

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



***“RIESGO DE DEPRESIÓN POST PARTO
EN PACIENTES POST PARTO EUTÓCICO SIMPLE VRS
PACIENTES POST CESÁREA”***

CARLOS GIOVANNI HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

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
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Febrero, 2016



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:

El Doctor: Carlos Giovanni Hernández Rodríguez

Carné Universitario No.: 100022943

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **“RIESGO DE DEPRESIÓN POST PARTO EN PACIENTES POST PARTO EUTÓCICO SIMPLE VRS PACIENTES POST CESÁREA”**

Que fue asesorado: Dr. José Antonio Hernández

Y revisado por: Dr. Giovanni Santucci

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2016.

Guatemala, 26 de noviembre de 2015


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

/mdvs



Guatemala de septiembre del 2015

Doctor
Erwin González Maza
Coordinador Específico de Programas de Post Grado
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Departamental Pedro de Bethancourt
Presente

Estimado Dr. Erwin González Maza:

Por este medio le informo que asesore el contenido del informe final de tesis con el título "RIESGO DE DEPRESION POST PARTO EN PACIENTES POST PARTO EUTOCICO SIMPLE VRS PACIENTES POST CESAREA" del Dr. Carlos Giovanni Hernández Rodríguez el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el Post Grado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,

Dr. JOSÉ ANTONIO HERNÁNDEZ V.
GINECOLOGO Y OBSTETRA
COL: No. 2004

Dr. José Antonio Hernández
Asesor de Tesis
Hospital departamental Pedro de Bethancourt



Guatemala 17 de septiembre del 2015

Doctor
Erwin González Maza
Coordinador Específico de Programas de Post Grado
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Departamental Pedro de Bethancourt
Presente

Estimado Dr. Erwin González Maza:

Por este medio le informo que revise el contenido del informe final de tesis con el título "RIESGO DE DEPRESION POST PARTO EN PACIENTES POST PARTO EUTOCICO SIMPLE VRS PACIENTES POST CESAREA" del Dr. Carlos Giovanni Hernández Rodríguez el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el Post Grado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,


Dr. Giovanni Santucci
Revisor de tesis
Hospital departamental Pedro de Bethancourt

ÍNDICE

Capítulos	Elementos	Paginación
	Título	
	Índice de Tablas	
	Resumen	
I.	Introducción	1
II.	Antecedentes	3
III.	Objetivos	11
IV.	Material y Método	12
V.	Resultados	21
VI.	Discusión	24
	6.1 Conclusiones	26
	6.2 Recomendaciones	27
VII.	Referencias Bibliográficas	28
VIII:	Anexos	31

INDICE DE TABLAS

Tabla	Paginación
Tabla 1	21
Tabla 2	22
Tabla 3	22
Tabla 4	23

I. Resumen

Introducción: La depresión post-parto es un trastorno psicológico y emocional que pueden presentar las mujeres después del parto, su prevalencia mundial es 10-15%, lo cual puede ocasionar graves problemas a la madre o al recién nacido. Este trastorno se puede identificar fácilmente con pruebas de tamizaje una de ellas es el test de Edimburgo.

Objetivo: Determinar el riesgo de Depresión post parto durante el puerperio, con el test de Edimburgo.

Metodología: Estudio descriptivo transversal, en pacientes de los servicios de post parto, del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Departamental Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala durante el año 2013. Muestra: 327 pacientes. Se realizó el test a las pacientes en el post parto inmediato y dos meses después vía telefónica en el control.

Resultados: De las 327 pacientes la media de edad fue de 24 años con un IC 95% (18.7, 29.3) y una Desviación Estándar de 5.3; 30 pacientes (9%) cursaron con Depresión posparto, la edad de mayor frecuencia fue de 18 años; de ellas 18 (60%) tuvieron posparto eutócico simple, 26 pacientes (86%) tuvieron un niño Sano y 4 pacientes (14%) No Sano. La Razón de Prevalencia (RP) de Depresión posparto asociado a Tipo de parto es 1.39. La RP de Depresión pos parto (Parto Eutócico simple/Cesárea) asociado a la salud del bebé es 0.34.

Conclusiones: Se concluye que las pacientes que tuvieron Parto Eutócico Simple tienen 1.39 veces más riesgo de presentar Depresión pos parto que las pacientes que resolvieron por Cesárea. Las pacientes que tuvieron un niño sano disminuyen el riesgo de Depresión pos parto en 0.34 veces.

Palabras clave: Depresión posparto, parto eutócico simple, cesárea.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión post-parto es un trastorno psicológico y emocional que pueden presentar las mujeres después del parto, su prevalencia mundial es 10-15% en literatura mundial y pueden ocasionar graves problemas a la madre o al recién nacido teniendo un impacto negativo sobre el mismo, si no es diagnosticada y tratada a tiempo; se puede identificar fácilmente a las madres con pruebas de tamizaje como lo es el test de Edimburgo que es un cuestionario fácil de realizar que nos identifica a las personas con mayor riesgo de padecer depresión post parto, realmente es bajo el costo de tiempo y recurso empleados en identificar a la personas con mayor riesgo de presentar depresión post parto comparados con los beneficios ya que es una enfermedad tratable y su diagnóstico y tratamiento temprano puede disminuir las complicaciones a largo plazo como suicidios o maltrato infantil.¹

En estudio en Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en 2009 se evidenció que 33% de las pacientes encuestadas padecían un riesgo aumentado de depresión post parto según la escala de Edimburgo, es una cifra alarmante ya que estas pruebas de tamizaje no se hacen de rutina y una gran población de pacientes que no son diagnosticadas ni tratadas y esto puede ocasionar grandes problemas a la madre y el recién nacido.²

El objetivo del presente estudio fue determinar el riesgo de Depresión post parto durante el puerperio, el cual fue realizado en pacientes ingresadas en el servicio de post- parto del departamento de Gineco-Obtetricia del Hospital Departamental Pedro de Bethancuor de Antigua Guatemala, del departamento de Sacatepéquez, Guatemala, durante el año 2013.

Para llevarlo a cabo, se realizó el test de Edimburgo en el puerperio inmediato y un segundo test fue realizado a las 8 semanas post parto vía telefónica. El mencionado test es un cuestionario de 10 preguntas con 4 opciones, cada opción varia de 0 a 3

puntos, si un puntaje global fue igual o superior a 12 puntos, en cualquiera de las dos evaluaciones, se consideró una prueba positiva y se derivó al paciente al área de psicología. No se tomaron en cuenta a las pacientes que presentaran otra patología psiquiátrica.

Como resultado se obtuvo que 30 pacientes presentaron riesgo de depresión post parto, con una prevalencia del 0.9 (12%) lo cual coincide con la prevalencia a nivel mundial. Se concluye que las pacientes que tuvieron Parto Eutócico Simple tienen 1.39 veces más riesgo de presentar Depresión post parto que las pacientes que resolvieron por Cesárea. Las pacientes que tuvieron un niño sano disminuyen el riesgo de Depresión pos parto en 0.34 veces.

Dentro de las principales limitantes del estudio se puede mencionar que algunas pacientes menores de edad no tenían familiar presente al momento de la evaluación para firmar el consentimiento informado, no contaban con número telefónico para la segunda evaluación por esta vía, o números de teléfono incorrectos.

II. Antecedentes

2.1 Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.(3)

La característica esencial de un episodio depresivo es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. Un episodio depresivo debe distinguirse de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. El diagnóstico apropiado es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo).(4)(5)

2.2 Parto y post parto

2.2.1 Parto

El parto es la culminación del embarazo humano, es el proceso por el cual los productos de la concepción salen normalmente al exterior con la expulsión de un feto con un peso mayor de 500g o mayor de 20 semanas, según la finalización pueden clasificarse como:

-Parto Eutócico es el parto normal y el que se inicia de forma espontánea en una mujer, con un feto en presentación cefálica flexionada, posición de vértice y termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución.

-Parto distócico: cuando se necesitan maniobras o intervenciones quirúrgicas para la finalización del parto.(6,7)

2.2.2 Cesárea

Es una intervención quirúrgica que se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, fetales u ovulares que desaconsejan el parto via vaginal. Consiste en apertura del útero y posterior extracción de su contenido, y para llegar al útero se ha realizado intervención quirúrgica que atraviesa diversas estructuras anatómicas.(6,7)

2.2.3 Post Parto

Es el periodo inmediatamente después del parto también conocido como puerperio este periodo que comprende desde el final del parto hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo. Es un periodo largo, de aproximadamente seis semanas de duración o hasta la aparición de la primera menstruación y se divide en puerperio inmediato que abarca las primeras 24 horas,

puerperio mediato que se sitúa entre el 2do y 7mo día y puerperio tardío que comprende después de la primera semana hasta la 6ta semana después del parto.(7)

2.3 Depresión post parto

2.3.1 Definición

La Depresión post-parto es la depresión que sufren las madres tras el embarazo y parto. También se denomina en ocasiones depresión puerperal o depresión postnatal. La cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz. (5,8–11)

2.3.2 Etiopatogenia

La mayoría de los expertos creen que una disminución repentina en los niveles de estrógeno y de progesterona es la razón encubierta detrás de la depresión postparto. En el caso de las mujeres que no están embarazadas, la subida y la repentina caída de los niveles hormonales que ocurren cada mes son la causa por la cual muchas mujeres se sienten enojadizas y extremadamente sensibles en el momento anterior a experimentar sus períodos.(5)

Durante el embarazo, los niveles hormonales suben constantemente durante nueve meses antes de caer abruptamente en picada luego de haber dado a luz al bebé. Los mismos continúan cayendo hasta volver a la normalidad, alcanzando a los niveles que poseía anteriores al embarazo. Como consecuencia de ello, muchas mujeres se sienten emocionalmente frágiles luego de haber dado a luz a sus bebés. Para algunas mujeres, este drástico cambio en los niveles hormonales traerá como consecuencia depresión postparto.(5)

Algunos expertos también asocian la depresión postparto con los bajos niveles de la tiroides. Un análisis de sangre podrá determinar si éste sería el factor causante de depresión. Los medicamentos para tratar los problemas de la tiroides podrán ser usados para tratar la depresión.(5)

Vinculada a la teoría anteriormente descrita relacionada con la depresión postparto; la teoría ecológica de Bronfenbrenner argumenta que las mujeres que padecen depresión postparto deben ser analizadas dentro del contexto del sistema en el que interactúan. Las personas son afectadas e influenciadas por el ambiente que las rodea. Es por ello que, tomando en cuenta la teoría ecológica de Bronfenbrenner, las mujeres que padecen depresión postparto deberían ser examinadas relacionándolas con respecto a su familia, su lugar de trabajo, la comunidad en la que viven, la sociedad y la cultura propia del lugar en el que habitan.(5)

También se cree que los cambios que un bebé recién nacido provoca en la vida de sus mamás contribuyen a que la misma padezca depresión. La falta de sueño, la tensión emocional, los sentimientos abrumadores, el hecho de experimentar pérdida de identidad, y de sentir que ha perdido el control y la libertad de su vida podrían impactar negativamente en su estado anímico. Las mujeres que no cuentan con un fuerte grupo de apoyo social y emocional también son más vulnerables a padecer depresión postparto. (8,9,11–15)

2.3.3 Clasificación

La podemos clasificar según su intensidad, duración y manera de expresión, por eso se pueden presentar de 3 maneras.(12)

2.3.3.1 Melancolía Post-Parto, Disforia posparto o “Baby Blue”

Altibajos emocionales, así como cambios en la respuesta emocional después del parto. Ocurre en la mayoría de las primíparas, por lo que se considera como parte normal del proceso de haber tenido un bebé.

Se presenta con una frecuencia de entre un 20% al 80% de las madres. Se ha considerado como un proceso fisiológico de adaptación debido a que el cuerpo de la madre tiene que condicionarse después del evento. La melancolía del post parto usualmente ocurre entre 2 a 5 días después del parto. Su pico más alto es alrededor del cuarto día post-parto y resuelve a los 10 días, esto significa que, la tristeza es de corta duración y que desaparece dentro de pocas semanas. Su sintomatología: ansiedad, insomnio, irritabilidad, labilidad emocional (episodios de llanto sin razón), sensibilidad emocional, cefaleas, cambios de apetito y sentimientos de minusvalía, abrumada e incluso agotamiento. La melancolía del post parto usualmente termina sin tratamiento médico luego de una semana o dos, que es cuando los niveles hormonales vuelven a su normalidad, tan pronto como ella y su cuerpo se adaptan a la nueva situación. (12,13,16)

2.3.3.2 La *depresión postparto*

Su inicio es variable, generalmente ocurre entre las primeras 24 horas o a las dos semanas después del parto. La depresión post-parto sino se trata adecuadamente puede durar hasta 6 meses e incluso hasta un año. Aproximadamente entre 10% al 15% de las mujeres después de un parto, desarrollan depresión del post-parto. Su sintomatología: sensación de tristeza o estado bajo de ánimo, humor depresivo la mayor parte del día, pérdida de interés en actividades usuales de la vida diaria, trastornos alimenticios (disminución o aumento del apetito), pérdida o aumento de peso muy notorios, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga general y falta de energía, sentimientos inapropiados o excesivos de culpabilidad, sentirse inútil, dificultad en concentrarse, pérdida de las esperanzas en la vida, frecuentes ideas sobre la muerte o el suicidio, ansiedad inexplicable. Las mujeres que están más predispuestas a presentar depresión post-

parto son las pacientes que tienen alguno de los siguientes antecedentes: depresión post-parto previa, depresión no relacionada con el embarazo, síndrome premenstrual severo, antecedentes familiares de desordenes de comportamiento, eventos negativos en la vida, dificultades maritales o apoyo social pobre y factores físicos como hipotiroidismo, anemia, etc.(12,13,16)

2.3.3.3 Psicosis Post-Parto

Es la forma más severa de trastornos psiquiátricos postparto, y también es la condición más rara de este tipo de trastornos conductuales post parto. Se caracteriza porque no se diferencia clínicamente de otras psicosis, por lo tanto requiere inmediata atención médica. Inicia dramáticamente, emergiendo tan temprano como a las primeras 48-72 horas después del parto. Típicamente los síntomas se desarrollan entre las primeras 2 a 4 semanas post-parto. Esta condición ocurre en aproximadamente 1 a 2 de cada 1000 nacimientos y afecta el 0.1% a 0.2% de las mujeres en post-parto. Su sintomatología: labilidad del humor, agitación grave, confusión, incapacidad para dormir, pensamientos desorganizados (ideas de suicidio, pensamientos obsesionados de violencia contra el bebé, falta de concentración), y alucinaciones que implican al niño (por ejemplo pueden pensar que el niño está muerto, que está poseído por un demonio y debería de morir, que está señalado con un terrible destino, que tiene poderes especiales o que es un salvador con una misión divina. Las mujeres con mayor riesgo son las que tienen una historia personal de desorden bipolar o un episodio previo de psicosis post-parto, trastorno de esquizofrenia.(12,13,16)

2.4 Riesgos de no tratar la depresión post-parto

En la actualidad se cuenta con varios estudios en los que se han documentado los numerosos efectos adversos asociados a la depresión materna posparto. Estas

investigaciones han encontrado consecuencias negativas a nivel del vínculo madre-hijo(a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos por ejemplo, encontraron que los preadolescentes cuyas madres presentaron una depresión a los tres meses de tenerlos; es decir, sufrieron de DPP, tuvieron coeficientes intelectuales significativamente más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron en ese período. En otro estudio, este grupo de investigadores dio a conocer una asociación entre DPP materna y violencia en los hijos (a)s, aun considerando la depresión durante la gestación, su historia de depresión y las características de la familia. Los hijo(a)s se mostraron más violento(a)s si las madres habían estado deprimidas al tercer mes posparto y al menos en una ocasión más durante el seguimiento, el cual se extendió hasta 11 años después del parto. Pero la depresión puerperal no sólo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo sino también la manera como lo percibe. Se ha visto que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres controles no deprimidas.(13)(17)

2.5 Test de Edimburgo

A pesar de que existen varios instrumentos de tamizaje para evaluar el riesgo de depresión en el embarazo, ninguna herramienta proporciona un alto grado de sensibilidad y especificidad combinada para este propósito.(18)

El Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) han sido recomendados para una evaluación inicial de los síntomas depresivos porque son los más ampliamente estudiados en la investigación de estos cuadros en la etapa perinatal. Otros estudios también han utilizado el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), así como el Patient Health Questionnaire (PHQ-2), la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y la Escala de Depresión del Embarazo (PDS). Estos instrumentos son de tamizaje e indican el riesgo para un posible trastorno depresivo, pero todos ellos requieren una confirmación diagnóstica.(15,16,18)

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es una buena herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos del posparto, fácil de aplicar, breve y cuyo uso se ha extendido en muchas partes. A pesar de que su objetivo inicial fue la detección de cuadros depresivos en el posparto, se ha comenzado a usar para la identificación de episodios depresivos en el embarazo. La EPDS ha sido ampliamente probada, traducida y utilizada en más de 23 países para identificar a las mujeres que podrían estar cursando una depresión en el posparto. La EPDS también ha sido ampliamente validada como una herramienta efectiva para la detección de depresión en los tres trimestres del embarazo y se validó en Guatemala en 2003.(2)

Es una escala de 10 ítems, auto-administrada, que requiere aproximadamente 5 minutos para completar. Cuando los resultados no son concluyentes, la prueba se puede volver a administrar después de 2 semanas. LA EPDS tiene una puntuación máxima de 30. Muestra una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5% para depresión. La Escala o Test de Depresión post parto de Edimburgo fue diseñada por Cox y colaboradores en Edimburgo en el año de 1987 específicamente para detectar estados depresivos en el período posnatal.(15,16,18)

El Test consta de diez preguntas cortas auto aplicadas, que hacen relación a como se ha sentido la madre después del parto, cada una de las preguntas consta de cuatro opciones de respuesta valorada de 0 a 3 puntos y se obtiene una puntuación global de la sumatoria de todas ellas, con un puntaje total máximo de 30 puntos. Un total de 12 o más puntos indicarán el riesgo de padecer depresión post parto. (2,15,16,18)

III. OBJETIVOS

3.1 General

Determinar el riesgo de Depresión post parto durante el puerperio, con el test de Edimburgo, en las pacientes de los servicios de post parto, del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Departamental Pedro de Bethancourt durante el año 2013.

3.2 Específicos:

- 3.2.1 Determinar si el tipo de parto es un factor de riesgo para la Depresión post parto.
- 3.2.2 Identificar la edad de mayor frecuencia, que presenta riesgo de depresión post parto.
- 3.2.3 Determinar si el estado de salud del recién nacido (sano o no sano) es un factor de riesgo para la depresión post parto.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal, en las pacientes de los servicios de post parto, del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Departamental Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, de enero a diciembre del año 2013.

4.2 Universo y muestra

4.2.1 Universo

Todas las pacientes ingresadas en los servicios de post parto, del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Departamental Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, de enero a diciembre del año 2013.

4.2.2 Muestra

Pacientes seleccionadas de manera aleatoria de los servicios de post parto, del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Departamental Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, de enero a diciembre del año 2013.

Con un total de 327 pacientes durante el período de tiempo antes mencionado, con un Universo calculado según la estadística del año 2011 del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * (\alpha_c * 0,5)^2}{1 + (e^2 * (N - 1))}$$

En donde n = Tamaño de la muestra

N = Universo 2,200 pacientes para el año 2011

α_c = Nivel de Confianza 95%

e = error de 0.05

Siendo el resultado para n= 327

Para dicho cálculo se utilizó:

Muestra ajustada a pérdidas: 385 pacientes

Precisión: 3%

Proporción esperada de pérdidas: 15%

4.3 Criterios de inclusión y de exclusión

4.3.1 Criterios de inclusión

- En el estudio fueron incluidas las pacientes ingresadas en los servicios de post parto, del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Departamental Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.
- En el período de tiempo comprendido de enero a diciembre del año 2013.
- De cualquier grupo etario.
- Que hijo nacido vivo sea sano o no sano.
- Participación voluntaria de la paciente, con previa información de consentimiento informado (a ella o al familiar en caso de menores de edad).

4.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que no desearon participar en el estudio voluntariamente con previa información de consentimiento informado
- Pacientes que tuvieran como antecedente médico algún diagnóstico psiquiátrico.
- Hijo nacido muerto.
- Pacientes a quienes no se les pudo localizar vía telefónica para realización de la segunda encuesta.

4.4 Tabla de operacionalización de variables

Objetivos	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala
<p>Determinar el riesgo de Depresión post parto en el puerperio.</p>	<p>Riesgo de Depresión pos parto</p>	<p>Es la probabilidad de que las madres sufran depresión tras el embarazo y el parto. Lo cual se puede determinar mediante escalas o Test que se utilizan como herramientas para su detección temprana.</p>	<p>Test de Edimburgo realizado en dos ocasiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Primer día post parto, entrevista personal -8 semanas post parto, entrevista vía telefónica <p>La valoración del test se considera de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> -0 a 11 puntos Sin riesgo de Depresión -12 o más puntos Con Riesgo de Depresión 	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>

Determinar si el tipo de parto es un factor de riesgo para Depresión post parto.	Tipo de Parto	Clasificación de la vía de resolución del embarazo.	Parto eutócico simple Cesárea	Cualitativa	Nominal
Identificar la edad de mayor incidencia que presenta riesgo de Depresión post parto.	Edad	Tiempo que ha vivido una persona hasta un momento determinado.	Edad en años	Cuantitativa	Razón
Determinar si el estado de salud del recién nacido es un factor de riesgo de Depresión post parto.	Estado de salud del recién nacido	Estado de bienestar físico del recién nacido.	-Sano -No sano	Cualitativa	Nominal

4.5 Captación de la información

4.5.1 Instrumento o boleta de recolección de datos.

Se utilizó el test de depresión pos natal de Edimburgo, el cual consta de diez preguntas cortas, 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.

4.5.2 Procedimiento de captación de la información

- Paso I: Evaluación y autorización del protocolo de investigación.
- Paso II: Captación de la muestra conformada por los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.
- Paso III: Se procedió a realizar el test de Edimburgo en el primer día post parto a cada una de las pacientes que conforman la muestra, recolectando los datos en la boleta de recolección antes mencionada.
- Paso IV: Ocho semanas después del parto, se realizó el segundo test de Edimburgo vía telefónica.
- Paso V: Si en alguna de las dos encuestas realizadas, presentó riesgo de depresión posparto, fue referida al área de Psicología para seguimiento.
- Paso IV: Se ingresaron los datos recopilados a una base de datos creada en Excel 2010.
- Paso V: Los datos fueron analizados en programa Epi Info 3.5.4, para la creación de tablas y gráficas. Se calcularon con un Intervalo de Confianza (IC) 95%, edad de mayor frecuencia.

Se calculó la prevalencia mediante la siguiente fórmula

$$\frac{\text{Número de casos de una patología en un} \\ \text{Lugar y período de tiempo determinado}}{\text{Población en riesgo en el mismo lugar y} \\ \text{Período de tiempo}} \times 100$$

- Paso V: Se procedió a realizar informe final con los resultados y datos obtenidos.

4.5.3 Tabulación de la información

Para analizar los datos obtenidos en la boleta de recolección de datos, en cuanto a edad, estado civil, tipo de parto, puntuación de Test de Edimburgo, estado de salud del recién nacido, serán analizados por porcentajes desglosando cada ítem y representándola en gráficas. Así como se procederá a calcular el punteo global del Test de Edimburgo para cada paciente, con su respectivo análisis posterior.

4.6 Aspectos éticos:

La Ética Médica es una disciplina que se ocupa del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral y que los califica como buenos o malos, a condición de que ellos sean voluntarios y conscientes. Al decir "actos médicos", se hace referencia a los que realiza el profesional de la medicina en el desempeño de su profesión frente al paciente y a la sociedad.

Para llevar a cabo el presente estudio se tomaron en cuenta las recomendaciones de los principios que rigen la Bioética en Investigación. Teniendo en cuenta los aspectos que allí se describen.

Como profesionales en salud debemos tener una gran sensibilidad hacia este grupo vulnerable de pacientes y adoptar una especial actitud de acogida, comprensión y servicio.

El riesgo de esta investigación corresponde a la categoría I, según la referencia de los niveles de categorización, ya que solamente se obtendrá información sin alterar ningún factor presente en las personas objeto de estudio, y de esta manera se define como una investigación sin riesgo; dando lugar al beneficio razonable de este proceso, por el que se pretende ampliar el conocimiento sobre el riesgo de Depresión post parto dependiente del tipo de parto.

Para ser incluida como muestra del presente estudio, todas las pacientes mayores de edad firmaron un consentimiento informado, el cual fue autorizado por un familiar o encargado de ser las pacientes menores de edad. En dicho consentimiento informado se solicitó la autorización de ser llamadas al número de celular brindado para poder realizar la segunda parte del estudio. Si en cualquiera de los dos test, se detectó riesgo de depresión posparto, las pacientes fueron referidas al área de Psicología para su seguimiento.

Cabe mencionar, además, que se realizó el estudio de una manera honesta y responsable, respetando siempre la integridad del paciente, tomando en cuenta las consideraciones antes descritas, así como con la obtención, manejo y análisis de los datos obtenidos.

V. RESULTADOS

Tabla 1
Descripción de la muestra de estudio. Riesgo de depresión post parto en
pacientes post parto eutócico simple vr post cesarea.

Tipo parto	frecuencia	porcentaje
cesáreas	158	48
parto eutócico simple	168	52
total	327	100

Procedencia		
Sacatepéquez	309	94
Guatemala	5	2
Chimaltenango	10	3
Escuintla	3	1
total	327	100

Riesgo depresión		
con riesgo	30	9
sin riesgo	297	91
total	327	100

edad		
<15	2	1
16-20	100	30
21-25	110	34
26-30	75	23
31-35	24	7
36-40	14	4
>40	2	1
total	327	100

Tabla 2

Riesgo de Depresión posparto relacionado al Tipo de parto en pacientes del Servicio de Posparto del Hospital Departamental Pedro de Bethancourt, durante el año 2013

Riesgo de Depresión Posparto*				
Tipo de Parto	Sin Riesgo	Con Riesgo	Total	%
Parto Eutócico Simple	151	18	169	52
Cesárea	146	12	158	48
Total	297 (91%)	30(9%)	327	100%

*Riesgo de Depresión posparto determinado por Test de Edimburgo mayor a 12 puntos.

Tabla 3

Riesgo de Depresión posparto relacionado a la Edad de las pacientes, del Servicio de Posparto del Hospital Departamental Pedro de Bethancourt, durante el año 2013

Riesgo de Depresión Posparto*				
Edad**	Sin Riesgo	Con Riesgo	Total	%
<15	0	2	2	1
16-20	83	17	100	30
21-25	108	2	110	34
26-30	70	5	75	23
31-35	24	0	24	7
36-40	11	3	14	4
>40	1	1	2	1
Total	297 (91%)	30(9%)	327	100%

*Riesgo de Depresión posparto determinado por Test de Edimburgo mayor a 12 puntos.

**Intervalos de edad en años utilizados en las Estadísticas del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Departamental Pedro de Bethancourt.

Tabla 4

Riesgo de Depresión posparto relacionado al Estado de Salud del Bebé al nacer, de pacientes del Servicio de Posparto del Hospital Departamental Pedro de Bethancourt, durante el año 2013

Riesgo de Depresión Posparto*				
Estado de Salud del Bebé**	Sin Riesgo	Con Riesgo	Total	%
Sano	285	26	311	95
No Sano	12	4	16	5
Total	297 (91%)	30(9%)	327	100%

*Riesgo de Depresión posparto determinado por Test de Edimburgo mayor a 12 puntos.

**Estado de salud del bebé al nacer: determinado por la evaluación clínica del pediatra.

VI. DISCUSIÓN

En el presente estudio se determinó el riesgo de Depresión posparto, asociado a los diferentes factores de riesgo de las pacientes del Servicio de Posparto del Hospital Departamental Pedro de Bethancourt, durante el año 2013. Para detectar este riesgo se utilizó como herramienta la Escala de Edimburgo, la cual es una serie de preguntas guiadas a las pacientes pos parto, cada pregunta tiene un valor en puntos y el puntaje arriba de 12 representa riesgo de Depresión posparto.

En la Tabla 1 se representa la descripción de la muestra objeto de estudio, incluyendo datos demográficos como procedencia y edad. El total de la muestra fue de 327 pacientes con edades entre 14 a 43 años, con una media de 24 años y una Desviación Estándar de 5.3 con IC 95 % (18.7, 29.3).

En la Tabla 2 el Riesgo de Depresión posparto asociado al tipo de parto, en la cual se observa que 30 pacientes si cursan con dicho riesgo, con una prevalencia del 9%, lo cual concuerda con la bibliografía revisada, en la cual hacen referencia que el 10-15% de las mujeres padecen de depresión posparto luego de dar a luz. (5) De las pacientes con riesgo, 18 (60%) corresponde a las pacientes posparto eutócico simple y 12 (40%) a las pacientes pos cesárea.

La Razón de Prevalencia (RP) de Depresión posparto asociado a Tipo de parto es 1.39. Por lo anterior se concluye que las pacientes que tuvieron Parto Eutócico Simple tienen 1.39 veces más riesgo de presentar Depresión pos parto que las pacientes que resolvieron por Cesárea (asociación positiva). La RP de Depresión pos parto asociado a la salud del bebé es 0.34 (asociación negativa). De lo anterior se infiere que las pacientes que tuvieron un niño sano disminuyen el riesgo de Depresión pos parto en 0.34 veces.

En la Tabla 3 se observa que el grupo etario con mayor frecuencia en el presente estudio se encuentra entre las edades de 21 a 25 años 108 pacientes (34%), de las cuales 108 (98%) no presentaron riesgo de Depresión posparto. Del total de la muestra que fueron 327 pacientes, 30 pacientes (9%) si presentaron riesgo, en su mayoría 17 pacientes (56%) entre las edades de 16 a 20 años y con mayor frecuencia a la edad de 18 años. En la definición revisada en la bibliografía, la Depresión se caracteriza por presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimiento de culpa o falta de autoestima, estas características son más acentuadas en la adolescencia, tal y como se representa en este estudio que es el 9% (1)

Como se observa además, las pacientes menores de 15 años fueron solamente 2, de las cuales el 100% si presentó riesgo de Depresión posparto.

Del total de la muestra, 311 pacientes (95%) tuvo un hijo nacido Sano, de las cuáles 285 pacientes (91%) no presentó riesgo de Depresión posparto. Quienes sí presentaron riesgo de Depresión posparto 26 pacientes (86%) tuvieron un niño Sano y 4 pacientes (14%) tuvieron un niño No Sano. (Tabla 4). De la anterior tabla se calcula un Riesgo Relativo de 1.2 lo cual indica que no existe relación directa entre hijo nacido sano o no sano y riesgo de Depresión posparto, pero se infiere que las pacientes con hijos nacidos sanos tienen menos riesgo de Depresión posparto. Como se señala en la revisión bibliográfica las madres con niños no sanos pueden pensar que el niño debería morir, ya que puede tener un terrible destino. (7-9)

Como limitantes del estudio se presentaron las siguientes:

- Algunas pacientes menores de edad no tenían familiar presente al momento de la primera evaluación para firmar el consentimiento informado.
- Algunas pacientes no contaban con número telefónico para la segunda evaluación por esta vía.
- Al momento de intentar realizar la segunda evaluación, los números brindados por las pacientes eran incorrectos, la paciente había cambiado de número telefónico o no contestaron.

Se recomienda la realización de estudios de este tipo más enfocados a la población adolescente ya que es la población de mayor riesgo ya que en este estudio solo hubieron 2 pacientes menores de 15 años pero las dos presentaron riesgo de depresión post parto.

Como existe una clínica del adolescente en el hospital donde consultan mujeres embarazadas menores de edad debería de realizarse el test de Edimburgo a estas pacientes.

6.1 . CONCLUSIONES

- 6.1.1 Por medio del Test de Edimburgo se determinó que un 9% de las pacientes objeto de estudio, si presentaron riesgo de Depresión posparto.
- 6.1.2 Las pacientes que tuvieron Parto Eutócico Simple tienen 1.39 veces más riesgo de presentar Depresión pos parto que las pacientes que resolvieron por Cesárea. Que corresponde a una asociación positiva con respecto a la razón de prevalencia del estudio.
- 6.1.3 La edad promedio que presentaron mayor frecuencia de Riesgo de Depresión Posparto fue de 18 años.
- 6.1.4 Las pacientes que tuvieron un niño sano disminuyen el riesgo de Depresión pos parto en 0.34 veces (asociación negativa con respecto a la razón de prevalencia).

VIII. RECOMENDACIONES

- 6.2.1 En vista del porcentaje de pacientes objeto de estudio que si presentaron riesgo de Depresión posparto, se recomienda incluir el Test de Edimburgo como parte de la evaluación en las pacientes posparto para disminuir el riesgo de complicaciones posteriores asociadas dicha patología.
- 6.2.2 Debido a que la Depresión posparto tiene un riesgo del 9%, al relacionarla con el tipo de parto; se recomienda realizar el Test de Edimburgo a todas las pacientes, independientemente del tipo de parto, edad o estado de salud del bebé, durante el período posparto, si es positivo deberá ser derivada a Psicología para su seguimiento.
- 6.2.3 A pesar de que la edad de mayor incidencia con riesgo de Depresión posparto es de 18 años en el presente estudio, se recomienda la realización de estudios posteriores con énfasis a madres menores de 15 años, ya que el 100% de esta población descrita en este estudio, si presentó riesgo de Depresión posparto.
- 6.2.4 Educar a los niños y niñas desde tempranas edades para prevenir embarazos en adolescentes ya que tienen mayor riesgo de presentar Depresión post parto.
- 6.2.5 Se sugiere realizar estudios que incluyan más tiempo de evaluación para darle seguimiento a esta patología y poder estudiar la evolución y complicaciones de la misma, y que estos estudios incluyan evaluaciones presenciales directas a la madre para su mejor descripción.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hirst KP, Moutier CY. Postpartum major depression. Am. Fam. Physician [Internet]. 2010 Oct 15;82(8):926–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20949886>
2. Peñate Maldonado PJ. validacion de la Escala de Edimburgo como tamizaje para depresion Post parto. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2003.
3. OMS Depresión [Internet]. 2014. Available from: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
4. Aliño J, Miyar M. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON SA, editor. 4th ed. Barcelona; 2002 [cited 2014 May 9];(819):323–33, 391–9. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:DSM-IV+Manual+diagnóstico+y+estadístico+de+los+trastornos+mentales#0>
5. Ernesto J, Magdalena V, Jarquín G. DEPRESION POST-PARTO. PRESENCIA Y MANEJO PSICOLOGICO. 2009;3:11–8.
6. Pritchard J, Donald P Mac, Gant N. Williams obstetricia [Internet]. 23rd ed. Hill MG, editor. Mexico; 2011 [cited 2014 May 9]. p. 5,152. Available from: <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=AGRIUAN.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=008216>
7. Ruiz Parra A. OBTETRICIA SIGLO XXI INTEGRAL. 1st ed. Mario Orlando Parra EAM, editor. Colombia; 2009. p. 90–9.
8. Muruaga S. Analisis y Prevencion de la Depresion post parto. 1st ed. Madrid; 1986.
9. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Rev. médica ... [Internet]. 2010 [cited 2014 May 9];536–42. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000500002&script=sci_arttext&tlng=pt
10. Dono CC, Ventosos CV, Especialistas M, Canalejo J, España S-AC. Depresión. 2006;1–6.
11. Victoria D, Ramírez H. Depresión fisiopatología y tratamiento. 2003;
12. Villela DRP. “ DEPRESION EN EL POSPARTO .”Universidad San Carlos de Guatemala; 2012.

13. M EJ. Depresión en el embarazo y el puerperio Depression in pregnancy and the puerperium. 2010;48(4):269–78.
14. Alicia Margarita Fuentes Zarate, Karen Massiel Mendez Palma JDV. depresion postparto y factores de riesgo asociados. Universidad San Carlos de Guatemala; 2011.
15. Cecilia PSA. La escala de depresion postnatal de edimburgo como herramieta para la deteccion de depresion post parto en las pacientes de sala de post parto del departamento de ginecologia y obstetricia del hospital San Juan de Dios [Internet]. Vasa. Universidad San Carlos de Guatemala; 2008 [cited 2013 Oct 14]. Available from: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
16. INSTITUTO DE SALUD PUBLICA. Protocolo de deteccion de al depresion post parto durante el embarazo y post parto y apoyo al tratamiento . Chile; 2014.
17. Wolff C, Valenzuela P. Depresión posparto en el embarazo adolescente: Análisis del problema y sus consecuencias. Rev. Chil. ... [Internet]. 2009 [cited 2014 May 9];74(3):151–8. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000300004
18. Guajardo DV. Validacion de la escala dela escala de edimburgo para embarazadas. 2012;
19. Investigaci GDE. Universidad de san carlos de guatemala dirección general de investigación. 2009;
20. Pinillos SM, Collado EM, Alonzo KJ, Valencia HR, Chocooj WA, Winter IR. Depresión post-parto. [Trabajo de investigación]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Unidad didáctica, Salud Pública, Fase I; 2009
21. Herrera M. La depresión post parto. [Tesis de maestría]. Perú: Universidad de Moquegua; 2011
22. Paz Sandoval AC. La escala de depresión post natal de Edinburgo como herramienta para la detección de depresión post parto en las pacientes de la sala de post parto del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios. [Tesis de maestría]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas; 2008

23. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Escala de depresión post-parto de Edinburgo. *Revista Británica de Psiquiatría (Edimburgo)*. 1987; 150
24. Moreno A, Domínguez C, Franca PS. Depresión post parto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia. *Rev chil obstet Ginecol (Chile)*. 2004; 69(3):209-213
25. Peñate PJ. Validación del la Escala de Edimburgo como tamizaje para depresión post parto. [Tesis de maestría]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Medicas; 2003
26. Cunninham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap L, Wenstron KD. *Obtetricia de Williams*. 22 edicion, Mc Graw Hill, Estados Unidos, 2006
27. Ochoa GA, Corrales JA, Mendoza EE, Melgar C, Molina P, Méndez P, et al. *Guía Depresión*. Guatemala, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Centro de Atención Integral en Salud Mental. 2006
28. Vargas JE, Garcia M. Depresion post parto: presencia y manejo psicológico. Mexico, Centro regional de investigación en psicología. 2009; 3(1):11-18
29. Cox J, Holden J. *Perinatal mental health. A guide to te Edinburg Postnaltal Depression Scale*. Londres 2003
30. Marcus SM, et al Treatment guidelines for depression in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001; 72 (1):61-70

X. ANEXOS

Anexo 1

Edad: _____ Dirección: _____ Estado Civil: _____
Tipo de parto _____ Estado de Salud del Bebe _____

Por favor conteste las siguientes preguntas subrayando la respuesta que considere mas adecuada a como se siente hoy

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

*El test que se realizo via telefónica es el mismo que se realizo personalmente al paciente

Anexo 2

HOJA DE INFORMACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL POSIBLE PARTICIPANTE.

Como médico estudiante del Post Grado de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, me encuentro realizando mi trabajo de investigación, el cuál es acerca del riesgo de depresión post parto.

La depresión es un trastorno o una alteración del estado de ánimo de las personas que puede estar influenciado por diferentes factores o situaciones, dentro de las cuales, el embarazo puede ser un factor determinante.

La depresión post parto es cuando dicho trastorno ocurre a las madres en el período después del embarazo o del parto, para lo cual, si ha sido diagnosticada, existe tratamiento dirigido por profesionales como psicólogos y psiquiatras, mediante seguimiento por los mismos. Dicho diagnóstico es de mucha importancia para un adecuado tratamiento y evitar posibles complicaciones o problemas posteriores.

Para el diagnóstico, los profesionales en salud, se ayudan de una herramienta, que se conoce como Test de Edimburgo, la cual es una encuesta que consta de 10 preguntas sencillas, con una duración total de más o menos 10 minutos.

Estudiar el riesgo de depresión post parto nos permite detectar de una manera temprana este trastorno e incluirlo dentro de la atención integral o completa de las pacientes después del parto, para mejorar las condiciones de salud tanto de la madre como del hijo, así como identificar los problemas con los cuales la paciente tiene que enfrentarse después del parto y mejorar su atención.

Se está invitando a participar en este estudio a las pacientes que se encuentran ingresadas en el servicio de post parto del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

El presente documento tiene como finalidad informar respecto al trabajo de investigación que se está realizando, titulado "**Riesgo de depresión post parto en pacientes post parto eutócico simple vrs pacientes post cesárea**" Es un estudio descriptivo transversal, en pacientes en el período post parto.

- En el estudio participarán las pacientes que ingresen al servicio de post parto del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, que cumplan con los criterios de inclusión y que acepten participar.
- Los datos requeridos para determinar el riesgo de depresión post parto serán obtenidos de una encuesta previamente validada, el Test de

Edimburgo, lo cual no acarrea ningún riesgo para el paciente, no interrumpe su tratamiento, ni la labor de los médicos tratantes.

- La información recabada es confidencial por lo que no se incluyen nombres en ningún momento ni lugar del estudio.
- La información que resulte del análisis del estudio facilitará el conocimiento científico del trastorno y abre posibilidades de mejoras en el manejo en un futuro, de otros pacientes en condiciones similares así como de los mismos participantes.
- La participación de los pacientes es de carácter voluntario. Así mismo el paciente puede decidir no participar o retirarse del estudio, sin que ello altere su tratamiento, ni la relación médico – paciente.
- Se le realizará una llamada vía telefónica ocho semanas después con el único fin de recabar datos necesarios para el estudio.



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
HOJA DE AUTORIZACION**

Titulo del trabajo de investigación:

**Riesgo de depresión post parto
en pacientes post parto eutócico simple vrs
pacientes post cesárea**

Estudio descriptivo transversal comparativo, en pacientes ingresadas a los servicios de post parto, del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala de enero a diciembre del año 2013

Yo,.....en
calidad de paciente

- Doy testimonio que he **leído** la **Hoja de Consentimiento** del trabajo de investigación arriba señalado.
- He hablado con el **investigador responsable** del presente estudio.
- También soy consciente que mi participación es de carácter voluntario.
- Autorizo se me localice vía telefónica con el único fin de recabar datos necesarios para el estudio.
- También estoy informado que puedo retirarme de dicho estudio:
 - Cuando lo desee
 - Sin tener que dar explicaciones
 - Sin que esto repercuta en mis cuidados
- De acuerdo a lo anterior, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio señalado, para lo cual firmo.

Guatemala del 2013

Participante o familiar

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medios la tesis titulada **“RIESGO DE DEPRESIÓN POST PARTO EN PACIENTES POST PARTO EUTÓCICO SIMPLE VRS PACIENTES POST CESÁREA”** para propósitos 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.