

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



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

Enero 2017



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.139.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Asdrubal Joel Hernández Gil

Carné Universitario No.: 100018012

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **DEPRESIÓN POSPARTO**

Que fue asesorado: Dra. Jackelyn Susan Mabelle Estrada González MSc.

Y revisado por: Dra. Wendy Paola Estrada Monterroso MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2017**.

Guatemala, 24 de noviembre de 2016


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

Ciudad de Guatemala, 03 de octubre de 2016

Doctor(a)

Edgar Fernando Chinchilla Guzmán

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital Nacional de Escuintla


Presente.

Respetable Dr. Chinchilla:

Por este medio informo que he **asesorado** a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **Asdrubal Joel Hernández Gil carné 100018012**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula "**Depresión Posparto**".

Luego de la **asesoría**, hago constar que el Dr. **Hernández Gil**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Jackelyn Susan Mabelle Estrada Gonzalez
MSc. en Ginecología y Obstetricia
Carné 14-18-2

Dr. (a) Jackelyn Susan Mabelle Estrada Gonzalez MSc.
Asesor de Tesis

Ciudad de Guatemala, 03 de octubre de 2016

Doctor(a)

Edgar Fernando Chinchilla Guzmán

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital Nacional de Escuintla


Presente.

Respetable Dr. Chinchilla

Por este medio informo que he **revisado** a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **Asdrubal Joel Hernández Gil carné 100018012**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula "**Depresión Posparto**".

Luego de la **revisión**, hago constar que el Dr. **Hernández Gil**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Dr. (a) Wendy Paola Estrada Monterroso MSc.
Revisor de Tesis



Dra. Paola Estrada M.
Msc. Ginecología y Obstetricia
Col. 15,348

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Todo poderoso, fuente de sabiduría e inteligencia, quien ha guiado mi carrera, mis pasos a lo largo de mi vida, guiándome fuera de mi casa, para poder ser una mejor persona.

A NUESTRA VIRGEN MARIA

Quien ha sido, mi bastión de fortaleza y regocijo, me ha guiado y dado inteligencia en las decisiones de mi vida.

A MIS PADRES

**José Gilberto Hernández Barrientos
Rosa Marina Gil Rivera de Hernández**

Por haber inculcado en mi persona los valores de respeto, amor, humildad, que me han acompañado en cada instante de mi vida y carrera, además de ser las personas en quienes en momentos de felicidad y tristeza me han dado un hombro para seguir adelante, por enseñarme el amor de la familia, espero que este logro sea tan grato y feliz como lo es para mí.

A mis Hermanos

**Aldo Gilberto Hernández Gil
Gerson Josué Hernández Gil**

Por el apoyo y compañía siempre que los he necesitado para seguir adelante.

A Mi Familia

A mi bella esposa Marend Valesska Vega Argueta, por su amor incondicional, por la fortaleza que infundio en mi para estar cada semana trabajar con pasión y entrega por los pacientes y retornar a su lado, a mi bella hija Nicole Valesska Hernández Vega, bella princesa de mi corazón quien siempre me regala un beso y una sonrisa.

A cada uno de mis familiares, abuelos, tíos, primos que en su memoria, sé que siempre se encuentran al lado de nosotros en especial a mamá Clara sabes que siempre estás en mi corazón.

A mi abuela Bethy Barrientos por ese cariño incondicional y ese pedacito de corazón que tiene siempre para cada uno de la familia, para mis tíos, en especial a Bethy Gil, Tío Fernando Hernández, por siempre estar al pendiente de nosotros, a primos bendiciones y gratitud. A mis cuñadas Karina López y Lesly Bol. En especial a mis bellos sobrinos Aldo José, Jimena, Karen y Marianne.

A Mis Catedráticos

Gracias por sus enseñanzas, cariño, y amistad en especial al Dr. Fernando Chinchilla, Dra Brenda Montoya, Gracias por brindarme la oportunidad de estar en el programa de especialización.

**A mi Asesora
Dra, Jackelyn Estrada por sus nobles consejos, para poder llevar a un final
satisfactorio este trabajo.**

**Un Agradecimiento especial.
Norma Argueta, Juan Herrera y familia, Raúl Armando Vega y Familia, Julio Pérez
esposa e hijo, Alejandra Mejía gracias por el apoyo a mi familia y el apoyo que me
otorgaron al estar compartiendo estos años de hospital, saben que mi amistad esta
para ustedes incondicional. A mis amigos en especial Allan Ochoa y familia, José
Octavio Cardona y familia, Juan Diego.**

**Un Agradecimiento especial para cada una de aquellas persona que Dios coloco en mi
camino, ya que al querer al influir de forma negativa lo único que lograron fue
fortalecerme para poder llegar al Hospital de Escuintla y de esta forma poder
convertirme en una mejor persona.**

**El No Esta en Nosotros, La Lucha Para El Éxito, Debe Ser Hacia La Conquista Del Sí.
JGHB**

INDICE.

Índice de Contenido.....	i
Índice de Cuadros.....	ii
Resumen.....	iv
I. Introducción.....	01
II. Antecedentes	03
III. Objetivo... ..	29
IV. Material y Método... ..	30
V. Resultados	35
VI. Discusión y Análisis	62
6.1 Conclusiones... ..	67
6.2 Recomendaciones... ..	68
VII. Referencias Bibliográficas.....	69
VIII. Anexos	71

INDICE DE CUADROS

Pregunta No. 1 de TEST de Edimburgo.....	35
Pregunta No. 2 de TEST de Edimburgo.....	36
Pregunta No. 3 de TEST de Edimburgo.....	37
Pregunta No. 4 de TEST de Edimburgo.....	38
Pregunta No. 5 de TEST de Edimburgo.....	39
Pregunta No. 6 de TEST de Edimburgo.....	40
Pregunta No. 7 de TEST de Edimburgo.....	41
Pregunta No. 8 de TEST de Edimburgo.....	42
Pregunta No. 9 de TEST de Edimburgo.....	43
Pregunta No. 10 de TEST de Edimburgo.....	44
Cuadro No.1 interpretación Edimburgo.....	45
Cuadro No.2 interpretación Edimburgo según CIE-10.....	46
Cuadro No. 1 de escala de Riesgo de Beck.....	47
Cuadro No. 2 de escala de Riesgo de Beck.....	48
Cuadro No. 3 de escala de Riesgo de Beck.....	49
Cuadro No. 4 de escala de Riesgo de Beck.....	50
Cuadro No. 5 de escala de Riesgo de Beck.....	51
Cuadro No. 6 de escala de Riesgo de Beck.....	52
Cuadro No. 7 de escala de Riesgo de Beck.....	53
Cuadro No. 8 de escala de Riesgo de Beck.....	54
Cuadro No. 9 de escala de Riesgo de Beck.....	55
Cuadro No. 10 de escala de Riesgo de Beck.....	56
Cuadro No. 11 de escala de Riesgo de Beck.....	57

Cuadro No. 12 de escala de Riesgo de Beck.....	58
Cuadro No. 13 de escala de Riesgo de Beck.....	59
Cuadro No. 14 de escala de Riesgo de Beck.....	60
Cuadro No. 15 de escala de Riesgo de Beck.....	61

RESUMEN.

La Depresión Posparto es un problema de salud pública, que se define como un estado depresivo mayor asociado a los factores bioquímicos y el estrés emocional y físico que experimentan las madres durante el puerperio. **Objetivo:** Determinar los factores de Riesgo de depresión posparto, en las pacientes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Escuintla. **Población y Método:** estudio Prospectivo, longitudinal y descriptivo, en el que se identifica a 441 pacientes posparto, de quienes se obtienen datos mediante encuesta guiada en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Escuintla durante el periodo de estudio. **Resultados:** Al aplicar las encuestas guiadas del test de Edimburgo, se identificó que el 33.5% cursaron con riesgo de padecer depresión posparto y un 7.71% de las pacientes Presento Depresión Posparto. Al interpretar los resultados mediante CIE-10 identificamos que la población en riesgo es de 52.38% ya que esta escala toma a cualquier persona que presente un aspecto del test como población en riesgo de padecer Depresión posparto e identificar los factores de riesgo asociados mediante el cuestionario de Beck. **Conclusiones:** Determinamos que la población en riesgo y las que padecen depresión posparto presentan aspectos que pueden desencadenar dicha patología como son: la edad de la madre, incidencia cultural (machismo), escolaridad, apoyo familiar, estatus económico.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad hemos observado, mas no documentado el aumento de los casos de Depresión Posparto, que se han presentado en nuestra sociedad. En muchos de los casos puede ser secundario a que no se tiene el conocimiento para el reconocimiento de la Depresión Posparto. Ya que como no se tiene el conocimiento o no se nos ha preparado en este sentido no se busca o no se toma en cuenta dentro de los aspectos que se indagan en la evaluación prenatal, de la atención médica habitual de las pacientes obstétricas.

Dentro de los programas para una salud integral, para usuarias; la salud mental se ha constituido en uno de los tres pilares fundamentales de atención integral en pacientes embarazada, a pesar de estar en una era en donde los problemas mentales ocupan o se han integrado a los índices de morbilidad en aumento, pero pareciera que su presencia se encuentra olvidada o subestimada por el personal médico de atención primaria de las pacientes embarazadas, olvidando los aspectos de medicina integral. ⁸

En la actualidad hay factores que pueden ser el pistón de disparo o el desencadenante de Depresión posparto, como enfermedades asociadas a mala nutrición, Stress, la influencia en el desarrollo cognitivo y emocional que une a la madre y a su recién nacido, hasta el hecho de pensar en llegar a cometer hacia su persona o a la integridad de su recién nacido algún tipo de lesión, enfermedad o hasta suicidio. Estos factores podrían ser maltrato femenino, embarazos no deseados, madre soltera, el número de hijos, embarazo en adolescentes y nivel socioeconómico bajo al igual que el factor cultural donde el machismo es prevalente; estos aspectos son prevalentes en nuestra sociedad guatemalteca y aún más marcado en nuestra área de Escuintla. ^{8,9,11}

Es muy importante que se preste la atención debida y se esté alerta ante los factores de riesgo previamente mencionados, así como a la detección de signos y síntomas que podrían desencadenar un estado depresivo en las pacientes posparto del país, dado que dicha población es la más vulnerable por los cambios que se sufren en este periodo y por la nueva forma de vida a la que se enfrentaran al asumir el papel de madres.

Si se logra detectar pacientes en riesgo o que presenten rasgos depresivos, se pueden tomar medidas preventivas que eviten las consecuencias del “ladrón” que roba la maternidad. Un estudio de tamizaje de Depresión Posparto en el que se utilizó el cuestionario de Edimburgo, realizado en la clínica de niño sano del Hospital Roosevelt en el año 2005, detectó que la prevalencia es de un 35%. Los datos reportados en informes chilenos en lo que se menciona que en los países en vías de desarrollo es más frecuente que en los pacientes industrializados, en dichos países (en vías de desarrollo) se documenta una relación de 8 ó 9 al 30%.^{2,11}

I. ANTECEDENTES

En 1984 se creó el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por acuerdo gubernativo No. 741-84. En el año 2000 se diseñó el “Plan Nacional de Salud Mental 2000-2004”, cuyo propósito fue la descentralización de los servicios de salud, la extensión de cobertura y el fomento de la salud integral de la familia. En 2006 se elaboró el *Informe Sobre el Sistema de Salud en Guatemala IESM-OMS* cuyos datos más relevantes dan cuenta que en Guatemala no existe una política ni un plan actualizado de salud mental, con esto se determina que Guatemala no logrará cumplir con las Metas del Milenio. Esto crea una creciente preocupación en todo el sector salud y el interés en el personal de salud para la prevención y promoción de la salud mental, con la finalidad de cumplir con la visión y misión del Programa Nacional de Salud Mental de fomentar estilos de vida saludables, por medio de servicios y programas integrales. ^{1,23}

La Depresión Posparto es más prevalente en poblaciones social y económicamente subdesarrollada y Guatemala no es la excepción si tomamos en cuenta que la población guatemalteca tiene un porcentaje de extrema pobreza mayor del 50% según informes de Karin Slowing, coordinadora del Informe Nacional de Desarrollo Humano. ^{3,11,21,23}

Las mujeres que tienen un antecedente de trastorno del estado de ánimo en etapas anteriores de la vida, tienen un aumento en el riesgo de ocurrencia de Depresión Posparto en el parto siguiente. ⁴ Aparte de las consecuencias adversas para las mujeres, hay un posible impacto negativo en la relación entre la madre y el niño, así como en el desarrollo emocional y cognitivo del niño. La mayoría de las mujeres y adolescentes que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional, esto es debido a que los puestos, centros de salud y hospitales públicos no prestan la atención debida a los trastornos de salud mental y ellas son referidas, sub-evaluadas o desechadas ya que no crean un escenario de interés para el médico general, o quizá el mismo médico desconoce el trastorno y no sabe que se encuentra frente a una paciente que podría desarrollar más adelante una enfermedad prevenible como la Depresión Posparto. ^{15, 17, 22}

Mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto, no están dispuestas manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión. Por ello es importante que el médico reconozca los signos o síntomas, además de reconocer

los factores de riesgo que podrían conllevar a una paciente a la Depresión Posparto. Asimismo reconocer que de cada 8 mujeres que dan a luz un niño, una desarrollará depresión. ^{5,9}

La prevalencia de Depresión Posparto varía según el área geográfica, los criterios evaluados de estudios internacionales reportan: 13.5% en China, 23% en India 27% en Turquía y 10-15% en Europa. ^{5,6}

En Guatemala no existen datos precisos sobre la prevalencia de este trastorno, aunque se ha estimado que en América Latina se encuentra entre el 22 y 38%, especialmente entre mujeres de nivel socioeconómico bajo, con antecedente de depresión durante el embarazo. ^{7,23}

El Ministerio de Salud Pública reportó para el año 2004, 4,834 casos de violencia intrafamiliar, entre los cuales se encuentran mujeres víctimas de abuso físico, sexual y mental, este es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión, se puede decir que la incidencia es muy alta. Como estos hay muchos otros factores de riesgo en las mujeres guatemaltecas para el desarrollo de Depresión Posparto y que no están definidas como factores determinantes porque en otros países su frecuencia es escasa como para ser consideradas de tal manera. ⁸

Se tiene evidencia a nivel mundial, de que una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de la conducta a lo largo de su vida, y que cinco de cada diez de las causas principales de discapacidad y muerte prematura en el nivel mundial se deben a condiciones psiquiátricas; esto pone en alerta roja a cualquier institución de salud, y hace reconsiderar el interés del médico en los trastornos psiquiátricos. ⁸

Los trastornos mentales y de conducta están presentes en cualquier momento en aproximadamente en el 10% de la población adulta en el ámbito mundial ⁽⁶⁾. Estas cifras probablemente se incrementen en sociedades como la guatemalteca que ha atravesado por conflictos bélicos masivos y niveles de violencia que sobrepasan las cifras mundiales. La Organización Mundial de la Salud cuenta con el PRIME MD, un cuestionario para evaluar los 5 diferentes trastornos psiquiátricos más frecuentes en atención primaria ¹, tratándose de Depresión Posparto, la escala de depresión postparto de Edimburgo es un instrumento de tamizaje sencillo, validado internacionalmente para detectar depresión en el puerperio, con un valor predictivo positivo entre 72.7% y 100%. ³ Se ha determinado que su uso es apropiado

en las clínicas de atención primaria y puede ser evaluada por todo el personal del sistema de salud. ⁵

En la Universidad de Granada en el año 2002 se realizó un estudio cuyo principal objetivo fue estudiar si la aplicación precoz tras el parto del cuestionario de Edimburgo de Depresión Postparto y el test de salud mental de Goldberg podría ser utilizado como buen método de diagnóstico para predecir precozmente la futura instauración de una Depresión Postparto, la cual suele aparecer con más frecuencia en torno a los tres meses siguientes. Se comprobó que: la utilización precoz tras el parto únicamente del Test de Edimburgo como predictor de la Depresión Postparto tiene una sensibilidad del 79,25% y una especificidad del 96,55%. ³

Se ha estudiado el uso del cuestionario de factores de riesgo de Beck, para conocer los factores de riesgo que tienen una relación bastante alta con el diagnóstico de depresión, es decir, que mientras más factores de riesgo presente una mujer durante su embarazo, el riesgo de que presente depresión en el posparto es mayor. ²

Si bien Hipócrates en el siglo IV a. C. hizo la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto, no fue hasta la cuarta edición del *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV) el momento en que la psiquiatría y la ginecología y obstetricia le dio cabida a esta asociación del Posparto y los cambios de ánimo. En el DSM-IV-TR, el inicio de la Depresión Posparto se aplica a los trastornos que se manifiestan durante las 4 semanas posteriores al parto, abarcando este especificador a episodios depresivo mayor, maníaco o mixto y un trastorno psicótico breve.

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 (15 a 44 años). 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 la lactancia, la asunción del papel de mamá y las transformaciones en la relación de pareja y en la estructura familiar que trae consigo este periodo. ^{1,5}

Embarazo, parto y puerperio suponen una sobrecarga tanto física como emocional para la mujer. Existen numerosos estudios que evidencian el riesgo aumentado de desarrollar trastornos del estado de ánimo durante el puerperio, y fundamentalmente durante los primeros meses después del parto.

La llegada de un nuevo miembro a la familia es un evento que se espera genere gran alegría tanto a la madre como a la familia y suele acompañarse de un amplio reconocimiento social y cultural. Sin embargo, algunos estudios han encontrado que cerca del 14,5% de las mujeres presentan un nuevo episodio de depresión mayor o menor durante los tres primeros meses posparto. ^{2,3}

La depresión posparto (DPP) 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. ^{3,5} 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.

Es de gran importancia la detección de síntomas clave en el embarazo y posparto, ya que facilita el diagnóstico de dichos procesos de forma precoz evitando su elevada morbilidad y mortalidad así como sus complicaciones. ^{6,8}

Como consecuencia, ha surgido la necesidad de diseñar instrumentos y herramientas para la detección temprana que puedan ser eficaces y de fácil aplicación por médicos generales, ginecólogos y pediatras, quienes son los profesionales que más frecuentemente tienen contacto con estas pacientes en el periodo gestacional y puerperal. A pesar de estos esfuerzos, en países desarrollados como Estados Unidos cerca del 50% de los casos de DPP continúan sin ser detectados en la práctica clínica. ^{4,5}

2.1. FACTORES DE RIESGO Y FISIOLÓGIA DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

Los factores implicados en el desarrollo de la depresión posparto se pueden clasificar en psicosociales y ambientales; para los primeros existe mayor calidad y cantidad de estudios que corroboran una fuerte asociación; para los segundos, los datos aportados por la investigación aún resultan inconclusos. ^{11,13}

Factores psicosociales

Existen varios factores de riesgo cuya presencia en una gestante ha sido asociada con la DPP, si bien cualquier mujer puede desarrollar este trastorno: depresión o ansiedad durante el embarazo, eventos vitales estresantes (rupturas amorosas, pérdida del trabajo, muerte de un ser querido, migración, etcétera) durante el embarazo o el puerperio temprano, bajos niveles de apoyo social y una historia previa de depresión. ^{11,24}

El clínico debe estar alerta ante la presencia de alguno de estos factores durante los controles prenatales con el fin de poder hacer un seguimiento cercano a las mujeres en riesgo o dar un tratamiento oportuno a aquellas que ya presentan la enfermedad.

Factores biológicos

La evidencia disponible ha permitido establecer varias hipótesis acerca de la influencia de los factores biológicos en la etiopatogenia de la DPP, a pesar de las contradicciones entre diversos estudios y los problemas metodológicos de algunos de ellos:

- Hormonas reproductivas: el rápido descenso en los niveles de las hormonas gonadales luego del parto ha llevado a muchos autores a sugerir una posible relación de esta disminución con los cambios en el estado de ánimo de las mujeres durante el puerperio. En el embarazo los niveles de estrógenos son más bajos en mujeres con trastornos del sueño y más elevados en mujeres con mayor grado de irritabilidad con respecto a los niveles en gestantes normales. Por otra parte, se ha encontrado una mayor caída de progesterona luego del parto en mujeres que presentan DPP en comparación con puérperas normales. ^{9,12,17}
- Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal: varios estudios reportan una asociación entre los niveles de glucocorticoides y el estado del ánimo en el puerperio; por ejemplo, se ha encontrado correlación entre niveles elevados de cortisol en plasma, saliva y orina en mujeres que experimentan cambios de ánimos positivos en los primeros días posparto. ^{9,12}
- Otros factores, como niveles altos de AMP cíclico urinario en los primeros días posparto, y bajos niveles de triptófano, ácido fólico, betaendorfina y T3 libre durante el embarazo y el puerperio, también han sido implicados en la etiopatogenia de la depresión puerperal. ^{9,12,21}

FISIOLOGÍA

Las relaciones entre la fisiología del ciclo reproductor femenino y la psicología y psicopatología femenina son complejas. El hipotálamo y la hipófisis intervienen en la regulación de la función reproductora a través del sistema circulatorio portal, por el que se vierten las hormonas liberadoras de gonadotropinas (GnRH), que actúan sobre la adenohipófisis, además de ejercer funciones autocrinas/paracrinas en todo el organismo, ya que hay receptores en tejidos extrahipofisarios, lo que explicaría su influencia sobre el comportamiento, incluida, la actividad sexual. ^{6,8,10}

Al no existir receptores para esteroides gonadales en neuronas liberadoras de GnRH, su secreción estará determinada por señales periféricas y de centros superiores del sistema nervioso central a través de neurotransmisores, como dopamina y noradrenalina, endorfina, serotonina y melatonina. La frecuencia de descarga de GnRH estará estimulada por la noradrenalina, mientras que la dopamina y la serotonina la inhiben, de ahí que los factores psicológicos que afecten a la función hipofisaria alteren la síntesis de catecolaminas y, en consecuencia, la liberación de GnRH.

Los períodos en los que la mujer se muestra más vulnerable psicológicamente son aquellos en los que se producen cambios en su estado reproductivo. Son etapas en las que se produce una elevación o una caída rápida de esteroides ováricos: última fase luteínica, fases perimenstruales, primer trimestre del embarazo, posparto y menopausia. Estas fluctuaciones son fisiológicas y es muy probable que la susceptibilidad a éstas dependa de factores genéticos y ambientales. Son períodos marcados por cambios hormonales en los que también se modifican, en parte, las conductas psicosociales, medioambientales y ciertos factores psicológicos.

Diversas teorías acerca de la personalidad indican que en la mujer destacan tendencias condicionadas, quizá por factores culturales, que pueden favorecer el desarrollo de trastornos depresivos crónicos:

- Basa más su autoestima en la relación que establece con los demás.
- Es menos asertiva y muestra menos confianza en poder controlar los acontecimientos de su vida.

La mujer tiende a basar su satisfacción personal en sus relaciones interpersonales, lo que supone un alto riesgo cuando estas relaciones resultan conflictivas. Los trastornos unipolares son el doble de frecuentes en las mujeres en relación a los hombres, y evolucionan de manera menos favorable, mientras que los trastornos bipolares presentan una incidencia similar en ambos sexos, aunque en la mujer aparecen más tarde, con más episodios depresivos y menos episodios maníacos que en el hombre. ¹¹

Presentación clínica.

La DPP consiste en el desarrollo de un episodio depresivo mayor durante las primeras cuatro a seis semanas posparto (DSM-IV-TR, CIE-10). En la práctica clínica se observa que la depresión del puerperio puede tener su inicio durante un lapso más extenso que comprende desde el embarazo hasta los primeros seis meses posparto, si bien es durante el periodo posparto cuando más frecuentemente hace su aparición la enfermedad.

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. Las alteraciones en la concentración y el componente ideatorio depresivo constituyen la dimensión cognitiva de la enfermedad depresiva y suelen ser los síntomas más específicos y sugestivos de la presencia de DPP, al igual que las ideas de muerte, suicidio, y de heteroagresividad hacia el recién nacido; el clínico siempre debe explorar estas últimas expresiones en toda paciente con sospecha de DPP y evaluar el riesgo de auto o heteroagresión. Otras manifestaciones, tales como el cansancio y los cambios en el patrón de sueño y apetito, pueden ser consideradas relativamente normales durante el período puerperal.

Algunos estudios han encontrado diferencias sutiles en la presentación de la depresión en el posparto con respecto a otras etapas de la vida (menor tasa de suicidios, mayor ansiedad y pensamientos obsesivos de agresión). Sin embargo, la práctica ha mostrado que la fenomenología clínica de la DPP no se diferencia mayormente de la hallada durante un episodio depresivo mayor registrado en cualquier otra etapa de la vida de la mujer. Es así como, según los actuales criterios del DSMIV-TR, se puede realizar el diagnóstico cuando en las primeras cuatro semanas de puerperio se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. ^{7,8}

Hoy en día no se cuenta con un examen de laboratorio o una prueba diagnóstica que permita confirmar o descartar la presencia de un trastorno depresivo. El diagnóstico de la DPP es eminentemente clínico y se realiza mediante la exploración detallada de signos y síntomas en el contexto de la entrevista clínica. Durante la evaluación es recomendable brindar un ambiente de seguridad y respeto a la paciente que permita la adecuada expresión emocional, así como el establecimiento de una buena relación médico-paciente, indispensable para el éxito del tratamiento.

La Depresión Posparto se puede clasificar en tres grandes trastornos: 1) Baby blues, síndrome del tercer día, disforia posparto o tristeza Posparto, 2) Depresión Posparto sin psicosis y 3) Depresión Posparto con psicosis, cada uno de ellos con distintos cuadros clínicos y tratamientos. ^{6,12,13,25}

2.2. *BABY BLUES* O SÍNDROME DEL TERCER DÍA

Es la alteración del estado de ánimo más frecuente en el Posparto, tiene una prevalencia del 50% al 80% de los casos. El termino blues hace referencia a un tipo de música afroamericana triste que produce nostalgia y refleja recuerdos del pasado de los músicos, el tercer día tiene relación con su aparición que suele ser entre el tercer y quinto día posparto, y tiene una duración corta de 1 a 3 semanas, aunque algunas literaturas mencionan que si los síntomas se prolongan más allá de las 2 semanas hay que sospechar y evaluar el desarrollo de un episodio depresivo posparto.

Se caracteriza por labilidad emocional, irritabilidad, accesos de llanto y tristeza que no llegan a tener la intensidad suficiente como para precisar tratamiento farmacológico, es muy útil la psicoterapia de apoyo breve. En algunos estudios se ha visto que hasta el 20% de los casos de Baby blues podría desarrollar una depresión, influyendo en ello la presencia de estresores ambientales, la lactancia o la paridad.

Dos hipótesis intentan explicar este proceso:

La primera relaciona los cambios de estado de ánimo con los cambios bruscos de niveles hormonales. Además, durante el embarazo se produce un bajo nivel de progesterona y de sus metabolitos, sobre todo la alopregnalona. Este bajo nivel se ha asociado con la aparición de síntomas depresivos. Ambas sustancias poseen afinidad por los receptores GABA, esta es la razón de su efecto ansiolítico y anestésico.

La segunda hipótesis se fundamenta en la activación del sistema biológico mamífero que relaciona madre-hijo y que regula la oxitócina. En situaciones normales, la oxitócina potencia la conducta de apego madre-hijo, sin embargo ante situaciones de estrés, tensión emocional o pobre apoyo ambiental parece relacionarse con la aparición de síntomas depresivos. (8,10)

2.3. DEPRESIÓN POSPARTO SIN PSICOSIS (DPSP)

Afecta al 10-20% de las mujeres en los primeros 6 meses Posparto. Suele iniciarse antes de la sexta semana y tiene una duración de 3 a 14 meses.

Los síntomas que presenta son:

Alteraciones emocionales: son las más significativas, se refiere de la tristeza vital como síntoma clave para referirnos a ese sentimiento negativo, similar al que se siente ante la pérdida de algo emocionalmente significativo en la existencia. Otra manifestación es la anhedonía, término con el que nos referimos a la frialdad emocional, a esa dificultad para poder experimentar emoción alguna. La depresión es una exaltación del estado de ánimo en sentido negativo y doloroso, de tristeza a veces inmensa.

Alteraciones cognoscitivas: el pensamiento está enlentecido y los contenidos suelen ser monotemáticos. La culpabilidad y el autorreproche es la norma, sentimientos de infelicidad, de no ser apta como madre.

Alteraciones conductuales: la inhibición psicomotora con expresión triste, movimientos y lenguaje lentificado que le llevan a una disminución progresiva del rendimiento y al abandono de las actividades habituales, sobre todo aquellas que requieren una iniciativa personal como el ocio y se mantienen más tiempo las actividades laborales y de casa.

Alteraciones somáticas: son múltiples, las más habituales son las alteraciones del sueño (más superficial, con dificultades para su conciliación incluso aunque alguien esté cuidando al bebé, y con despertares frecuentes) y alteraciones del apetito.

Puede estar presente la ideación suicida o ideas obsesivas que habitualmente se relacionan con la posibilidad de hacerle daño a su hijo. También las madres pueden tener repetidas consultas al médico sobre la salud de un niño aparentemente sano. No hay evidencia directa

de que el desbalance hormonal cause depresión posparto. Los cambios biológicos subyacentes en la «tristeza posparto» pueden llevar a la depresión posparto en un contexto de vulnerabilidad genética, estrés en el entorno o insuficiente soporte social.

Se han identificado factores de riesgo para el desarrollo de Depresión Posparto, aunque algunos autores los clasifican como factores predictores y factores de riesgo de Depresión Posparto y otros factores de alto riesgo y de bajo riesgo. ^{9,10}

Factores predictores de depresión Posparto

- Antecedentes de Depresión Posparto.
- Antecedentes de depresión sin asociación al puerperio.
- Antecedentes de trastornos de la alimentación.
- Embarazo no deseado.
- Embarazo en adolescentes.
- Mujeres inmigrantes.
- Desarraigo cultural.
- Estrés psicosocial en los últimos 6 meses.
- Escasos recursos de contención social.
- Condición socioeconómica comprometida.
- Antecedentes de adicciones.

Las madres solteras muy jóvenes, sin apoyo familiar, con antecedentes depresivos en la familia y en condiciones sociales y económicas precarias son población en riesgo, por lo que han de ser objeto de una atención especial en el embarazo y posparto.

Factores de riesgo para Depresión Posparto

- Antecedentes familiares de depresión o ansiedad.
- Antecedente de un factor estresante durante el embarazo o parto, incluyendo una enfermedad, muerte o enfermedad de un ser querido, un parto difícil o de emergencia, parto prematuro o una enfermedad o anomalía del bebé.
- Falta de apoyo familiar, de amigos u otro ser querido.
- Mala relación con la pareja u otro ser querido en su vida o no estar casada.

- Poco apoyo de los padres en la infancia.
- Preocupación por no poder recuperar su figura.
- Tener más de 3 hijos.
- Preocupación por la reincorporación al trabajo o estudios
- Tipo de parto.
- Tiempo y calidad del embarazo y parto.

Diferentes estudios han concluido en que son 13 los factores predictores de Depresión Posparto y en éstos se basan los cuestionarios de factores de riesgo que se han realizado a lo largo del tiempo, los factores se definen a continuación:

1. **La Depresión Prenatal.** Se encontró que la depresión durante el embarazo es uno de los más fuertes factores para desarrollar Depresión Posparto. La depresión prenatal puede ocurrir durante uno o todos los trimestres del embarazo.
2. **El estrés del cuidado del niño.** Las situaciones estresantes relacionadas con el cuidado de niños incluyen factores tales como: el bebé experimenta problemas de salud y dificultades con la alimentación y el sueño.
3. **Estrés de la vida.** Estrés de la vida es un índice de acontecimientos estresantes de la vida durante el embarazo y el posparto. El número de experiencias junto con la cantidad de tensión creada por cada uno de los acontecimientos de la vida se combinan para determinar la cantidad de estrés que está experimentando una mujer. Los acontecimientos estresantes de la vida pueden ser negativos o positivos y puede incluir experiencias tales como:
 - a. Los cambios de pareja (por ejemplo, divorcio, matrimonio).
 - b. Cambios en el trabajo (por ejemplo, desempleo, nuevo empleo).
 - c. Crisis (por ejemplo, accidentes, robos, financieros las crisis, y las enfermedades que requieren hospitalización).
4. **El apoyo social.** El apoyo social consiste en recibir ambos soportes instrumental (por ejemplo, cuidado de niños, ayuda con las tareas del hogar) y apoyo emocional. Características estructurales de la red social de la mujer (esposo / pareja, la familia,

y amigos) incluyen la proximidad de sus miembros, la frecuencia de contacto y número de los confidentes con los que la mujer puede compartir asuntos personales. La falta de apoyo social se produce cuando una mujer percibe que no está recibiendo la cantidad de instrumental o de apoyo emocional que espera.

5. **La ansiedad prenatal.** La ansiedad prenatal puede ocurrir durante cualquier trimestre del embarazo. La ansiedad se refiere a los sentimientos de desasosiego o temor, relativa a una vaga amenaza no específica.
6. **Satisfacción marital.** Es el grado de satisfacción con una relación de pareja, se evalúa e incluye si la mujer es feliz o si está satisfecha con ciertos aspectos de su matrimonio, tales como la comunicación, el afecto, la similitud de los valores de (por ejemplo, finanzas, cuidado de niños), la actividad mutua y la decisión de toma de decisiones y el bienestar global.
7. **Historia de depresión anterior.** Son los informes o antecedentes de la madre de haber tenido un encuentro anterior con la depresión antes de este embarazo.
8. **Temperamento infantil.** El temperamento de los bebés se refiere a su disposición / de la personalidad. El temperamento infantil difícil describe a un niño que es irritable, inquieto, impredecible, y difícil de consolar.
9. **Tristeza de la maternidad.** También conocida como *Melancolía de la maternidad* es un fenómeno transitorio de los cambios de humor, que comienza dentro de los primeros días después del parto y puede durar de 1 a 21 días o más. Ello se caracteriza por llanto, ansiedad, dificultad para concentrarse, irritabilidad y estado de ánimo lábil".
10. **Autoestima.** La autoestima se refiere al sentimiento global de una mujer en cuanto a su auto-aceptación, es decir, es la confianza y la satisfacción en sí misma.
11. **El nivel socioeconómico.** El estatus socioeconómico de una persona implica rango o condición en la sociedad, una combinación de los factores sociales y económicos tales como ingresos, educación y ocupación.

12. Estado civil. Esta característica demográfica se centra sobre la legitimación de una mujer en relación con el matrimonio. La sociedad evalúa si una mujer es soltera, casada, conviviente, divorciada, viuda, separada.

13. Embarazo no planificado o no deseado. Esto se refiere a un embarazo que no se habían previsto o deseado por la mujer. Muchos embarazos en Guatemala no son planificados. De particular interés es la cuestión de los embarazos que no son deseados después de la ambivalencia inicial sobre la identificación del embarazo.

Con base en estos 13 predictores, existen 6 diferentes inventarios o cuestionarios que evalúan el riesgo de una mujer de desarrollar depresión, el más completo y que puede ser utilizado en embarazo y posparto es el inventario de factores predictores de Beck revisado, el cual ha sido actualizado hasta el 2001. ^{8,16}

Debido a que el PDPI se basó en las conclusiones del metanálisis de Beck en 1998, destaca que el inventario debe ser revisado periódicamente para incluir adicionales factores de riesgo significativos, reportados en investigaciones recientes, y eliminar los factores de riesgo que ya no son significativos.

El último meta-análisis que se actualizó fue en el año 2001 donde se destaca el tamaño de riesgo de cada factor para predecir si una paciente presenta un riesgo leve, moderado o severo. ^{6,8,12,13,16}

Niveles de riesgo por predictor de Depresión Posparto	
Predictores	Nivel de riesgo
Depresión prenatal	Alto/moderado
Estrés por el cuidado del niño	Moderado
Estrés de la vida	Moderado
Soporte social	Moderado
Ansiedad prenatal	Moderado
Satisfacción marital	Moderado
Historia de depresión	Moderado
Temperamento del niño	Moderado
Blues materno	Bajo/Moderado
Autoestima	Moderado
Estatus socioeconómico	Bajo
Estado civil	Bajo
Embarazo no planificado o no deseado	Bajo

El riesgo incrementa si la paciente presenta 3 o más factores de riesgo. Un segundo cuestionario fue creado por Braverman y Roux, es un cuestionario preliminar de seis preguntas con el mejor valor pronóstico. Este reducido cuestionario autoadministrado tuvo una sensibilidad del 94% y una especificidad del 85% para la identificación de una mujer con alto riesgo de Depresión Posparto. Las seis preguntas que permiten evaluar los factores de riesgo son las siguientes: estado civil, antecedentes de Depresión Posparto, embarazo no deseado o no planificado, problemas matrimoniales y si se sienten ignorados por la pareja.

En 1984, Petrick creó una lista de 16 factores de riesgo en un cuestionario autoadministrado con el propósito de ayudar a los clínicos a identificar a las mujeres a principios del embarazo, que están en riesgo de desarrollar la depresión después del parto. ^{9,12,13}

Estos 16 factores de riesgo incluyen: ansiedad en relación con ese embarazo, el apoyo de otras mujeres embarazadas o las mujeres con niños, el apoyo emocional de pareja / familia, el embarazo no planificado, la disposición a asumir el papel de madre, la historia de la depresión, acontecimientos recientes e importantes, la dificultad de realizar cambios, miedo a la enfermedad, malestar sobre los cambios corporales del embarazo, la relación con la madre, la planificación de la lactancia, antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos. La enfermedad y la tristeza y / o cambio de las emociones en tres puntos en el tiempo: premenstrual, teniendo control de la natalidad pastillas, y después de embarazos anteriores. El cuestionario de cribado prenatal (Appleby, Gregoire, Platz, Prince, y Kumar, 1994) es un cuestionario auto-administrado de 10 factores de riesgo psicosociales para la Depresión Posparto: antecedentes psiquiátricos de la mujer, preocupaciones de la atención prenatal, el embarazo no deseado, estrés de la vida, y el apoyo social.

El cuestionario se basa en ocho elementos de tipo Likert, con un puntaje de 0 a 3, mientras que para dos temas, la elección es no o sí, dando una puntuación de 0 a 1. Otro instrumento que viene de Australia es el cuestionario prenatal modificado (MASQ) creado por Williams y Crowther, en 1996. Se trata de un cuestionario auto-administrado, con nueve temas, escala de Likert que evalúa: la relación actual de la mujer con su pareja, el estilo de solución de un problema, si ella tiene un amigo o familiar disponible para hablar, y sus antecedentes psiquiátricos.

Las puntuaciones en cada elemento tienen un rango de 0 a 2. La puntuación de 2 o más en el MASQ fue utilizada para predecir que las mujeres son vulnerables a la depresión postparto.

Tiene una sensibilidad del 73% y una especificidad del 43% para la depresión mayor. Para la depresión menor su sensibilidad es de 81% y una especificidad de 48%. Posner, Unterman, Williams y Williams (1997) publicó el cuestionario antes del parto (APQ), que es un instrumento auto-administrado para identificar a las mujeres embarazadas en riesgo de depresión posparto.

Los 24 artículos que componen el APQ son: la situación socioeconómica, estado civil, las relaciones con su madre, su padre, y su marido / novio, el embarazo y la historia médica, apoyo social, apoyo familiar temprano en la vida, la autoestima, la historia de la depresión posparto, la ansiedad durante el embarazo, y la tristeza durante el embarazo.

Veintidós de los 24 artículos son preguntas de tipo Likert con puntuaciones que van de 0 a 6. La puntuación total se calculará APQ agregando el valor numérico de cada uno de los 24 artículos. Sensibilidad del 82% y una especificidad del 78%.

La ausencia de tratamiento específico puede tener graves consecuencias tanto para la madre como para el hijo. Para la madre puede ser el primer episodio de un trastorno depresivo recurrente, y para el niño puede contribuir al desarrollo de problemas cognitivos, comportamentales, interpersonales y emocionales. Para realizar el diagnóstico es fundamental sospecharlo y seguir de cerca a aquellas madres con factores de riesgo, mediante un tamizaje alrededor de la sexta semana posparto. ^{12,13}

2.4. DEPRESIÓN POSPARTO CON PSICOSIS (DPCP)

Afecta a 1-2 por 1000 de los pospartos. Los síntomas suelen iniciarse entre la segunda y la tercera semana posparto. Los síntomas psicóticos en el posparto forman parte, en la mayoría de las ocasiones, de un trastorno afectivo unipolar o bipolar tras descartar el uso de fármacos y enfermedad médica orgánica.

Los síntomas que se suelen encontrar son: labilidad afectiva, alucinaciones visuales auditivas y táctiles, con un lenguaje desorganizado, trastornos del sueño e ideas delirantes que habitualmente tienen relación con el hijo (malformaciones o ideas de índole mística religiosa). Son más frecuentes las conductas autoagresivas y de violencia como el suicidio o el filicidio.

Los factores de riesgo más importantes son: la historia previa o antecedentes familiares de psicosis Posparto y el trastorno afectivo bipolar. Si se trata adecuadamente, no hay riesgo de psicopatología en el recién nacido, sin embargo sí se ha evidenciado una alta probabilidad de nuevos episodios en posteriores embarazos.

Impacto de la enfermedad

A diferencia de lo que ocurre con los trastornos depresivos en otras etapas de la vida de la mujer, la depresión posparto genera un doble impacto negativo, ya que afecta tanto a la madre, quien padece directamente la enfermedad, como al recién nacido, pues depende completamente de los cuidados de ésta para su bienestar físico y emocional. ^{1,4}

Impacto en la madre

La enfermedad suele acompañarse de un monto considerable de sufrimiento emocional y ocasiona deterioro importante en la calidad de vida, afectando las diversas áreas de funcionamiento de la paciente. Además, la mujer que experimenta un episodio depresivo en el posparto queda expuesta a mayor riesgo de futuros episodios depresivos, tanto en nuevos puerperios como en cualquier otro momento de la vida. Aunque las tasas de suicidio en el periodo puerperal son menores que en periodos no puerperales, éste se considera una causa importante de mortalidad materna en algunos países. ^{4,5}

Impacto en el hijo

Existe estrecha relación entre la presencia de depresión no tratada en la madre y las alteraciones en varios aspectos de la salud y el desarrollo del niño durante los primeros meses de edad, de las cuales se destacan: mayor incidencia de cólicos y llanto excesivos, trastornos del sueño y expresión de mayores signos de estrés ^(1,5). Cuando la depresión se inicia durante el embarazo puede acompañarse de escaso autocuidado dado por pobre ingesta calórica, disminución de peso, aumento en el consumo de drogas y alcohol, e inasistencia a los controles prenatales, factores que han sido asociados con la presencia de disminución del perímetro cefálico del recién nacido, menor peso al nacer, apgar más bajo y nacimientos prematuros. ^{7,9}

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

(1,8). Las mujeres con DPP pueden mostrarse menos dispuestas a iniciar y mantener la lactancia materna, y se ha identificado que los síntomas depresivos preceden usualmente la interrupción temprana de ésta. ¹

Los bebés son especialmente sensibles a los cambios anímicos de su madre, de ahí que los efectos de la DPP 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 (2,8). La DPP persistente y no tratada se ha asociado con trastornos de la conducta y comportamiento agresivo en el adolescente. ^{2,3}

2.5. DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN POSPARTO

El diagnóstico se basa en una historia clínica cuidadosa en la que se encuentren cualquiera de los síntomas y/o signos que presenta un paciente con trastorno depresivo mayor según DSM IV. ^{4,11,13}

Además del estado de ánimo deprimido, la mujer puede presentar los siguientes síntomas casi todos los días:

Síntomas de la Depresión Posparto:

- Sentimientos negativos hacia el bebé.
- Falta de placer en todas o la mayoría de las actividades.
- Disminución del apetito.
- Pérdida de energía.
- Sentimiento de retraimiento, aislamiento social o desconexión.
- Sentimiento de inutilidad o culpa.
- Dificultad para dormir.
- Dificultad para concentrarse o pensar.
- Pensamientos de muerte o suicidio.

No existe un examen único para diagnosticar la Depresión Posparto. Para su diagnóstico se pueden utilizar varios cuestionarios y criterios diagnósticos como:

El Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, 4.^a edición (DSM-IV TR) en donde aparece la primera definición del «trastorno depresivo de inicio en el Posparto», según la cual se trataría de un episodio depresivo mayor, que comienza en las primeras cuatro semanas tras el alumbramiento de un hijo.

Los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para depresión, considerando casos positivos para depresión, aquellas mujeres que presentan 5 o más de los 9 criterios, por un tiempo mínimo de 2 semanas. ^{8,16,23}

Episodios depresivos según CIE-10

1. En los episodios depresivos típicos, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos. ^{8,16}
 - a. La disminución de la atención y concentración.
 - b. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
 - c. Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
 - d. Una perspectiva sombría del futuro.
 - e. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
 - f. Los trastornos del sueño.
 - g. La pérdida del apetito.

2. La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo.

Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros

síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas.

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad, habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

3. Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacado y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" (ver introducción) son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras; pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras; despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual; empeoramiento matutino del humor depresivo; presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas); pérdida marcada de apetito; pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes); pérdida marcada de la libido.
4. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes ^(7,9,12).

Incluye:
Episodios aislados de reacción depresiva.
Depresión psicógena.
Depresión reactiva.
Depresión mayor.

También existe la escala de Depresión Posparto de Edimburgo que es un cuestionario específico para el diagnóstico de depresión en la mujer puérpera que puede ser aplicable inclusive en el puerperio inmediato. Se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión Posparto. Este cuestionario se creó en centros de salud en Livingston y Edimburgo. ^{8,16}

Consiste en 10 preguntas de selección múltiple, con 4 alternativas cada una, con puntajes de 0 a 3 de acuerdo a la severidad creciente de los síntomas. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3%, es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. Por ello, es empleada y validada en varios países y culturas, y traducida al menos a 23 idiomas diferentes. No obstante, se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico.

La forma de evaluación de la escala se realiza de la siguiente forma:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Las diez preguntas deben ser respondidas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa posparto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar, pueden ser oportunidades convenientes para realizarla. Pautas para la evaluación del cuestionario de Edimburgo 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. Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente ^{5,3,2}

Cuestionario sobre Depresión Posnatal Edimburgo (EPDS)

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. Las cosas me oprimen o agobian

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

3. He mirado el futuro con placer

- Tanto como siempre.
- Algo menos de lo que solía hacer.
- Definitivamente menos.
- No, nada.

4. 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.

5. 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.

6. Me he sentido triste y desgraciada

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

7. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

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

8. He sido tan infeliz que he estado llorando

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

9. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- Sí, bastante.
- Sí, bastante a menudo.
- Sí, a veces.
- No, no mucho.

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- No, nada.
- A veces.
- Casi nunca.
- No, nunca.

Algunas veces, la depresión después del embarazo puede estar relacionada con otros trastornos médicos, los cuales se deben descartar antes de definir los síntomas como un trastorno mental. ^{8,16}

Diagnóstico diferencial de psicosis post-parto

Desórdenes psiquiátricos

- Trastorno bipolar
- Trastornos equizoafectivos
- Esquizofrenia
- Trastornos esquizofreniformes
- Psicosis reactiva

Condiciones clínicas

- Tiroiditis, hipotiroidismo
- Deficiencia de vitamina B12
- Gangliosidosis GM2 del adulto

Sustancias

- Bromocriptina
- Metronidazol
- Sustancias adictivas (LSD, PCP, éxtasis, entre otros).

2.6. TRATAMIENTO

Las mujeres con factores de riesgo significativos serían objeto de un seguimiento más estrecho, como indagar sobre la evolución de los factores de riesgo y terapia conductual para mejorar los estilos de vida. No es fácil que la mujer reconozca estar deprimida en parte por el significado estigmatizante de la enfermedad y por la sensación de haber fallado como madre. Es más frecuente que se muestre encubierta en forma de quejas repetidas sobre la salud del niño: reflujo, cólico, problemas del sueño con los que no son capaces de «hacerse». Es por ello muy importante un abordaje, que no enjuicie sino que dé aporte de autocuidados y soporte.

^{1,14,15}

Tratamiento de primera línea: se utiliza psicoterapia cognitivo-conductual o interpersonal. Han mostrado mayor efectividad en diferentes estudios, las intervenciones individuales tienen mejores efectos que las grupales y las dirigidas a «madres de riesgo» son más beneficiosas que las que incluyen madres en general. La terapia cognitivo-conductual se ha visto más efectiva si la ansiedad materna es el síntoma dominante.

Tratamiento de segunda línea: consiste en la utilización de fármacos antidepresivos, se ha visto que en estas pacientes se tiende a usar un tratamiento menos agresivo tanto en dosis como en duración. Esto favorece el riesgo de secuelas, recurrencias o refractariedades que complican el cuadro. La tristeza Posparto generalmente no produce deterioro funcional y no requiere tratamiento farmacológico específico, si bien es una situación que requiere nuestra alerta ante el posible desarrollo posterior de una depresión franca.

La Depresión Posparto sin psicosis debe tratarse como las otras formas de depresión. La depresión con psicosis posparto precisa tratamiento intenso y, en muchas ocasiones, hospitalización. Las pacientes en esta situación no suelen ser receptivas al tratamiento farmacológico, pero deberá instaurarse si la depresión es grave o no responden a intervenciones psicosociales. Aunque el componente de ansiedad puede tardar más en responder, se han visto resultados efectivos sobre la sintomatología depresiva.

Ningún antidepresivo se ha aprobado como categoría A de la FDA para usar durante la lactancia o el embarazo. Todas las mujeres deberán ser informadas de que el fármaco se excreta en pequeñas cantidades en la leche materna. Pero la exposición neonatal parece tener una tasa baja de efectos adversos, sin embargo, los efectos a largo plazo sobre el desarrollo cerebral son todavía poco conocidos. ^{1,14,15,23}

Se cuenta con una extensa información sobre la utilización de antidepresivos tricíclicos durante el embarazo, los cuales parecen ser seguros y no deben asociarse con la aparición de malformaciones congénitas. Aparecen en la leche materna en concentraciones similares a las del plasma.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han demostrado seguridad de uso incluyendo sertralina, paroxetina y venlafaxina en la lactancia. El único ISRS que no induce valores detectables en el neonato parece ser la sertralina.

El uso de estrógenos transdérmicos no se recomienda porque ha demostrado efectos secundarios no deseables como hiperplasia endometrial y tromboembolismo, además que no se ha encontrado una mejoría mayor a la del efecto placebo.

Los progestágenos sintéticos no previenen el desarrollo de la Depresión Posparto y tienen un efecto negativo sobre el ánimo de la madre, por lo que no se recomienda su uso Posparto.

Pequeños estudios abiertos han tratado otras alternativas como fototerapia, masaje y técnicas de relajación que concluyen cierta mejoría sobre el humor, pero aún no está claro su uso y sus beneficios. ^{12,15,16}

2.7. PRONÓSTICO: RIESGOS A CORTO Y MEDIO PLAZO

El suicidio materno es afortunadamente raro y la presencia del niño resulta de ayuda para prevenir el suicidio en las madres con depresión. El riesgo es mayor en el primer mes Posparto y está ligado al riesgo de psicosis Posparto y a la recaída de un trastorno bipolar previo. Estas mujeres van a precisar ingreso y tratamiento hospitalario.

El infanticidio es también muy raro y viene ligado al uso de drogas o enfermedades mentales de los padres. Un primer episodio de depresión Posparto conduce al 50% de probabilidad de recurrencia en el próximo período Posparto.

La importancia en el seguimiento de los blues radica en la posibilidad de desarrollar posteriormente psicopatología como un episodio depresivo mayor que aparecerá en el año siguiente al parto en hasta el 20% de las pacientes que lo presentaron. Las implicaciones diagnósticas de este tipo de patología nos pueden predecir el inicio de un trastorno bipolar. ¹³

2.8. 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 Posparto se ha visto incrementado el riesgo de tener un nuevo embarazo al poco tiempo.

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

El tratamiento profiláctico con antidepresivos no ha demostrado consistentemente reducir el riesgo de Depresión Posparto 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, placenta previa o acreta, y conducta neonatal alterada. Los ISRS no están asociados con riesgo de anomalías mayores en los hijos, luego de la exposición intrauterina. Para los casos en los que hay severos antecedentes de depresión antenatal, la terapia cognitivo-conductual puede ser altamente efectiva, modificando la técnica adecuadamente para tener en cuenta que los cambios electrofisiológicos tengan el mínimo riesgo sobre la paciente y el feto. De todos modos, esta es una técnica bastante discutida en muchos medios.

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 Posparto. 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".

Se ha observado que las diferentes culturas han creado distintas 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, por mudarse 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 Posparto.

El uso de herramientas de rastreo, como la escala de depresión postnatal de Edimburgo, es efectivo en cuanto a mejorar el diagnóstico temprano de la depresión. Este cuestionario ha mostrado una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92.5 % para depresión mayor. Su aplicación dentro de las 3 o 4 primeras semanas puede contribuir a una mejor efectividad en el diagnóstico precoz, de hecho, en varios estudios se ha demostrado una mayor tasa de prevalencia de este problema, no porque haya aumentado, sino por haber sido diagnosticado oportunamente.

La ventaja de este diagnóstico precoz es que el adecuado tratamiento permite evitar los efectos a corto y mediano plazo, tanto en la madre como en la familia en general.

La estrategia de aplicar estas herramientas en las visitas subsiguientes al alta hospitalaria, tanto en domicilio, como en las visitas de control a consultorio podría también colaborar con mejorar la tasa de diagnóstico temprano de este problema. ^{8,11,12}

II. OBJETIVOS

- 3.1 General:

3.1.1 Determinar factores de riesgo de Depresión Posparto, en las pacientes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Escuintla.

- 3.2 Específicos:

3.2.1 Identificar a pacientes que padezcan o estén en riesgo de padecer Depresión Posparto.

3.2.2 Identificar el estatus económico de las pacientes con riesgo de Depresión Posparto y su condición laboral.

3.2.3 Conocer el tipo de relación conyugal de las pacientes.

3.2.4 Conocer la relación entre embarazo no deseado y depresión posparto.

3.2.5 Determinar la relación en cuanto a edad, escolaridad y autoestima de las pacientes y el padecer depresión posparto

IV. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 Tipo de estudio: Prospectivo, Longitudinal y descriptivo.

4.2 Población: Pacientes Posparto en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Escuintla

4.2.1 Universo: Estará constituido por todas las pacientes puérperas internas en el servicio de maternidad de enero a diciembre de 2,014.

4.2.2 Muestra: Toda paciente puérpera con datos que sugieran depresión posparto.

- Para la recolección de los datos se utilizó una ficha donde se aplicó el test de Edimburgo.
- Los datos se tabularon en una base de datos y se presentaron por medio del sistema de análisis estadístico, demostrándose los resultados por frecuencias absolutas y relativas.

4,3 Sujetos de Estudio:

4.3.1 Criterios de inclusión:

- Población puérpera que se encuentren atendida en el servicio de maternidad del HRE, que presente algún trastorno de los descritos.
- Pacientes que acepten entrar al estudio.

4.3.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con muerte fetal durante el parto.
- Pacientes con diagnóstico enfermedad mental.
- Pacientes que no acepten entrar al estudio.

4.4 Definición y Operación de Variables.

- Dependiente: Depresión Posparto.
- Independientes: puerperio inmediato, factores de riesgo, edad, antecedentes, relación conyugal, estado civil, procedencia, tipo de parto, depresión Posparto, blues materno, estrés, ansiedad.

Variable	DEFINICION	OPERACION ALIZACION	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR
Depresión Posparto	Estado de ánimo bajo, con tendencia al llanto y alteraciones del sueño y apetito.	Instrumento de Recolección.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Edimburgo. • Criterios CIE-10. • Criterios DSM – IV.
Factores de Riesgo	Característica, modificable o no, que predispone el desarrollo de complicaciones durante el Posparto.	Instrumento de Recolección.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos: sociodemográficos Psicológicos.
Antecedentes	Conjunto de hechos o vicisitudes de la vida del enfermo acaecidas entre su nacimiento y el momento que se asiste.	Instrumento de Recolección.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes fisiológicos. • Antecedentes patológicos personales. • Antecedentes familiares. • Antecedentes ambientales.
Estado civil	El atributo de la personalidad que define la situación jurídica de la persona en la familia y en la sociedad.	Instrumento de recolección.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Unido • Casado • Viudo • Divorciado • Separado
Relación Conyugal	Vínculo entre dos personas como pareja que interactúan entre sí.	Instrumento de Recolección.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> 5 Matrimonial • Extramatrimonial
Procedencia	Origen o principio del que algo procede.	Instrumento de Recolección.	Ordinal	Región geográfica (departamentos, municipios).
Parto	La expulsión de un (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior.	Instrumento de Recolección.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Parto eutócico • Parto distócico

Edad	Tiempo de vida.	Instrumento de recolección.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Puérpera adolescente • Puérpera añosa
Estrés	Toda exigencia ambiental que genere un estado de tensión o amenaza y requiera cambio o adaptación.	Instrumento de Recolección.		Evaluación Médica.
Embarazo no Deseado	Embarazo que no fue planificado y que no se desea finalizar.	Instrumento de Recolección.		Planificación Familiar.
Ansiedad	Reacción de un individuo ante una amenaza real o imaginaria.	Instrumento de recolección.		<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios CIE-10 y DSM- IV.
Trastornos de Alimentación	Enfermedad causada por ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico, relacionada con la alteración de los hábitos alimenticios comunes.	Instrumento de recolección.		<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios CIE-10 y DSM-IV.

4.5 Método de recolección de datos: para la realización de esta investigación.

4.5.1 En primera instancia a realizar fue la definición y la delimitación del problema, incluyendo el periodo de tiempo durante el cual se realizara el estudio, delimitando en este sentido el tema Depresión Posparto, Factores de riesgo de depresión posparto en pacientes en el servicio de maternidad del hospital Nacional de Escuintla.

4.5.2 Se llevó a cabo el planteamiento del problema en donde se destacan las diversas sugerencias, en relación a los factores de riesgo de las pacientes en el servicio de maternidad que puedan tener riesgo de padecer dicha patología.

4.5.3 Posteriormente se llevó a cabo la revisión de antecedentes, la cual cita algunos estudios realizados por otros investigadores, que servirán de guía y base para la realización de la investigación. Continuando con una serie de pasos para la realización del mismo, se justificaron los diversos motivos por los cuales se realiza, así como el objetivo principal y los específicos, en donde se plantean las metas a alcanzar al finalizar la investigación. Todo lo anterior se realizó cumpliendo la confiabilidad, objetividad y validez de toda investigación.

4.5.4 Se realiza el anteproyecto como preparación para la investigación y recolección de los datos para la realización de los instrumentos a utilizados en la recolección de datos.

4.5.5 Se realizó el calcula de la muestra en conjunto con Asesora

+ Técnica de muestreo probabilístico para universo conocido.

+ Aleatorio simple.

× Fórmula:

$$n = \frac{Z^2 PqN}{NE^2 + Z^2 Pq}$$

$$NE^2 + Z^2 Pq$$

× **n**= Tamaño de la muestra

× **Z**=Nivel de confianza (constante 1.96)

× **P**=Variabilidad positiva (constante 0.5)

× **q**=Variabilidad negativa (constante 0.5)

× **N**=Población total

× **E**=Precisión o el error (constante 0.05)

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 7,083}{7,083 \times 0.05^2 + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$7,083 \times 0.05^2 + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.5 \times 0.5 \times 7,083}{7,083 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$7,083 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.5 \times 0.5$$

$$n = \frac{6,799.68}{17.7075 + 0.96}$$

n = 365 pacientes.

Sin embargo decidimos en conjunto, ya que no se conocían cuantas pacientes cursaron o habían presentado dicho padecimiento, tomar el universo de las pacientes que llenaran los criterios de inclusión y los de exclusión con lo que obtuvimos un N = 441 pacientes.

4.5.6 Para la recolección de datos se utilizaron las fichas del test de Edimburgo y la Ficha de detección de factores de riesgo de Depresión Posparto de Beck (modificado), las cuales se realizaron mediante entrevista directa a las pacientes ingresadas en el servicio de maternidad, previo consentimiento informado y cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión del presente estudio.

Presentación de resultados: Dicho estudio fue tabulado mediante hojas de vaciado de datos y procesado en hojas estadísticas EPIINFO 7.

4.5.7 Se realizó el informe final y presentación de resultados.

V. RESULTADOS

El total de entrevistadas con el test de Edimburgo fue de 441 pacientes posparto, con factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014.

Pregunta No. 1

¿He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas?; en “pacientes con factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.		
Tanto como siempre	347	78.76
No tanto ahora	35	7.95
Mucho Menos	43	9.76
No, no he podido	16	3.62
Total	441	100%

Fuente: Boleta recolectora de datos.

Interpretación: de 441 pacientes encuestadas, 78.76% no presentaron ningún tipo de incapacidad en la expresión de sus sentimientos de felicidad, en 7.95% de ellas enfocaron la felicidad en ese monto, en 9.76% de las pacientes disminuyo considerablemente su sentimiento de felicidad y 16 de ellas, el 3.62% no lograron expresar sentimientos de felicidad en ese momento.

Pregunta No. 2

¿Hay cosas que me oprimen o agobian en este momento?; en “pacientes con factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”.

2. Las cosas me oprimen o me agobian.		
Si, la mayor parte de las veces.	280	63.56
Si, a veces	71	16.11
No, casi nunca	53	12.03
No, Nada	37	8.39
Total	441	100 %

Fuente: Boleta recolectora de datos.

Interpretación: de las pacientes entrevistadas, al indagarles si existían cosas que les oprimían o les agobian el 63.56% pacientes manifestaron que en ese momento y durante el embarazo actual siempre hubo algo que les preocupó; 16.11% de ellas mencionaron que a veces les molestaba; 12.03 casi nunca y a 37 pacientes que corresponde al 8.39 nunca les molesto o tubo alguna preocupación

Pregunta No. 3

¿He mirado el futuro con placer?; “pacientes con factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”.

3. He mirado el Futuro con Placer		
Tanto como siempre.	232	52.66
Algo menos de lo que solía hacer.	105	23.83
Definitivamente menos.	81	18.38
No, Nada mas	23	5.22
Total	441	100%

Fuente: Boleta recolectora de datos.

Interpretación: al indagarles a las pacientes si miran el futuro con placer, 52.66% de ellas siguen con optimismo como siempre durante el presente embarazo; 23.83% de ellas han disminuido parcialmente; para 18.38% de pacientes sienten que definitivamente ven con menos placer el futuro durante este y 5.22% de ellas han perdido por completo el placer de la vida, durante el presente embarazo.

Pregunta No. 4

¿Me he sentido tan feliz que he tenido dificultad para Dormir?; en “pacientes con factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”.

4. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.		
Si, la mayoría de las veces	17	3.85
Si, a veces	43	9.75
No muy a menudo	95	21.55
No, nada	286	64.85
Total	441	100%

Fuente: Boleta recolectora de datos.

Interpretación: en el presente embarazo el 64.85% de pacientes no ha cursado con sentimientos de infelicidad; 21.55 % curso en algún momento durante el presente embarazo; el 9.75 % de ellas durante el presente embarazo presento varios episodios de infelicidad; y el 3.85% presento episodios frecuentes de infelicidad que en algún momento influencio en su descanso.

Pregunta No. 5

¿Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien?; en “pacientes con factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”.

5. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien		
Si, la mayoría de las veces	00	00
Si, algunas veces	11	2.49
No muy a menudo	34	7.71
No, nunca	396	89.80
Total	441	100%

Fuente: Boleta recolectora de datos.

Interpretación: de las pacientes encuestadas el 2.49% refiere que durante el presente embarazo frecuentemente algunas veces se culpó cuando las cosas no salían bien, el 7.71% indicaron que algunas veces se han culpado sin ninguna necesidad de lo que sucede a mi alrededor y 89.8% de las pacientes nunca se han culpado por las cosas cuando no salían bien.

Pregunta No. 6

¿Me sentido Triste y desgraciada? en “pacientes con factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”.

6. Me he sentido triste y desgraciada.		
Si, casi siempre.	09	2.04
Si, bastante a menudo.	37	8.39
No muy a menudo.	62	14.06
No, nada.	333	75.51
Total	441	100%

Fuente: Boleta recolectora de datos.

Interpretación: cuando se les pregunto en cuanto a si se habían sentido tristes y/o desgraciadas 2.04% indicaron que durante el presente embarazo casi siempre se habían sentido así; 8.39 % mencionaron que fue frecuente durante el presente embarazo; 14.06% de ellas no fue muy frecuente y el 75.51% de las pacientes nunca había pasado por su mente este tipo de sentimientos.

Pregunta No. 7

¿He estado ansiosa y preocupada sin motivo?; en “pacientes con factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”.

7. He estado ansiosa y preocupada sin motivo.		
No, para nada.	206	46.71
Casi nada.	32	7.26
Si, a veces.	72	16.33
Si, a menudo	131	29.70
Total	441	100%

Fuente: Boleta recolectora de datos.

Interpretación: De 441 pacientes entrevistadas 46.71% de ellas mencionaron que nunca se habían sentido ansiosas o preocupadas sin motivo; 7.26% de las pacientes manifestaron que en algunas oportunidades; 16.33% de las entrevistadas mencionaron que si era poco frecuente y 29.70% de ellas mencionaron que si con frecuencia habían sentido ansiedad o preocupación sin motivo aparente, en el transcurso del embarazo actual.

Pregunta No. 8

¿He sido tan Infeliz que estado llorando?; en “pacientes con factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”.

8. He sido tan infeliz, que he estado llorando.		
Si, casi siempre.	07	1.59
Si, bastante a menudo.	45	10.20
Solo en ocasiones.	159	36.06
No, nunca.	230	52.15
Total	441	100%

Fuente: Boleta recolectora de datos.

Interpretación: al indagarle a las pacientes en relación a si han sido infelices que han estado llorando 1.59 % describieron que durante el presente embarazo sucedió con mucha frecuencia; 10.20% era a menudo que terminaran en llanto por sentirse infelices; 36.06% presentaron en algún momento del embarazo uno o dos episodios y 52.15% indicaron haber cursado su embarazo sin sentirse infeliz.

Pregunta No. 9

¿He sentido miedo y pánico sin motivo alguno?; en “pacientes con factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”.

9. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.		
Si, bastante.	11	2.49
Si, bastante a menudo.	25	5.68
Si a veces.	112	25.39
No, no mucho.	293	66.44
Total	441	100%

Fuente: Boleta recolectora de datos.

Interpretación: en relación a si han sentido miedo y pánico sin motivo; 66.44% de encuestadas mencionaron que no mucho o nunca habían padecido de pánico o miedo sin motivo; 25.39% indicaron si alguna vez; 5.68% de ellas indicaron que fue muy frecuente en el presente embarazo y 2.49% dijeron que si fueron constantes sus ataques de miedo o pánico, sin motivo alguno, durante el presente embarazo.

Pregunta No. 10

¿He pensado en hacerme Daño a mi misma?; en “pacientes con factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”.

10. He pensado en hacerme daño a mí misma.		
No, nada.	17	3.86
A veces.	05	1.13
Casi nunca.	12	2.72
No, nunca.	407	92.29
Total	441	100%

Fuente: Boleta recolectora de datos.

Interpretación: de 441 pacientes entrevistadas 17 pacientes han tenido en algún momento durante el presente embarazo han tenido intenciones de hacerse daño 5 de ellas el 1.13 % del total han sido frecuentes y un 2.72% casi nunca pero sin han tenido pensamientos de hacerse daño y el resto de las pacientes nunca pensaron en infringiere daño.

Cuadro No. 1

Depresión Posparto, Interpretación de los datos recabados con el test de Edimburgo

INTERPRETACION SEGÚN TABLA DE VALORES DE EDIMBURGO		
Cuestionario de Edimburgo	Total de casos	Porcentaje
Negativas	259	58.73 %
Riesgo	148	33.56 %
Baby Blues	30	6.80 %
Depresión	04	0.91 %
Total	441	100 %

Fuente: datos de boleta recolectora.

El primer cuadro hace referencia a los datos obtenidos del resumen de la calificación del citado test, en el cual se asignan valor a cada una de las respuestas.

De las pacientes entrevistas logramos obtener los siguientes resultados haciendo mención que del 441 pacientes el 58.73 % (equivalentes a 259 pacientes) no presentaron o no estuvieron en riesgo de presentar Depresión Posparto. Se obtuvo que 182 estaban en riesgo o padecían depresión posparto, quedando distribuidas de la siguiente forma el 33.50 % (148 pacientes) presentaron datos que las incluyen en el grupo expuesto o susceptible a desencadenar cualquiera de las variantes de depresión posparto. Las pacientes que presentaron algún trastorno de esta patología 7.71 % que es significativo a 34 pacientes, 30 pacientes presentaron Baby Blues y 4 pacientes desencadenaron Depresión posparto.

Cuadro No. 2

Depresión Posparto, Interpretación de los datos recabados con el test de Edimburgo según clasificación CIE-10

INTERPRETACION SEGÚN CIE-10		
Cuestionario de Edimburgo	Total de casos	Porcentaje
Negativas	210	47.62
Riesgo	231	52.38
Total	441	100 %

Fuente: datos de boleta recolectora.

En enfoque desde otra perspectiva, La clasificación Internacional de Enfermedades decima versión (CIE-10), cataloga a personas en riesgo de depresión posparto a todas aquellas pacientes que presenten entre 5 – 9 respuestas positivas (que no sean 0). De lo anterior podemos resumir los datos recolectados de la siguiente forma.

Con la presentación de la siguiente tabla se documenta que un 47.62% de las pacientes entrevistadas no presentan ninguna alteración o no presenta ningún factor de riesgo. Mientras que con este tipo de análisis (CIE-10) un 52.38 % de las pacientes está presentando algún factor o indicador que nos pueda o nos permita reconocer que está cursando con el cuadro de Depresión Posparto

Al tabular los datos obtenidos documentamos que 182 pacientes presentaron riesgo o cursaron con Depresión Posparto como tal, de estas pacientes se tabulo el cuestionario de Beck modificado para valorar cuales son los factores de riesgo que se relacionan con la depresión posparto se documentan los siguientes datos.

Cuadro No. 1

Grupo Etario de pacientes con “Factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”

Rango de edad	No. De pacientes encuestadas	Porcentaje
15 años o menos	15	8.24
16 – 20 años	47	25.82
21 – 25 años	55	30.22
26 – 30 años	17	9.34
31 – 35 años	13	7.14
36 – 40 años	26	14.29
40 o más años	09	4.95
Total	182	100 %

Fuente: Boleta Recolectora de Datos.

Interpretación: en el presente cuadro se documenta la distribución del grupo etario de las pacientes el 8.24% (15 pacientes) corresponden a la edad de menores de 15 años; el 25.82 % (47 pacientes) se encuentran entre las edades de 16 – 20 años; el 30.22 % (55 pacientes) entre la edad de 21 – 25 años; el 9.34% (17 pacientes) entre los 26 – 30 años; el 7.14 % (13 pacientes) entre 31 – 35 años; el 14.29 % (26 pacientes) en las edades de 36 – 40 años y un 4.95 % (9 pacientes) 40 años o más.

Cuadro No. 2

Escolaridad de pacientes con “Factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”

Escolaridad	No. De pacientes	Porcentaje
Alfabeta	169	92.86
Analfabeta	13	7.14
Total	182	100

Fuente: Boleta Recolectora de Datos.

Interpretación: de las 182 pacientes identificadas con riesgo o que cursaron con depresión posparto, un 92.86 % (169 pacientes) han cursado algún grado de estudio en su mayoría primaria. El 7.14 % (13 pacientes) son analfabetas ya que no han cursado ningún grado escolar o han tenido algún tipo de instrucción.

Cuadro No. 3

Profesión u oficio, de pacientes con “Factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”

Profesión u oficio	AMA DE CASA	ESTUDIANTE	COMERCIANTE	OTROS	Total
No. De pacientes	87	63	15	17	182
Porcentaje	47.80	34.62	8.24	9.34	100

Fuente: Boleta Recolectora de Datos.

Interpretación: en cuanto a la ocupación que tienen las pacientes incluidas en el estudio, podemos hacer mención que un 47.80 % (87 pacientes) se dedican a los oficios domésticos; un 34.62 % (63 pacientes) son estudiantes; un 8.24 % (15 pacientes) se dedican al comercio y un 9.34 % de ellas (17 pacientes) tienen otro tipo de ocupación.

Cuadro No. 4

Estado Civil, de pacientes con “Factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”

Estado Civil	Soltera	Casada	Unida	Viuda	Separada	Divorciada	Total
No. De pacientes	82	47	39	00	14	00	182
porcentaje	45.06	25.82	21.43	00	7.69	00	100

Fuente: Boleta Recolectora de Datos.

Interpretación: en relación al estado civil de las pacientes incluidas en el presente estudio la mayor incidencia de las pacientes que estuvieron en riesgo o cursaron con depresión posparto un 45.06 % (82 pacientes) son solteras; un 25.82 % (47 pacientes) son casadas; un 21.43 % (39 pacientes) son Unidas; el 7.69 % (14 pacientes) son separadas.

Cuadro No. 5

Condición Socioeconómica, de pacientes con “Factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”

Estado socioeconómico	Tengo los ingresos adecuados a mis necesidades	Tengo ingresos suficientes con algún problema puntual	Tengo ingresos demasiado justos y me causa algunos problemas	Tengo problemas económicos	Total
No. Pacientes	7	16	109	50	182
Porcentaje	3.85	8.79	59.89	27.47	100

Fuente: Boleta Recolectora de Datos.

Interpretación: de las pacientes que se incluyeron el 3.85% (7 pacientes) tienen los ingresos justos y adecuados a sus necesidades; el 8.79 % (16 pacientes) tienen ingresos justos, como para solventar algún otro problema; un 59.89 % (109 pacientes) tienen ingresos demasiado justos y esto les causa algún problema; y un 27.47% (50 pacientes) tienen problemas económicos graves.

Cuadro No. 6

Autoestima de pacientes con “Factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”

Autoestima	Se siente bien consigo misma como persona	Siente que usted vale la pena	Siente que tiene una serie de buenas cualidades como persona	Total
No. De pacientes	23	129	30	182
Porcentaje	12.64	70.88	16.48	100

Fuente: Boleta Recolectora de Datos.

Interpretación: al describir la autoestima de las pacientes que se entrevistaron; un 12.64 % (23 pacientes) se sienten bien consigo mismas; un 70.88% (129 pacientes) de las pacientes sienten que valen la pena; un 16.48 % (30 pacientes) sienten que tienen buenas cualidades como personas.

Cuadro No. 7

Ansiedad Prenatal de pacientes con “Factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”

Se sintió ansiosa durante su embarazo	Si	No	Total
No. De pacientes	152	30	182
Porcentaje	83.52	16.48	100

Fuente: Boleta Recolectora de Datos.

Interpretación: del total de pacientes incluidas en el presente estudio un 83.52 % (152 pacientes) han tenido algún signo de ansiedad prenatal; y de ellas un 16.48% (30 pacientes) no han tenido ningún signo de ansiedad durante su embarazo.

Cuadro No. 8

Embarazo Actual de pacientes con “Factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”

	SI	%	NO	%	Total
Fue planeado este embarazo	121	66.48	61	33.52	182
Fue deseado este embarazo	134	73.63	48	26.37	182

Fuente: Boleta Recolectora de Datos.

Interpretación: de las 182 pacientes que se entrevistaron en cuanto a si el embarazo fue planeado un 66.48 % (121 pacientes) si planearon el embarazo y un 33.52 % (61 pacientes) no lo planearon. De estos embarazos, el 73.63 % (134 pacientes) cursaron con embarazos deseados y el 26.37 % (48 pacientes) no deseo el embarazo en alguna de las etapas de la gestación.

Cuadro No. 9

Historia de Depresión Previa de pacientes con “Factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”

Antes de este embarazo, se había sentido deprimida	SI	%	NO	%
TOTAL	25	13.74	157	86.26

Fuente: Boleta Recolectora de Datos.

Interpretación: en el presente cuadro se documentan las pacientes que cursaron en un embarazo previo con depresión posparto, de los datos obtenidos el 13.74 % (25 pacientes) tienen alguna antecedente y un 86.26 % de ellas (157 pacientes) no han tenido ningún antecedente.

Cuadro No. 10

Apoyo Social de pacientes con “Factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”

	Siente que recibe apoyo emocional adecuado de su pareja o sus padres	Siente que recibe un apoyo instrumental adecuado de su pareja o sus padres (ej. Ayuda con las cosas del hogar o del bebé)	Siente que puede contar con su pareja o sus padres cuando necesita ayuda	Siente que puede confiar en su pareja o sus padres	Total
# de pacientes	58	21	18	85	182
Porcentaje	31.87	11.54	9.89	46.70	100

Fuente: Boleta Recolectora de Datos.

Interpretación: de las pacientes entrevistadas el 31.87% (58 pacientes) sienten que tienen apoyo emocional tanto de su pareja como de sus padres; el 11.54% (21 pacientes) perciben tener apoyo tanto de su pareja como de sus padres en el que hacer del hogar; el 9.89% (18 pacientes) sienten que pueden contar con su pareja o sus padres en cualquier momento o circunstancia; un 46.70% (85 pacientes) sienten que pueden confiar en su pareja o sus padres.

Cuadro No. 11

Satisfacción conyugal de pacientes con “Factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”

Satisfacción conyugal	Está satisfecha con su conyugue o arreglo de vivienda	Ha estado experimentando problemas con su pareja	Piensa que todo está bien entre usted y su pareja	Total
No. De pacientes	50	99	33	182
Porcentaje	27.47	54.40	18.13	100

Fuente: Boleta Recolectora de Datos.

Interpretación: de las pacientes entrevistadas el 27.47% (50 pacientes) están satisfechas con su vida conyugal; un 54.40 % (99 pacientes) han experimentado problemas con sus parejas; y un 18.13 % (33 pacientes) piensan que todo está bien con su pareja.

Cuadro No. 12

Estrés de la Vida de pacientes con “Factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”

Ha experimentado recientemente cualquier evento estresante en su vida como:	Problemas financieros	Problemas matrimoniales	Una enfermedad grave en la familia	Desempleo	Enfermedad propia	Total
No. De pacientes	98	42	4	24	14	182
Porcentaje	53.85	23.08	2.20	13.19	7.68	100

Fuente: Boleta Recolectora de Datos.

Interpretación: en la presente investigación los problemas que causan estrés en las pacientes se distribuyeron de la siguiente manera: 53.85 % (98 pacientes) problemas financieros; un 23.08% (42 pacientes) los problemas matrimoniales; en un 2.20 (4 pacientes) una enfermedad grave en la familia; en el 13.19 % (24 pacientes) el desempleo; para un 7.68 % la presencia de una enfermedad propia.

Cuadro No. 13

Estrés por el Cuidado del Niño de pacientes con “Factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”

Estrés por el cuidado del niño	Experimenta su hijo algún problema de salud	Está teniendo problemas con la alimentación de su bebé	Ha tenido problemas para dormir con su bebé	Total
No. De pacientes	148	34	00	182
Porcentaje	81.32	18.68	00	100

Fuente: Boleta Recolectora de Datos.

Interpretación: de la pacientes entrevistadas a un 81.32% (148 pacientes) les preocupa que el recién nacido pueda cursar con algún problema de salud; un 18.68 % (34 pacientes) les preocupa la alimentación del recién nacido.

Cuadro No. 14

Trastornos de la Alimentación de pacientes con “Factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”

Ha presentado más de una vez alguno de los siguientes síntomas:	Le preocupa verse al espejo porque se siente gorda	Evita comer por miedo a engordar	Se provoca el vómito después de comer	Utiliza algún purgante o medicamento para adelgazar	Total
No. De pacientes	130	52	00	00	182
Porcentaje	71.43	28.57	00	00	100

Fuente: Boleta Recolectora de Datos.

Interpretación: de los trastornos alimenticios que las pacientes pueden experimentar a un 71.43% (130 pacientes) en algún momento les ha preocupado engordar; un 28.57% (52 pacientes) de las pacientes evita comer grandes cantidades de alimentos por miedo a engorda.

Cuadro No. 15

Antecedente de Blues Materno de pacientes con “Factores de riesgo de depresión posparto en pacientes del servicio de maternidad del Hospital de Escuintla, 2014”

Tuvo un breve periodo de llanto o cambio de humor durante los primeros días del embarazo	SI	NO	Total
No. De pacientes	97	85	182
Porcentaje	53.30	46.70	100

Fuente: Boleta Recolectora de Datos.

Interpretación: de las pacientes entrevistadas, un 53.30 % (97 pacientes) tuvo un breve periodo de llanto o cambio de humor durante los primeros días del embarazo y un 46.70% (85 pacientes) no presentó ninguna sintomatología de estas.

VI. Discusión Y Análisis de Resultados.

a. Test de Edimburgo.

- De este se ha podido resumir que de 441 pacientes entrevistadas 148 un 33.50 % de las pacientes presentaron algún indicador que nos puede ayudar a identificarlas como pacientes en riesgo de depresión posparto, los cuales al compararlos con datos documentados en referencias bibliográficas en las que se menciona por ejemplo: el libro Obstetricia integral del Siglo XXI se hace la mención que la prevalencia de los trastornos depresivos posparto son de relación del 10-20 % como lo menciona también la revista chilena de Psicoterapia Integral quien la coloca en un 21.3 %, lo que nos llama mucho la atención ya que en los resultados obtenidos según el test de Edimburgo el riesgo de las pacientes entrevistadas se ubicaba en un 33.50% y según el criterio de CIE-10 las pacientes en riesgo es del 52.38 %. (2,7,9,11)
- Al utilizar esta modificación del CIE-10 observamos un aumento de un 18.82 % de las pacientes en riesgo de desarrollar cualquiera de los cuadros de depresión posparto, por lo que quedara para el análisis de la utilización de esta clasificación o interpretación de los datos obtenidos con el test de Edimburgo, para incluir a una población que sin estas modificaciones quedaría fuera de cualquier prevención y seguimiento. (11)
- También logramos documentar que las pacientes que si presentaron Depresión posparto en nuestro estudio fue del 7.71 %, el cual casi es equiparable a los datos reportados en informes chilenos en lo que se menciona que en los países en vías de desarrollo es más frecuente que en los pacientes industrializados, en dichos países (en vías de desarrollo) se documenta una relación de 8 ó 9 al 30%. Por lo que presentamos el presente informe para su análisis y estudio. (2,7,9,11)
- Se obtuvieron un total de 182 pacientes como resultado de la clasificación del Test de Edimburgo que presentaron riesgo padecer 33.50 % o cursaron con depresión posparto 7.71 %, pacientes que tomaremos en consideración para estudiar los resultados de las encuestas del test de Beck para determinar que factores de riesgo pueden estar relacionados o influir para ser desencadenantes o coadyuvantes en que se desarrolle depresión posparto.

b. Test Modificado de Beck para Factores de Riesgo.

- En relación a la edad hemos documentado que las edades en donde se documenta la mayoría de las pacientes es dentro del rango de los 16 – 25 años y de 36 – 40 años, registrándose que un porcentaje de 8.24 % de las pacientes, (15 pacientes), que fueron estudiadas se encuentran en el rango de pacientes menores de 15 años. Siendo la mayoría de las pacientes que se han documentado con alguno de los factores de riesgo y que se encuentran dentro de la población de riesgo se han encontrado en el rango de las menores de 15 años, de 16 – 25 años y algunas otras en el rango de mayores de 40 años. son los extremos de la vida reproductiva en donde se presentan la mayor cantidad de los casos de Blues (melancolía de la Maternidad) y los casos de Depresión que se pudieron documentar.
- En relación a la escolaridad de las pacientes, se ha documentado que en la mayoría de las pacientes han cursado por lo menos parte de la educación primaria, significando esto de primero segundo y tercer grado primaria, y en un 7.14%, (13 pacientes), de los casos han sido pacientes que no han estudiado ni primero primaria. Por lo que no podríamos colocar el analfabetismo como factor predisponente.
- En relación a la ocupación de las pacientes que consultaron a este centro se constató que la mayoría de las pacientes. Un 47.80% que significan 87 pacientes se dedican a los oficios domésticos, esto ya sea en sus hogares o en hogares ajenos para llevar sustento a su familia. seguido por un 34.62%; (63 pacientes) que en la actualidad cursan sus estudios de educación básica o diversificado, que se relaciona con la coyuntura de los embarazos en adolescentes ya que son las personas más vulnerables.
- En lo que concierne al estado conyugal, las tres premisas con más incidencia son las solteras 45.06%, casadas en un 25.82% y separadas un 7.69%. Documentándose, que las pacientes que tienen una vida conyugal “inestable” como las solteras unidas y las separadas, es otro factor que se relaciona en la mayoría de los casos, contribuyendo esto con los padecimientos como, la Melancolía de la Maternidad y la depresión posparto.

- Un estado socioeconómico bajo, entre los que se documentan las pacientes que tienen ingresos demasiado justos un 59.89% y las pacientes con problemas económicos evidentes que representan un 27.47% en la mayoría de los casos, estas pacientes son las que debido a otras preocupaciones no prestan la atención debida a su embarazo influyendo de forma directa como factor desencadenante de Depresión Posparto.
- En cuanto a la autoestima de las pacientes hemos denotado que en muchos de los casos de depresión posparto han tenido una autoestima baja, esto puede estar influido por el tipo de cultura que se maneja en su entorno la cual es de machismo, en la que se hace de menos a las mujeres por su condición de género limitando muchas cosas como la educación, su lugar en la familia y en la sociedad, este parámetro es uno de los que con mayor frecuencia se observa o se documenta en las pacientes que desencadenan alguno de los trastornos de Depresión posparto.
- En relación a, Ansiedad Prenatal, se ha podido identificar que un 83.45% de las pacientes han presentado en algún momento de su embarazo ansiedad en relación a su embarazo, ya sea por no considerarse capaces, no tener la aprobación de la familia, no contar con el apoyo de la pareja o no contar con los recursos adecuados para la atención que un nuevo ser conlleva.
- Se ha identificado que de las paciente que se incluyeron un 33.52% no fue un embarazo planeado y un 26.37% el embarazo fue no deseado. Tomando en cuenta que estos porcentajes redundaron en el hecho que todas las pacientes que presentaron riesgo o que cursaron con depresión posparto se encontraban con este antecedente.
- En cuanto a que si alguna de las pacientes que se incluyeron en el estudio, que presentaron factores de riesgo o que desarrollaron las patologías, habían cursado con un cuadro de presión en algún embarazo anterior se documentó que el 13.74% de ellas habían presentado estos aspectos en embarazos anteriores.
- En cuanto al apoyo social, hay mucha influencia en relación de la pareja o de los padres que interfieren con el estatus emocional de la paciente durante su embarazo, y estas

pueden ser desencadenantes de alguna forma de alguno de las patologías hasta desencadenar la depresión posparto, Siendo un porcentaje bajo el que plenamente puede tener el apoyo, lo que puede crear una ambiente de estrés que puede orillarle a esta patología.

- La satisfacción conyugal, otro de los factores que se incluyó en este estudio un 54.40 % han presentado algún tipo de problema con su pareja durante el presente embarazo, ya sea por el embarazo mismo u otras condiciones, como el género del producto, que pueden en un momento convertirse en desencadenantes o detonante.
- Dentro de los factores que a la madre le han causado más estrés durante el presente embarazo se demarca con mayor frecuencia los problemas financieros que significan un 53.85%, seguido de problemas matrimoniales en un 23.08% y la falta de empleo en un 13.19%. los que redundan en dificultad familiar y angustia por poder aportarle los requerimientos adecuados tanto a la pareja como al nuevo ser.
- En cuanto a que si el cuidado del nuevo integrante de la familia le ha causado estrés las pacientes han indicado que en un 81.32% le preocupa que sus hijos puedan tener algún problema de salud incluyendo acá si en algún momento debido a su escaso control prenatal pueda presentar alguna malformación y en 18.68% les angustia la idea del como alimentar al recién nacido si en algún momento no se cuenta con la lactancia materna y no existieran los recursos disponibles para la compra de fórmulas para alimentarlo.
- En cuanto a las preocupaciones alimentarias, a que están engordando o evitan comer por miedo a engordar como trastornos de la alimentación un 28.57 % han disminuido el consumo de alimentos por miedo a engordar siendo más notorio en las pacientes dentro de los rangos de edades de menores de 15 años y las que se encuentran entre los 16 - 20 años.
- De las pacientes incluidas en el estudio un 53.30% de las pacientes presentaron en algún momento del presente embarazo algún breve periodo de llanto o el cambio de humor. Este dato va más en relación de las pacientes jóvenes y de los países en vías

de desarrollo en las que puede llegar a alcanzar hasta un 90% según la revista peruana al igual se hace mención que es más común en las pacientes adolescente en relación de 4 ó 5 por cada 10 pacientes según el estudio de Weiman. Por lo que estamos en ese rango estadístico.

6.1 Conclusiones

- 6.1.1 En el presente estudio se identificó que de 441 pacientes que fueron incluidas o entrevistadas; 148 presentaron riesgo de desencadenar la patología y en un número menor 34 pacientes desencadenaron cualquiera de las variantes de Depresión posparto; dando un total de 182 pacientes en las que se identificó cuáles son los factores de riesgo asociados como desencadenantes.
- 6.1.2 La pacientes incluidas en este estudio no cuentan con la solvencia económica para llevar una maternidad cómoda ya que en muchos de los casos ellas forman parte del aporte de recursos para el hogar, lo que influye al generar estrés cotidiano, cubrir las necesidades básicas para la manutención del núcleo y no cuentan con un plan económico de como solventar el nuevo gasto en el que se incurre con el nacimiento del nuevo miembro de la familia.
- 6.1.3 De las pacientes identificadas con riesgo de desencadenar la enfermedad o que desencadenaron la patología, un alto porcentaje presentaron un status conyugal inestable en los que mencionamos, solteras, unidas y divorciadas, los que son generantes de estrés y que pueden finalizar en que se presente Baby Blues o Depresión Posparto.
- 6.1.4 El cuanto al embarazo no planificado y no deseado son de los aspectos que influyen fuertemente en que se desencadenen estas patologías ya que por lo común se presentan unidos a la edad corta o muy avanzada de las pacientes y a su estabilidad conyugal.
- 6.1.5 Podemos indicar que las pacientes que fueron incluidas en este estudio, un 26.30 % de ellas no desearon el embarazo, esto influido también por el hecho de que su edad es muy corta (adolescentes), no cuentan con una pareja estable, o simplemente ya tienen la cantidad de hijos que deseaban y esto influyo en que todas ellas cursaran por algún grado de estrés que de una u otra forma fue causa que desencadeno tanto en la presentación de Baby Blues o depresión posparto.

6.2 Recomendaciones

- 6.2.1. Es de suma importancia el prestar atención adecuada, aunado a una historia clínica completa, así como la inclusión de una boleta especial para cada una de las pacientes embarazadas, misma que nos pueda ayudar a reconocer a aquellas pacientes que cursen con riesgo de desencadenar Depresión Posparto, ya que de esta manera podemos recabar la mayoría de los datos y obtener la confianza necesaria para que ellas puedan abrirse a los médicos y de esta forma poder trasladarlas tempranamente con el personal especializado.
- 6.2.2. Que el personal adecuado y capacitado en este contexto sea el encargado en la atención de las pacientes con problemas especiales, como el que hacemos mención en este trabajo y que sean personas comprometidas y consientes del manejo que las pacientes merecen recibir.
- 6.2.3. Formar un equipo multidisciplinario, con respecto a este punto hemos mencionado a lo largo de la investigación la importancia de la existencia de los mismos dentro de los distintos centros de atención, equipos que cuenten con personal calificado, el cual debe de ser capaz de reconocer a las persona que estén cursando con cualquiera de estos trastornos y que puedan ser referidas de una forma oportuna al equipo superior, el cual debe de estar constituido por un Psiquiatra o Psicólogo capaz de brindar el tratamiento adecuado para disminuir las repercusiones de esta patología.
- 6.2.4 Insistir en la inclusión de los familiares cercanos de las pacientes así como de la importancia del acompañamiento de los conyugues para que tomen participación en una maternidad y una paternidad responsable.

VII. Referencias Bibliográficas

1. Barra F., A. Depresión Posparto: Hacia un Tratamiento Integral. Act. Psic. Int. Chile. www.icpsi.cl, 2,008.
2. Burt, Vivien k; Hendrick, Victoria C. Manual clínico de salud mental de la mujer. Barcelona, España: Ars Médica, 2007
3. Gregorio Evans M. Depresión Posparto realidad en el sistema público de atención de salud. Rev Chil Obstet Ginecol. 2,003.
4. Acuña M. Actualización Depresión Posparto. Evidencia en Aten Prim. Arg. 2,002.
5. Beck Cheryl T. Revision of the Postpartum. Depression Predictors Inventory. USA. JOGNN. 2,002.
6. Chicharro Cassuso M. Depresión Posparto: Diagnóstico Precoz. Mediante Cuestionarios. Tesis De Residente Gineco-obstetricia. España. Granada. 1,999.
7. Cooper PJ Murray L. Prediction, detection and treatment of postnatal depression. Arch Dis Child. E.E.U.U. 1,997
8. Cox J.L. Escala de Depresión Post-parto de Edimburgo. Brit. J. Psyc. Bretaña. 1987
9. Gabbe, Steven. Niebyl, Jennifer. Simpson, Joe. Atención Posparto, Obstetricia, España 2008
10. Gómez Ayala A. Depresión en el Embarazo y el posparto. Educ. Sani. 2,007.
11. Hasbún Hernández J. Depresión Posparto: prevalencia y factores de riesgo. Rev. chil. obstet. ginecol. Chile. 1,999
12. Hoffman, Barbara. Schorge, John. Schaffer, Joseph. Halvorson, Lisa. Bradshaw, Karen y Cunningham, F. Gary. Problemas Psicosociales y Sexualidad Femenina . Ginecología de Williams Segunda Edición 2012
13. Maldonado Duran, J. Martin, Salud Mental. Organización Panamericana de la salud, 2011
14. Maradiague Monter, Susana. Evolución Diagnóstica y Manejo Terapéutico de la Depresión Posparto. Costa Rica, 2010
15. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Guía Clínica, tratamiento de las personas con Depresión. Serie de Guías clínicas, MINSAL No. XX 1ª Edición Santiago, MINSAL, 2006

16. Moreno Zaconeta A. Depresión Posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en púerperas del hospital universitario de Brasilia. Rev. Chil. Obstet Ginecol. Brasil. 2,004
17. Nazer, Nathalie, Depresion Posparto, Salir del Silencio, editorial Octaedro, Barcelona 2011
18. Peña, Diana Marcela. Calvo, Jose Manuel. Aspectos Clinicos de la Depresion Posparto. Obstetricia Integral Siglo XXI, 2013
19. Seyfried L, Marcos M. Pospartum Mood Disorder. International Review of Psichiatry, 2003
20. Usandizaga Elio, Ramón. Sancha Naranjo, Marta. Enfermedad del Sistema Nervioso. Tratado de Ginecología, Obstetricia y medicina de la Reproducción. Sociedad Española De Ginecología y Obstetricia, Buenos Aires Argentina 2010
21. Bolzan, Claudia; Kunzi, Ingrid; Cellerino, Romina; Franzini, Carolina; Mendieta, Daniela. Maternidad en Adolescente y Depresión Posparto Ar/revistadeapra/pdf/2010
22. Carro García, T; Sierra Manzano, Ma; Hernández Gómez, Ma J.; Ladrón Moreno, E; Antolín Barrio, E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. página <http://www.mgyf.org/medicinageneral/452-456.pdf/2013>
23. Privado Medrano A. A. Programa Nacional de Salud Mental Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. P.I http://portal.mspas.gob.gt/programa_de_salud_mental.html16 ene. 2010
24. Meltzer-Brody S, Zerwas S, Leserman J, Holle AV, Regis T, Bulik C. Eating disorders and trauma history in women with perinatal depression. J Womens Health (Larchmt). 2011
25. Pichot P, López J, Váldez Miyar M. DSMIV-TR. Barcelona. MASSON S.A. <http://148.228.156.172/DSMIV/DSMIV/CREDITOS.PDF>. 1,995

VIII. ANEXOS

8.1 ANEXO No. 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: "Factores de riesgo de Depresión Posparto en pacientes del Servicio de Maternidad del Hospital Regional de Escuintla, departamento de Escuintla".

Nombre Completo: _____

Procedencia: _____

La investigación que se realizará, trata de identificar a mujeres que presentan condiciones de riesgo para el desarrollo de alteraciones del estado de ánimo después del parto, por medio de cuestionarios estudiados y aplicados mundialmente para la detección de dichas alteraciones. El estudio, que es de forma completamente voluntaria y confidencial; consiste en contestar dos cuestionarios de 10 preguntas en total, para determinar el riesgo de sufrir alteraciones del estado de ánimo.

Si desea participar en este estudio, favor colocar firma o huella en la siguiente línea.

Paciente Testigo

Fecha: _____

8.2 ANEXO No. 2

Cuestionario sobre Depresión Posnatal Edimburgo (EPDS)

01. 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.

02. Las cosas me oprimen o agobian

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

03. He mirado el futuro con placer

- Tanto como siempre.
- Algo menos de lo que solía hacer.
- Definitivamente menos.
- No, nada.

04. 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.

05. 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.

06. Me he sentido triste y desgraciada

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

07. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

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

08. He sido tan infeliz que he estado llorando

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

09. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- Sí, bastante.
- Sí, bastante a menudo.
- Sí, a veces.
- No, no mucho.

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- No, nada.
- A veces.
- Casi nunca.
- No, nunca.

8.3 ANEXO No. 3

Cuestionario para detección de factores de riesgo de Depresión Posparto de Beck (modificado)

Edad: _____ Escolaridad: _____ Profesión u Oficio: _____

Pregunta	SI	NO
Estado Civil		
1. Soltera		
2. Casada		
3. Unida		
4. Viuda		
5. Separada		
6. Divorciada		
Estado Socioeconómico		
1. Tengo los ingresos adecuados a mis necesidades		
2. Tengo ingresos suficientes con algún problema puntual		
3. Tengo ingresos demasiado justos y me causa algunos problemas		
4. Tengo problemas económicos		
Autoestima		
1. Se siente bien consigo misma como persona		
2. Siente que usted vale la pena		
3. Siente que tiene una serie de buenas cualidades como persona		
Depresión prenatal		
1. Se sintió deprimida durante el embarazo		
Ansiedad prenatal		
Se sintió ansiosa durante su embarazo		
Embarazo no deseado o no planificado		
1. Fue planeado este embarazo		
2. Fue deseado este embarazo		
Historia de depresión previa		
Antes de este embarazo, se había sentido deprimida		
Apoyo social		

1. Siente que recibe apoyo emocional adecuado de su pareja o sus padres		
2. Siente que recibe un apoyo instrumental adecuado de su pareja o sus padres (ej. Ayuda con las cosas del hogar o del bebé)		
3. Siente que puede contar con su pareja o sus padres cuando necesita ayuda		
4. Siente que puede confiar en su pareja o sus padres		
Satisfacción conyugal		
1. Está satisfecha con su matrimonio o arreglo de vivienda		
2. Ha estado experimentando problemas con su pareja		
3. Piensa que todo está bien entre usted y su pareja		
Estrés de la vida		
Ha experimentado recientemente cualquier evento estresante en su vida como:		
1. Problemas financieros		
2. Problemas matrimoniales		
3. Muerte de algún familiar		
4. Mudanza		
5. Una enfermedad grave en la familia		
6. Desempleo		
7. Enfermedad propia		
Estrés por el cuidado del niño		
1. Experimenta su hijo algún problema de salud		
2. Está teniendo problemas con la alimentación de su bebé		
3. Ha tenido problemas para dormir con su bebé		
Trastornos de la alimentación		
Ha presentado más de una vez alguno de los siguientes síntomas:		
1. Le preocupa verse al espejo porque se siente gorda		
2. Evita comer por miedo a engordar		
3. Se provoca el vómito después de comer		
4. Utiliza algún purgante o medicamento para adelgazar		
Blues materno		
1. Tuvo un breve periodo de llanto o cambio de humor durante los primeros días del embarazo		

PERMISO DEL AUTOR

PARA COPIAR EL TRABAJO

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

