y es considerado como una emergencia psiquiátrica que usualmente requiere hospitalización.

Las madres deprimidas tienen menos disposición a estimular a sus hijos mediante interacciones vocales, físicas y de juego, además tienden más a percibir a su hijo de una manera negativa, se les dificulta más su cuidado y manifiestan aislamiento materno y hostilidad. Las mujeres con depresión post parto pueden mostrarse menos dispuestas a iniciar y mantener la lactancia materna, los síntomas depresivos preceden usualmente la interrupción temprana de ésta.

Los bebés son especialmente sensibles a los cambios anímicos de su madre, de ahí que los efectos de la depresión post parto en el niño se han observado también a largo plazo. A los dos años de edad se aprecia disminución en las habilidades cognitivas, menores interacciones sociales y trastornos del sueño y el apetito en los hijos de mujeres con ese trastorno. En la etapa preescolar se ha evidenciado que estos niños presentan pobre modulación del afecto, dificultades en la asociación con pares, mayor riesgo de trastorno psiquiátrico y comportamiento más evitativo frente a situaciones extrañas.

La evidencia actual sugiere que las intervenciones psicológicas y psicosociales tales como el soporte a la pareja, la asesoría no directiva, la psicoterapia interpersonal, la cognitivo-conductual y la psicodinámica, son todas efectivas en el tratamiento de la depresión post parto.

III. OBJETIVOS:

3.1. General:

3.1.1 Establecer la incidencia de depresión pos parto en pacientes pos parto de embarazo simple del Hospital Roosevelt durante el año 2012.

3.2. Específicos:

3.2.1 Comparar la incidencia de depresión post parto en pacientes post parto eutócico y distócico simple por medio del test de Edinburgh.

3.2.2 Determinar la caracterización epidemiológica de la paciente con depresión pos parto: edad, estado civil, apoyo familiar, antecedentes de depresión o depresión post parto, nivel de escolaridad, y nivel socioeconómico, en pacientes que presentan depresión post parto por medio del test de Edinburgh.

MARCO TEORICO

Depresión Post parto

Los problemas emocionales durante el puerperio se conocen desde la antigüedad, ya en los primeros escritos de Hipócrates, 700 AC, los describía en detalle, así como también en los textos de Celcio y Galeno. En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina durante el embarazo y el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital.⁽²⁾

La depresión postparto es una forma de depresión que la madre experimenta después del nacimiento de su hijo. Es una combinación compleja de cambios físicos, emocionales y conductuales, tener un bebé puede producir euforia, así como también agotamiento. Durante las primeras semanas después de dar a luz usted puede experimentar fatiga y algún dolor a medida que su cuerpo se recupera. Esta empieza entre uno y seis días después del parto, y puede durar de dos a seis semanas.^(3,18) Los expertos consideran que estos sentimientos son provocados por los cambios hormonales (especialmente bajos niveles de estrógeno o anomalías de la tiroides), fatiga y sueño interrumpido. En el período posparto, la mujer con "tristeza" llorará frecuentemente y lo hará por largos períodos de tiempo. Las pacientes describen que sus sentimientos son heridos con bastante facilidad, la

irritabilidad desencadenada por los incidentes más pequeños, y lo más preocupante, que pierden interés por el bebé. (tabla2)

Cierto grupo de mujeres tienen una probabilidad mucho mayor de desarrollar depresión durante el puerperio. Tanto las adolescentes como las mujeres con antecedente de enfermedad depresiva tienen un riesgo de depresión puerperal de alrededor del 30%, también se menciona que el bajo nivel socioeconómico y escolar se consideran factores de riesgo, hasta el 70% de las mujeres con depresión puerperal previa presentarán un episodio posterior. Si una mujer tiene una depresión puerperal previa y un actual de melancolía, sus probabilidades de desarrollar depresión grave aumentan al 85%.

Los trastornos del estado del ánimo con los que nos podemos encontrar en el puerperio son:

- Depresión postparto leve o *Postpartum Blues*.
- Depresión mayor postparto.
- Psicosis postparto.

- **Depresión Postparto leve o "postpartum Blues"**

Este es un cuadro leve, transitorio de reactividad emocional y ocurre en aproximadamente un 20 – 80 % de las mujeres que han tenido un parto recientemente, El cortejo sintomático se caracteriza por ansiedad, insomnio,

irritabilidad, labilidad emocional, cefaleas, cambios del apetito y sentimiento de minusvalía. Presenta una mínima implicación sobre la actividad habitual de la madre y se ha considerado como un proceso mental fisiológico de adaptación a la nueva situación. No obstante debería vigilarse la posibilidad de que estos síntomas persistan o aumenten de intensidad y deriven a una depresión postparto. El pico de tristeza se observa usualmente cerca de los 2 a 5 días luego del parto ^(12,18), en general coincidiendo con el inicio de la lactancia, y dura de varios días hasta un plazo de dos semanas. La propensión a desarrollar depresión post parto leve no parece relacionarse con su historia psiquiátrica, factores estresantes del medio, contexto cultural, alimentación o cantidad de hijos. Sin embargo estos factores pueden contribuir al desarrollo de una Depresión Mayor.

Existen dos hipótesis que lideran la explicación de la aparición de la depresión post parto leve. La primera es que los cambios en el ánimo están ligados a cambios bruscos de los niveles hormonales. Hay evidencia que muestra que los niveles absolutos de estrógenos y progesterona no desencadenan episodios de depresión post parto, pero los cambios bruscos entre los niveles durante el embarazo y los que se registran luego del parto, parecen estar asociados a una mayor probabilidad de desarrollar tristeza post parto ⁽¹⁸⁾. Del mismo modo, las concentraciones de un metabolito de la progesterona, la alopregmolona, con efecto ansiolítico agonista GABA, están significativamente reducidas en mujeres con este cuadro. Una segunda hipótesis sostiene que se inicia por la activación de un sistema relacionado con las conductas madre-hijo de los mamíferos, y que estaría regulado en forma primaria por la oxitocina. Bajo condiciones de adecuada contención y bajo estrés, esos cambios

neurofisiológicos promueven las conductas de acercamiento entre madre e hijo. Sin embargo, bajo condiciones de alto estrés y soporte inadecuado, esta reactividad emocional puede incrementar la vulnerabilidad a la depresión, al tornarse la mujer más susceptible al efecto de estos factores.

- **Depresión mayor postparto**

La clínica de este cuadro es más florida. Se inicia a las 2-3 semanas tras el nacimiento, con una duración de 4-6 semanas e incluso superior al año sin tratamiento. La prevalencia de este trastorno es del 5-22% de las nuevas madres según las distintas series ⁽¹²⁾. La prevalencia en EE.UU. es de 10-20% de las mujeres, en el lapso de 6 meses después del parto. Los factores de riesgo incluyen la historia personal de depresión mayor, historia de desórdenes disfóricos premenstruales, estrés psicosocial, historia de trastornos de la alimentación y el inadecuado soporte psicosocial.

Puede manifestarse en forma de episodio maníaco que luego evoluciona a depresivo, aunque la forma de inicio más característica es la de una depresión melancólica, con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad total de hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia en relación con el afecto por éste.

Los síntomas pueden incluir sentimientos de infelicidad, de no ser apta como madre, trastornos del sueño y el apetito y dificultad en la concentración. Los trastornos del sueño son habitualmente caracterizados por dificultad para dormir

incluso cuando alguien este cuidando al bebé. El término Ego-Distónico refiere a pensamientos que están caracterizados por la diferencia entre su contenido y lo que la persona desea o cree en la actualidad. Esos pensamientos tienen rasgos de obsesividad, pero raramente llegan al acto, en ausencia de psicosis. Sin embargo, cuando una mujer con Depresión mayor post parto llega a conductas suicidas, puede considerar también matar a su hijo, e incluso a sus hijos más pequeños, muchas veces siguiendo el deseo de no abandonarlos.

No hay evidencia directa de que la alteración hormonal cause depresión mayor post parto. Los cambios biológicos subyacentes de la depresión post parto leve pueden llevar a la depresión mayor post parto en presencia de un contexto vulnerabilidad genética, estrés en el entorno o insuficiente soporte social. Hay diferencias aparentemente significativas entre diferentes culturas en cuanto a la prevalencia de este cuadro clínico. Existen trabajos de campo que muestran que las culturas donde aparentemente hay una baja prevalencia de depresión post parto están caracterizadas por un fuerte soporte a nivel social para las nuevas madres, como por ejemplo, sistemas de ayuda en el cuidado del niño, alimentación especial, o el mismo retorno a su hogar de origen.

La depresión post parto que no es tratada puede tener consecuencias a largo plazo. Para la madre, el episodio puede ser el precursor de una depresión recurrente. Para los hijos, una madre deprimida puede contribuir a problemas a nivel emocional, cognitivo o conductual en el futuro.

- **Psicosis postparto**

La psicosis postparto es una enfermedad aguda y grave que ocurre en 1-2 de cada 1.000 nacimientos. Aparece generalmente de forma brusca entre el tercer y el noveno día postparto, aunque puede iniciarse incluso en el sexto mes ⁽¹²⁾. La psicosis postparto no se diferencia clínicamente de otras psicosis ^(tabla 1).

El 15-20% de las mujeres con psicosis postparto ha tenido episodios psicóticos previos. Las primigestas son doblemente vulnerables a la psicosis ⁽¹²⁾. Tras un episodio de psicosis postparto, las mujeres tienen un riesgo de recaída con episodios maníacos o depresivos.

Su aparición clínica se caracteriza por labilidad del humor, agitación grave, confusión, incapacidad para dormir, pensamiento desorganizado y alucinaciones que implican al niño (pueden pensar que el niño está muerto, que está poseído por un demonio y debería morir, o que es un salvador con una misión divina ^(22,8)). A lo largo del día puede existir una variabilidad sintomática importante; puesto que la madre puede con frecuencia autolesionarse o dañar a su niño, la psicosis postparto es una emergencia médica. En otros casos se observan cuadros de psicosis, con alucinaciones y/o delirio dentro de las 3 semanas luego del parto. Puede ser un episodio que se registre por primera vez en la vida de la paciente, o bien como parte de un problema recurrente. En su inicio suele aparecer más frecuentemente con rasgos de trastorno bipolar, que como trastornos del ánimo.

Comparado estos episodios con los trastornos psicóticos no asociados al postparto, se observa más desorientación y labilidad en forma característica. Las mujeres con psicosis post parto pueden tener mejorías temporales en apariencia, despistando a médicos y cuidadores, haciéndoles pensar que se han recuperado, pero al poco tiempo empeoran sus síntomas depresivos y psicóticos. Comparando con episodios de depresión sin psicosis, las mujeres con psicosis puerperal tienen más probabilidades de terminar haciendo daño a sus hijos, al pasar al acto con mayor facilidad. Si bien en los casos en donde se ha implementado un tratamiento exitoso no se ha visto aumentado el riesgo de daño para los hijos, la psicosis post parto tiene una alta probabilidad de recurrencia, tanto durante el período del postparto, como fuera de él, si no se realiza tratamiento de mantenimiento.

TABLA 1.

SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO	
• Pereza	• Fatiga
• Tristeza	• Alteración del sueño y apetito
• Falta de concentración, confusión	• Perdida de la memoria
• Irritabilidad hacia el marido o los otros hijos	• Miedo a autolastimarse o dañar al niño
• Sentimiento de culpa	• Pérdida de libido
• Síntomas ansiosos; angustia intensa, miedo, taquicardia, taquipnea, temblor, mareo, pánico, etc.	• Puede aparecer raramente una intolerancia extrema hacia el bebé: llega a gritarle e incluso a pegarle.
• Sobrepotección del niño; la madre ve al niño siempre como enfermo, lo que motiva repetidas consultas al especialista. A veces esta situación es el único síntoma de una depresión silenciosa de la madre.	

TABLA 2.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PSICOSIS POSTPARTO:	
Desórdenes Psiquiátricos	Depresión mayor con características psicóticas Trastorno Bipolar Trastornos esquizoafectivos Esquizofrenia Trastornos esquizofreniformes Psicosis reactiva
Condiciones Clínicas	Tiroiditis hipotiroidismo Deficiencia de Vitamina B12 Gangliosidosis del adulto
Sustancias	Bromocriptina Metronidazol Sustancias adictivas (LSD, PCP, Extasis)

Dr. Mario Acuña [Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires] publicación Noviembre Diciembre pagina 181 (18)

En la actualidad han surgido varios estudios tomando en cuenta el puerperio post cesárea y como este influye en la depresión post parto, y que la relación madre hijo tras la cesárea puede ser difícil, sobre todo en los primeros días. El primer efecto de la cesárea en la mayoría de las situaciones es un retraso significativo en el primer contacto madre-hijo. En muchos casos esto se puede demorar medio o un día, en algunos hospitales todavía detiene a los niños nacidos por cesárea 24 horas en observación sin su madre. Esta separación es muy grave y casi siempre innecesaria: supone un obstáculo importante para el establecimiento del vínculo. En la mayoría de

las cesáreas se debería permitir que madre e hijo permanecieran juntos desde el primer momento, junto con algún familiar, ya que esto facilita mucho la recuperación de los dos propiciando el inicio adecuado de la lactancia, ayudando a la autoestima materna y a fomentar el vínculo madre-hijo. También son frecuentes las dificultades para conectar con el bebé, algunas mujeres expresan abiertamente “siento que no la he parido yo, realmente no es mía, intelectualmente sé que es mi hija, pero es como si mi cuerpo no la reconociera”. Esta reacción parece ser más frecuente en las cesáreas programadas, donde al no haber un trabajo de parto previo tampoco se ha producido el efecto de las hormonas oxitocina y prolactina a nivel cerebral que facilitan el vínculo y las conductas de maternaje. Por lo tanto parece recomendable que incluso cuando se prevé una cesárea se espere a realizarla una vez que se ha iniciado el parto o cuando menos los pródromos ⁽¹⁴⁾.

Algunas mujeres sienten inmediatamente un intenso vínculo con sus hijos a pesar de la cesárea, otras sin embargo confiesan “ni siquiera estaba contenta de tenerla conmigo, después de tantos meses soñando con verla estaba aquí y no sentía nada, era como si todo aquello no estuviera ocurriendo en realidad”. A esto se suelen añadir los problemas de identidad como madre e incluso como mujer: “no sé qué clase de madre soy si ni siquiera he podido parir a mis dos hijos”, los sentimientos de culpa “siento que la culpa fue mía por no haber aguantado el dolor y haber pedido la anestesia” o el pensar que se ha decepcionado a la pareja “siento como si hubiera fallado a mi marido, mi cuerpo me falló en un momento crucial”⁽¹⁴⁾.

TABLA 3

DEPRESIÓN POSTPARTO LEVE O <i>POSTPARTUM BLUES</i>, DEPRESIÓN DEL POST-PARTO Y PSICOSIS DEL POST-PARTO: COMPARACIÓN			
CARACTERÍSTICAS	Depresión postparto leve o <i>Postpartum Blues</i>	DEPRESIÓN DEL POST-PARTO	PSICOSIS DEL POST-PARTO
FRECUENCIA EN OCURRIR	30-80%	10-15%	0.1 a 0.2%
EMPIEZA	2-5 días después del parto	Usualmente entre los primeros 6 meses después del parto.	Usualmente dentro de las primeras 4 semanas después del parto
DURACIÓN	Días a semanas	Meses a años si no es tratada	Necesita atención médica urgente e intensiva.
ANTECEDENTES DE DEPRESIÓN	No relación	Fuerte relación	Fuerte relación 30-50% de riesgo de presentarse después de un episodio de psicosis de post-parto. Puede ser más común en mujeres

Depresión después del parto

<http://www.namigc.org/content/espanol/depresiondespuesdelparto/BabyBluesSpanishMother.htm> (6)

DIAGNÓSTICO

La detección precoz de estos trastornos es difícil, lo que provoca que su incidencia esté subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas, ya que en función de las expectativas sociales deben estar contentas y llenas de satisfacción tras el acontecimiento y pueden mostrarse recelosas de revelar sus sentimientos. Dificulta aún más el diagnóstico el hecho de que el período postparto está asociado a cambios psicológicos y complicaciones somáticas que pueden ocultar un cuadro depresivo.

Un diagnóstico exacto es el primer escalón; para ello es imprescindible establecer unas líneas generales de actuación, que incluyan:

- ◆ Historia clínica completa junto con un examen físico y analítico: La fatiga y astenia pueden ser debidas a la excesiva pérdida de sangre durante el parto, a la disminución del sueño y a la adaptación a las necesidades del recién nacido. La pérdida de iniciativa y los cambios de humor pueden deberse al hipotiroidismo, generalmente transitorio, que ocurre en el 4-7% de las pacientes entre el cuarto y sexto mes postparto.
- ◆ La identificación de los grupos de riesgo: sería aconsejable profundizar en las características pre y postnatales que pudieran predecir una mayor probabilidad de desarrollar esta patología.
- ◆ Educación: Existe una escasa documentación de este problema entre el personal sanitario; sería necesario para una detección precoz ofrecerles una

información adecuada, junto con la creación de grupos de apoyo a las madres embarazadas, que hicieran participar también a los padres, en los que se trataran los síntomas de la depresión y los posibles sentimientos de ansiedad, miedo o inseguridad que pueden aparecer tras el parto.

- ◆ Relación médico-paciente: El médico de Atención Primaria debería atender a las quejas somáticas inespecíficas de la mujer y ser capaz de distinguir lo que es debido a la adaptación al cambio y lo que puede considerarse un cuadro depresivo.

Se han usado distintos métodos para evaluar la depresión postparto, aunque el más usado es *The Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Esta escala ha sido desarrollada para ayudar a los profesionales de Atención Primaria en la detección de las madres que sufren depresión postnatal. El EPDS se desarrolló en centros de salud de Livingston y Edimburgo y se han realizado diversas validaciones en numerosos países. Este cuestionario ha mostrado una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92.5 % para depresión mayor ⁽¹⁸⁾. 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 ⁽¹³⁾. Consta de diez preguntas cortas, autoaplicadas, la madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. Cada una de las respuestas es valorada de 0 a 3; se obtiene una puntuación global de la suma de todas ellas. Un total de 12 o más puntos indicarán la probabilidad de padecer el trastorno. La escala no detecta ansiedad,

neurosis, desórdenes de personalidad o fobias de la madre. En casos dudosos puede repetirse después de dos semanas.

MANEJO TERAPÉUTICO

Existe escasa literatura que se ocupe de la prevención y del tratamiento multifactorial de estos trastornos, pero un manejo terapéutico adecuado incluye:

– Tratamiento psicoterapéutico. La importancia que han demostrado tener las medidas de apoyo y psicoeducacionales para disminuir de forma significativa la incidencia de los síntomas depresivos ha dado lugar a la creación de grupos de soporte y asociaciones dirigidas al tratamiento de estos problemas. En la depresión post parto leve, dado que es un cuadro transitorio y sin consecuencias, dar seguridad y apoyo, junto a información sobre su posible aparición y clínica suele ser suficiente en la mayoría de los casos. Sin embargo, su resolución a veces puede verse comprometida y las mujeres que lo experimentan pueden tener un riesgo aumentado para desarrollar depresión postparto.

– Tratamiento farmacológico. Existen muy pocos estudios que permitan obtener conclusiones fiables sobre este tema. Aunque la psicoterapia constituye el tratamiento de primera línea, muchas pacientes con una depresión postparto o psicosis requieren el tratamiento con psicofármacos; los más usados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Se sabe poco de los riesgos de la exposición del niño a la medicación a

través de la leche materna, ya que se suele retirar la lactancia, por lo que se debe valorar de forma individualizada la relación beneficio/riesgo y siempre debe informarse a la mujer y su pareja de los datos que se conocen acerca de la lactancia y el uso de psicofármacos.

Si la mujer tiene una historia previa de depresión postparto la medicación con antidepresivos debe iniciarse inmediatamente después del parto para prevenir una posible recaída. El tratamiento debe mantenerse de seis meses a un año ⁽¹⁸⁾. Si en la psicosis postparto existe riesgo para el niño (abandono, abuso, infanticidio) o para la madre (autoagresión o suicidio), está indicado el ingreso psiquiátrico.

Deben utilizarse fármacos estabilizadores del estado de ánimo y, con gran frecuencia, neurolépticos para controlar las crisis agudas y los episodios de agitación. En caso de que la paciente no responda a la farmacoterapia o los síntomas vayan en escalada puede ser necesaria la terapia electroconvulsiva.

Prevención

Las mujeres con historia previa de depresión tienen un riesgo elevado de tener episodios recurrentes con los subsecuentes embarazos. Las estrategias de consejo en planificación familiar pueden asistir a las mujeres en cuanto a los tiempos para su embarazo, en ausencia de otros factores de riesgo mayores que puedan contribuir a la depresión. Se ha observado que, por ejemplo, en adolescentes que han sufrido

episodios de depresión postparto se ha visto incrementado el riesgo de tener un nuevo embarazo al poco tiempo ^(1, 18).

La psicoterapia interpersonal interactiva ha demostrado ser efectiva en la reducción del riesgo de desarrollar depresión postparto en mujeres que tuvieron episodios previamente.

El tratamiento profiláctico con antidepresivos no ha demostrado consistentemente reducir el riesgo de depresión postparto recurrente. Sin embargo, las mujeres que desarrollaron trastornos depresivos mayores durante el embarazo están en riesgo no sólo por la probabilidad de exacerbación en el puerperio, sino también por la mayor probabilidad de tener complicaciones obstétricas, como retardo en el crecimiento intrauterino, parto pretérmino, abrupcio placentae y conducta neonatal alterada. La detección temprana de síntomas y la pronta iniciación del tratamiento pueden reducir significativamente las consecuencias.

Es importante tener en cuenta algunos factores que pueden inducir una mayor probabilidad de sufrir depresión puerperal. Varios estudios han demostrado que el embarazo en adolescentes se asocia con una tasa mayor de depresión post parto en cualquiera de sus divisiones. De la misma manera, aquellas mujeres que tienen un embarazo no deseado, sobre todo en madres solteras, mujeres con escasa red de soporte social o que estén expuestas a factores de estrés psicosocial en los últimos 6 meses. Un caso especial son las mujeres inmigrantes o sometidas a un estado de "shock cultural " ⁽¹⁸⁾. Se ha observado que las diferentes culturas han creado

diferentes formas de implementar conductas de contención, que son perdidas en el momento de la inmigración y alejamiento de sus comunidades. Es recomendable, en este sentido, considerar que este problema no se da solo por cuestiones relacionadas con diferencias étnicas, también se observa, por ejemplo, en mujeres occidentales que al cambiar su lugar de residencia, mudándose de un país a otro, e incluso de una provincia u estado a otra, pierden su red de contención social y están más expuestas al riesgo de desarrollar depresión pos parto.

IV. MATERIAL Y METODOS

- Tipo y diseño de la investigación:

Descriptivo.

- Unidad primaria de muestreo:

Pacientes post parto que se encontraron en los servicios de encamamiento del Hospital Roosevelt en el departamento de Ginecología y Obstetricia en la zona 11 de la ciudad capital durante el periodo del 1 de Enero al 31 de Diciembre del año 2012.

TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT EN EL AÑO 2010	
Partos eutócicos simples	5,526
Partos distócicos simples	4,414
TOTAL	9,940

Fuente: Estadística consolidada del año 2010 del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt

- Unidad de análisis:

Respuestas obtenidas con el test de Edimburgh

- Unidad de Información:

Pacientes post parto que se encontraron en los encamamientos del Hospital Roosevelt en el departamento de Ginecología y Obstetricia.

- Universo:

Durante el año 2010 en el Hospital Roosevelt en el Departamento de Ginecología y Obstetricia se contabilizaron 9940 pacientes puérperas tanto por partos eutócicos simples y múltiples como por partos distócicos simples y múltiples, por lo que se utiliza este dato para hacer el cálculo de la muestra necesaria para realizar el presente estudio.

- Muestra:

El tamaño de la muestra se realizó con la siguiente fórmula estadística para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z^2 pq}{d^2 * (N-1) + Z^2 pq}$$

En donde:

- n= Muestra
- N= Universo
- Z = 1.96 (seguridad de 95%)
- p= probabilidad de ocurrencia del evento 0.5
- q= probabilidad de no ocurrencia del evento 0.5
- d= precisión (en este caso deseamos un 3%).

Partos Eutócicos Simples	Partos Distócicos Simples
TOTAL 5,526	TOTAL 4,414
$n = \frac{(5526) (1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.03)^2 (5525) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$	$n = \frac{(4,414) (1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.03)^2 (4,413) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$
$n = \frac{5307.17}{4.9725 + 0.9604}$	$n = \frac{4239.20}{3.9717 + 0.9604}$
$n = \frac{5307.17}{5.9329}$	$n = \frac{4239.20}{4.9321}$
n = 894.53 = 895	n = 859.51 = 860

- Se dividió la muestra entre partos eutócicos y distócicos para no formar un sesgo que afecte los resultados en el estudio; a la vez se realizó solamente

una octava parte de la muestra original por razones de costo económico y tiempo para lograr de esta manera obtener la información necesaria de una forma práctica y ordenada para no afectar los datos estadísticos que se realicen posteriormente.

PARTOS EUTÓCICOS SIMPLES	PARTOS DISTÓCICOS SIMPLES
TOTAL DE MUESTRA 895	TOTAL DE MUESTRA 860
n= $\frac{895}{8}$	n= $\frac{860}{8}$
n= 111	n= 107

- Tipo de muestreo:

El muestreo que se aplico en el estudio es probabilístico aleatorio sistémico

- Probabilístico: ya que la posibilidad de ocurrencia es conocida y diferente a cero, lo cual permitió estimar la precisión de los resultados.
- Aleatorio: porque todos los miembros de la muestra fueron elegidos al azar, de forma que cada miembro de la población tuvo igual oportunidad de salir en la muestra.
- Sistemático: ya que se ordenaron previamente los individuos de la población; después se eligió uno de ellos al azar, a continuación, se eligieron todos los demás hasta completar la muestra.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes de 15 a 45 años. ✓ Pacientes que se encuentren en el puerperio mediato. ✓ Pacientes a quien se le haya atendido el parto en las instalaciones del Hospital Roosevelt en el departamento de Ginecología y Obstetricia. ✓ Pacientes primíparas o multíparas. ✓ Pacientes post parto eutócico simple y distócico simple. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes con diagnostico de enfermedad psiquiátrica previa (desorden bipolar, esquizofrenia, múltiple personalidad) ✓ Paciente bajo tratamiento con antidepresivos.

- Definición y Operacionalización de las variables:

VARIABLE	DEFINICION	DEFINICION OPERACIONAL	TIPOS DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Cantidad de años de vida desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Se preguntará verbalmente y se anotará a la vez en la boleta de recolección de datos. Se clasificará en rangos de: *15 a 20 años *21 a 25 años *26 a 30 años *31 a 35 años *36 a 40 años *41 a 45 años	Independiente cuantitativa	Razón	Edad de la paciente
Estado civil	Vínculo que une a la paciente con otra persona de diferente sexo.	Se preguntará verbalmente y se anotará en la boleta de recolección de datos y se clasificará en: *Soltera *Casada o unida	Independiente cualitativa	Nominal	*soltera *casada
Apoyo familiar	Ayuda económica y moral que la paciente ha recibido de su familia	Se preguntará verbalmente y se anotará en la boleta de recolección de datos y se clasificó: Si recibe apoyo familiar No recibe apoyo familiar	Independiente cualitativa	Nominal	Si No
Antecedente de depresión post parto o depresión previo al parto	Depresión o depresión post parto diagnosticada por medico previo al parto	Se preguntará y anotará en la boleta de recolección de datos y se clasificará en: si tiene antecedente o depresión previa. No tiene antecedente o depresión previo	Independiente cualitativa	Nominal	Si No

- Definición y Operacionalización de las variables

Nivel de escolaridad	Grados académicos aprobados en su vida	<p>Se preguntará verbalmente y se anotará en la boleta de recolección de datos usando la clasificación:</p> <p>BAJO: +Analfabeta +Primaria</p> <p>MEDIO: +Secundaria +Diversificado +Universitario</p>	Independiente cualitativa	Nominal	<p>BAJO: Analfabeta Primaria</p> <p>MEDIO: Secundaria Diversificado Universitario</p>
Paridad de la paciente	Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un infante de peso mayor a 500 g.	<p>Se preguntará verbalmente y se anotará en la boleta de recolección de datos clasificándolas como:</p> <p>Primíparas (si es el primer embarazo) Multíparas (a partir del segundo embarazo)</p>	Independiente cualitativa	Nominal	Primíparas Multíparas

- Definición y Operacionalización de las variables

<p>Nivel socioeconómico</p>	<p>Cantidad de dinero con el que la familia dispone mensualmente para subsistir.</p>	<p>Se preguntara verbalmente y se anotara en la boleta de recolección de datos clasificándolas como: Pobre con ingreso menor de Q.2,003.89 mensual NO pobre con ingreso mayor de Q.2,003.89 mensual</p>	<p>Independiente cuantitativa</p>	<p>Numérica de intervalo</p>	<p>Pobre No pobre</p>
<p>Depresión post parto detectada por medio del Test de Edimburgo</p>	<p>Trastorno emocional caracterizado por sentimientos de tristeza, melancolía abatimiento durante los primeros 2 días a 6 meses post parto.</p>	<p>Se aplicara el test de Edimburgo e interpretó usando la siguiente puntuación: >12 puntos: hay presencia de depresión post parto. <12 puntos: ausencia de depresión post parto ** Para luego relacionar los signos y síntomas de cada división de depresión con la clínica de la paciente.</p>	<p>Dependiente cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Test de Edimburgo >12 puntos: hay presencia de depresión post parto. <12 puntos: ausencia de depresión post parto A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso</p>

- Técnicas, procedimientos e instrumento de recolección de datos:

- ◆ Técnica de recolección de datos:

Se realizara entrevista y test cara a cara a las pacientes puérperas que se encuentren en los servicios de encamamiento del Hospital Roosevelt en el Departamento de Ginecología y Obstetricia.

- ◆ Procedimientos:

Se realizará encuestas a las pacientes que se encuentren ingresadas en los servicios de encamamiento del Hospital Roosevelt en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, obteniendo los siguientes datos del las pacientes edad, estado civil, nivel de escolaridad, ingreso familiar mensual, antecedente de depresión o depresión post parto, en caso de cesárea si el hecho de la práctica de esta le provoco estrés previo, y si recibe apoyo familiar a demás; se les realizará el Test de Edimburgo, para luego sumar los porcentajes de cada ítem de la siguiente manera: A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) Si se obtiene un resultado > o igual a 12 puntos se clasifica como depresión post parto y se es < de 12 puntos se clasifica como una paciente sin depresión post parto.

Se realizaran la encuestas y test a pacientes POST PARTO EUTOCICO SIMPLE y a pacientes POST PARTO DISTOCICO SIMPLE en los servicios cuando se

encuentren en su puerperio mediato, en un promedio de 15 pacientes mensuales durante el año 2012, para cumplir así con la muestra obtenida por formula estadística con base a datos consolidados del año 2010 del número de partos atendidos en el Hospital Roosevelt.

- Plan de procesamiento y análisis de datos:

PRUEBA DE SIGNIFICANCIA PARA INTERPRETACION DE DATOS:

FACTOR DE RIESGO	DAÑO A LA SALUD PES		DAÑO A LA SALUD PDS		TOTAL
	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE	AUSENTE	
Presente (+)	A	B	A	B	
Ausente (-)	C	D	C	D	
Total	a+c	b+d	a+c	b+d	N**

** N= a + b + c + d

INCIDENCIA:

Incidencia acumulada:

 Número de casos . X 100

Población total expuesta

Y las medidas de tendencia central.

- Aspectos éticos de la investigación:

Previo a la recolección de datos se le explicará a cada paciente que sus datos servirán para una investigación, que no correrá ningún riesgo y que todos los datos que ellas aportaran serán estrictamente confidenciales, a la vez se le explicara que el estudio traerá beneficios para las mujeres mejorando así la atención integral. Previo al inicio de la encuesta se lee una carta de consentimiento informado donde se detalla el nombre del estudio, que está siendo facilitado por una estudiante de post grado y que podrá negarse o retirarse de la entrevista si se siente incómoda, sin ninguna consecuencia en la atención en el servicio en el que se encuentra, por lo que no es una obligación la participación.

Ya que en este estudio participaran seres humanos el riesgo para estos es de **categoría II** (con riesgo mínimo): los que incluye estudios o el registro de datos por medio de procedimientos diagnósticos de rutina (físicos o psicológicos). Por ejemplo: EKG, audiometría, termografía, tomografía, ultrasonografía, extracción dentaria, extracción de sangre, ejercicio moderado en voluntarios sanos, **pruebas psicológicas individuales y grupales con las cuales no se manipula la conducta de las personas**, utilización de medicamentos o especialidades medicinales autorizadas, de empleo común y amplio margen terapéutico (utilizados para indicaciones, dosis y vías de administración establecidas).

INTRODUCCION DE LOS RESULTADOS:

La depresión es un problema que afecta a una gran parte de la población mundial, misma que actualmente va en aumento; durante el puerperio los factores bioquímicos y el estrés psicológico pueden desencadenar trastornos psiquiátricos en la mujer, los primeros se relacionan con psicosis puerperal y tristeza post parto cuadro que dura de 3 a 6 días y afecta al 50% de las mujeres.

Según la literatura ésta afecta alrededor de 1 de cada 10 mujeres afectando al 8 a 15% de las puérperas, los síntomas son: sentimientos de inadecuación, incapacidad para resolver, pérdida de la concentración o la memoria, abatimiento o desesperación, pensamientos suicidas, pérdida del interés por el bebé o preocupación excesiva por su salud, culpabilidad, ataques de pánico, sentimientos de estar fuera de control, dolores de cabeza y pecho, palpitaciones o hiperventilación. Estos síntomas pueden presentarse 1 o 2 días después del parto y suelen durar de 3 a 7 días.

En Guatemala no hay datos de morbilidad psiquiátrica a nivel nacional, sin embargo los estudios indican que durante el puerperio cerca del 85% de las mujeres experimentan algún tipo de desorden del estado de ánimo, a menudo la patología no es diagnosticada ni tratada por lo que es importante diagnosticar correctamente la depresión post parto para evitar consecuencias que pongan en riesgo tanto la vida de la madre como del bebé.

El presente estudio tiene como objetivos

- V. Establecer la incidencia de depresión pos parto en pacientes pos parto de embarazo simple del Hospital Roosevelt durante el año 2012.
- VI. Comparar la incidencia de depresión post parto en pacientes post parto eutócico y distócico simple por medio del test de Edinburgh.
- VII. Determinar la caracterización epidemiológica de la paciente con depresión pos parto: edad, estado civil, apoyo familiar, antecedentes de depresión o depresión post parto, nivel de escolaridad, y nivel socioeconómico, en pacientes que presentan depresión post parto por medio del test de Edinburgh.

Tomando como muestra una fracción de la población atendida en el hospital según la estadística del departamento para el año 2010, el muestreo que se aplicó en el estudio es probabilístico aleatorio sistémico

- Probabilístico: ya que la posibilidad de ocurrencia es conocida y diferente a cero, lo cual permitió estimar la precisión de los resultados.
- Aleatorio: porque todos los miembros de la muestra fueron elegidos al azar, de forma que cada miembro de la población tuvo igual oportunidad de salir en la muestra.
- Sistemático: ya que se ordenaron previamente los individuos de la población; después se eligió a uno de ellos al azar, y a continuación, se eligieron todos los demás hasta completar la muestra.

V. PRESENTACION DE RESULTADOS

TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT EN EL AÑO 2012	
Partos eutócicos simples	4,738
Partos distócicos simples	5,635
TOTAL	10,373

Fuente: Estadística consolidada del año 2012 del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt

INCIDENCIA ACUMULADA:

$$\frac{\text{Número de casos}}{\text{Población total expuesta}} \times 100$$

INCIDENCIA ACUMULADA:

$$81 / 10,373 \times 100 = \underline{\mathbf{0.78\%}}$$

INCIDENCIA ACUMULADA PARTOS EUTOCICOS SIMPLES

$$42 / 4,738 \times 100 = \underline{\mathbf{0.88\%}}$$

INCIDENCIA ACUMULADA PARTOS DISTOCICOS SIMPLES

$$39 / 5,635 \times 100 = \underline{\mathbf{0.69\%}}$$

Las medidas de tendencia central en cuanto a la edad:

- ✓ Media post parto eutócico simple 20.95 años
- ✓ Media post parto distócico simple 25.70 años

- ✓ Mediana post parto eutócico simple 20 años
- ✓ Mediana post parto distócico simple 27 años

TABLA 1.
DISTRIBUCION SEGÚN EDAD Y DEPRESION POS PARTO EN PACIENTES POS PARTO EUTOCICO Y DISTOCICO SIMPLE EN EL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2012

EDAD	DEPRESION POS PES				DEPRESION POS PDS				TOTAL			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente		+		-	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15 – 20 años	19	17.11	22	19.88	18	16.84	16	14.95	37	16.97	38	17.43
21- 25 años	4	3.60	13	11.71	4	3.73	24	22.43	8	3.66	37	16.97
26 -30 años	6	5.40	15	13.51	4	3.73	9	8.41	10	4.58	24	11.00
31 -35 años	1	0.90	8	7.20	3	2.80	13	12.15	4	1.90	21	9.63
36 – 40 años	3	2.70	8	7.20	5	4.67	1	0.95	8	3.66	9	4.12
41 -45 años	9	8.09	3	2.70	5	4.67	5	4.67	14	6.42	8	3.66
TOTAL	42	37.80	69	62.20	39	36.44	68	63.56	81	37.15	137	62.85
	111				107				218			

FUENTE: boleta de recolección de datos y test de Edimburgh.

TABLA 2.
DISTRIBUCION SEGÚN ESTADO CIVIL Y DEPRESION POS PARTO EN PACIENTES POS PARTO EUTOCICO Y DISTOCICO SIMPLE EN EL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2012

ESTADO CIVIL	DEPRESION POS PES				DEPRESION POS PDS				TOTAL			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente		+		-	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Soltera	28	25.22	30	27.02	20	18.69	28	26.16	48	22.01	58	26.60
Casada	14	12.58	39	35.18	19	17.75	40	37.40	33	15.14	79	36.25
TOTAL	42	37.80	69	62.20	39	36.44	68	63.56	81	37.15	137	62.85
	111				107				218			

FUENTE: boleta de recolección de datos y test de Edimburgh.

TABLA 3
DISTRIBUCION SEGÚN PARIDAD DE LA PACIENTE Y DEPRESION POS PARTO EN PACIENTES POS PARTO EUTOCICO Y DISTOCICO SIMPLE EN EL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2012

PARIDAD	DEPRESION POS PES				DEPRESION POS PDS				TOTAL			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente		+		-	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Primípara	27	24.32	16	14.41	18	16.82	21	19.62	45	20.64	37	16.97
Multípara	15	13.48	53	47.79	21	19.62	47	43.94	36	16.51	100	45.88
TOTAL	42	37.80	69	62.20	39	36.44	68	63.56	81	37.15	137	62.85
	111				107				218			

FUENTE: boleta de recolección de datos y test de Edimburgh.

TABLA 4
DISTRIBUCION SEGÚN NIVEL SOCIOECONOMICO Y DEPRESION POS PARTO EN
PACIENTES POS PARTO EUTOCICO Y DISTOCICO SIMPLE EN EL HOSPITAL
ROOSEVELT DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL
AÑO 2012

NIVEL SOCIOECONOMICO	DEPRESION POS PES				DEPRESION POS PDS				TOTAL			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente		+		-	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pobre	22	19.81	36	32.43	29	27.10	37	34.57	51	23.39	73	33.48
No Pobre	20	17.99	33	29.77	10	9.34	31	28.99	30	13.76	64	29.37
TOTAL	42	37.80	69	62.20	39	36.44	68	63.56	81	37.15	137	62.85
	111				107				218			

FUENTE: boleta de recolección de datos y test de Edimburgh.

TABLA 5
DISTRIBUCION SEGÚN APOYO DE LA FAMILIA Y DEPRESION POS PARTO EN
PACIENTES POS PARTO EUTOCICO Y DISTOCICO SIMPLE EN EL HOSPITAL
ROOSEVELT DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL
AÑO 2012

APOYO FAMILIAR	DEPRESION POS PES				DEPRESION POS PDS				TOTAL			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente		+		-	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	16	14.41	37	33.33	18	16.82	38	35.51	34	15.59	75	34.40
No	26	23.39	32	28.87	21	19.62	30	28.05	47	21.56	62	28.45
TOTAL	42	37.80	69	62.20	39	36.44	68	63.56	81	37.15	137	62.85
	111				107				218			

FUENTE: boleta de recolección de datos y test de Edimburgh.

TABLA 6
DISTRIBUCION SEGÚN ANTECEDENTE DEPRESIVO Y DEPRESION POS PARTO EN
PACIENTES POS PARTO EUTOCICO Y DISTOCICO SIMPLE EN EL HOSPITAL
ROOSEVELT DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL
AÑO 2012

Antecedente Depresivo	DEPRESION POS PES				DEPRESION POS PDS				TOTAL			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente		+		-	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No	42	37.80	69	62.20	39	36.44	68	63.56	81	37.15	137	62.85
TOTAL	42	37.80	69	62.20	39	36.44	68	63.56	81	37.15	137	62.85
	111				107				218			

FUENTE: boleta de recolección de datos y test de Edimburgh.

TABLA 7
DISTRIBUCION SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD Y DEPRESION POS PARTO EN
PACIENTES POS PARTO EUTOCICO Y DISTOCICO SIMPLE EN EL HOSPITAL
ROOSEVELT DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL
AÑO 2012

NIVEL DE ESCOLARIDAD	DEPRESION POS PES				DEPRESION POS PDS				TOTAL			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente		+		-	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bajo	30	27.02	32	28.82	28	26.16	33	30.84	58	26.60	65	29.81
Medio	12	10.78	37	33.38	11	10.28	35	32.72	23	10.55	72	33.04
TOTAL	42	37.80	69	62.20	39	36.44	68	63.56	81	37.15	137	62.85
	111				107				218			

FUENTE: boleta de recolección de datos y test de Edimburgh.

VI. DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Los trastornos del estado de ánimo en el postparto acontecen de una manera frecuente en los primeros días tras el parto y pueden provocar considerables repercusiones tanto para la propia mujer, que ve mermado su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares, sin olvidar las consecuencias económicas que conllevan las bajas laborales de las mujeres afectadas.

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto. Algunas mujeres experimentan síntomas transitorios y leves. Sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos. Varios reportes recientes sobre infanticidio por parte de mujeres con enfermedad psiquiátrica en el posparto, señalan la importancia de diagnosticar y tratar estos trastornos. Su detección precoz es limitada por cuanto ni se busca atención, ni se realiza tamizaje de rutina en dichas pacientes, según la literatura.

Se realizó un estudio Analítico observacional, prospectivo en una muestra global de 218 puérperas distribuidas se realizaron 111 encuestas y test a

pacientes post parto eutócico simple y 107 encuestas y test a pacientes post parto distócico simple entre los 15 y 45 años, elegidas de forma probabilístico aleatorio sistémico, quienes se encontraban durante el puerperio mediato en los servicios de encamamiento del Hospital Roosevelt durante el año 2012. El Hospital Roosevelt, es un hospital público que reporto una población obstétrica de 10,373 partos eutócicos y distócicos atendidos durante el año 2012 provenientes del sector urbano y rural del país.

A las pacientes bajo estudio se les solicitó su autorización por medio del consentimiento informado, luego se les aplicó la escala de depresión posnatal de Edimburgh (EPDS), y un instrumento diseñado para variables obstétricas y perinatales.

Al analizar los datos presentados anteriormente podemos observar que en el caso de las pacientes pos parto eutócico y distócico simple se observo que el factor de riesgo EDAD se encontró asociada a depresión pos parto especialmente en los extremos de la vida; en cuanto al factor de riesgo ESTADO CIVIL se encuentra una mayor frecuencia en madres solteras pos parto eutócico simple, en comparación con las madres solteras pos parto distócico simple; al analizar el factor de riesgo PARIDAD se encontró que las pacientes primíparas pos parto eutócico simple son mas susceptibles a padecer depresión pos parto,

En cuanto al factor de riesgo APOYO FAMILIAR y NIVEL DE ESCOLARIDAD se encontró que tanto las pacientes pos parto eutócico y distócico

simple presentan la misma frecuencia de depresión pos parto, en ambos casos se encontraron dentro de la categoría de baja escolaridad; a la vez se encontró que el antecedente depresivo no influyo en las pacientes.

Al comparar los datos obtenidos durante la investigación con los datos publicados en diversas bibliografías encontramos que los factores más influyentes son el ser una madre soltera, en ciertos casos ser menores de edad, poseer un nivel educativo bajo y vivir en una situación de pobreza, puede correlacionarse dichos factores con un embarazo no deseado por falta de una adecuada educación; y por ende poco acceso a una buena orientación sexual, todo esto provocado por la inestabilidad económica del núcleo familiar donde la paciente se desenvuelve dando como resultado embarazos a temprana edad, madres solteras, niños abandonados o heridos o que la vida de la madre corra peligro por la situación en la que se encuentra, siguiendo un circulo vicioso, el cual seguirá afectando a diversas mujeres hasta que se modifiquen dichos factores predisponentes, los datos interpretados anteriormente únicamente son aplicables al área de estudio.

Los resultados obtenidos sugieren que la escala de Edinburgh para depresión posparto es un instrumento confiable y válido para ser utilizado en la detección temprana de trastorno depresivo mayor en la población de gestantes. De hecho, las madres solteras muy jóvenes, sin apoyo familiar, con antecedentes depresivos en su familia y en condiciones sociales y económicas precarias, deben

ser objeto de atención especial durante el embarazo y el posparto, dado que constituyen población en alto riesgo.

Para tratar adecuadamente esta complicación, se puede sugerir la intervención de un equipo multidisciplinario coordinado por un psicólogo y trabajadoras sociales que intervengan en la crisis. De esta manera, la paciente podrá sobrellevar esta situación y reincorporarse lo más pronto posible a sus actividades cotidianas.

Es importante evaluar integralmente a las mujeres embarazadas durante el control prenatal para identificar tempranamente alteraciones psicológicas como: baja autoestima, ansiedad, altos niveles de estrés o trastornos del sueño que, en conjunto, tienden a manifestar tristeza materna en forma inicial y, en caso de ser muy grave y persistente, transformarse en depresión posparto.

La detección de la tristeza materna durante el puerperio inmediato puede ser una estrategia muy valiosa para identificar mujeres con riesgo de depresión postparto. El diagnóstico oportuno de la depresión post parto permitirá ofrecer a la madre un tratamiento temprano, lo que influirá favorablemente en la relación madre-hijo y evitará problemas emocionales a largo plazo para el niño.

VI.I. CONCLUSIONES:

6.1.1 La incidencia acumulada de presencia de depresión post parto simple en el Hospital Roosevelt es de 0.78%.

6.1.2 Las edades promedio de las pacientes pos parto eutócico simple como las pacientes pos parto distócico simple, fueron de 20.95 años y 25.7 años, con una mediana de 20 y 27 años, encontrándose un 16.97% de las pacientes con depresión post parto entre el rango de edad comprendido de 15 a 20 años.

6.1.3 La característica epidemiológica estado civil reflejó que el 22.01% de las pacientes con depresión post parto son solteras, mientras que el 15.13% son casadas.

6.1.4 De las pacientes que presentaron depresión post parto el 58% poseen un nivel de escolaridad bajo, y el 23% tienen un nivel medio de escolaridad.

6.1.5 En cuanto a la distribución de pacientes con depresión post parto el 20.64% de estas son primíparas, y el 16.51% son multíparas.

6.1.6 Las pacientes que se encuentran en una situación de pobreza con depresión post parto representaron el 23.39% en el presente estudio.

6.1.7 Las pacientes que no cuentan con apoyo familiar con diagnostico de depresión post parto representan el 15.59 %.

6.1.8 Con la característica epidemiología de tener antecedentes depresivos el 37.15 % de las pacientes con depresión post parto refirieron no contar con antecedentes de este tipo.

VI.II. RECOMENDACIONES:

- 6.2.1 Implementar métodos para el diagnóstico temprano y oportuno de las enfermedades psiquiátricas en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Roosevelt.

- 6.2.2 Establecer protocolos para identificar los factores de riesgo de depresión pos parto en las pacientes que asisten a este centro asistencial para disminuir así la incidencia de esta.

- 6.2.3 Seguimiento de los casos con el apoyo del departamento de salud mental para así llevar un control psicológico de la paciente.

- 6.2.4 Promover el uso del Test de Edimburgh para el diagnóstico de depresión pos parto y una adecuada educación sexual para tratar de disminuir la incidencia de embarazos no deseados.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Óscar Alejandro Bonilla-Sepúlveda, M.D. DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS EN MEDELLÍN (COLOMBIA) 2009. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología v.61 n.3 Bogotá jul./sep. 2010.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/depression/23784/23.html>

2. José Urdaneta M. MSc , Ana Rivera S. , José García I. PhD , Mery Guerra V. PhD , Nasser Baabel Z. PhD , Alfi Contreras B. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS VALORADAS POR LA ESCALA DE EDIMBURGO Revista chilena de obstetricia y ginecología vol.75 no.5 Santiago 2010 312 – 320
www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n5/art07.pdf

3. Drs. Gregorio Evans M., Mcjohn Vicuña M, Rodrigo Marín DEPRESION POSTPARTO REALIDAD EN EL SISTEMA PUBLICO DE ATENCION DE SALUD Revista chilena de obstetricia y ginecología v.68 n.6 Santiago 2003 491-494

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262003000600006&script=sci_arttext

4. Depresión posparto Dirección de esta página:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007215.htm>

5. Peter J. Chen, MD, DEPRESION POST PARTO Department of Obstetrics & Gynecology, Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia, PA. Review provided by VeriMed Healthcare Network
www.umm.edu/pregnancy_spanish/000118.htm

6. DEPRESION POST PARTO
<http://www.namigc.org/content/espanol/depresiondespuesdelparto/BabyBluesSpanishMother.htm>

7. Alberto Moreno Zaconeta, Lucília Domingues Casulari da Motta, Paulo Sergio França DEPRESIÓN POSTPARTO: PREVALENCIA DE TEST DE RASTREO POSITIVO EN PUÉRPE Revista chilena de obstetricia y ginecología v.69 n.3 Santiago 209-213

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262004000300005&script=sci_arttext

8. DEPRESION MATERNA Minnesota Association for Children's Mental Health stern Avenue N, Suite 2, St. Paul, MN 55102 www.macmh.org • 800-528-4511
9. Alberto Moreno Zaconeta¹, Lucília Domingues Casulari da Motta¹, Paulo Sergio França DEPRESIÓN POSTPARTO: PREVALENCIA DE TEST DE RASTREO POSITIVO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA, E6N9(C3I)A: 2D0E9 -T2E13ST
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262004000300005&script=sci_arttext
10. Adalberto Campo-Arias, M.D., Cristian Ayola-Castillo, Henry Miguel Peinado-Valencia, Maribel Amor-Parra, Zuleima Cogollo ESCALA DE EDINBURGH PARA DEPRESIÓN POSPARTO: CONSISTENCIA INTERNA Y ESTRUCTURA FACTORIAL EN MUJERES EMBARAZADAS DE CARTAGENA, COLOMBIA *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 58 No. 4 • 2007 • (277-283)
www.fecolsoq.org/userfiles/file/revista/Vol58No4.../v58n4a03.pdf
11. Lilia Cristina Arranz Lara, Wilfrido Aguirre Rivera, Jaime Ruiz Ornelas, Salvador Gaviño Ambriz, José Francisco Cervantes Chávez, Eduardo Carsi Bocanegra, Margarita Camacho Díaz, Martha Georgina Ochoa Madrigal ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN LA DEPRESIÓN POSPARTO. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(6):341-8. La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx
12. T. CARRO GARCÍA, J. M. SIERRA MANZANO, M J. HERNÁNDEZ GÓMEZ, E. LADRÓN MORENO E. ANTOLÍN BARRIO TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN EL POSTPARTO revista española “ medicina general” paginas 452 – 459 www.medicinageneral.org/mayo-2000/452-456.pdf
13. J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky ESCALA DE DEPRESIÓN DE POSTPARTO DE EDINBURGH [EPDS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS] Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 www.sbcounty.gov/pubhlth/.../mcah_cpssp_pp_depression_screening_sp.pdf

14. Dra. Ibone Olza Fernández Psiquiatra Infanto-juvenil Hospital de Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid LACTANCIA DESPUES DE CESAREA DEPRESIÓN POSTPARTO PSICOSIS PUERPERAL www.msc.es/organizacion/sns/.../pdf/.../lactanciaDepresionPsicosis.pdf
15. Guía rápida para combatir la depresión posparto J:diseasemgmt/postpartumdep/postpartumdepressionquickguidedhs.doc www.chgsd.com/.../PostpartumDepressionQuickReferenceGuide_Spanish.pdf
16. Luisa García Esteve, Jaume Aguado Carné, Carlos Ascaso Terrén Francisco Caparrós Algarra, Purificación Navarro García, Julia Ojuel Solsona Fundación Clinic Recerca Biomédica. ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN MADRES ESPAÑOLAS: DETECCIÓN, INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS. 2000 http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/2000/471p.pdf
17. Gabriel Fernando Oviedo Lugo Valeria Jordán Mondragón TRASTORNOS AFECTIVOS POSPARTO UNIVERSITAS MÉDICA 2006 VOL. 47 N www.med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/.../3%20Transtorno%20posparto.pdf
18. Dr. Mario Acuña [Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires] ACTUALIZACIÓN DEPRESIÓN POSTPARTO www.foroaps.org/files/Depresión%20Postparto.pdf
19. Drs. Ruth Pérez Villega, Katia Sáez Carrillo, Lorena Alarcón Barra, Vanesa Avilés Acosta, Isabel Braganza Ulloa, Jocelyn Coleman Reyes, VARIABLES POSIBLEMENTE ASOCIADAS A DEPRESIÓN POSPARTO, SEGÚN ESCALA EDIMBURGO POSPARTO Vol. 67, Nº 3, septiembre 2007 187-191 www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048...script=sci_arttext
20. Celia Cristina Urbina Torres Sergio Javier Villaseñor Bayardo LOS TRASTORNOS MENTALES Y EL EMBARAZO Revista Digital Universitaria 10 de noviembre 2005 • Volumen 6 Número 11 • 1067-6079 www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art108/nov_art108.pdf
21. Agnes Arbat, Irmma Danes, DEPRESION POST PARTO Hospital Universitario, Vall d'Hebron, Barcelona, España, artículo 89,328. 2003 121 (17) 673- 675 www.icf.uab.es/ca/pdf/consulta/preres/preres21.pdf

22. Olza Fernandez I., Gainza Tejedor ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO DE MADRES LACTANTES CON DEPRESION POSTPARTO EN ATENCION PRIMARIA Publicado en Revista OB STARE número 7, enero 2003. www.msc.es/organizacion/sns/.../pdf/.../lactanciaDepresionPsicosis.pdf
23. Dra. Soledad Díaz EL PERIODO POSTPARTO Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/POST-PARTO.pdf
24. José Fidel Latorre-Latorre M.D., MS, Leddy Marina Contreras-Pezzotti M.D., Susana García-Rueda M.D., Juan Arteaga-Medina M.D LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES DE BUCARAMANGA, COLOMBIA *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 57 No. 3 • 2006 • (156-162) www.revistasochog.cl/articulos/ver/401
25. Dra Victoria Hall Ramirez *DEPRESION FISIOPATOLOGIA Y TRATAMIENTO*, centro nacional de medicamentos, universidad de Costa Rica, 2003. www.sibdi.ucr.ac.cr/CIMED/cimed7.pdf
26. Lise M. Stevens, MA, Writer Cassio Lynn, MA, Illustrator Richard M. Glass, MD, Editor DEPRESIÓN POSPARTO *La Revista de la American Medical Association* 1736 JAMA, 20 de octubre de 2010—Vol. 304, núm. 15 www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/postpartumdepression.html
27. Depresión post parto American College of Obstetricians and Gynecologists <http://www.acog.com/> Womenshealth.gov <http://www.4woman.gov/>

VIII. Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DEPRESION POST PARTO

Caracterización epidemiológica y aplicación del test de Edinburgh en pacientes post parto del hospital Roosevelt 2012

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. ANTECEDENTES:

La depresión es un problema que afecta a una gran parte de la población mundial, misma que actualmente va en aumento; durante el puerperio (periodo de tiempo que abarca desde el momento de la resolución del embarazo hasta los primeros 40 días) donde factores bioquímicos y el estrés psicológico pueden desencadenar trastornos psiquiátricos en la mujer, los primeros se relacionan con psicosis puerperal y tristeza post parto cuadro que dura de 3 a 6 días y afecta al 50% de las mujeres.

Según la literatura la depresión post parto afecta alrededor de 1 de cada 10 mujeres afectando al 8 a 15% de las puérperas, los síntomas son: sentimientos de inadecuación, incapacidad para resolver problemas, pérdida de la concentración o la memoria, abatimiento o desesperación, pensamientos suicidas, pérdida del interés por el bebé o preocupación excesiva por su salud, culpabilidad, ataques de pánico, sentimientos de estar fuera de control, dolores de cabeza y pecho, y palpitaciones. Estos síntomas pueden presentarse 1 o 2 días después del parto y suelen durar de 3 a 7 días. El tratamiento de este problema es sencillo y requiere de un diagnóstico oportuno y certero, para evitar así mayores consecuencias

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

1. Establecer la incidencia de depresión post parto en pacientes post parto de embarazo simple del Hospital Roosevelt durante el año 2012
2. Relacionar los factores de riesgo (edad, estado civil, apoyo familiar, antecedentes de depresión o depresión post parto, nivel de escolaridad, paridad, presencia de estrés y nivel socioeconómico) asociados a la depresión post parto con la clínica en las pacientes puérperas.

3. Comparar la incidencia de depresión post parto en pacientes post parto eutócico y distócico simple por medio del test de Edinburgh.

3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

En Guatemala no hay datos de depresión post parto a nivel nacional, sin embargo los estudios indican que durante el puerperio cerca del 85% de las mujeres experimentan algún tipo de desorden del estado de ánimo, a menudo esta afección no es diagnosticada ni tratada por lo que es importante diagnosticar correctamente la depresión post parto para evitar consecuencias que pongan en riesgo tanto la vida de la madre como del bebé.

Con este estudio conocerá de manera clara si usted padece esta enfermedad para así proporcionarle la ayuda necesaria para superar el problema. Este estudio permitirá que en un futuro otras pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido.

4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos, condiciones que rodean su vida diaria, el estado de ánimo y sus antecedentes médicos, se leerá cada ítem de los cuestionarios a cada paciente para obtener la información necesaria, y se marcará la opción que indique la paciente.

5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

La realización de este estudio no conlleva ningún tipo de riesgo para su persona.

6. ACLARACIONES

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio. No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable. La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el investigador.

En caso de alguna duda puede comunicarse con:

Dra. Elena María Agustín López

Teléfono: 56332111

Investigadora

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Nombre: _____

Firma _____

Identificación _____

Fecha _____

Dra. Elena María Agustín López

FECHA _____



BOLETA DE DATOS:



Nombre: _____

Edad materna:

15 a 20 años 21 a 25 años 26 a 30 años

31 a 35 años 36 a 40 años 41 a 45 años

Estado civil:

Soltera casada

Antecedentes gineco-obstetrico:

Primípara Multípara

Recibe apoyo familiar?

Si No

Mensualmente recibe más de Q2003.89?

Si No

Qué nivel de escolaridad posee?

Analfabeta Primaria Secundaria

Diversificado Universitaria

Tiene antecedente de depresión post parto o depresión previa al parto?

Si No pre parto post parto

Vía de resolución del embarazo: PARTO VAGINAL Eutócico VÍA ALTA

Distócico

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edinburgh (EPDS)

Nombre: _____ Edad _____

Queremos saber cómo se siente si ha tenido un bebé recientemente. Por favor responde a la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido. 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

- Sí, la mayor parte de las veces
- Sí, a veces
- No, casi nunca
- No, nada

2. He mirado el futuro con placer

- Tanto como siempre
- Algo menos de lo que solía hacer
- Definitivamente menos
- 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

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

8. Me he sentido triste y desgraciada

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- No muy a menudo
- No, nada

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- No, para nada
- Casi nada
- Sí, a veces
- Sí, a menudo

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- Sólo en ocasiones
- No, nunca

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- Sí, bastante
- Sí, a veces
- No, no mucho
- No, nada

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- Sí, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- No, nunca

6. Las cosas me oprimen o agobian

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medios la tesis titulada “**DEPRESION POST PARTO Caracterización epidemiológica y aplicación del test de Edinburgh en pacientes post parto del hospital Roosevelt 2012**” para pronósticos 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 comercialización total o parcial.