

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

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO  
EN PUÉRPERAS SIN PATOLOGÍAS ASOCIADAS**

**ROSA MARÍA CASTAÑEDA SANTIZ**

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

**Julio 2018**



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.126.2018

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): **Rosa María Castañeda Santiz**

Registro Académico No.: **200710317**

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 **FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS SIN PATOLOGÍAS ASOCIADAS**

Que fue asesorado: **Dr. José Alejandro Andrews Bauer**

Y revisado por: **Dra. Vivian Karina Linares Leal MSc.**

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **julio 2018**

Guatemala, 15 de junio de 2018

**Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.**

Director

Escuela de Estudios de Postgrado



/mdvs

Guatemala, 23 de febrero del 2018

Doctor

**Vicente Arnoldo Aguirre Garay**

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

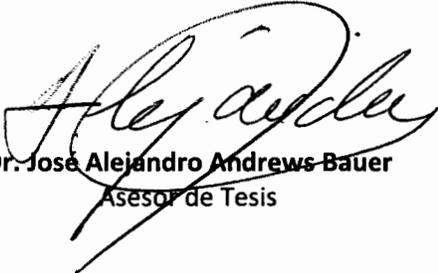
Hospital Roosevelt

Respetable Dr. Aguirre:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la **DOCTORA ROSA MARÍA CASTAÑEDA SANTIZ** carné 200710317 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el cual se titula **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS SIN PATOLOGÍAS ASOCIADAS**.

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. Castañeda Santiz, 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. José Alejandro Andrews Bauer  
Asesor de Tesis

DR: Alejandro Andrews  
Colegiado No. 13067

Guatemala, 24 de abril del 2018

Doctor

**Vicente A. Aguirre Garay**

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia  
Hospital Roosevelt

Respetable Dr. Aguirre:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la **DOCTORA ROSA MARÍA CASTAÑEDA SANTIZ** carné 200710317 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el cual se titula **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS SIN PATOLOGÍAS ASOCIADAS**.

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. Castañeda Santis, 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,

  
**Dra. Vivian Karina Linares Leal Msc.**  
Revisor de Tesis



A: Dr. Vicente A. Aguirre Garay, MSP  
Docente responsable.

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales  
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión 26 de abril de 2018

Fecha de dictamen: 30 de Abril de 2018

Asunto: Revisión de Informe final de:

ROSA MARIA CASATAÑEDA SANTIZ

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION POSTPARTO EN PUERPERAS SIN PATOLOGIAS  
ASOCIADAS

**Sugerencias de la revisión:**

- Autorizar examen privado.

  
Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales  
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado



## ÍNDICE DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	3
III.	OBJETIVOS.....	33
IV.	MATERIAL Y METODOS.....	34
V.	RESULTADOS.....	38
VI.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	52
	6.1 CONCLUSIONES.....	55
	6.2 RECOMENDACIONES.....	56
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
VIII.	ANEXOS.....	61
	8.1 BOLETA RECOLECTORA DE DATOS.....	61

## INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No. 1 .....	38
Gráfica No. 2 .....	39
Gráfica No. 3 .....	40
Gráfica No. 4 .....	41
Gráfica No. 5 .....	42
Gráfica No. 6 .....	43
Gráfica No. 7 .....	44
Gráfica No. 8 .....	45
Gráfica No. 9 .....	46
Gráfica No. 10 .....	47
Gráfica No. 11 .....	48
Gráfica No. 12 .....	49
Gráfica No. 13 .....	50
Gráfica No. 14 .....	51

## RESUMEN

**Introducción** Es la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto

**Objetivos:** Identificar los factores de riesgo asociados a depresión postparto en puérperas sin patologías asociadas valoradas según la escala de Edimburgo en la sección consulta externa de Obstetricia del Hospital Roosevelt en los meses de enero a diciembre del 2015

**Metodología:** Estudio descriptivo de pacientes con puerperio tardío que asistieron a Salud Reproductiva de la Consulta Externa del Hospital Roosevelt de enero a octubre del 2015, con una boleta de recolección de datos juntamente con el test de Escala de Edimburgo se entrevistó a 60 pacientes.

**Resultados:** Características de las 60 pacientes evaluadas: Edad entre 21 a 25 años representando a un 31.66%, el 63% viven en la Ciudad Capital, alfabetas 81.66%, amas de casa 48.33%, casadas 45%, ingreso familiar mensual Q2,000 a Q3,000 representando el 48.33%, el 56.66% de las pacientes eran multíparas y con resolución del parto por cesárea con 55%. El 8.3% presentaban depresión pos parto según test de Edimburgo, de las pacientes que presentaron depresión el 60% son alfabetas, 80% son primíparas, y la forma de resolución del parto fue por parto eutócico simple con 60%.

**Conclusiones:** Factores asociados a depresión post parto son: Pacientes entre 21 a 25 años, amas de casa, alfabetas, casadas, ingreso familiar entre Q2,000 a Q3,000, multíparas, forma de resolución del embarazo por parto eutócico simple. 5 de las 60 pacientes presentaron depresión pos parto según la escala de Edimburgo.

**Palabras Claves:** Depresión post parto, Escala de Edimburgo

## I. INTRODUCCIÓN

Debido a las consecuencias que se pueden llegar a observar en una paciente que desarrolle depresión postparto, no tratada o tratada inadecuadamente, surge la inquietud de realizar una investigación sobre los factores asociados en puérperas sin patologías asociadas que desarrollen este trastorno puerperal, esto se decidió realizar y analizar por medio de la realización del test de la Escala de Edimburgo, en donde un puntaje mayor a 10 puntos de acuerdo a los ítems incluidos dieron el diagnóstico de depresión post parto, se decidió realizar para así poder brindar el apoyo necesario a las pacientes que fueron diagnosticadas.

La depresión es una condición que ya fue reconocida clínicamente por lo antiguos griegos, aunque fue hasta mediados del siglo XX que se iniciaron estudios sobre los neurotransmisores involucrados, estudios que aportaron conocimientos esenciales para el tratamiento exitoso de la depresión. (1)

En general la prevalencia es del 15%, la asociación que mantiene con morbilidad y mortalidad es sustancial, e impone una gran carga tanto en países en vías de desarrollo como en los desarrollados. De acuerdo con datos recientes la depresión es la 5ª. causa de discapacidad en el mundo y es alrededor del 4% de la carga total de enfermedades en el mundo. Los desórdenes depresivos afectan al menos al 20% de mujeres y 12% de hombres en algún momento durante su vida. (2)

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto. Algunas mujeres experimentan síntomas transitorios y leves. Sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos. Varios reportes recientes sobre infanticidio por parte de mujeres con enfermedad psiquiátrica en el posparto, señalan la importancia de diagnosticar y tratar estos trastornos. Su detección precoz es limitada por cuanto ni se busca atención, ni se realiza tamizaje de rutina. (3)

Teniendo de base varios estudios que dan soporte teórico a la investigación, se conoció en esta investigación que los factores asociados para el desarrollo de la depresión pos parto, incluyen una edad entre 21 a 25 años representando a un 32%, el 63% viven en la Ciudad Capital, alfabetas 82%, amas de casa 48%, casadas 45%, ingreso familiar mensual Q2,000 a Q3,000 representando el 48%, el 43% de las pacientes eran multíparas y con resolución del parto por cesárea con 55%, 9% presentaban depresión pos parto según test de Edimburgo, de las pacientes que presentaron depresión el 60% son alfabetas, 80% son primíparas, y la forma de resolución del parto fue por parto eutócico simple con 60%.

Se pudo observar además el poco conocimiento que se tiene de esta complicación ya que no se toma directamente como una complicación obstétrica y por lo regular no se le da el seguimiento adecuado a la paciente que la padece, ya que existe una alta probabilidad de que si la paciente tuvo depresión pos parto en el parto actual, vuelva a tener esta complicación puerperal en embarazos posteriores, por lo cual el presente estudio es de gran relevancia tanto médica , psicológica como social para el beneficio de las futuras pacientes a quienes se les pueda diagnosticar la depresión pos parto para así poderles dar un mejor pronóstico y seguimiento.

## II. ANTECEDENTES

### 2.1 Historia

Los problemas emocionales durante el puerperio se conocen desde la antigüedad, ya en los primeros escritos de Hipócrates, 700 AC, los describía en detalle, así como también en los textos de Celcio y Galeno. (4)

### 2.2 Epidemiología

Entre los tipos de depresión más identificados en las mujeres podemos citar la depresión puerperal o depresión postparto. De acuerdo con un levantamiento realizado desde hace aproximadamente 10 años por el Ministerio de Salud, 10 a 15% de las puérperas brasileñas sufrían la enfermedad, resaltando que estas eran las que epidemiológicamente habían sido identificadas. Actualmente se observa una incidencia de Depresión Postparto de 10 a 42% en puérperas de Brasil y del mundo entero.

A pesar de esta incidencia, la evaluación de depresión en el período puerperal es difícil debido a la imprecisión en el diagnóstico.

La depresión postparto, una condición seria, es en general no autolimitada.

Existe un consenso generalizado que la depresión postparto es un problema de salud pública mayor. La prevalencia de depresión no psicótica, usualmente asociada con síntomas de ansiedad, fluctúa entre 10 a más de 15% en mujeres durante los primeros 6 meses después del parto.

La depresión postnatal es más prevalente, sin embargo, en poblaciones social y económicamente desventajadas.

Los estudios epidemiológicos sobre depresión en el postparto han encontrado tasas de incidencia que fluctúan entre 2,9% y 34,0%, situándose gran parte de ellos entre el 10% y el 20%. Estas diferencias tan marcadas se deben a la diversidad de métodos y de criterios diagnósticos utilizados. (4)

### 2.3 Actualidad

En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina y parece ser sustancialmente mayor durante el embarazo y el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital, especialmente en las embarazadas de bajos ingresos económicos. (5)

### 2.4 Trastorno depresivo

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al cerebro, el ánimo y la manera de pensar, el cual es considerado como un desorden del talante, el cual constituye la forma más común de sufrimiento mental, millones de personas en todo el mundo, sin importar sus razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad.

Los desórdenes depresivos afectan al menos al 20% del sexo femenino y 12% de los hombres en algún momento durante su vida, siendo las mujeres doblemente susceptibles a sufrir depresión, y los síntomas generalmente se incrementan con la edad.

Si bien los trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales en todo el mundo, estimando la Organización Mundial de la Salud (OMS) que para la tercera década de este milenio sean la segunda causa general de discapacidad. (5)

#### 2.4.1 Trastorno depresivo en embarazo y puerperio

Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer.

La depresión posparto es entendida como la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto.

El cuadro clínico de la depresión posparto es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo, la depresión posparto posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica. (5)

La presencia de trastorno depresivo mayor, con frecuencia abreviado o llamado simplemente como depresión, durante el embarazo, incrementa en forma importante la morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el producto del embarazo asociándose a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales) y constituyendo un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumados.

El puerperio constituye entonces, una época en la cual estos trastornos son comunes, pero algunos, como la depresión posparto son poco reconocidos.

Resulta difícil determinar la prevalencia real de la depresión posparto, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las puérperas según algunos autores o de un 10 a 15% según otros con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35%.

La depresión posparto es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, siendo más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo.

Llama la atención el hecho de que la depresión posparto sea habitualmente sub diagnosticada en centros de atención materno-infantil, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a otras patologías obstétricas tales como preeclampsia, parto prematuro y diabetes gestacional, entre otras entidades.

En este sentido, Evans y col, expresan que la mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional, aún más, casi el 50% no tiene ayuda desde los familiares ni de los amigos. Por otro lado, las mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto, no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión. (5)

#### 2.4.2 Manifestaciones clínicas

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo y/o el postparto es importante por su morbimortalidad, consecuencias y posibles complicaciones, lo que ha

llevado a que en los últimos años se haya intentado optimizar el diagnóstico y proveer tratamientos tempranos y eficientes para estos.

Al respecto, se han diseñado varias escalas para el tamizaje de esta patología, entre las cuales se encuentra la escala de depresión posparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS); es importante tener presente que la EPDS es un método de pesquisa para la depresión posparto, siendo el DSM-V el método más exacto para el diagnóstico de esta entidad clínica. Según este último, el especificador de inicio en el posparto debe ser realizado a los trastornos que se inicien durante las cuatro semanas posteriores al parto y puede realizarse a episodios depresivos mayor, maniaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve.

Por tanto, resulta fundamental y muy conveniente detectar esta patología entre las puérperas, para lo cual pudiesen aplicarse diversas técnicas de tamizaje que permitan identificar a aquellas madres con mayor necesidad de una evaluación diagnóstica más completa.

El reconocimiento de la depresión posparto en la atención médica primaria es pobre, sobre todo si se considera el aumento que la depresión ha experimentado en toda la sociedad.

Estas situaciones y el hecho de la omisión de la asistencia sanitaria puede originar trastornos en la interacción entre las madres y sus recién nacidos, tales como alteraciones psicológicas a corto y largo plazo en los hijos y un mayor riesgo de separaciones y divorcios.

Durante el puerperio, factores bioquímicos y estrés psicológico pueden desencadenar trastornos psiquiátricos en la mujer. Los primeros se relacionan con Psicosis puerperal y tristeza postparto, cuadro autolimitado, que dura 3 a 6 días y afecta al 50% de las mujeres según la literatura.

Las mujeres que tienen una de tales experiencias tienen un aumento en el riesgo de ocurrencia de depresión postparto en el parto siguiente. (6)

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, cognitivo y de relación del niño.

La mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional. Aún más, casi el 50% no tiene ayuda desde los familiares ni de los amigos.

Por otro lugar las 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.

Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer.

La depresión posparto (DPP) corresponde a una enfermedad depresiva que ocurre en mujeres en un período específico, el puerperio; su cuadro clínico es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo, posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica. (6)

#### 2.4.3 Factores de riesgo para depresión pos parto (DPP)

Los factores de riesgo que han sido descritos para el desarrollo de esta entidad son variados: edades extremas de las puérperas, el embarazo no deseado, las dificultades conyugales, los problemas con los padres, el nivel socioeconómico, la paridad, la patología gineco-obstétrica de la mujer, el parto por cesárea, el uso de anestesia en el parto, enfermedad del recién nacido y problemas en la lactancia, entre otros.

Asimismo, se ha asociado a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales) y constituyendo un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumados.

Sin embargo, algunas investigaciones que han estudiado variables socio-demográficas, obstétricas y perinatales asociadas al riesgo de depresión posparto han encontrado resultados contrarios a estos; en este sentido se ha señalado que variables como escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, patologías del embarazo, tipo de parto, hospitalización del recién nacido, no resultaron estadísticamente diferentes para riesgo de depresión posparto. (7)

Asimismo, la edad no ha representado un factor de riesgo estadísticamente significativo para el hallazgo de test positivo; al respecto se ha encontrado que las madres adolescentes no presentaban un riesgo mayor que el de otras mujeres para el desarrollo de esta entidad.

De igual forma se ha relacionado la paridad con la presencia de depresión postparto, sin encontrarse una asociación significativa al riesgo de desarrollar esta entidad.

Asimismo, el antecedente de aborto o el embarazo accidental o no deseado no han representado factores de riesgo de depresión en el puerperio.

El embarazo adolescente es un importante problema de Salud Pública, que incide directamente en la posibilidad de las jóvenes de completar a cabalidad las tareas de la adolescencia y de asumir los desafíos que implica el embarazo y el nacimiento de un hijo. El embarazo en esta etapa de la vida se asocia a consecuencias biológicas, psicológicas y sociales negativas tanto para la madre como para el hijo; siendo la depresión posparto (DPP) uno de los principales riesgos.

Los trastornos del ánimo son enfermedades multisistémicas, que se manifiestan con distintos grados de alteración patológica del ánimo asociados a un significativo deterioro físico y social. (7)

El riesgo que existe de desarrollar un episodio depresivo durante los meses posteriores al parto, se incrementa al triple respecto al riesgo que puede existir durante el resto de la vida; y son numerosas las causas que pueden contribuir a esto. Numerosos estudios han intentado vislumbrar con mayor o menor éxito las causas o factores que más se relacionan con el desarrollo de esta patología en las mujeres. Sin embargo, todavía no existe un acuerdo que exponga las causas exactas para ello. La mayoría proponen que se trata de una interacción de diversos factores que sitúan a la mujer en una situación de vulnerabilidad. Y también, sugieren de la importancia de realizar estudios sobre este tema, partiendo de la base de que una vez se conozcan las posibles causas o elementos que más nexos presentan con la depresión, se pueden implementar medidas de detección precoz. Estas medidas, tendrían vital importancia para prevenir las posibles consecuencias que se derivan de un episodio de este tipo y que en los siguientes apartados serán expuestas. Los factores que con mayor frecuencia se observan en los estudios realizados, podrían ser diferenciados en una serie de subgrupos.

En primer lugar, se encuentran aquellos que son intrínsecos a la persona. Factores biológicos El embarazo es una etapa en la que el organismo de la mujer se prepara para anidar y desarrollar al feto. Para que esto progrese de manera adecuada, se producen una serie de cambios hormonales. Una vez llega el momento del parto, se experimenta un

declive hormonal abrupto. En concreto, de los estrógenos y la progesterona. Cada mujer responde de una manera a este descenso, es decir, a algunas les afecta más y notan cambios en el estado de ánimo, mientras que otras mujeres no refieren ninguna sensación atípica. Este estado que experimentan, con sintomatología típica de llanto, irritabilidad y ansiedad podría ser una de las explicaciones que conducen al “blues materno” previamente desarrollado. Otro factor que se ha visto que podría tener relación con el desarrollo de la depresión postparto es el Síndrome Premenstrual. Se trata de un fenómeno que puede suceder a las mujeres unos siete a diez días previos a la menstruación, caracterizado por un conjunto de síntomas físicos y psíquicos como: cansancio generalizado, irritabilidad, cambios en el humor, tensión, ansiedad.

Además, se produce cierto deterioro de la actividad social y funcional secundario a esta sintomatología. Las mujeres que presentan este síndrome, tienen mayor tendencia que el resto a desarrollar un episodio depresivo postparto. Se ha propuesto como teoría a estas alteraciones del estado anímico, la interacción que generaría la disminución de los niveles de estradiol con la transmisión de la serotonina. Factores genéticos, los antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica es uno de los elementos que más se relaciona con el riesgo de desarrollar la depresión postparto en los diferentes estudios realizados. En concreto, un estudio observó como la variante del gen C677T de la metilentetrahidrofolato reductasa, se relacionaba con el estado de ánimo depresivo durante el periodo del embarazo.

Sin embargo, aunque cada vez las enfermedades de salud mental son más conocidas por la población, sigue existiendo cierto reparo o tabú hacia ellas. Por ejemplo, las mujeres que acuden a la consulta de la matrona, podrían sentirse incómodas a la hora de comentar que su padre tuvo esquizofrenia o su madre una psicosis postparto.

De esta manera, a veces los antecedentes familiares psiquiátricos pueden quedar encubiertos. Factores familiares dentro de los factores personales, juegan un papel muy importante los antecedentes personales de la mujer.

Por ejemplo, aquellas que han sufrido a lo largo de su vida algún episodio depresivo, tienen un riesgo aumentado del 25 al 40% de que éste se produzca de nuevo en el postparto. Y todavía el riesgo se incrementa más, en los casos en los que se producen episodios de ansiedad o incluso de depresión durante los nueve meses del embarazo. Estudios

realizados por un grupo de matronas del Institut Català de la Salut (ICS), observaron cómo mujeres que habían mantenido durante el embarazo unas cifras en torno a 9 en la EPDS, quizás por ciertos niveles de ansiedad, presentaron un incremento de las puntuaciones en el puerperio.

Además, aquellas que padecen patología psiquiátrica obtienen unos índices de riesgo mayor, ya que puede ocurrir que ésta se descompense. Una de las causas puede ser el hecho de que el miedo a los efectos perjudiciales de los medicamentos en el feto, le hagan abandonar la medicación sin consultar a un profesional sanitario previamente. El deseo o no del embarazo por parte de la madre, puede verse relacionado con el hecho de que éste afecte al buen estado de su salud mental.

Un embarazo no deseado, puede desencadenar sintomatología ansioso-depresiva sobre todo en el primer trimestre, al no tolerar de manera adecuada la noticia inesperada. Pero también, se ha propuesto que en algunas mujeres estos niveles de ansiedad disminuyen conforme avanza el embarazo. Por otro lado, podemos encontrar una serie de factores extrínsecos socio-demográficos que pueden presentar una relación con la depresión puerperal: Factores sociodemográficos. Ciertos estudios se plantean si la paridad de la mujer podría tener influencia en cómo toleran el embarazo y el postparto, y si pueden desarrollar por esa causa un estado depresivo con más facilidad que otras. Se ha sugerido que quizás las primíparas, por el hecho de ser el primer embarazo presentan niveles de ansiedad mayor.

Siin embargo, tienden a relacionarlo más con los niveles de ansiedad durante el embarazo que con la depresión. En confrontación a esta teoría, otros proponen que las múltíparas, es decir, aquellas que tienen más hijos que el del embarazo actual, presentan más riesgo que las que no o presentaban una mayor puntuación en la EPDS. Otro factor que a menudo se relaciona con el riesgo de desarrollar esta patología, es la edad de la gestante.

Sin embargo, entre los estudios revisados, el tema de la edad presenta bastante ambivalencia y los estudios limitaciones.

Se ha propuesto que las mujeres que se quedan embarazadas a edades más tempranas, pueden llegar a presentar mayores incidencias de depresión postparto que las que tienen mayor edad, sobre todo en los casos de adolescencia.

Por otro lado, el nivel socioeconómico constituye una variable en la que los estudios muestran resultados similares. Una economía personal o familiar precaria, personas con dificultades o ya en situaciones de pobreza, se asocian con un mayor riesgo de sufrir una depresión postparto. Un tema al que los estudiosos dan verdadera importancia es el apoyo social que recibe la mujer tanto a lo largo del embarazo como en el puerperio. La EPDS mostraba como puntuaciones superiores a doce, hacían referencia a una falta de apoyo emocional tanto de sus parejas, familia, amigos etc. Es decir, no se trata solo del apoyo marital sino de todo el entorno que rodea a la mujer en este periodo. Sin embargo, otros se han centrado en que la causa relacionada con mayores índices de depresión sería el estado civil: "soltera".

Pero se ha visto que no es el hecho de no tener pareja durante el embarazo. Puede darse el caso en el que la mujer esté casada, pero la relación que mantenga no sea de buena calidad o tengan problemas emocionales. Por tanto, se trata de un conjunto de elementos los que conforman esa red de apoyo a la mujer: una pareja como fuente principal de ayuda, la figura de la madre como asesora y vividora previa de esa experiencia, y los profesionales sanitarios que la atienden en esta etapa.

Se trata de promover ese apoyo, para evitar llegar a una situación de enfermedad, ya que este podría ser un factor modificable. Esta red de apoyo, podría además servir de ayuda en momentos de situaciones vitales estresantes. Es otro de los factores que pueden relacionarse con la depresión postparto.

Entendiendo situación vital estresante, como la enfermedad o muerte de un ser querido, enfermedad de la propia mujer, despido del trabajo, historia de abusos etc. Aquellas mujeres que lo sufren, pueden no saber responder de manera adecuada, incrementándose así sus niveles de estrés y ansiedad y pudiendo derivar estos en una depresión. También, aspectos relacionados con una enfermedad del feto o recién nacido: retraso en el crecimiento intrauterino, malformaciones o ingreso en la unidad de neonatología suponen un fuerte impacto para los padres. Pueden llegar incluso hasta a auto inculparse de ello y afectar por tanto, a su salud.

Con todo esto, se observa que existen numerosos factores de riesgo o elementos que indican cierta relación con el desarrollo de un estado depresivo tras el parto o durante el

embarazo. Sin embargo, debemos tener en cuenta que muchas veces la sintomatología que pueda presentar la madre puede estar enmascarada y el diagnóstico ser complejo . Es decir, muchas veces la mujer presenta cambios en el apetito y anhedonia y esto se atribuye directamente a las modificaciones que produce el embarazo, sin pensar mínimamente en un problema de salud mental. Generalmente, la tónica es dar mayor prioridad a los problemas de salud físicos o atribuir todo a lo somático.

#### 2.4.4 Características de la depresión pos parto

Durante el embarazo y puerperio ocurren cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que hacen más vulnerable a la mujer para la aparición de estos trastornos. Dentro de los vinculados al puerperio se distingue la tristeza y depresión posparto y la psicosis puerperal. La depresión es una enfermedad caracterizada por presentar ánimo deprimido y/o anhedonia, la mayor parte del día, prácticamente todos los días, durante al menos dos semanas, con angustia significativa y/o alteración del funcionamiento personal.

La depresión posparto (DPP) se diferencia de cualquier otro cuadro depresivo, porque aparece entre las 4 y 30 semanas del puerperio con síntomas incapacitantes como irritabilidad, rabia, anhedonia, abulia, confusión, olvido, culpa, incapacidad de afrontamiento y ocasionalmente, pensamientos suicidas, que pueden exacerbarse por falta de confianza, expectativas irreales sobre la maternidad y baja autoestima materna.

La depresión en cualquier momento de la vida afecta profundamente la auto percepción y comportamientos de las personas, especialmente en las relaciones interpersonales y sociales. Al asociarla a la maternidad sobre todo durante el primer año de vida, sus consecuencias pudieran extenderse a toda la vida. (8)

La depresión, más frecuente en la mujer, es un problema mundial, cuyas probabilidades de padecerla aumentan durante el puerperio. Las cifras de incidencia de depresión en el posparto son variables pero, en algunas comunidades latinoamericanas, se han informado valores superiores al 20%. Se ha reportado incremento de la incidencia durante la adolescencia. En Colombia no se conocen cifras en madres de esta edad. (9)

La actual política de salud de la mujer adoptada por el Ministerio de Salud incluye al enfermero como profesional apto para desarrollar acciones en todas las fases del ciclo de vida femenino. Destaca la fase puerperal, pues en esta se producen las mayores

alteraciones orgánicas y sociales que una mujer puede enfrentar alterando su estado de salud o bienestar.

La fase puerperal corresponde a un momento importante de la vida de la mujer, recordando que esta pasa por cambios biológicos así como también por transformaciones de orden subjetivo. De este modo, los riesgos para la aparición de trastornos aumentan frente a las preocupaciones, anhelos y planificaciones realizados y sentidos por la púerpera.

De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión se configura como la quinta causa de morbilidad entre todas las enfermedades del mundo. De los casos identificados hay una incidencia mayor en personas de sexo femenino.

La depresión postparto (DPP) no es una psicosis puerperal o un disturbio de humor temporal en los primeros días después del nacimiento (disturbio de baby blues). La depresión postparto va más allá de las primeras tres semanas después del nacimiento. Esta enfermedad se manifiesta con un cuadro clínico específico y trae grandes perjuicios al bebé, a la madre, a la familia y al vínculo entre ellos. Se instala generalmente en primíparas que interiorizan el sentimiento de incapacidad de cuidar del hijo, especialmente aquellas que no están insertas en un núcleo familiar estable o que tuvieron un embarazo complicado. Puede ocurrir con frecuencia después de un aborto o muerte fetal, principalmente. (9)

La Depresión Postparto o depresión puerperal, es un trastorno mental de alta prevalencia y que provoca alteraciones emocionales, cognitivas, comportamentales y físicas que se inician de manera insidiosa, durando incluso semanas después del parto.

Entre los principales síntomas que identifican un cuadro de DPP se pueden citar la irritabilidad con el llanto del niño, la falta de estímulo para amamantar, el desinterés sexual, la transferencia de responsabilidad sobre el niño y en casos más extremos negligencia total en el cuidar y agresión física.

Estos síntomas entre otros caracterizan los cuadros de depresión leve a moderada, de manera que, sea cual sea la intensidad del cuadro, el bebé es el principal afectado por el desorden emocional materno.

De acuerdo con Schermann y Brum, los niños de madres deprimidas presentan mayor riesgo de padecer desordenes comportamentales, afectivos, cognitivos y sociales.

Algunos factores pueden agravar el cuadro depresivo como la gran frustración de las expectativas relacionadas con la maternidad, conflictos conyugales, bajas condiciones socioeconómicas y la falta de apoyo social. Variables del propio bebé también fueron identificadas por este autor como factor de riesgo para depresión puerperal: la prematuridad del niño, la irritabilidad del recién-nacido, así como su pobre desempeño motor, son indicadores de depresión materna. Estos indicadores pueden orientar al profesional de salud en relación a un posible diagnóstico. (9)

#### 2.4.5 Detección de DPP en servicios de Salud

A partir de estas definiciones es posible percibir que la detección precoz de la sintomatología referente a la DPP y el consiguiente encaminamiento a los profesionales del área de salud mental es de extrema necesidad y resulta en incontables beneficios para el binomio madre-hijo. (10)

En relación a la categoría de profesionales enfermeros, se hace necesaria la necesidad de conocer esta realidad y tener una atención vigilante sobre estos casos, ya que el profesional de esta área es el que hace el seguimiento de la madre y el hijo en el puerperio en la mayoría de las consultas de puericultura. (10)

"Cabe al enfermero el conocimiento sobre la DPP ya que este profesional representa, en el servicio de atención básica, una puerta de entrada para la acogida y direccionamiento adecuado de la puérpera en lo que corresponde a la terapéutica y prevención de este trastorno mental".

Percibiendo que la DPP es una realidad de gran relevancia para la salud de este público específico (binomio madre-hijo) se cuestiona: ¿Los enfermeros de atención básica tienen conocimientos sobre depresión postparto? ¿Cuál es la frecuencia de detección de casos de depresión puerperal en consultas de puericultura? ¿Qué beneficios aporta la detección precoz a la mejora del cuadro y disminución de perjuicios en casos de depresión puerperal?

Mediante la importancia de la identificación precoz de la DPP y de la necesidad de profundizar en esta temática para la enfermería, se propone identificar los conocimientos de los enfermeros de la atención básica sobre el tema, con el propósito de ayudar al sistema de salud a planear estrategias para la mejora de la salud mental de las puérperas.

Se justifica también el hecho de que el enfermero debe estar habilitado para detectar los casos y consecuentemente encaminarlos a los profesionales que atienden las demandas de salud mental en la atención básica. Con esto el equipo alcanzará una articulación multiprofesional e interdisciplinar que contribuye a la mejora y cura de la DPP. Este hecho resulta relevante en la realización de la investigación. (10)

En el último tiempo se ha brindado cada vez mayor importancia a los aspectos psicológicos y psiquiátricos del proceso grávido-puerperal. Se ha señalado que esta etapa corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual y grupal.

El reconocimiento de las dimensiones psico-patológicas de este momento de la vida y los mayores riesgos de daño en la relación de pareja y en el desarrollo del niño, han determinado una mayor preocupación por los trastornos emocionales y, especialmente, depresivos durante el puerperio. (10)

#### 2.4.6 Diagnóstico de DPP

En general, los trabajos que usan entrevistas clínicas encuentran tasas menores a los que utilizan cuestionarios, y entre los primeros las cifras son aun menores cuando los criterios diagnósticos son más estrictos. Sin embargo, los manuales de uso internacional (DSM III-R y CIE-10) no incluyen esta categoría como entidad específica, de tal forma que la aplicación directa de sus criterios diagnósticos, sin considerar los grandes cambios biológicos y psicosociales de este período, también merecen discusión. Se puede concluir que hasta ahora no existen criterios uniformes y cualquier opción que se tome tiene beneficios y desventajas. (11)

Se han descrito diversos factores asociados con el desarrollo de este tipo de cuadros, los que se sintetizan a continuación: embarazo en adolescentes, embarazo en mujeres mayores de 35 años, ciertos rasgos de personalidad (elevado neuroticismo, etc.) antecedentes personales de cuadros depresivos y/o de intentos suicidas, historia familiar de cuadros depresivos y/o parasuicidio, cuadro depresivo durante el embarazo, actitud negativa hacia el embarazo, problemas con los padres (dificultades para asumir el rol materno y una pobre identificación con la madre), sucesos vitales relevantes durante el transcurso del embarazo (relacionados directamente o no con éste), y mala relación de pareja y pobre apoyo del

cónyuge durante el postparto (ésta es la variable que ha sido señalada con mayor frecuencia).

En la mayoría de estos estudios no se encuentra asociación con clase social, paridad, estado marital, nivel educacional o presencia de patología gineco-obstétrica (11)

Los trastornos depresivos son un problema de salud pública en todo el mundo, pues son altamente prevalentes y producen grados importantes de discapacidad, estimándose que en el futuro será la segunda causa de años perdidos por discapacidad en el mundo.

En Chile ya es, entre las mujeres, la segunda causa de pérdida de años de vida ajustada por discapacidad. La enfermedad depresiva afecta especialmente a las mujeres y, en particular, a las más pobres.

Se ha descrito mayor incidencia de cuadros depresivos entre mujeres jóvenes en la etapa del ciclo vital que corresponde a la crianza de los hijos, lo que pudiera explicarse por el aumento creciente de la presión sobre la vida de las familias a través del incremento del trabajo y la desaparición gradual de la familia extendida, restando apoyo a la vida familiar. (11)

La depresión posparto corresponde a una enfermedad depresiva que ocurre en mujeres en un período específico, el puerperio. Se caracteriza por una tendencia al llanto fácil, irritabilidad, por la presencia de sentimientos de culpa y obsesivos-compulsivos, por un rechazo hacia el recién nacido o bien reticencia a asumir su cuidado, por pérdida de la libido y, en los casos graves, por la presencia de ideación suicida.

Se puede detectar a partir de la cuarta semana posterior al alumbramiento, presentándose las mayores tasas de sintomatología depresiva alrededor de la semana 12 posparto. Su prevalencia es tres veces más alta en los países emergentes que en los países desarrollados.

Se han encontrado cifras aproximadas entre 8% a 30% de depresión en las mujeres en el período posparto. En Chile, se han informado cifras de incidencia de 8,8% y 9,2%, y de prevalencia puntual a los 2 meses del posparto de 20,5% y 36,7%. (11)

Los factores de riesgo que han sido descritos para la depresión posparto son variados: edades extremas de las puérperas, el embarazo no deseado, las dificultades conyugales, los problemas con los padres, el nivel socioeconómico, la paridad, la patología gineco-obstétrica de la mujer, el parto por cesárea, el uso de anestesia en el parto, enfermedad del recién nacido y problemas en la lactancia, entre otros. (12)

En Chile se ha demostrado que los factores psicosociales juegan un rol preponderante en el desencadenamiento de la depresión posparto. Particular importancia tendrían en las puérperas chilenas la ocurrencia de eventos vitales, la relación con el cónyuge, con la madre y problemas propios del posparto, como dificultades en la lactancia o dar a luz un recién nacido de muy poco peso, así como los antecedentes de depresiones previas. Además se ha encontrado una relación inversamente proporcional entre nivel socioeconómico y prevalencia de depresión posparto.

El embarazo y el puerperio representan etapas en la vida de la mujer en que debe enfrentar eventos vitales importantes como los cambios físicos, de roles, etc. Se han realizado estudios en que se han objetivado los cambios experimentados por las mujeres en estas etapas, utilizando mediciones en su calidad de vida. (12)

La depresión es una enfermedad mental para la cual existe tratamiento.

De este modo, es imprescindible un instrumento que sea capaz de detectarla para establecer una solución lo más tempranamente posible.

El número de medidas de detección que existen para la depresión es muy amplio, de esta manera, los diferentes estudios epidemiológicos muestran diferencias en los resultados de la prevalencia de ésta según el instrumento de detección que apliquen. Pero además, existen otros factores causantes de estas diferencias que se observan, como pueden ser: el método de selección de la muestra, el tamaño de ésta y la definición del periodo postparto.

Por un lado, existen métodos de diagnóstico estandarizados como pueden ser el DSM (Diagnostic and Statistic Manual), el RDC (Research Diagnostic Criteria) y el Goldberg Criteria, siendo estos dos últimos menos utilizados en los estudios que se realizan. Estos, obtienen prevalencias de la depresión posparto en torno al 12%. Mientras que las medidas de autoinforme, muestran tasas del 14% aproximadamente.

Entre éstas destacan: EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), BDI (Inventario de Depresión de Beck) y el ZDI (Inventario de Depresión de Zung) que no se usa tanto para diagnosticar esta patología.

Únicamente el EPDS, como el título indica, es específico de la patología puerperal que se está analizando. El resto, se utilizan también para detectarla, pero su uso se amplía además a la detección de un episodio depresivo en la población general. (13)

Los más utilizados y que a continuación se presentan son los siguientes: -El manual DSM-IV, es una herramienta que clasifica por códigos todos los trastornos mentales. Presenta una serie de criterios (previamente explicados) para diagnosticar un episodio depresivo mayor, tanto único como recidivante.

Además, incluye la opción de clasificar la patología según un nivel de severidad. Pero sin embargo, no existe un código creado únicamente para la depresión puerperal.

El inventario de Depresión de Beck, diseñado por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh en 1961. Es una medida de auto informe empleado a nivel mundial. Se encuentra validado en diferentes versiones y traducido a múltiples idiomas, además de haber sido utilizado en alrededor de 2000 estudios empíricos (14)

Se trata de una escala que detecta sintomatología depresiva y se utiliza tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación. Contiene 21 ítems con cuatro opciones que aumentan gradualmente la intensidad o severidad de los síntomas. Según la puntuación de los resultados, se podrían establecer cuatro subgrupos:

- 0-9: estado de ánimo normal
- 10-18: estado depresivo leve
- 19-29: estado depresivo moderado
- 30-63: estado depresivo grave

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D): creada por Radloff en 1977, se trata de una escala de autoevaluación que evalúa la intensidad de la sintomatología depresiva para poder establecer un diagnóstico.

Consta de 20 ítems, que se estructuran en cuatro partes: sintomatología somática, afectivo-cognitiva, el bienestar y las relaciones o el comportamiento interpersonal. (15)

A pesar de esta diferenciación, la valoración de la escala debe ser global e interrelacionando las partes. Es decir, una mujer podría hacer por primera vez la entrevista durante el embarazo y valorar la parte somática e interpersonal de manera más negativa que el resto. Sin embargo, en un primer momento, ésta no considera que su salud afectiva esté dañada. Ante una situación como ésta, se debe estar atento o alerta porque puede suponer un riesgo notable de, en un futuro cercano como el puerperio; desarrollar una depresión y que la parte afectiva repunte más tarde.

La puntuación va de 0 a 60, situándose el punto de corte en 16. Aunque algunos estudiosos han propuesto que este punto de corte no sería tan adecuado para la población adolescente. (16)

- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): diseñada por Cox, Holden y Sagovsky en 1987, es una medida de auto informe que busca detectar depresión materna en el puerperio.

Presenta una eficacia elevada, tanto en el entorno intrahospitalario como en Atención Primaria.

Se ha probado en numerosos países, ya que está traducida a numerosos idiomas. Es el único instrumento específico del periodo postparto, aunque también se utiliza a lo largo del embarazo.

Presenta unos altos valores de sensibilidad y especificidad, 76,7% y 92,5% respectivamente. Consta de 10 ítems que pueden alcanzar una puntuación máxima de 30, situándose el punto de corte en el valor 12. Por tanto, una puntuación mayor sería indicativa de una posible depresión. En cuanto a este punto de corte, se encuentran discordancias a la hora de establecer el valor exacto para discriminar un episodio depresivo.

En los casos en los que los resultados no fueran concluyentes o dudosos, la escala se podría repetir unas dos semanas después. Dentro de los métodos de detección que se han presentado, se encuentran déficits en los que se tiene que trabajar.

En el caso de la EPDS y el Inventario de Depresión de Beck, hay errores en la traducción o adaptación al idioma de los diferentes países en los que se usa, pudiendo crear confusión en la comprensión del mensaje

Por ejemplo, en la EPDS la frase “things have been getting on top of me”, traducida al español como: “los acontecimientos se me han venido encima”, quiere dar a entender que la persona se ha sentido abrumada en el inglés británico. Pero si lo traducimos al inglés de algunas zonas de América, pierde su significado inicial. Otro ejemplo que se presenta en el Inventario de Depresión de Beck es con la palabra “restless” que se usa en algunos de los ítems. Ésta puede significar “agitado” “ansioso” “incapaz de enfocar” pero en otros lugares se traduce como “sin descanso” “aquel que no duerme bien” (17)

En conclusión, existe una heterogeneidad en cuanto al uso de escalas de medición o detección del riesgo de enfermedad depresiva que se usan actualmente en la sociedad dado que el consenso es inexistente tanto a nivel estatal como mundial. Además, todavía se encuentran deficiencias en éstas.

Y únicamente la EPDS enfoca a las mujeres que se encuentran en el periodo puerperal y no a toda la población de manera generalista (18)

#### 2.4.7 Pronóstico

Según la OMS, la calidad de vida es: «la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno». (19)

La calidad de vida relacionada con la salud es uno de los parámetros de pronóstico más importantes utilizado en la evolución de una enfermedad y su tratamiento, utilizándose como un importante índice de respuesta al momento de evaluar una intervención.

También representa una forma de evaluar el impacto de una enfermedad sobre el individuo desde su perspectiva respecto a su experiencia de bienestar-malestar emocional y físico.

En nuestro país se han realizado estudios, por los autores, en mujeres con depresión pero no existen estudios con respecto a la DPP. (20)

La evaluación de la calidad de vida en distintas áreas de la medicina no ha sido homogénea, estableciéndose que casi 50% de los reportes en la literatura se relacionan a enfermedades oncológicas, reumatológicas y músculo-esqueléticas. Sólo 7,5% se relacionan a enfermedades mentales, a pesar de su gran prevalencia y discapacidad secundaria.

La calidad de vida se ha evaluado de diferentes formas, siendo la genérica la más aplicable, por lo que permite comparar diferentes poblaciones de pacientes.

Varios estudios llevados a cabo en Estados Unidos de Norteamérica y Europa, a nivel poblacional y en la atención primaria, han demostrado el impacto de la depresión en las actividades cotidianas y en la productividad y su correlación con la calidad de vida. Se ha demostrado ampliamente la asociación entre depresión y discapacidad en distintas culturas, sistemas de salud y grados de desarrollo.

En Chile los trastornos depresivos se asocian a altos índices de discapacidad. Según la Organización Mundial de la Salud, en el grupo etario entre 15 a 44 años, la depresión unipolar es la enfermedad que más discapacidad produce en ambos sexos. (20)

Cerca de 50% de los casos de DPP son depresiones que ya se presentaban en el embarazo o incluso antes de éste. (21)

La literatura indica que las mujeres que sufren este cuadro tienen un mayor riesgo de sufrir episodios futuros de depresión, con o sin relación a un parto.

Los estresores somáticos del embarazo podrían desencadenar síntomas depresivos que persisten luego del parto, particularmente en madres sin parejas. Una de cada tres mujeres que sufre de malestar psicológico al final del embarazo, y que percibe aislamiento social, desarrollará DPP.

Se han descritos factores de riesgo para la DPP tales como: edades extremas de las puérperas, el embarazo no deseado, las dificultades conyugales, los problemas con los padres, el nivel socioeconómico bajo, la mayor paridad, la patología gineco-obstétrica, el

parto por cesárea, el uso de anestesia en el parto, la enfermedad del recién nacido y los problemas en la lactancia, entre otros. (22)

Cuando se examina más detenidamente la variable soporte social, se aprecia que la confianza y el apoyo de la pareja, el contacto con otras mujeres con bebés, y la presencia de sintomatología depresiva durante la primera semana del posparto, diferenciaron a las mujeres que presentaron sintomatología depresiva en la octava semana después de dar a luz, de las que no la presentaron.

En Chile, se ha demostrado que los factores psicosociales juegan un rol preponderante en el desencadenamiento de la DPP. Entre ellos, tendrían especial importancia la ocurrencia de eventos vitales, la relación con el cónyuge, con la madre; y los problemas propios del posparto, como las dificultades con la lactancia o dar a luz un recién nacido de muy poco peso, así como los antecedentes de depresiones previas. Además se ha encontrado una relación inversamente proporcional entre nivel socioeconómico y prevalencia de DPP.

Además, a partir de 2006, la ley Chilena garantiza la atención oportuna por parte de los seguros de salud, público y privado, del episodio depresivo en personas mayores de 15 años.

No obstante lo anterior, la literatura científica nacional muestra que la patología psíquica puerperal es habitualmente subtratada, con consecuencias negativas para las mujeres, la familia y el bebé. La capacitación del equipo de salud se hace, entonces, imprescindible para mejorar la salud mental familiar y, en especial, la del binomio madre-hijo(a) (23)

Uno de los principales factores protectores para un adecuado desarrollo de los niños lo constituye la existencia de un buen vínculo madre-hijo. Sin embargo, es precisamente en los inicios de esta relación, el período posparto, cuando se presentan con mayor frecuencia síntomas depresivos, que de acuerdo a su severidad comprometen en mayor o menor grado las capacidades maternas y amenazan el normal desarrollo de dicha relación.

La depresión posparto (DPP) es una condición seria, frecuente, con repercusiones no sólo a corto plazo. La mayoría de las mujeres padece la enfermedad por más de 6 meses, y si no son tratadas, 25% puede persistir con síntomas aun al año de evolución.

Además, tendrán un mayor riesgo de recurrencia de estos episodios en embarazos subsecuentes (1:3 a 1:4), incluso más severos.

En los niños, el trastorno en la relación madre-hijo tendrá un impacto negativo, e inversamente proporcional a la duración del episodio, en su desarrollo emocional y cognitivo global (verbal, motor, perceptivo), exacerbando incluso los efectos de variables asociadas con menor desarrollo mental y del lenguaje, tales como un menor nivel socioeconómico. (23)

Los hijos de madres con DPP desarrollan relaciones de apego inseguro con una frecuencia significativamente mayor que los hijos de madres sin depresión, una mayor frecuencia de trastornos conductuales, de accidentes, de ingresos hospitalarios y un mayor riesgo de maltrato infantil.

De acuerdo al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición (DSM-IV), un episodio de depresión se considera de presentación posparto si comienza dentro de las 4 semanas posparto, con un marco de tiempo para efectos de investigación de hasta 3 meses posparto. La prevalencia descrita internacionalmente fluctúa entre 10% y 20%, siendo mayor en niveles socioeconómicos más bajos y en madres adolescentes. (24)

#### 2.4.8 Consecuencias de la depresión posparto

Las notables prevalencias que existen para la depresión puerperal crean la necesidad de conocer las consecuencias que ésta puede tener tanto en la madre como en el entorno que la rodea .

En concreto, la mayoría de estudios que se realizan para tratar este tema se centran en los efectos negativos o repercusiones que puede tener en el niño.

Una depresión durante el embarazo se ha asociado con mayor tasa de partos prematuros, retraso en el crecimiento intrauterino, bebés con bajo peso al nacer etc. Sin embargo, aquella que se produce una vez se ha dado a luz, tiene quizás efectos más a largo plazo que la anterior.

En primer lugar, los descendientes de madres que han sufrido un episodio depresivo en el posparto tienen una mayor tendencia a padecer también problemas emocionales sobre

todo, una depresión a lo largo de su vida. A estos problemas emocionales se suman los problemas de la conducta que pueden llegar a desarrollar.

En concreto, se observan unas cifras de riesgo del 48% frente al 15,2% de la población general. Entre los problemas conductuales destacan alteraciones del comportamiento como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), temperamento más difícil, mayores dosis de impulsividad y agresividad y además trastornos cognitivos. (25)

También se puede ver afectado el vínculo materno-filial que se establece entre ambos. Las madres con estados depresivos pueden presentar mayores dificultades para interpretar las señales de sus hijos y existen discrepancias entre lo que le expresan al bebé y lo que realmente piensan. Por esta causa, se puede observar como los bebés no mantienen el contacto visual y tienen más crisis de llanto que el resto.

Esto puede repercutir en que en el futuro tengan mayores problemas de habilidades socio-emocionales y de comunicación.

Este vínculo se ve de nuevo afectado, en el tiempo de juego, caricias, afecto que establece una madre en condiciones normales de salud con su hijo, en concreto, presentan mayor dificultad para hacerlo. De esta manera, la comunicación que se establece entre la madre y el bebé quedaría en unos niveles bastante reducidos, con consecuencias negativas para el bebé como retrasos en el habla. Así mismo, se puede ver dañada la calidad del vínculo familiar.

Un episodio de este tipo puede llevar a crear confrontaciones o discusiones entre la pareja por el nivel de estrés al que están sometidos ambos.

Por esta razón, la relación familiar empeora y también lo hace la calidad de la crianza. Incluso en algunos casos, el estado depresivo de la mujer y todo lo que éste conlleva, puede hacer que la pareja comience con episodios de ansiedad o sintomatología depresiva. (26)

Sin embargo, la figura del padre puede ser un elemento positivizador de esta situación y evitar o disminuir las posibles consecuencias que tenga la depresión de la madre en el entorno que la rodea.

Un padre sano, puede llevar a cabo aquellas actividades que la madre no puede realizar en ese momento con el bebé: enfatizar en la comunicación, el apego y el cariño además de ser un pilar de apoyo para la madre.

La dificultad que tienen estas madres para que la crianza de sus hijos sea de calidad es mayor. Además, la confrontación de los ideales que habían creado en su imaginación respecto al bebé y al hecho de ser madre con la realidad, puede todavía hacerles la etapa más difícil. Dadas las evidencias sobre las consecuencias que puede llegar a tener una depresión puerperal, es importante incidir en la detección precoz desde el inicio del embarazo.

Crear un perfil de riesgo para poder detectar aquellos casos con mayor probabilidad de desarrollarla y prevenir efectos perjudiciales tanto en la madre como en el niño. (27)

#### 2.4.9 Factores que reduzcan la presentación de Depresión pos parto

##### 2.4.9.1 Beneficios del contacto piel con piel y la lactancia materna

Previamente se han visto numerosos factores que pueden suponer un riesgo para desarrollar episodios depresivos. Sin embargo, el contacto piel con piel y la lactancia materna se encargan de lo contrario. Es decir, pueden llegar a prevenir estas enfermedades según se explica a continuación. (28)

- Contacto piel con piel

El contacto piel con piel consiste en colocar al niño inmediatamente tras el nacimiento sobre el pecho de la madre en decúbito prono. Se le coloca desnudo y seco cubriendo su espalda con una toalla caliente para mantener el calor, estando el pecho de la madre también desnudo.

Además, realizar esta práctica tan sencilla va a reportar beneficios para ambos

En primer lugar los bebés que realizan el piel con piel presentan las siguientes ventajas respecto a los que no lo pueden poner en práctica.

Tiene efectos beneficiosos en los mecanismos de auto adaptación, mejoran los niveles de oxigenación de la sangre, mantienen mejor las cifras de temperatura corporal para no perder calor, presentan sueños más reparadores y prolongados y comienzan de manera precoz la lactancia materna

Otros estudios han observado que además lloran menos, la regulación y adaptación a la nueva vida de los sistemas cardiovascular y gastrointestinal presenta menos problemática, pueden llegar a sentir menos dolor durante los exámenes y pruebas médicas que se les realiza y además esta lactancia que se inicia de manera temprana, se mantiene durante más tiempo .

Incluso a largo plazo podrían llegar a presentar beneficios en el desarrollo infantil. En cuanto a los beneficios de la madre, reduce los niveles de ansiedad y depresión en el puerperio

En concreto, se realizó un ensayo clínico con madres peruanas y sus recién nacidos, evaluándolas mediante la Escala de Hamilton y la Escala Hospitalaria para Ansiedad y Depresión (HAD).

Los resultados mostraron que a las 48 horas de vida del bebé, las madres que habían realizado el piel con piel inmediato, presentaban unos niveles de ansiedad y depresión menores que las del grupo control. Otro estudio realizado en Perú, que corrobora estos resultados, mostró como el 33,7% de las madres que no realizó piel con piel tuvo una puntuación en la EPDS mayor que diez, a diferencia de las que sí, que fueron un 18,7%.

Además, las mujeres presentan unos sentimientos de auto eficacia más positivos. Es decir, tienen mayor confianza y seguridad respecto a sus habilidades para la crianza y cuidado de su hijo.

Supone disminución de los tiempos del alumbramiento, refuerza el vínculo materno- filial y es un factor que estimula la lactancia aumentando la producción de leche y su duración. Se trata un momento de relajación y tranquilidad tanto para la madre como para el bebé y mejora la interacción entre ambos.

Es una práctica muy sen Además, un estudio realizado en Hong Kong, mostró como las mujeres que acudían a sesiones de psicoeducación durante el embarazo comparadas con aquellas a las que únicamente se les entregaba folletos de información rutinaria; presentaron una reducción del nivel de síntomas depresivos y mayores habilidades aprendidas .

Asistencia psicosocial Esta parte de la asistencia se lleva a cabo por personal de enfermería, matronas y otros profesionales. Se trata de pasar a ser un apoyo principal para la madre, establecer una relación de confianza y constituir una referencia que le permita conocer las opciones de ayuda disponibles en el sistema sanitario. Quizás la matrona, es la que mayor papel ejerce en esta parte del tratamiento por la continuidad de visitas a lo largo del embarazo.

Además es importante reforzar el apoyo social externo de la mujer, tanto de amigos como familiares, intentando que estos también participen en el proceso de ayuda. No debemos olvidar tampoco la figura de la pareja, que en muchos casos se encuentran desamparados del tratamiento y ellos lo sufren de cerca.

La matrona debe aplicar aquí todos esos conocimientos que puede abarcar la enfermería tanto de nutrición, relajación, conversación, salud mental y física, para ayudar a la mujer en lo que pueda y también si es posible, animarla a participar en grupos de apoyo etc. cilla, no invasiva y por los resultados que se han visto muy útil por el impacto beneficioso tanto físico como mental que proporciona a las dos partes. Tampoco conlleva mucho trabajo ni costes para la sanidad, sino que podría reducirlos. En los casos de riesgo de desarrollo de episodios de ansiedad o depresivos en el postparto, podría ser una estrategia de intervención para disminuir el riesgo. (29)

- Lactancia materna

La lactancia por tanto, a su vez está íntimamente ligada con el contacto piel con piel. También mejora los sentimientos de confianza y autoestima materna, favoreciendo la relación que se establece entre la madre y el bebé y a su vez fortaleciendo el vínculo y el apego entre ambos. Todo esto influye en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión.

Además, estudios realizados en diferentes países mostraban como en los casos en los que la lactancia se abandonaba de manera precoz o ni siquiera se iniciaba, las tasas de sintomatología ansiosa- depresiva eran mayores. (30)

- Tratamiento multidisciplinar de la depresión puerperal

A lo largo del presente trabajo, se ha podido observar la relevancia y complejidad que tiene esta patología y cómo puede afectar a distintos ámbitos de la salud, no sólo de la persona que la sufre sino del entorno que la rodea: hijo, pareja y resto de familiares.

Por tanto, como profesionales sanitarios, tenemos que emplearnos a fondo para conseguir resultados beneficiosos para las madres. Para ello, el tratamiento debe ser multidisciplinario y holístico. En primera instancia multidisciplinar, es decir, que participen en él: matronas, enfermeras, obstetras, ginecólogos, psiquiatras, psicólogos, pediatras y trabajadores sociales. Y holístico, en cuanto a que tiene que abarcar muchos ámbitos de la persona: social, psicológico, biológico etc.

Los profesionales de medicina deben de estar preparados y formados para establecer un diagnóstico preciso, intentando evitar sesgos en éste, ya que podría llevar a errores importantes del tratamiento.

Por ejemplo: una mujer que se piensa que tiene un episodio depresivo, se le pautan antidepresivos típicos para esto y sin embargo lo que padece es un trastorno bipolar. Éste proceso se podía ver agravado por el hecho de tomar esa medicación y desencadenar episodios de psicosis o incluso una fase maniaca.

El personal de enfermería, en concreto, la enfermería especialista en ginecología y obstetricia, más conocida como matrona, tiene uno de los papeles más importantes en la detección precoz y tratamiento de la mujer deprimida. Es el profesional sanitario que más tiempo pasa con ella, durante todo el embarazo, el parto y el puerperio incluido.

Por esta razón, la matrona tiene un papel muy importante que es la detección de casos para poder prevenir o disminuir consecuencias.

Además, nuestra formación como enfermeras en conocimientos de salud mental, habilidades interpersonales, educación, prevención y detección temprana es vital, respetando siempre los límites profesionales.

Formamos parte de un equipo de trabajo del que ayudarnos en casos en los que se salgan de nuestras competencias. Los casos que no hayan podido ser detectados a tiempo deben seguir una línea de tratamiento específica, ya que aunque la enfermedad que padecen sea la misma, cada una presenta sus propias peculiaridades. A pesar de la especificidad, todos podrían seguir tres ejes principales. (31)

- Tratamiento farmacológico

Se trata de una parte que corresponde a los profesionales de la medicina (psiquiatras) que consiste en la pauta de fármacos necesarios para la mujer en ese momento, considerando diferentes aspectos de la persona. Uno de los aspectos que quizás les dificulta más la línea de tratamiento es la lactancia.

Todas las medicaciones conllevan efectos secundarios y en este caso ocurre lo mismo, solo que no solo podrían afectar a la madre sino también al bebé. Muchas veces, se recetan antidepresivos teniendo en cuenta la posibilidad de estos efectos, por esto mismo, se trabaja de manera continuada con un pediatra.

Éste se encarga de controlar que el crecimiento del bebé siga las líneas normales y que el desarrollo psicomotor sea adecuado para su edad. (32)

- Psicoterapia

Se trata de una parte muy importante del tratamiento que se realiza de manera ambulatoria por un psicólogo siempre que las condiciones de la mujer lo permitan.

La psicoterapia trata de enfocar las causas que originaron ese cuadro depresivo y trabajarlas con la mujer; por esta razón, se prefieren intervenciones personales a terapias grupales.

Se incide en la desculpabilización de la mujer ante lo que está sintiendo y los pensamientos que suceden a diario en su cabeza.

Se le explica el cuadro que está padeciendo, la transitoriedad de éste y se refuerza la idea de que existe la recuperación completa, aunque el tiempo para ésta puede variar.

En los casos en los que la psicoterapia se utiliza como medida de prevención en vez de tratamiento, reporta mayores beneficios el hecho de que sea exclusiva para aquellas mujeres que presentan un riesgo mayor de presentar un episodio depresivo en el postparto.

Además, un estudio realizado en Hong Kong, mostró como las mujeres que acudían a sesiones de psicoeducación durante el embarazo comparadas con aquellas a las que únicamente se les entregaba folletos de información rutinaria; presentaron una reducción del nivel de síntomas depresivos y mayores habilidades aprendidas. (33)

- Asistencia psicosocial

Esta parte de la asistencia se lleva a cabo por personal de enfermería, matronas y otros profesionales.

Se trata de pasar a ser un apoyo principal para la madre, establecer una relación de confianza y constituir una referencia que le permita conocer las opciones de ayuda disponibles en el sistema sanitario.

Quizás la matrona, es la que mayor papel ejerce en esta parte del tratamiento por la continuidad de visitas a lo largo del embarazo.

Además es importante reforzar el apoyo social externo de la mujer, tanto de amigos como familiares, intentando que estos también participen en el proceso de ayuda. No debemos olvidar tampoco la figura de la pareja, que en muchos casos se encuentran desamparados del tratamiento y ellos lo sufren de cerca. La matrona debe aplicar aquí todos esos

conocimientos que puede abarcar la enfermería tanto de nutrición, relajación, conversación, salud mental y física, para ayudar a la mujer en lo que pueda y también si es posible, animarla a participar en grupos de apoyo etc. (34)

## 2.5 Estudios relacionados

En un estudio longitudinal de 622 mujeres de la comunidad, las variables más predictivas de sintomatología depresiva a la octava semana del posparto fueron: el antecedente de depresión durante el embarazo (OR 3,77,  $p = 0,03$ ), la historia de DPP previa (OR 2.21,  $p = 0,02$ ), y un puntaje en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)  $> 9$  en la primera semana del posparto (OR 18,23,  $p < 0,001$ )<sup>20</sup>. A su vez, en un estudio de cohorte en 12.361 mujeres australianas, independientes de un EPDS  $> 12$  fueron factores predictores, de una DPP: la depresión durante el embarazo, el antecedentes una historia previa de depresión, y un bajo apoyo por parte de la pareja. (35)

Estudios realizados en Suecia y Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.) describen tasas de detección espontánea de síntomas depresivos en el período posparto de 2% y 6,3%, respectivamente.

Sin embargo, al utilizar un instrumento de tamizaje simple y rápido de contestar, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPE), estas tasas aumentaron a 14,5% cuando se utilizó un punto de corte 12/13 y 35,4% al utilizar un punto de corte 9/10, respectivamente. En Chile, utilizando la misma herramienta, la prevalencia de sintomatología depresiva en el período posparto fue de 41,3% en el nivel socioeconómico bajo, 33,5% en nivel socioeconómico medio y 27,7% en el nivel socioeconómico alto.

Considerando que la derivación para consulta psiquiátrica puede no ser expedita, es posible realizar la evaluación de estas pacientes a través de una entrevista psiquiátrica estructurada, a cargo de médicos capacitados, quienes podrán iniciar el tratamiento oportunamente, y derivar sólo a aquellas pacientes con sintomatología más severa o con comorbilidad psiquiátrica.

A nivel internacional existe una amplia literatura respecto a la DPP. Numerosas investigaciones en países desarrollados y en vías de desarrollo, incluido Chile, informan sobre la pre-valencia del trastorno, los factores de riesgo y las consecuencias asociadas, así como de las intervenciones efectivas para tratarlo.

A pesar de esto, son pocas las investigaciones que se han abocado a la búsqueda de factores de riesgo psicosocial, sintomatología depresiva y prevalencia de DPP exclusivamente en madres adolescentes. En Chile, si bien algunas investigaciones han abordado el tema de la salud mental entre las puérperas adolescentes, no existen estudios publicados cuyo objetivo central sea el estudio de la DPP. (36)

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 General**

3.1.1 Identificar los factores asociados a depresión postparto en puérperas sin patologías asociadas valoradas según la escala de Edimburgo en la sección consulta externa de Obstetricia, Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt en los meses de enero a octubre del 2015

#### **3.2 Específicos**

3.2.1 Conocer el perfil social de las pacientes, con diagnóstico de Depresión post Parto evaluadas en la consulta externa de Obstetricia, del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt en el periodo determinado

3.2.2 Determinar el tipo de parto por el cual las pacientes con diagnóstico de Depresión pos Parto resolvieron su embarazo

3.2.3 Conocer si la paciente era primípara o multípara en el embarazo actual con el que posteriormente se le diagnosticó Depresión post Parto

## **IV. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO:**

Descriptivo, ya que el estudio busca demostrar cuales son los factores asociados a depresión postparto en puérperas sin patologías asociadas que asisten al Hospital Roosevelt durante el período de enero a octubre del 2015.

### **4.2 POBLACIÓN**

Todas las pacientes puérperas que consultaron a Salud Reproductiva en la Consulta Externa del Hospital Roosevelt

### **4.3 SUJETO DE ESTUDIO**

Pacientes que se encontraron en el puerperio tardío (>6 semanas) y asistan a Salud Reproductiva de la Consulta Externa del Hospital Roosevelt.

### **4.4 CÁLCULO DE LA MUESTRA**

No se empleará el cálculo de la muestra debido a que se tomó el total de pacientes que asistan a Salud Reproductiva de la Consulta Externa del Hospital Roosevelt y que cumplan los criterios de inclusión.

### **4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Edad de 10 a 40 años.
- Puerperio tardío >6 semanas.

### **4.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Patologías asociadas (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Lupus Eritematoso Sistémico, Hipertiroidismo)
- No asistan a consulta para evaluación de puerperio.

4.7 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
<b>Factores asociados</b>	Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.	Edad.	Cuantitativa	Intervalo	Años
		Nivel de Escolaridad	Cualitativa	De razón	Analfabeta –
		Resolución del parto	Cualitativa	Nominal	Analfabeta
		Paridad	Cualitativa	De razón	PES* – CSTP** Primíparas Multíparas
<b>Depresión Postparto</b>	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Escala de Edimburgo.  - Estado de Salud Mental Normal  - Estado de Salud Mental Anormal	Cualitativa	Nominal	Escala

<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Mayores de 10 años hasta 40 años	Cuantitativa	De razón	Años
<b>Escolaridad</b>	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Alfabeta Analfabeta	Cualitativa	Nominal	Nivel de Escolaridad
<b>Paridad</b>	Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un infante de peso mayor a 500 g.	Primípara Multípara	Cualitativa	De razón	Número de Partos

\*Parto Eutócico Simple

\*\*Cesárea Segmentaria Transperitoneal

#### 4.8 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE LA MUESTRA

- Se presentó el tema al asesor. Dr. Alejandro Andrews quien aprobó la investigación del mismo.
- Se obtuvo el permiso para realizar el estudio en el servicio de Salud Reproductiva de la Consulta Externa del Hospital Roosevelt.
- Se presentó el tema a investigar al docente de investigación del Hospital Roosevelt, Dr. Eddy Rodríguez, el cual fue aprobado.
- Se revisó los libros de egresos de Primer Piso Postparto y Tercer Piso Postparto en búsqueda de los expedientes clínicos.
- Las pacientes fueron citadas a Salud Reproductiva, Consulta Externa del Hospital Roosevelt y fueron sometidas a una entrevista guiada para obtener la información de acuerdo a la boleta recolectora de datos.
- De acuerdo a los datos obtenidos se procedió a realizar lo siguiente: tabulación, porcentaje, cuadros y se utilizará estadística descriptiva.
- Se discutió y analizó los resultados, obteniéndose las conclusiones correspondientes y se formularon las respectivas recomendaciones.
- Se elaboró del informe final el cual será entregado al docente de investigación para su aprobación.

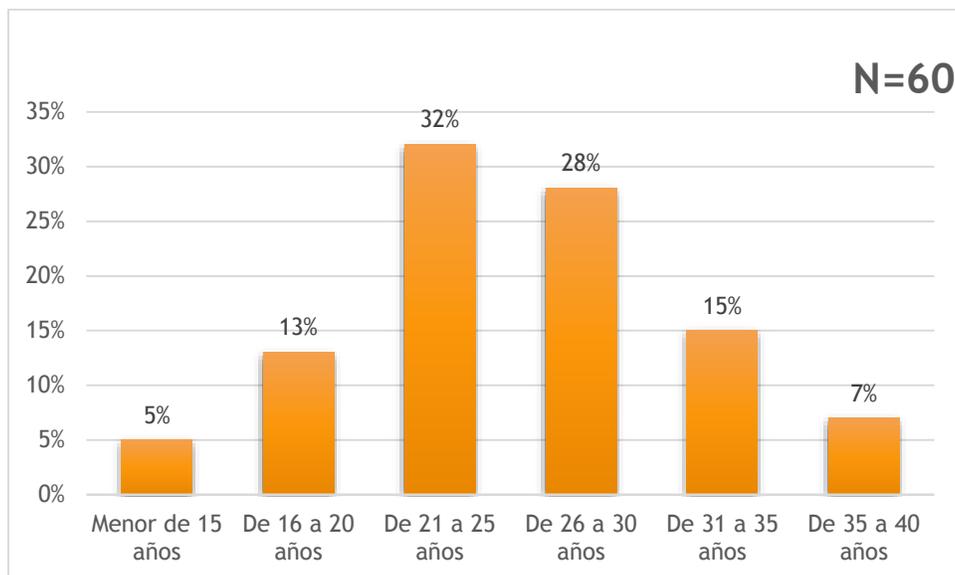
#### 4.9 PRINCIPIOS ETICOS

Todo el estudio estuvo enfocado en el diagnóstico de los factores asociados a depresión postparto y la información recaudada será totalmente confidencial.

## V. RESULTADOS

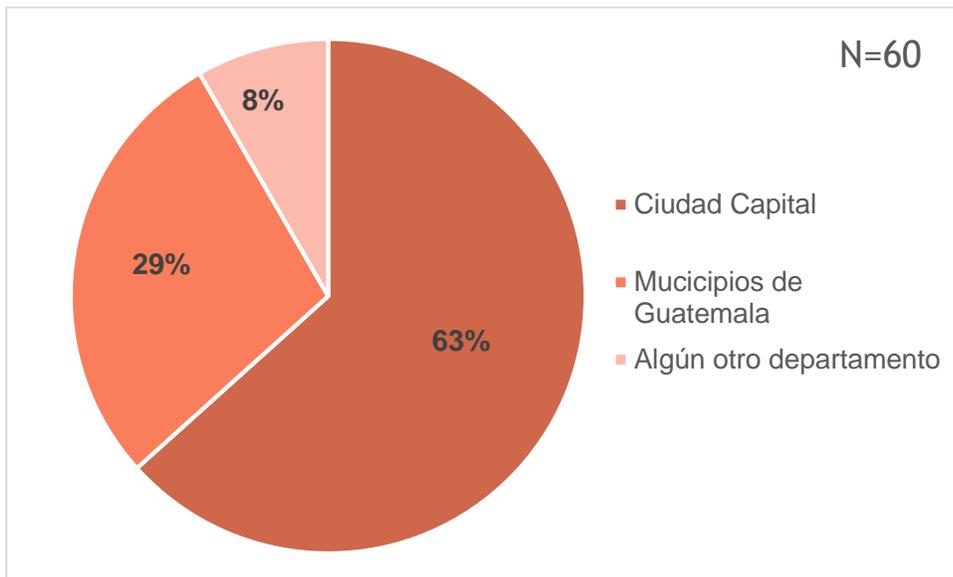
**Gráfica No. 1**

Edad del total de pacientes evaluadas en consulta externa de Salud Reproductiva del Hospital Roosevelt a quienes se les realizó la Escala de Edimburgo para evaluar Depresión Post Parto de Enero a Octubre 2015



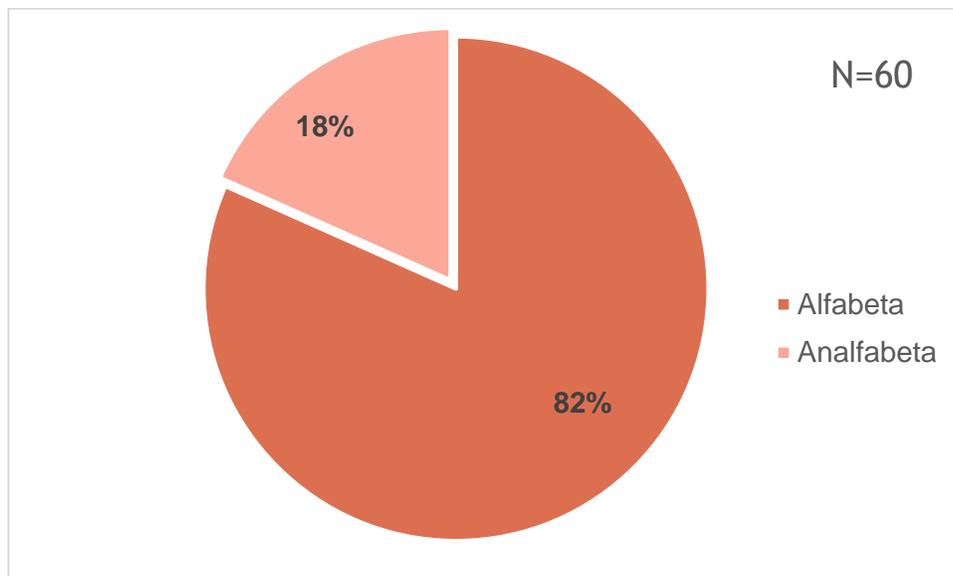
**Grafica No. 2**

Procedencia del total de pacientes evaluadas en consulta externa de Salud Reproductiva del Hospital Roosevelt a quienes se les realizó la Escala de Edimburgo para evaluar Depresión Post Parto de Enero a Octubre 2015



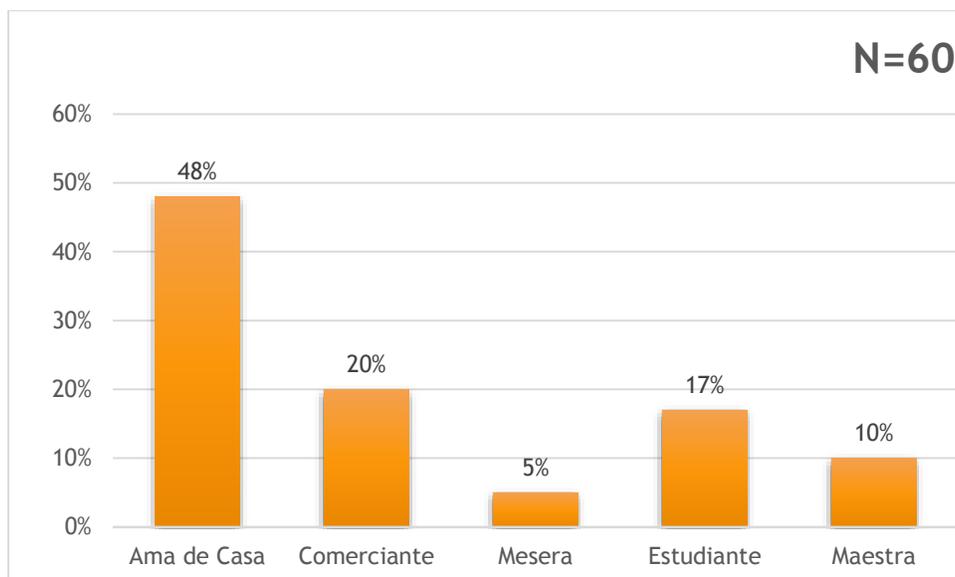
### Gráfica No. 3

Escolaridad del total de pacientes evaluadas en consulta externa de Salud Reproductiva del Hospital Roosevelt a quienes se les realizó la Escala de Edimburgo para evaluar Depresión Post Parto de Enero a Octubre 2015



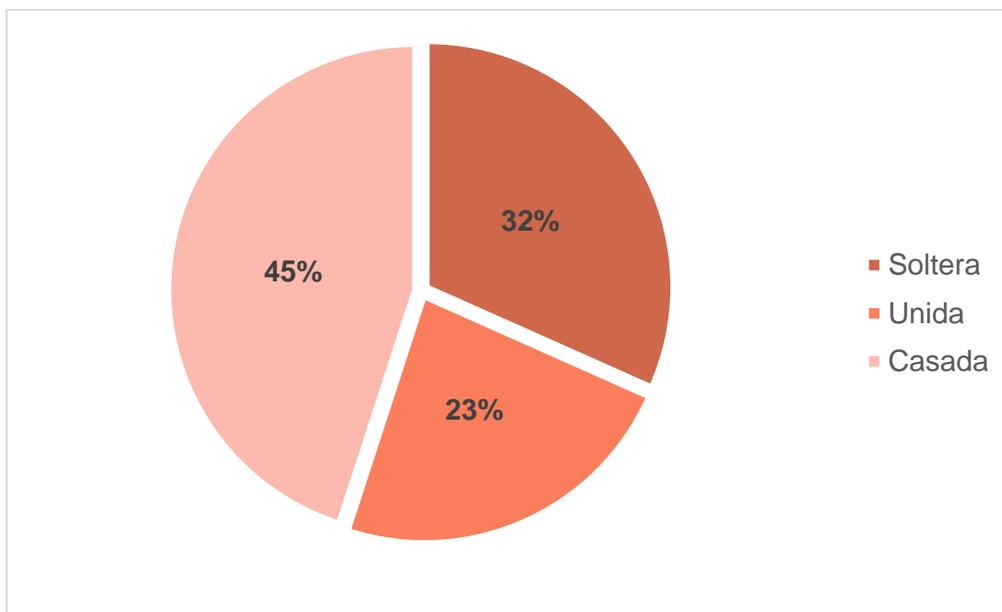
**Gráfica No. 4**

Ocupación del total de pacientes evaluadas en consulta externa de Salud Reproductiva del Hospital Roosevelt a quienes se les realizó la Escala de Edimburgo para evaluar Depresión Post Parto de Enero a Octubre 2015



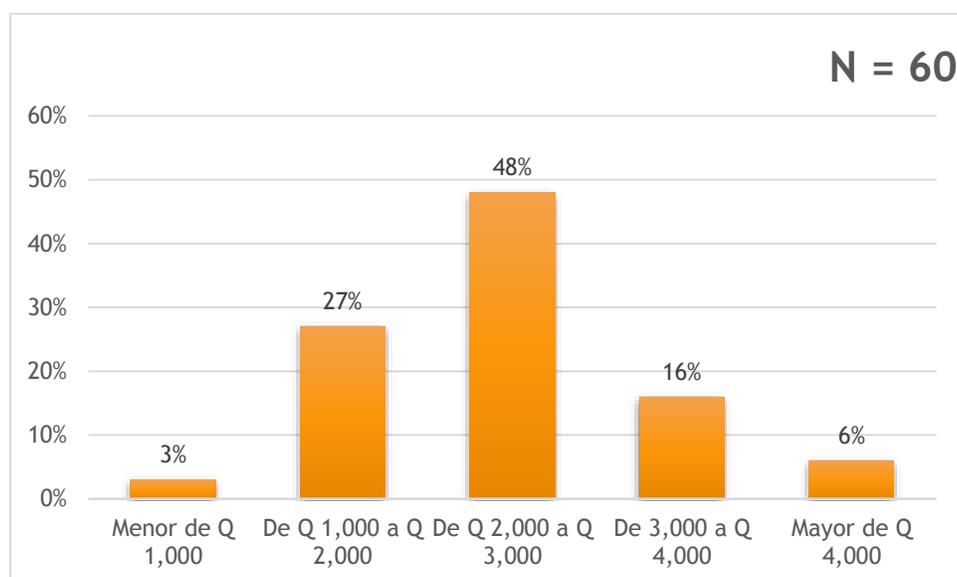
### Gráfica No. 5

Estado civil del total de pacientes evaluadas en consulta externa de Salud Reproductiva del Hospital Roosevelt a quienes se les realizó la Escala de Edimburgo para evaluar Depresión Post Parto de Enero a Octubre 2015



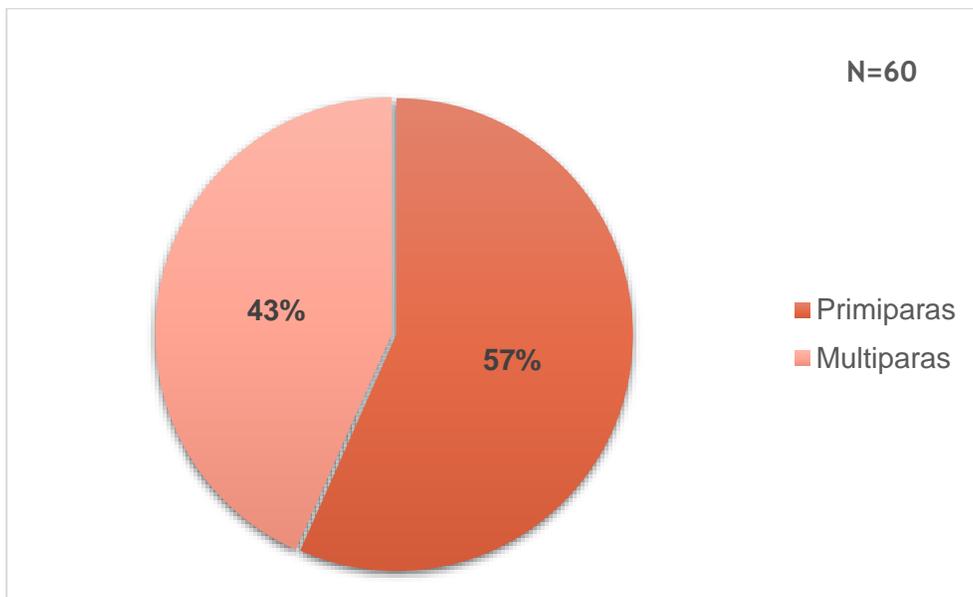
### Gráfica No. 6

Ingreso familiar mensual del total de pacientes evaluadas en consulta externa de Salud Reproductiva del Hospital Roosevelt a quienes se les realizó la Escala de Edimburgo de Enero a Octubre 2015



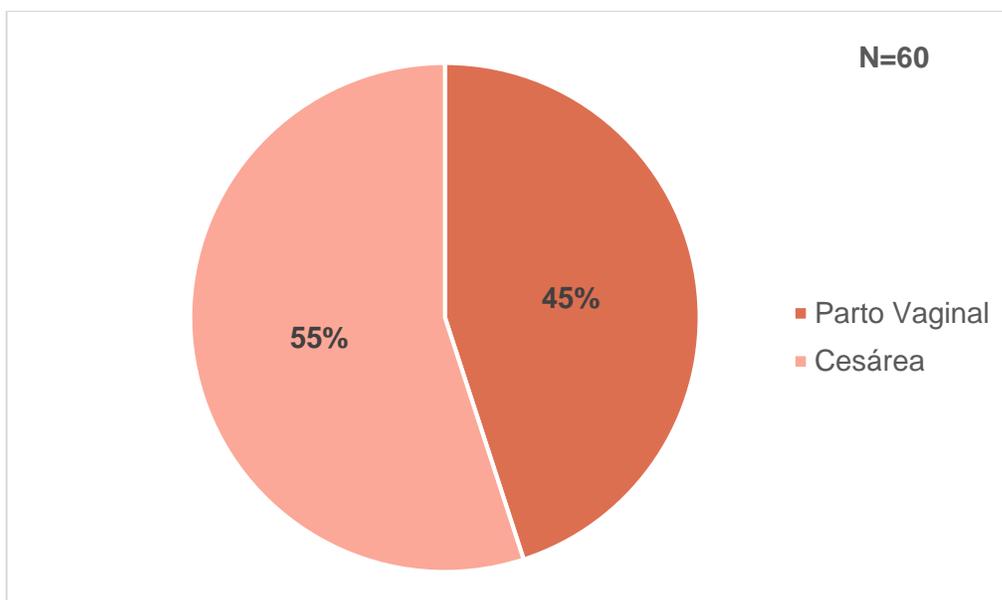
### Gráfica No. 7

Paridad del total de pacientes evaluadas en consulta externa de Salud Reproductiva del Hospital Roosevelt a quienes se les realizó la Escala de Edimburgo de Enero a Octubre 2015



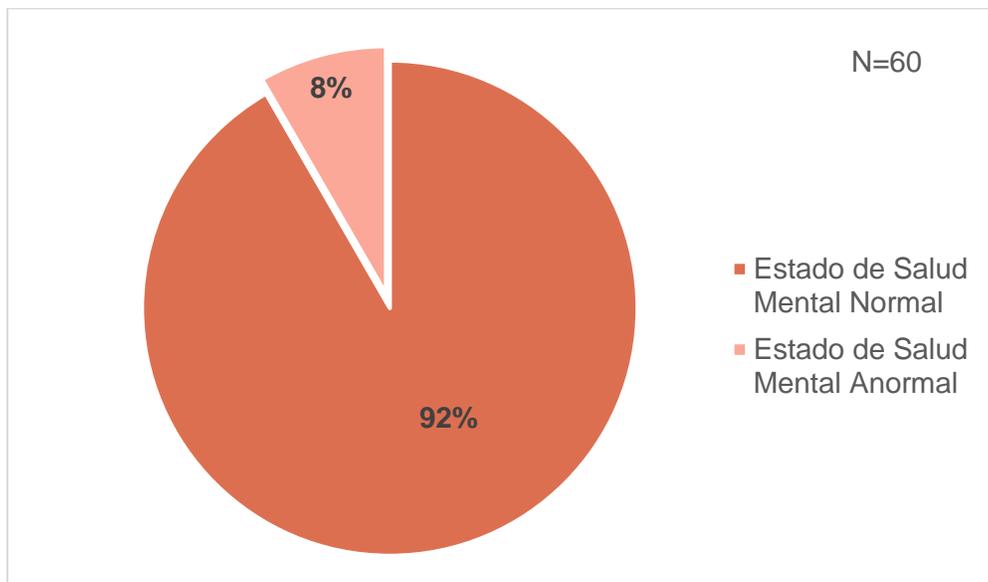
### Gráfica No. 8

Resolución del embarazo del total de pacientes evaluadas en consulta externa de Salud Reproductiva del Hospital Roosevelt a quienes se les realizó la Escala de Edimburgo de Enero a Octubre 2015



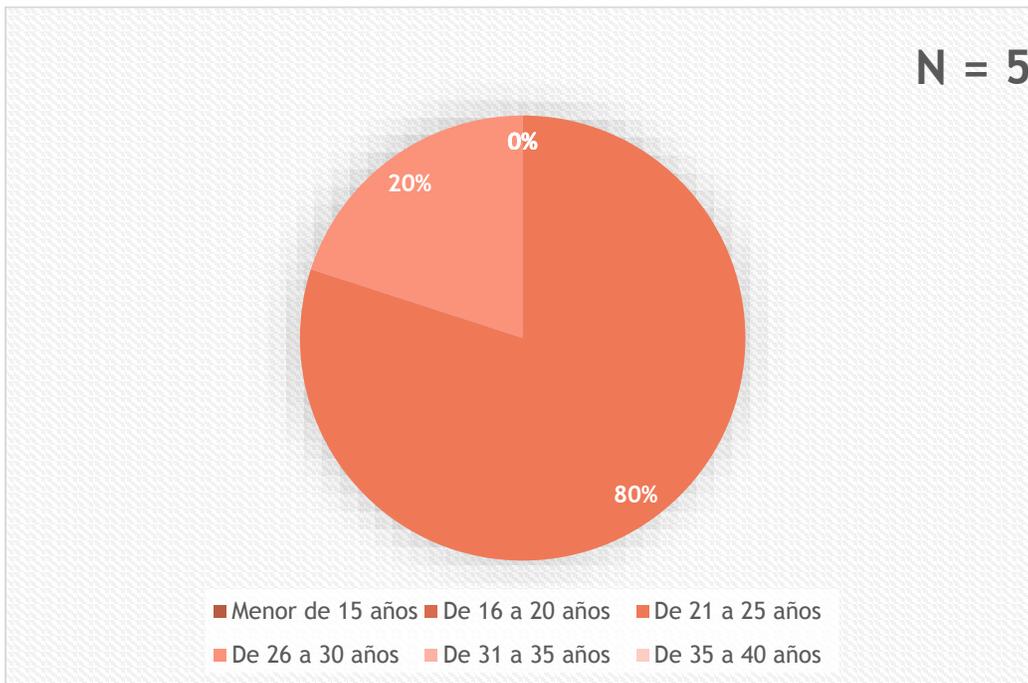
### Gráfica No. 9

Resultados del test de Edimburgo en las pacientes con diagnóstico de depresión post parto evaluadas en la consulta externa de Salud Reproductiva del Hospital Roosevelt de Enero a Octubre 2015



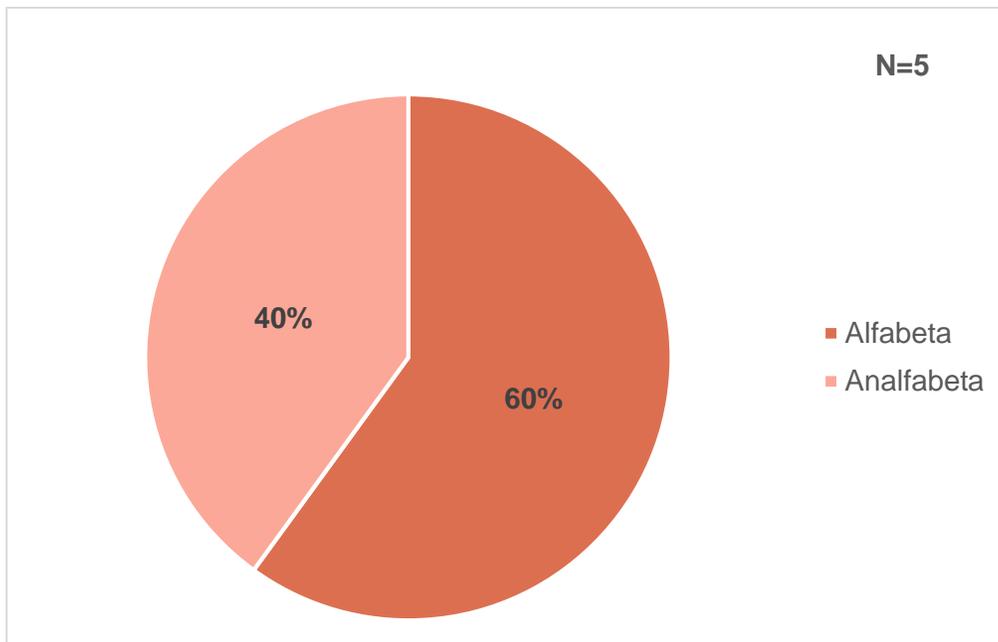
### Gráfica No. 10

Edad de las pacientes con diagnóstico de depresión post parto evaluadas en la consulta externa de Salud Reproductiva del Hospital Roosevelt de Enero a Octubre 2015



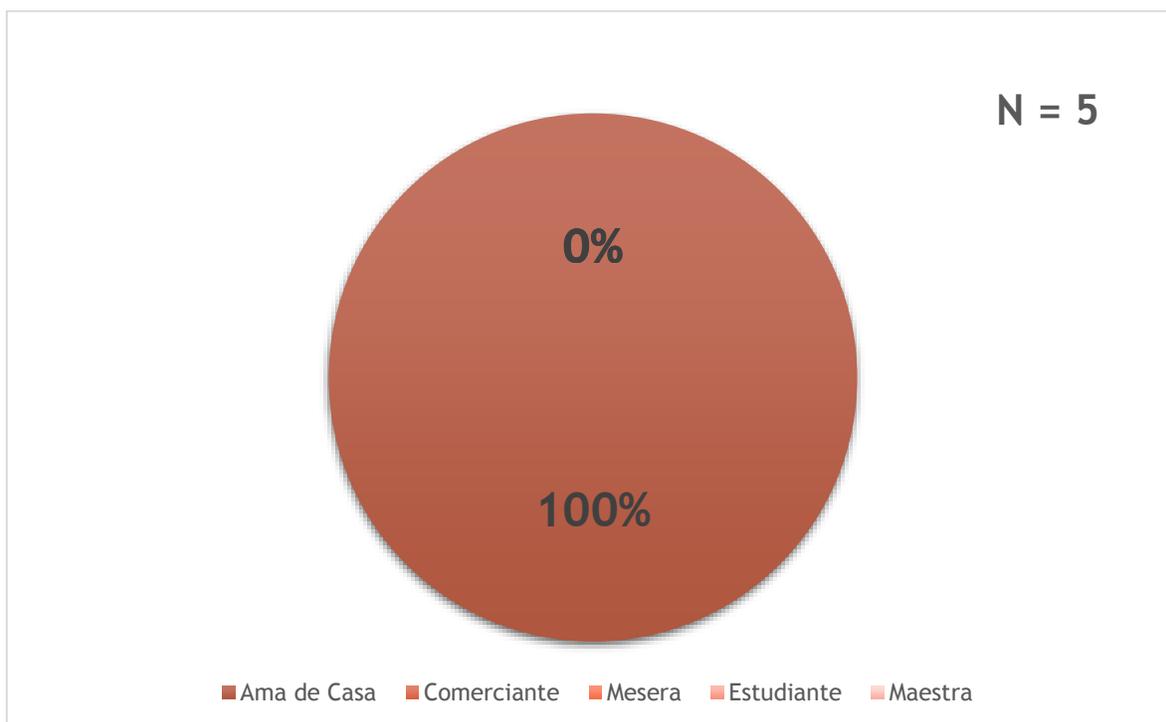
**Gráfica No. 11**

Escolaridad de las pacientes con diagnóstico de depresión pos parto evaluadas en la consulta externa de Salud Reproductiva del Hospital Roosevelt de Enero a Octubre 2015



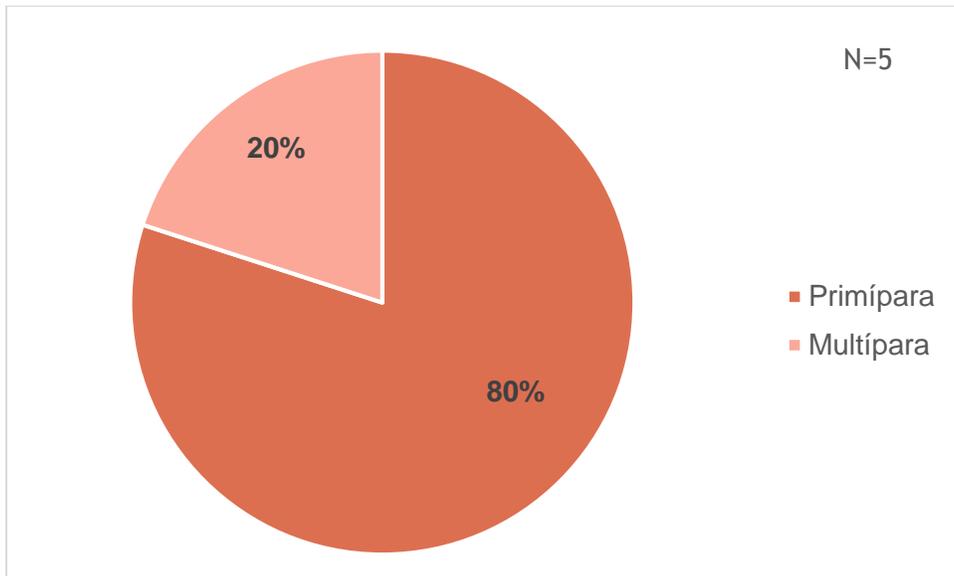
### Gráfica No. 12

Ocupación de las pacientes con diagnóstico de depresión pos parto evaluadas en la consulta externa de Salud Reproductiva del Hospital Roosevelt de Enero a Octubre 2015



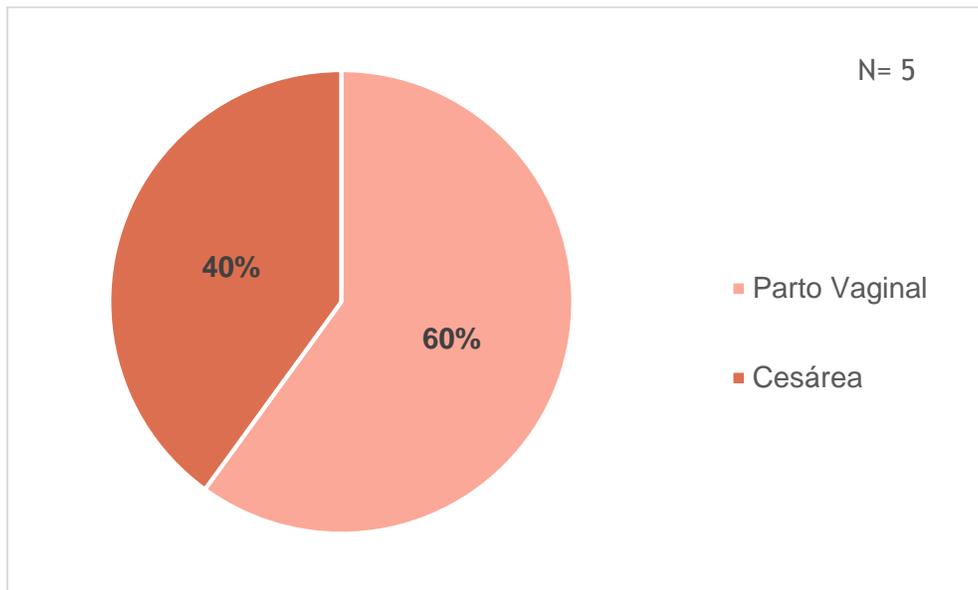
**Gráfica No. 13**

Paridad de las pacientes con diagnóstico de depresión pos parto evaluadas en la consulta externa de Salud Reproductiva del Hospital Roosevelt de Enero a Octubre 2015



**Gráfica No. 14**

Resolución del parto de las pacientes con diagnóstico de depresión pos parto evaluadas en la consulta externa de Salud Reproductiva del Hospital Roosevelt de Enero a Octubre 2015



## VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Se decidió realizar esta investigación con el fin de identificar los factores de asociados a depresión postparto en puérperas sin patologías asociadas valoradas según la escala de Edimburgo en la sección consulta externa de Salud reproductiva del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt en un periodo de tiempo en los meses de enero a octubre del 2015.

Se incluyó en el estudio a aquellas mujeres puérperas mayores a 6 semanas, que cumplieran los criterios de inclusión y que visitaron como ya se mencionó la consulta externa de salud reproductiva del Hospital Roosevelt, en donde se estudió un total de 60 pacientes, quienes fueron sometidas voluntariamente a tomar la prueba de la Escala de Edimburgo que posteriormente permitiría determinar el estado mental de las pacientes y la relación íntima que podía guardar el puerperio.

Se conoce que alrededor de 1 de cada diez mujeres padecerán depresión en algún momento de su vida. Se decidió investigar parte del perfil social de las pacientes para poder conocer si podía alguno de ellos influir en la posterior aparición de la depresión puerperal o posparto, se conoció así mismo que las mujeres de 21 a 25 años de edad fueron las que se presentaron con mayor relevancia, esto tiene gran relación con el estudio realizado en Maracaibo Venezuela por médicos del programa universitario de Ginecología y Obstetricia, encontraron gran similitud con los datos que se obtuvieron en la investigación ya que ellos concluyeron que la edad promedio de las pacientes con depresión pos parto fue en promedio 23 años. (1)

En relación a la escolaridad se reportó que predominaron las pacientes alfabetas, que tenían educación a cualquier nivel, esto tiene relación específica con el estudio realizado en México en el 2011 denominado “Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto”, (2), en donde se concluyó que las pacientes que tenían educación universitaria eran las que presentaban mayor incidencia de depresión post parto, lo cual enriquece el estudio y da una visión del perfil social latinoamericano y nos adentra a las condiciones de vida de las pacientes estudiadas.

Además se encontró que la mayoría de ellas eran amas de casa con respecto a su ocupación representando un 48%, esta variable guarda relación con lo encontrado en el estudio realizado en Yucatán, México, en donde en un periodo de un año evaluaron a 298 pacientes a quienes les realizaron el test con la escala de Edimburgo en donde concluyeron que la ocupación más relevante de las pacientes, era que tenían como actividad el estar dedicadas a su hogar en el 67% (3), es importante la comparación bibliográfica de las investigaciones, ya que se puede observar una gran similitud.

Al someter a las 60 pacientes a el test y ser evaluadas por la Escala de Edimburgo para conocer si estaban cursando con depresión post parto, se conoció que únicamente 5 pacientes tuvieron resultados de salud mental anormal de las 60 pacientes evaluadas, representando un 9%, teniendo en cuenta que al realizar el test el resultado tenía que arrojar al menos 10 puntos como total para poder dar un diagnóstico bastante posible de que la paciente estaba cursando por depresión pos parto.

Se ha visto que la depresión persistente en mujeres embarazadas se asocia a retraso en el desarrollo de sus niños y a un riesgo de depresión 4,7 veces mayor en la adolescencia. La depresión post parto se asocia a factores intelectuales más bajos en la pre adolescencia y a conductas violentas. (5)

Al conocer los 5 casos de las pacientes que presentaron estado de salud anormal, se quiso profundizar más en algunos de los detalles más específicos de dichos casos, por lo que se decidió indagar sobre la paridad de estas 5 pacientes, en donde se encontró que 4 de ellas eran primíparas y solo una paciente era multípara, se sabe por la bibliografía revisada que según el estudio que presentaron Satoh, Kitamiya, Kudoh, Watanabe, Menzawa, Sasaki, denominado "Factores asociados con la depresión post parto tardía en Japón" en el año 2009, concluyeron al haber incluido a 169 mujeres que dieron a luz en una ciudad rural de Aomori, en la parte norte de Japón entre enero y marzo de 2002 y que llevaron a su bebe a un control a los 4 meses al centro de salud. De las 205 mujeres que acudieron al centro de salud, 196 mujeres estuvieron de acuerdo en participar en el estudio y de esas, 169 son las que cubrieron un cuestionario distribuido directamente en el centro de salud, siendo la muestra de este estudio. En el cuestionario, se preguntó acerca de: características físicas, factores obstétricos, cuidado del bebé, cooperación del

marido y estructura familiar. La situación económica, la clase social y el nivel educativo no fueron analizados. Como herramienta, se usó la EPDS (Escala de Edimburgo). En los resultados obtenidos, se confirmó que: Las puntuaciones en la EPDS fueron mayores para las primíparas que para las múltiparas, lo que sugiere que las primíparas tienen más riesgo de desarrollar DPP (depresión pos parto). El apoyo social y del marido, ayudan a reducir la sintomatología depresiva. Las múltiparas necesitan menos del cuidado materno (en la cultura japonesa, se llama SATOGAERI, y significa irse a vivir con la familia materna para recibir cuidados) lo que sugiere que tienen un comportamiento psicológico más estable en relación a las primíparas. (6)

El resultado obtenido no tiene relación con el estudio que realizaron Ortega y Figueroa en el estudio publicado en 2011, el cual se denominó “Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgh (EPDS), en las mujeres mexicanas embarazadas.” En donde hace referencia a la relación a la vía por la cual se resolvió la gestación, se reportó que fue por vía de intervención quirúrgica o cesárea en el 75% de los casos. (7).

En el estudio se presenta un total de 60 pacientes puérperas evaluadas en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, la población es pequeña debido a que en el hospital no se les da el seguimiento a las mujeres puérperas que resuelven su embarazo.

## 6.1 CONCLUSIONES

6.1.1 Se determinó que las 60 pacientes puérperas evaluadas en la consulta externa presentaron las siguientes características: edad entre 21 a 25 años, procedentes de la Ciudad Capital, alfabetas, amas de casa, casadas, con un ingreso familiar mensual Q2,000 a Q3,000, primíparas y resolución del parto vía cesárea.

6.1.2 Se desarrolló depresión post parto en el 9% de las pacientes puérperas que asistieron a la consulta externa de Salud Reproductiva del Hospital Roosevelt.

6.1.3 El perfil social de las 5 pacientes que presentaron depresión post parto es que 4 de ellas se encuentran en el rango de edad de 21 a 25 años representando un 80% y 1 en el rango de edad de 25 a 30 años siendo un 20%, 3 son alfabetas siendo un 60% y 2 pacientes son analfabetas siendo un 40%, 4 de ellas son primíparas representando el 80%, y 3 pacientes resolvieron el parto vía vaginal siendo un 60%.

6.1.4 El tipo de parto por el cual las pacientes con depresión post parto resolvieron su embarazo es vía vaginal representando un 60% y por cesárea un 40%.

6.1.5 De las 5 pacientes que presentaron depresión post parto, 4 de ellas eran primíparas siendo un 80% y 1 de ellas era múltipara correspondiendo a un 20%, valoradas según la escala de Edimburgo.

## 6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Seguimiento del puerperio de las pacientes que resuelven su embarazo en el área de Maternidad, departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, ya que según la literatura la depresión post parto se puede presentar incluso en los primeros 7 días post parto, pero es hasta las semanas posteriores o el puerperio tardío donde es más predominante esta complicación.

6.2.2 Identificar a aquellas pacientes con factores asociados a padecer depresión post parto previo a la resolución del mismo, como por ejemplo mujeres de edades de 20 a 30 años, con antecedentes de depresión pos parto o de depresión en algún momento de su vida, con familias disfuncionales u hogares no convencionales, abusadas, madres solteras, que son las más propensas según las revisiones realizadas a tener depresión pos parto.

6.2.3 Crear una guía específica que permita dar un mejor manejo a las pacientes con depresión post parto, que además sea multidisciplinario, en donde no sólo intervenga el departamento de Ginecología y Obstetricia si no también el departamento de Salud Mental para dar seguimiento y tratamiento más específico y así dar una mejor calidad de vida a la paciente y a su familia.

6.2.4 Se recomienda realizar el test de Escala de Edimburgo a todas las pacientes que se encuentren en el periodo de post parto para poder identificar a las pacientes con depresión pos parto y dar mejor manejo a las mismas.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Predicción de la depresión pos parto, y los datos. Beck C. s.l. : Nurs Res, 2011.
2. Cambios hormonales en el posparto y las implicaciones de la depresión pos parto. Hendrick V, Altshuler LL, Suri R. s.l. : Psychosomatics, 2011.
3. Trastornos afectivos posparto. Gabriel Fernando Oviedo Lugo, Valeria Jordán Mondragón. s.l. : UNIVERSITAS MÉDICA, 2012.
4. Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. Arranz L., Aguirre W., Ruiz J., Gaviño S., Cervantes, Carsi E., Camacho M., Ochoa M. Mexico : Ginecología y Obstetricia, 2011.
5. B., Pitt. Atypical" depression following childbirth. Br J Psychiatry. [En línea] 2008. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MEDLINE&exprSearch=5750402&indexSearch=UI&lang=e>.
6. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. Carla Castañón, Javier Pinto. . s.l. : Departamento de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile., 2009.
7. Castellón., Angelina Dois. Actualizaciones en depresión posparto. s.l. : Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. .
8. Cox J, Holden J. . Perinatal mental health. A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale. [En línea] 2013. <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/j.1440-1614.2004.01330.x?journalCode=anp>.
9. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. D, Graciela Rojas y cols. s.l. : epartamento de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico. Facultad de Medicina. Universidad de Chile, 2011.
10. Prevalencia de depresión post parto y factores de riesgo asociado. Enrique Jadresic M y Ricardo Araya B.s. Santiago, Chile : s.n., 2005, Rev Med Chile.
11. Félix, Tamires Alexandre y col. E. Actuación de enfermería frente a la depresión posparto en las consultas de puericultura. s.l. : nfermeira do setor de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

12. Gregorio Evans M., Mcjohn Vicuña M., Rodrigo Marín, . Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. s.l. : Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Regional de Antofagasta Dr. Leonardo Guzmán B.,Universidad de Antofaga, 2011.
13. Contreras-pulache H, Mori-quispe E, Lam-figueroa N, Materno B. . El blues materno.Contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación. 2011.
14. Berrisford G, Lambert A, Heron J. Understanding postpartum psychosis. . s.l. : Community Pract J Community Pract Heal Visit Assoc, 2015.
15. ones I, Chandra S, Dazzan P, Howard L. Bipolar disorder, affective psychosis, schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. s.l. : Lancet, 2015.
16. Doyle K, Heron J, Berrisford G, Whitmore J, Jones L, Wainscott G, et al. The management of bipolar disorder in the perinatal period and risk factors for postpartum relapse. s.l. : European Psychiatry, 2012.
17. Ascaso C, Garcia L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Jesús M. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. Barcelona : Medicina ClínicaBarcelona, 2013.
18. Maroto G, García M, Fernández A. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. s.l. : International Journal of Clinicaland Health Psychology, 2015.
19. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. . Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. . s.l. : Rev Fac Med UNAM, 2008.
20. Jadresic Vargas, Enrique, y otros. Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. 2009.
21. Jadresic, Enrique. Atención primaria, Medwave . Medwave . [En línea] Diciembre de 2014. ttp://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1922.
22. José Fidel Latorre-Latorre, Leddy Marina Contreras-Pezzotti, Susana García-Rueda, Juan Arteaga Medina. . La depresión posparto en madres adolescentes de Bucaramanga. Colombia : s.n., 2010.

23. José Urdaneta M. MSc, Ana Rivera S., José García I. PhD, Mery Guerra V. , Nasser Baabel Z., Alfi Contreras B. . Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. s.l. : Programa de Obstetricia y Ginecología, 2010.
24. José Urdaneta M., Ana Rivera S., José García I. PhD, Mery Guerra V., Nasser Baabel Z., Alfi Contreras B. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. s.l. : Programa de Obstetricia y Ginecología, Universidad del Zulia, Hospital Universitario de Maracaibo. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad del Zulia. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, 2009.
25. Alvarado R, Guajardo V, Rojas Graciela. Validación De La Escala De Edimburgo Para Embarazadas. . s.l. : Universidad de Chile, 2012.
26. Knight R, Williams S, McGee R, Olaman S. Psychometric properties of the centre for epidemiologic studies depression scale (CES-D) in a sample of women in middle life. 2011.
27. Brodey B, Goodman S, Baldasaro R, Brooks-DeWeese A, Elliot M, Brodey I, et al. Development of the Perinatal Depression Inventory (PDI)-14 using item response theory: a comparison of the BDI-II, EPDS, PDI, and PHQ-9. s. s.l. : Archive of Women Mental Health, 2015.
28. Abdollahi F, Rohani S, Sazlina GS, Zarghami M, Azhar MZ, Lye MS, et al. . Bio-psycho socio-demographic and Obstetric Predictors of Postpartum Depression in Pregnancy: A prospective Cohort Study. s.l. : Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. , 2014.
29. Dois A, Lucchini C, Villarroel L, Uribe C. . Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. s.l. : Revista Chilena Pediatría, 2013.
30. Ageitos ML, Puggin E, Valdés V. . Lactancia. 2013.
31. I., Suárez Varela. Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medidas preventiva de la depresión postparto. s.l. : Nure Investigacion, 2012.
32. Lasheras G, Farré-Sender B, Serra B. Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus.

Resultados preliminares. . s.l. : Cuadernos de Medicina psicosomática y Psiquiátrica, 2014.

33. Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. . Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. . 2011.

34. Letourneau N, Tramonte L, Willms JD. Maternal . depression, family functioning and children's longitudinal development. J. s.l. : urnal of Pediatric Nursing, 2013.

35. "Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS). Ortega y Figueroa. s.l. : Perinatol Reproducción Humana,, 2011.

36. Depresión en el embarazo y puerperio. R., Mosto. s.l. : Revista de Neuron psiquiatria, 2010.

37. Depresión posparto y factores asociados en población derechohabiente del ISSSTE en Yucatán . Rosa González Navarrete, Ligia García López. Yucatan, Mexico : Desde la Academia, 2013.

38. VELASQUEZ, ANA RUTH DE LEON LOPEZ DE. CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PACIENTES EN EDADES COMPRENDIDAS DE 14 A 45 AÑOS. San Marcos, Guatemala : s.n., 2014.

39. Factores asociados con la depresión posparto tardía en Japón” . Satoh, Kitamiya, Kudoh, Watanabe, Menzawa, Sasaki. s.l. : PubMed, 2009.

40. Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causa. cols., I. Rubén Alvarado y. s.l. : Rev. chil. neuropsiquiatra, 2007.

41. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. cols., Graciela Rojas C y. s.l. : Departamento Psiquiatría y Salud Mental,, 2009.



## VIII. ANEXOS

### 8.1 BOLETA RECOLECTORA DE DATOS

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario se basa en datos generales y sobre cómo se ha sentido en las siguientes 6 semanas después de haber dado a luz a su último bebé. Las respuestas dadas serán manejadas de forma confidencial y los datos serán usados con fines de estudio.

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

Registro: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual \_\_\_\_\_

Embarazo Planeado SI  NO

Número de embarazo \_\_\_\_\_ Resolución de parto \_\_\_\_\_

**ANEXO 1. Usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor, SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días. Se trata de un cuestionario anónimo**

En los últimos 7 días:

1. *He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:*

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

2. *He mirado al futuro con placer:*

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

3. *Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:*

- 0 Sí, casi siempre
- 1 Sí, algunas veces
- 2 No muy a menudo
- 3 No, nunca

4. *He estado ansiosa y preocupada sin motivo:*

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

5. *He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:*

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

6. *Las cosas me agobian:*

- 0 Sí, casi siempre
- 1 Sí, a veces
- 2 No, casi nunca
- 3 No, nada

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

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

8. *Me he sentido triste y desgraciada:*

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

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

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

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

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

Puntaje: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

## **PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO**

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS SIN PATOLOGÍAS ASOCIADAS". Para los propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.