

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

**RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN  
LA ESCALA DE EDIMBURGO**

**ROSSÍO MARÍA ISABEL FUENTES**

**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**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): **Rossío María Isabel Fuentes**

Registro Académico No.: 200730640

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 **RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO**

Que fue asesorado: **Dr. Jesen Avishaí Hernández Sí MSc.**

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

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

Guatemala, 15 de junio de 2018



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

Director

Escuela de Estudios de Postgrado

/mdvs

Quetzaltenango, 27 de febrero de 2018

**Doctor  
Julio Cesar Fuentes Mérida  
Coordinador Específico  
Escuela Estudios de Postgrado  
Hospital Regional de Occidente  
Presente**

Respetable Dr. Fuentes:

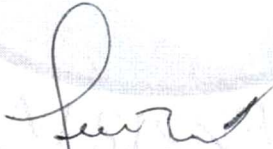
Por este medio le informo que he asesorado a fondo el informe final de Graduación que presenta la Doctora **ROSSIO MARÍA ISABEL FUENTES** Carne 200730640 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula: **“RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO”**

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. Fuentes, ha incluido 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

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

*EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA*

***“Id y Enseñad a Todos”***



**Dr. Jesen Avishai Hernández Sí MSc.  
Asesor de Tesis  
Escuela de Estudios de Post Grado  
Hospital Regional de Occidente**



Quetzaltenango, 27 de febrero de 2018

**Doctor**  
**Jesen Avishaí Hernández Sí**  
**Docente Responsable**  
**Maestría En Ginecología y Obstetricia**  
**Hospital Regional de Occidente**  
**Presente**

Respetable Dr. Hernández:

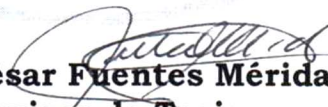
Por este medio le informo que he revisado a fondo el informe final de Graduación que presenta la Doctora **ROSSIO MARÍA ISABEL FUENTES** Carne 200730640 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula: **“RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO”**

Luego de la revisión, hago constar *que* la Dra. Fuentes, ha incluido 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

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

*EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA*

***“Id y Enseñad a Todos”***

  
**Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.**  
**Revisor de Tesis**  
**Escuela de Estudios de Post Grado**  
**Hospital Regional de Occidente**



A: Dr. Jesen Avishai Hernandez Sí, MSc.  
Docente responsable.

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

Fecha de recepción del trabajo para revisión 16 de marzo de 2018

Fecha de dictamen: 20 de marzo de 2018

Asunto: Revisión de Informe final de:

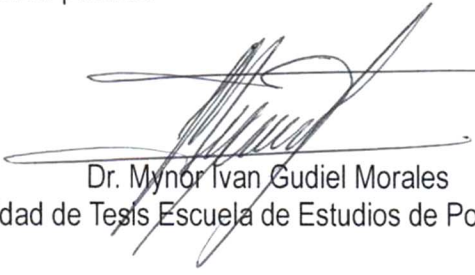
ROSSIO MARIA ISABEL FUENTES

Título:

RIESGO DE DEPRESION POSTPARTO SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO

**Sugerencias de la revisión:**

- Autorizar examen privado.

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



# INDICE

	<b>Página</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	01
<b>II. ANTECEDENTES</b>	
• 2.1 HISTORIA	03
• 2.2 EPIDEMIOLOGIA	04
• 2.3 ETIOLOGIA	05
• 2.4 FACTORES DE RIESGO	07
• 2.5 TIPOS DE DEPRESION POSTPARTO	08
• 2.6 CUADRO CLINICO	08
• 2.7 DIAGNOSTICO	09
• 2.8 TAMIZACIÓN	10
• 2.9 ESCALA DE DEPRESIÓN POSPARTO DE EDIMBURGO	12
• 2.10 CONSECUENCIAS DE DEPRESIÓN POSTPARTO	16
• 2.11 EFECTOS DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN LA SALUD DEL INFANTE	17
• 2.12 TRATAMIENTO	17
• IMPACTO DE LA ENFERMEDAD	22
• IMPACTO DE LA MADRE	22
<b>III. OBJETIVOS</b>	23
<b>IV. MATERIAL Y METODOS</b>	
• 4.1 UNIVERSO	24
• 4.2 MUESTRA	24
• 4.3 TIPO DE ESTUDIO	24
• 4.4 RECURSOS	24
• 4.5 SELECCIÓN DE LOS SUJETOS A ESTUDIOS	25
• 4.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	25
<b>V. RESULTADOS</b>	29

<b>VI.</b>	<b>DISCUSIÓN Y ANÁLISIS</b>	<b>33</b>
	● <b>6.1 CONCLUSIONES</b>	<b>37</b>
<b>VII.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>38</b>
<b>VIII.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>39</b>
<b>IX.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>43</b>

## RESUMEN

### RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO.

AUTOR: ROSSIO MARÍA ISABEL FUENTES.

**ANTECEDENTES:** La depresión postparto (DPP) es la complicación psiquiátrica más frecuente del postnatal y dadas sus potenciales repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé, su correcto abordaje debe constituir una prioridad en Salud Pública. Además, provee una especial oportunidad de prevención pues está precedida por un “marcador” definido: el nacimiento de un hijo. Se han identificado grupos de riesgo y un período de mayor vulnerabilidad [35]. La prevalencia mundial de DPP a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20%.

**OBJETIVO:** Establecer el riesgo de depresión postparto según la escala de Edimburgo, durante el puerperio alejado. Así como las características demográficas, síntomas depresivos y factores de riesgo.

**MÉTODOS:** Estudio prospectivo-descriptivo, que tomó como muestra a 1800 puérperas (puerperio alejado) que asistieron a la consulta externa del Hospital Regional de Occidente, a quienes se les realizó el test de Edimburgo siendo positivas 336 pacientes, a las cuales se le entrevistó para el llenado de la boleta recolectora.

**RESULTADOS:** Durante el año 2015, se encontraron 19% de casos con depresión postparto según la Escala de Edimburgo. Las características demográficas son: 48% se encuentran entre 16-25 años, 66% son del área rural, 29% llegaron a primaria, 46% se encontraban unidas, 99% eran amas de casa y un 57% eran primíparas. Los síntomas depresivos más frecuentes son: trastornos del sueño 88%, angustia 77%, incapacidad para reír 76%, tristeza 61% y ansiedad 53%. Los factores de riesgo en frecuencia son: nivel socioeconómico bajo 76%, pobre apoyo social 70%, bebe con problema de salud 49%, embarazo no deseado y estrés en los últimos 6 meses 30% respectivamente.

**CONCLUSIONES:** La depresión postparto es una patología que produce gran impacto en la vida de la madre como en la de neonato, por lo que su detección precoz a través del test de Edimburgo mejora la calidad de vida tanto en la madre como en el hijo.

**PALABRAS CLAVE:** Depresión Postparto, Puerperio Alejado, Test de Edimburgo, Factores de riesgo, características demográficas, síntomas depresivos.



University of San Carlos of Guatemala  
Faculty of Medical Sciences  
Post Graduate School  
Master of Gynecology and Obstetrics

### **SUMMARY**

**RISK OF POSTPARTUM DEPRESSION ACCORDING TO THE SCALE OF EDINBURGH.**

**AUTHOR:** ROSSIO MARÍA ISABEL FUENTES.

**BACKGROUND:** Postpartum depression (PPD) is the most frequent psychiatric complication of the postnatal period and, given its potential repercussions on the wellbeing of the mother and the baby, its correct approach should be a priority in Public Health. In addition, it provides a special opportunity for prevention because it is preceded by a defined "marker": the birth of a child. Risk groups and a period of greater vulnerability have been identified [35]. The worldwide prevalence of PPD throughout life fluctuates between 10 and 20%.

**OBJECTIVE:** To establish the risk of postpartum depression according to the Edinburgh scale, during the postpartum period. As well as the demographic characteristics, depressive symptoms and risk factors.

**METHODS:** Prospective-descriptive study, which took as sample 1800 puerperal (puerperium away) who attended the outpatient clinic of the Regional Hospital of the West, to whom the Edinburgh test was performed, with a positive score of 336 patients, who were interviewed for the filling of the collector ticket.

**RESULTS:** During 2015, 19% of cases with postpartum depression were found according to the Edinburgh Scale. The demographic characteristics are: 48% are between 16-25 years, 66% are from rural areas, 29% came to primary, 46% were united, 99% were housewives and 57% were primiparous. The most frequent depressive symptoms are: sleep disorders 88%, anguish 77%, inability to laugh 76%, sadness 61% and anxiety 53%. The risk factors in frequency are: low socioeconomic level 76%, poor social support 70%, baby with health problem 49%, unwanted pregnancy and stress in the last 6 months 30% respectively.

**CONCLUSIONS:** Postpartum depression is a pathology that has a great impact on the life of the mother as well as the neonate, so that early detection through the Edinburgh test improves the quality of life in both the mother and the child.

**KEY WORDS:** Postpartum Depression, Distant Puerperium, Edinburgh Test, Risk factors, demographic characteristics, depressive symptoms.

## I. INTRODUCCIÓN

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo, que puede presentarse en cualquiera de las etapas del ciclo vital y que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por lo menos 2 semanas.

Estimaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud en el año 2002, mostraron que 154 millones de personas en el mundo sufren de depresión y que la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando. Actualmente afecta a 350 millones de personas en el mundo. En efecto, se estima que para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar en la carga global de enfermedades.

La población femenina en comparación con la población masculina presenta el doble de probabilidad de presentar depresión, sobre todo en el período correspondiente al posparto. El embarazo y el puerperio son períodos decisivos para el desarrollo de un nuevo ser y para establecer la estructuración de una vinculación futura entre la madre y el hijo, y entre éste y sus progenitores. Durante el embarazo y de forma fisiológica, aparecen en la mujer modificaciones afectivas que tienen que ver con los cambios hormonales que se producen en su organismo y con las expectativas vitales y fantasías ante el nacimiento de su hijo [1].

Es una etapa en la que hay un conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad. Igualmente, pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido requiere, por lo que hay una mayor predisposición hacia el estrés psicológico, lo que a su vez determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad para la posible aparición de depresión.

Desde los tiempos de Hipócrates, los clínicos notaron una asociación entre los trastornos del humor y el período posterior al parto. Este vínculo entró oficialmente en la nomenclatura psiquiátrica cuando el DSM-IV (Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales, cuarta edición) definió a la depresión mayor con comienzo en el postparto como episodios de depresión que comienzan hasta 4 semanas luego del mismo. Este período se corresponde con rápidos cambios hormonales, postulando la idea que estos contribuyen a la vulnerabilidad a la depresión. Sin embargo, debido a que los factores psicosociales tienen una relevancia mayor como desencadenantes de la depresión puerperal, muchos

investigadores usan una definición operativa del período en cuestión de hasta 6 meses luego del parto [1].

Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del 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.

A nivel mundial la prevalencia de depresión posparto oscila entre 10-15% en países desarrollados; en los estudios realizados en los últimos años se ha comprobado que mientras menor nivel económico posea un país, bajo nivel educacional, cultural y sobre todo en sociedades machistas la prevalencia de este desorden es aún mayor.

Es la complicación más común de la maternidad a nivel mundial, viéndose un incremento de casos y convirtiéndose en una patología de importancia para la organización mundial de la salud, situándola entre las 5 enfermedades de mayor interés para investigación. Guatemala no es la excepción ya que estos casos son secundarios a muchos factores, como por ejemplo: la pobreza y las limitaciones que se tienen a nivel salud para brindar una atención más completa a las pacientes durante su embarazo, parto y puerperio.

Es la condición psiquiátrica más frecuente durante el posparto y existe una extensa documentación del grado de discapacidad que puede llegar a provocar en la madre, su asociación al rezago en el desarrollo infantil y a trastornos conductuales en la vida adulta de la descendencia. Su detección precoz es limitada por cuanto ni se busca atención, ni se realiza tamizaje de rutina.

Se detectó que en el Hospital Regional de Occidente (HRO) no hay un estudio que nos indique cual es el riesgo de depresión posparto, por lo que se planteó este estudio para evidenciar el riesgo según la escala de Edimburgo, así como determinar las características demográficas que presentan las pacientes y factores de riesgo asociados. A pesar de ser un desorden muy frecuente, no se ha protocolizado realizar el Test de Edimburgo para detectar de forma temprana la depresión postparto y así lograr un pronóstico favorable y no dejar que la depresión evolucione a psicosis postparto.

## **II. ANTECEDENTES**

La depresión postparto es un tipo de depresión que afecta a algunas mujeres poco después de dar a luz. Es común que las mujeres experimenten trastornos temporales del humor o melancolía después de dar a luz. Sin embargo, si el trastorno dura más que unos cuantos días, se denomina depresión postparto.

Se considera depresión postparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las 4-6 semanas postparto [1]. 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 [1].

La depresión postparto suele tener un inicio más tardío que la disforia postparto, ya que normalmente aparece a las 2-4 semanas posteriores al parto (más frecuentemente 1 mes después del parto).

La depresión puerperal, postparto o postnatal es un trastorno comparable a otro episodio depresivo, En el DSM-IV aparece la primera definición del “trastorno depresivo de inicio en el postparto”, según la cual se trataría de un episodio depresivo mayor de inicio en las primeras 4 semanas después del alumbramiento de un hijo [1].

### **2.1 HISTORIA:**

Los intentos más remotos de comprender científicamente la depresión se deben a Hipócrates; en su reseña consideró que algunas apreciaciones sobre las características clínicas de la manía posparto, se trataban de delirium asociado a “sepsis puerperal”, entidad relativamente común en la antigüedad.

En el año 1818, Jean Esquirol realizó la primera descripción detallada de psicosis puerperal. En 1829, Robert Gooch, reportó la psicosis puerperal en su informe Enfermedades propias de las mujeres. En 1856, el médico francés Victor Louis Marcé, en su libro *Traite de la Folie des Femmes Enceintes*, caracteriza de manera sistemática la enfermedad mental durante el posparto. Este médico fue el primero en sugerir que los cambios fisiológicos durante el puerperio influían en el estado de ánimo materno.

Años más tarde en Livingston, Edimburgo fueron encontrados varios problemas para identificar y evaluar a las madres con depresión debido a que las escalas para la evaluación aparentaban tener un número grande de limitaciones cuando eran usadas en mujeres con hijos recién nacidos. Se realizaron estudios en dicho país con diferentes escalas como: La Escala de Depresión y Ansiedad de Bedford y Foulds y el Test de Beck para evaluar su aplicabilidad en el puerperio, pero el problema persistía, encontrándose siempre una validez incierta debido a que las pacientes se consideraban enfermas ellas mismas.

Para ser utilizada como screening test, para la depresión posparto, la escala debía ser totalmente aceptada por las mujeres que no se consideraran enfermas ellas mismas o que necesitaran ayuda; por lo que en el año 1987 Cox, Holden y Sagovsky, realizaron La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS); la cual se validó con una muestra de 63 mujeres en el puerperio. Este estudio mostró que ese test de trece ítems distinguía claramente entre las mujeres deprimidas y las no deprimidas.

Dicha escala ha sido modificada durante los últimos años contando actualmente con 10 ítems; estadísticamente revela una sensibilidad de un 92 a 98% y una especificidad de un 80%, con un valor predictivo positivo del 77% y un valor predictivo negativo del 94%; siendo la utilizada actualmente. (WHO 2012).

Pero no fue sino hasta la cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM- IV) en donde se estableció una definición específica para dicha patología conocida como asociación del posparto y los cambios del ánimo; sin embargo aún no se reconocía como depresión posparto sino hasta la publicación de la edición DSMIV-TR.

## **2.2 EPIDEMIOLOGIA:**

Según varios estudios [9], la epidemiología de depresión posparto en España es del 10-15% es decir, que una de cada 10 mujeres padece este tipo de depresión tras dar a luz o en los meses posteriores, siendo la patología más común durante el puerperio. Así mismo la revista biomédica Medwave [9] también indica al respecto: “No hay ningún período en la vida de la mujer en que tenga más riesgo de enfermar de enfermedades psiquiátricas que en los 30 días que siguen al período posparto lo que transforma el hecho de dar a luz en la causa más frecuente de depresión médica, hecho que con frecuencia es ignorado”.

Según otras fuentes, la depresión postparto puede llegar a afectar al 25% de las mujeres, según ha manifestado Gemma Candela, profesora de Psicología en la Universidad de Valencia. Además el estudio ESEMED (proyecto europeo sobre Epidemiología de los trastornos mentales) informa de que “la depresión en España afecta al 10% de la población, es decir, casi a 4 millones de ciudadanos; encontrándose en estado de depresión leve el 52% de los diagnosticados, en situación moderada el 36% y en grave el 11%.

Por provincias, se recogen a modo de ejemplo los datos encontrados de Madrid: 200 a 240 mujeres por cada 100 hombres” [10]. Además, la depresión “es dos veces más frecuente en las mujeres en edad adulta que en los varones. Mundialmente, la depresión en mujeres (entre 18 y 44 años de edad) es la causa más frecuente de incapacidad laboral”, según un estudio de 2012 [11].

### **2.3 ETIOLOGÍA:**

Son muchos los factores etiológicos que se han estudiado como predictores de la depresión postparto. Se pueden distinguir varios grupos factores biológicos, factores psicológicos y factores psicológicos [1].

#### 2.3.1 Factores Biológicos:

La evidencia disponible permite establecer varias hipótesis acerca de la influencia de los factores biológicos en la etiopatogenia de la depresión postparto, a pesar de sus contradicciones y los problemas metodológicos de algunos de ellos [1]:

##### ✓ 2.3.1.1 Hormonas reproductivas:

El rápido descenso en los niveles de las hormonas gonadales luego del parto ha llevado a muchos autores a sugerir una posible relación de esta disminución con los cambios en el estado de ánimo de las mujeres durante el puerperio. En el embarazo los niveles de estrógenos son más bajos en mujeres con trastornos del sueño y más elevados en mujeres con mayor grado de irritabilidad con respecto a los niveles en gestantes normales. Por otra parte, se ha encontrado una mayor caída de progesterona luego del parto en mujeres que presentan depresión postparto en comparación con púerperas normales.



✓ 2.3.1.2\_\_\_*Eje hipotálamo - hipófisisadrenal:*

Varios estudios reportan una asociación entre los niveles de glucocorticoides y el estado del ánimo en el puerperio; por ejemplo, se ha encontrado correlación entre niveles elevados de cortisol en plasma, saliva y orina en mujeres que experimentan cambios de ánimos positivos en los primeros días postparto.

✓ 2.3.1.3\_\_\_*Otros factores:*

Como niveles altos de AMP cíclico urinario en los primeros días postparto, y bajos niveles de triptófano, ácido fólico, beta-endorfina y T3 libre durante el embarazo y el puerperio, también han sido implicados en la etiopatogenia de la depresión puerperal.

2.3.2 Factores Psicológicos:

✓ 2.3.2.1\_\_\_*Formulaciones psicodinámicas:*

Desde esta perspectiva, el embarazo se considera un periodo de maduración y a la vez de regresión que evoca conflictos infantiles, particularmente en los casos en los que existen modelos maternos inadecuados. Nilsson (1970) aseguran que las actitudes negativas hacia la maternidad y/o una infancia conflictiva predisponen a la depresión postparto, y asocian una pobre identificación materna con la depresión en el periodo inmediatamente posterior al parto [1].

✓ 2.3.2.2\_\_\_*Personalidad:*

Con respecto a esta variable, los resultados son más acordes, ya que en la mayoría de los estudios se encuentra relación significativa entre algunos rasgos de la personalidad (mayor neuroticismo y menor extroversión).

✓ 2.3.2.3\_\_\_*Estilo cognitivo:*

A partir de la década de los años ochenta los investigadores empezaron a estudiar la relación entre determinados aspectos cognitivos y de la conducta y la depresión postparto. Las variables analizadas son las que se consideran importantes para el desarrollo de la depresión, incluyendo: trastorno del autocontrol, estilo atribucional alterado y atribuciones externas e inestables debidas a cogniciones negativas acerca del mundo, del futuro y de uno mismo [1].

### 2.3.3 Factores Psicosociales:

Existen varios factores de riesgo cuya presencia en una gestante ha sido asociada con la depresión postparto, si bien cualquier mujer puede desarrollar este trastorno: depresión o ansiedad durante el embarazo, eventos vitales estresantes (rupturas amorosas, pérdida del trabajo, muerte de un ser querido, migración, etcétera) durante el embarazo o el puerperio temprano, bajos niveles de apoyo social y una historia previa de depresión. El clínico debe estar alerta ante la presencia de alguno de estos factores durante los controles prenatales con el fin de poder hacer un seguimiento cercano a las mujeres en riesgo o dar un tratamiento oportuno a aquellas que ya presentan la enfermedad [1].

### **2.4 FACTORES DE RIESGO**

Los factores de riesgo de mayor consistencia para la depresión postparto son: historia personal de enfermedad o desórdenes mentales, depresión posparto en el pasado, historia familiar de depresión. La evidencia es más débil frente a otros factores de riesgo como la sensibilidad hormonal, el síndrome premenstrual, los síntomas psiquiátricos durante el embarazo, el uso de contraceptivos orales.

La depresión paterna estimada en 6% parece influir en síntomas tempranos de depresión en los niños, depresión posparto de las madres, y altas tasas de abuso de sustancias[5].

Otros factores asociados [5]:

- Antecedente de depresión sin asociación al puerperio
- Disfunción familiar
- Tener un bebé con problemas de salud
- Haber tenido un aborto o un hijo muerto
- Embarazo no deseado
- Antecedente de trastorno de la alimentación
- Embarazo en adolescentes
- Mujeres inmigrantes o desplazadas
- Estrés psicosocial en los últimos 6 meses
- Condición socioeconómica comprometida
- Pobre red de apoyo social
- Antecedente de adicciones

## **2.5 TIPOS DE DEPRESIÓN POSTPARTO**

Según su intensidad, la depresión postparto (DPP) se puede clasificar en tres modalidades [9]:

### 2.5.1 Depresión leve:

También conocida como tristeza o melancolía postparto o Baby Blues que es la más común y se presenta en el periodo inmediato al postparto y puede persistir hasta 2 semanas presentándose en un 80% de las madres después del parto.

### 2.5.2 Depresión moderada o depresión postparto: Pueden durar hasta 2 años.

### 2.5.3 Depresión intensa o psicosis puerperal:

Es el caso más severo puesto que la madre experimenta una pérdida de la percepción de la realidad durante largos periodos de tiempo. Así mismo, es la modalidad más peligrosa, ya que pueden sufrir graves consecuencias tanto ella como el propio bebé.

## **2.6 CUADRO CLINICO:**

La depresión posparto debe diferenciarse claramente de la disforia postparto o “baby blues” que se presenta en alrededor del 80% de las mujeres en su etapa puerperal, principalmente entre los 2 y los 10 días postparto, caracterizado por síntomas rápidos de ansiedad y agitación, sentimientos de mayor susceptibilidad.

Los síntomas incluyen irritabilidad, alteraciones en el sueño, nerviosismo o reactividad emocional. La ideación suicida está ausente. Anteriormente se consideraba los baby blues como una entidad benigna, hoy en día se sabe que está altamente asociado con la progresión a la depresión mayor posparto[6].

Los signos y síntomas de la depresión deben ser valorados en forma completa en la historia clínica personal de la paciente, circunstancias de presentación, historia familiar de enfermedad mental, incluso depresión posparto. Se debe valorar factores sociales como soporte económico y social, factores estresores de tipo relacional y emocional, presencia o ausencia de familiares, y así estadificar la gravedad de la entidad y formular plan de manejo[5].

Adicionalmente se debe valorar el consumo de medicamentos depresores del estado de ánimo, como pueden ser algunos antihipertensivos como la clonidina, los beta-bloqueadores, y algunos diuréticos. Agentes sedativos hipnóticos como el alcohol y las benzodiazepinas, algunos agentes antiinflamatorios y analgésicos, específicamente opioides, hormonas y/o corticoesteroides [5].

Según el caso se recomienda realizar TSH, ya que el hipotiroidismo puede ser la causa de síntomas depresivos, ya que alrededor del 8% de las mujeres pueden desarrollar tiroiditis posparto autoinmune [7].

Según Teresa Lartigue, (México 2008) la depresión posparto “puede iniciarse en la tercera y cuarta semana post parto hasta un año después, encontrándose un pico de presentación en las semanas 8 a 12 post natal”. Los síntomas dependerán de la intensidad de la depresión siendo los más comunes según la citada autora: tristeza, pesimismo, inseguridad, sentimientos de autorreproche, impotencia, desbordamiento o incapacidad ante la nueva situación, que le hacen padecer y afligirse, incluso es común entrar en un estado de ansiedad. La madre se siente irritable y sensible, de llanto fácil expresando tales emociones la mayor de las veces con el núcleo familiar (con su pareja especialmente). Además se siente cansada y con necesidad de quedarse en la cama durante varias horas, inapetente, apática e incluso en ocasiones surge un deseo intenso de comer en exceso (sobre todo, dulces) o, por el contrario, de dejar de hacerlo y perder peso. También puede presentar insomnio [9], encontrando así momentos de estrés y ansiedad, y momentos de desgana general, típicos de una depresión.

## **2.7 DIAGNÓSTICO:**

Como ocurre en otras depresiones, el diagnóstico es difícil de obtener. Suele ser a través de unos síntomas notorios que denotan la necesidad de un tratamiento que ponga remedio a la situación. A menudo, son los familiares quienes instan a la madre a acudir a la consulta del médico en busca de ayuda, porque notan un cambio en el comportamiento de la madre, limitaciones en rutinas cotidianas y cambios muy fuertes de humor, predominando los sentimientos de tristeza y apatía, aunque otras veces es el propio paciente quien solicita la ayuda.

El diagnóstico lo realiza un médico tras haber realizado una serie de preguntas en la entrevista, que ayudarán a determinar el tipo de depresión, y a afinar en el tratamiento más adecuado. En el caso de la depresión postparto, es especialmente importante realizar una correcta educación sanitaria sobre esta complicación postparto, para lo cual se valorarán las características personales, antecedentes, factores de riesgo de la paciente y se mantendrá informada tanto a la paciente como a los familiares de los cambios que se van a suceder en su cuerpo y mente con el embarazo, parto y puerperio. Así mismo, se indicará cómo detectarlo, a quién acudir, alternativas y pronósticos [12].

Durante la entrevista, se podrán utilizar como apoyo diferentes herramientas que puedan servir de ayuda en el diagnóstico, destacando la Escala de Edimburgo específica de depresión postparto. Con todo, no se debe olvidar la vulnerabilidad de la madre con depresión postparto, pues es muy difícil para ella asumir que el nacimiento de un hijo, enraizado socialmente como el momento más feliz de la vida de una mujer, traiga pensamientos negativos y tristes así como necesidad de ayuda y apoyo.

#### 2.7.1 Criterios Diagnósticos Para Depresión Postparto (Dsm Iv) [5]:

Requiere 5 de los siguientes síntomas presentes por 2 semanas o más, que causan dificultad en la funcionalidad

- ✓ Ánimo triste o depresivo.
- ✓ Anhedonia.
- ✓ Baja de energía.
- ✓ Disminución en la concentración o toma de decisiones.
- ✓ Retardo o agitación psicomotora.
- ✓ Ideación suicida.

## **2.8 TAMIZACIÓN:**

Existen varias escalas para identificar tempranamente síntomas de depresión postparto:

#### 2.8.1 The Center for Epidemiologic Studies–Depression (CES-D):

Es un instrumento de 20 preguntas. Se considera puntaje mayor a 16 indicativo de depresión. La sensibilidad 60% y especificidad 92% [5].

Un puntaje de 10 indica riesgo de depresión en ese momento. Si la respuesta a la pregunta 10 es afirmativa (indicador suicida) se considera resultado positivo de la tamización.

### 2.8.2 The 10-item Edinburgh Postnatal Depression Survey (EPDS):

Escala desarrollada y validada en forma exclusiva para población perinatal para la detección temprana de la depresión posparto, de 10 preguntas cada una puede ser calificada de 1 a 3. La sensibilidad es de 86% y especificidad 78% [5].

### 2.8.3 The Postpartum Depression Screening Scale (PDSS):

Es un instrumento que valora 7 dimensiones (sueño, alimentación, disturbios, ansiedad, inseguridad, labilidad emocional. La sensibilidad es de 84-94% y especificidad de 72-98% [5].

Otros datos basados en evidencia recomiendan para la tamización, simplemente preguntar al paciente sobre las dos semanas posteriores al parto, si se ha sentido baja de ánimo o ha perdido el interés, con sensibilidad de 96%, y especificidad de 57% comparada con otros instrumentos de tamización cuya sensibilidad oscila entre 51%–72% [5]. Con una sola respuesta a esta escala de dos preguntas se considera positiva la tamización.

La herramienta de tamización más comúnmente utilizada para la tamización de la depresión posparto es la Escala de Depresión de Edimburgo, que se encuentra validada en el idioma español. Se puede aplicar en cualquier momento del periodo posparto (del nacimiento a 12 meses) para confirmar síntomas depresivos[5].

Alrededor del 46% de las madres con depresión puerperal continúan con síntomas depresivos un año después del parto. Los hijos de madres deprimidas tienen alto riesgo de ser depresivos, padecer trastornos de la conducta o desórdenes cognitivos. Finalmente la depresión es tratable y existe tratamiento efectivo [5].

El costo de la tamización puede ser beneficioso, ya que se requiere de pequeña infraestructura, y existe una variedad de instrumentos validados para tamización. El costo del tratamiento es considerado apropiada con relación a la pérdida de la productividad a largo plazo si no es tratada esta patología.



Los servicios preventivos de los EE UU hacen un análisis de la evidencia sobre el tema, concluyendo que el set de estudios clínicos tiene varias limitaciones desde el punto de vista metodológico, dadas por los pequeños tamaños de las muestras, el alto nivel de heterogeneidad demográfica, clínica y metodológica, lo cual califica la evidencia como pobre o insuficiente para poder establecer recomendaciones sólidas frente a la utilidad de la tamización universal para depresión postparto. Aunque existen intervenciones terapéuticas que pueden ser útiles en el manejo de ésta condición, la evidencia disponible no permite establecer si la tamización mejora los desenlaces[5].

De acuerdo con el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, la tamización para depresión anteparto o postparto, debería considerarse fuertemente, aún con la falta de evidencia suficiente para soportar dicha recomendación para la tamización universal. Las pacientes con factores de riesgo identificados deberían seleccionarse para hacerles un tamizaje[6].

## **2.9 ESCALA DE DEPRESIÓN DE POST-PARTO DE EDINBURGH [EPDS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS]:**

Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio.

Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh.

Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana

anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos.

El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico.

La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

#### 2.9.1 Instrucciones de uso:

- ✓ Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
- ✓ Tienen que responder las diez preguntas.
- ✓ Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
- ✓ La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
- ✓ La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

#### 2.9.2 Pautas para la evaluación:

Es la escala más utilizada en el ámbito sanitario y la que más estudios realizados tiene para mostrar su validez. La EPDS es una escala concebida para identificar los síntomas depresivos que aparecen tras dar a luz y no para diagnosticar la depresión postparto (18,19, 20,21, 22, 23, 24, 25, 26, 27]. Esta escala fue creada por J.L.Cox en 1987 [15,16, 18, 25]y está compuesta por 10 ítems, cada uno de los cuales se puntúa del 0 al 3, según la gravedad sintomática.

La puntuación mínima que se puede conseguir es 0 y la puntuación máxima que se puede alcanzar es de 30 puntos [13, 15, 16, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 28]. Los ítems 1, 2 y 4 se evalúan en la dirección de 0, 1, 2, 3, el resto de ítems se evalúan en la dirección inversa, es decir 3, 2, 1, 0 [29].

Los ítems que se analizan son los siguientes [13]:

1. Capacidad de reír
2. Anhedonia
3. Culpabilidad
4. Ansiedad
5. Ataques de pánico
6. Angustia (abrumado)
7. Trastornos del sueño
8. Tristeza
9. Llanto
10. Ideas suicidas

La escala evalúa los 7 días anteriores a la realización de la escala. La escala puede ser realizada desde el primer día después de dar a luz hasta las 6 semanas siguientes del alumbramiento, aunque hay estudios que alargan el período de tiempo en el que se puede realizar la escala hasta los dos meses tras el parto [23, 28].

También se recomienda realizar esta escala en los primeros dos o tres días tras haber dado a luz, o en la primera revisión pediátrica, que en el caso de CAV sería una semana después del alumbramiento. Volver a realizar la escala a las tres o cuatro semanas después del alumbramiento ayuda a distinguir si los síntomas anteriores eran consecuencia del blues materno o son síntomas de depresión postparto.

Todos los ítems que aparecen en la escala se pueden clasificar en dos grupos, los que tienen que ver con la tristeza y los que se refieren a la ansiedad [20]. De los 10 ítems de la escala, 5 están relacionados con la disforia, 2 ítems con la ansiedad, 1 sentimiento de culpa, otro con las ideas suicidas y el último ítem con las dificultades de concentración [20].

Para algunos expertos, el punto de corte de la escala se encuentra en 12 puntos mientras otros lo sitúan en 13 [13, 15, 16, 19, 20, 22, 25, 30, 26, 27, 28]. Algunos estudios

recomiendan que el punto de corte se situé en 13 puntos para poder identificar un trastorno depresivo [13, 16, 20, 26, 27, 28, 30], mientras otros trabajos establecen el punto óptimo en la puntuación 12 para la depresión mayor, y 10 puntos para la depresión menor [19, 23, 25, 26].

Ciertos estudios indican que si la escala se utilizará habitualmente el punto de corte debería bajar hasta los 10 puntos para poder identificar posibles síntomas depresivos [13, 16, 20, 23, 25, 26, 28] y que utilizando este punto de corte se consigue identificar al 90% de las mujeres con DPP. A las mujeres que presentan una puntuación de entre 5-9 puntos, que sufren síntomas depresivos sin ideación suicida o que padecen un deterioro funcional, se les vuelve a pasar la escala para volver a evaluarlas en un período de tiempo no superior a un mes [13].

Una de las ventajas del EPDS es que aunque la evaluación continua que se realiza no revele síntomas depresivos significativos, puede reflejar un resultado positivo y hacer que la evaluación se realice de forma más exhaustiva, y poder dar a conocer otros trastornos mentales, que no tienen por qué ser una depresión postparto [26, 27].

Otra de las ventajas del EPDS es que uno de los ítems evaluadores trata sobre el pensamiento de autolesión e ideas suicidas, permitiendo actuar con rapidez si la mujer a la que se ha pasado la escala presenta una puntuación superior a 0 en este ítem [26].

Se ha constatado que entre las mujeres que sufren el blues materno durante las dos primeras semanas o más tras dar a luz y que han dado una puntuación superior al punto de corte de 13 puntos, pueden ser identificadas de manera precoz, y en el caso de sufrir una depresión postparto se encuentren en evaluación [26].

Las mujeres que no sufren el síndrome blues más de dos semanas no suelen alcanzar puntuaciones más elevadas que 12 puntos en EPDS [26]. Aunque la mayoría de estudios no refieren los mismos porcentajes de sensibilidad y especificidad, es interesante conocer los datos que ofrecen los mismos.

Para unos, la consistencia interna de EPDS ha dado niveles aceptables de confiabilidad [27] en el medidor alfa de Cronbach, siendo la sensibilidad del 86%, la especificidad del 78% y un valor predictivo positivo del 73% en una puntuación de corte de 13 puntos [15, 28].

En otros, la escala EPDS ha mostrado una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92% para depresión mayor [26, 31], mientras que en el caso de España, donde el punto de corte se sitúa en 11 puntos, presentan una sensibilidad del 79%, una especificidad del 95% y un valor predictivo positivo del 63% [31].

Otros estudios indican que la escala tiene una sensibilidad y especificidad de entre el 70-85% según el punto de corte que se utilice [14]. Para otros, la consistencia interna que muestra la EPDS es del 0,79 y se encuentra en un nivel adecuado. [20, 31]. La EPDS no incluye ningún síntoma somático común que suele suceder normalmente en el puerperio, como pueden ser el insomnio y los cambios de apetito. [25, 26, 27, 28].

El tiempo aproximado que se requiere para realizar la escala EDPS es de unos 5 minutos, siendo la ventaja de la escala su facilidad para entender, realizar y puntuar. [14, 16, 25, 27]. Se ha demostrado la eficacia de la escala tanto en el ámbito hospitalario como en la salud primaria, por lo que es una de las escalas más utilizadas para la identificación de los síntomas de la DPP hoy en día [16].

Esta escala está traducida a varios idiomas y se ha comprobado que es válida para evaluar a mujeres de distintos ámbitos culturales [30], y que puede ser usada tanto perinatalmente como postnatalmente [26,27]. La prevalencia según la escala es del 28% [27] Como en todos los instrumentos que se utilizan para el diagnóstico o evaluación de un problema en la EPDS también se pueden dar falsos positivos y falsos negativos, por lo que la escala debe usarse como herramienta complementaria para un diagnóstico clínico [26, 27].

### 2.9.3 Puntuación EPDS:

- ✓ Menor 10: sin riesgo de DPP EPDS
- ✓ 10-12: límite riesgo depresión EPDS
- ✓ Mayor o igual a 13: probable depresión 1 ,mostrando una sensibilidad del 85% y especificidad del 77%

## **2.10 CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

La depresión materna incrementa el riesgo de consumo de tabaco y otras sustancias con las consecuencias que ello trae [5]. En las clínicas de perinatología se publicó una revisión sobre la relación de la depresión materna con la prematuridad y el bajo peso al nacer[5],

encontrando relación entre la ansiedad materna prenatal con niveles elevados de corticotropina, hormona implicada en la fisiopatología de la depresión en madres de niños prematuros comparados con madres de niños nacidos a término.

Otros investigadores, hallaron en un estudio de casos y controles, mayor número de casos de parto prematuro y ruptura prematura de membranas en mujeres con ansiedad y depresión antenatal en relación a los controles [5].

## **2.11 EFECTOS DE LA DEPRESIÓN POSPARTO EN LA SALUD DEL INFANTE:**

### 2.11.1 Salud mental:

Se ha reportado problemas relacionados con el temperamento infantil y la severidad o cronicidad de los síntomas de depresión posparto. Se describe problemas de conducta hacia los 5 años, así como bajo coeficiente intelectual, mayor riesgo de trastornos psiquiátricos (ansiedad de separación y ansiedad social, depresión, déficit de atención o hiperactividad) en relación con hijos de madres control [5].

### 2.11.2 Salud física:

Se observa incremento en el número de visitas a urgencias, disminución en el uso de los servicios preventivos, como la vacunación. En general son problemas relacionados con la falta de cuidado [5].

## **2.12 TRATAMIENTO:**

Las estrategias de tratamiento que mejor funcionan son multifactoriales. Incluyen educación, psicoterapia, apoyo de grupo, derivación a asociaciones de autoayuda y nacionales y asesoramiento conjunto si la relación con la pareja es problemática. La terapia interpersonal y la cognitivo-conductual son efectivas en el tratamiento de la depresión postparto [1].

La detección temprana de síntomas y la pronta iniciación del tratamiento pueden reducir significativamente las consecuencias de ésta condición.

El tratamiento profiláctico con antidepresivos no ha demostrado consistentemente reducir el riesgo de depresión postparto recurrente. Sin embargo, las mujeres que desarrollaron trastornos depresivos mayores durante el embarazo están en riesgo no sólo por la



probabilidad de exacerbación en el puerperio, sino también por la mayor probabilidad de tener complicaciones obstétricas, como retardo en el crecimiento intrauterino, parto pretérmino, abrupcio placentae y conducta neonatal alterada[2].

La depresión postparto suele tratarse con psicoeducación, psicoterapia y medicación [32,33]:

### 2.12.1 La psicoeducación:

Es la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, además brinda apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. Es el proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo.

Los objetivos de la psicoeducación es orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la Calidad de Vida, reforzando las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad. Para esto la teoría es, cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.

Los elementos importantes en la psicoeducación son:

- ✓ La transferencia de la información (sintomatología de los trastornos, causas, conceptos del tratamiento etc.)
- ✓ Descarga emocional (entender para animar, cambio de experiencias con otros).
- ✓ Apoyo con medicina o tratamiento psicoterapéutico.
- ✓ Apoyo para la autoayuda (ej. entrenamiento para que reconozcan las situaciones de crisis y sepan cómo actuar).

La psicoeducación puede ser individual, grupal, familiar; puede realizarse en un entorno clínico o en el hogar. La psicoeducación es llevada a cabo por los profesionales de la salud mental (psicólogos) o por los profesionales de salud. Además debe adecuarse al nivel sociocultural del paciente, a su personalidad, su patología y su información previa. La principal herramienta es UNO MISMO otras herramientas utilizadas son el PAD (Potencial de

Adaptación), el PEX (Potencial Experiencial), los esquemas relacionales (consideración, seguridad, confianza, disponibilidad, congruencia y la empatía)

La psicoeducación atiende a las personas que sufren de un trastorno psicológico estos pueden ser trastornos internalizados o externalizados.

### 2.12.2 La psicoterapia:

La psicoterapia de apoyo intenta ayudar al paciente al lograr el mejor nivel de funcionamiento posible teniendo en cuenta los problemas concretos que le genera la enfermedad en su actividad habitual y en su entorno. Trata de aportar un soporte emocional al paciente y conseguir de él la mayor colaboración posible con el tratamiento. Se basa en técnicas de explicación de la enfermedad, de adecuación de las expectativas de recuperación con la realidad, de educación para solventar problemas que la enfermedad genera, de desarrollo de sistemas de apoyo al enfermo y de apoyo afectivo del terapeuta hacia el paciente.

Dos de las psicoterapias más estudiadas y de eficacia contrastada son la psicoterapia interpersonal y la psicoterapia cognitiva. La primera busca mejorar la depresión a través de la mejora de las relaciones interpersonales, las cuales pueden estar alteradas y se consideran relacionadas con el inicio de los síntomas.

La terapia cognitiva es una técnica dirigida y bien estructurada que busca corregir aquellos pensamientos alterados por su carga negativa o pesimista que se cree que están en el origen de la depresión, dado que el pensamiento se conecta intensamente con la afectividad y la conducta. Se trataría de localizar estos pensamientos y sustituirlos por otros más reales y positivos.

Casi todas las psicoterapias requieren un plazo largo de tratamiento, desde pocos meses a varios años, lo cual conlleva el problema de la continuidad de la terapia por parte del paciente cuando éste ya se cree encontrar bien. En este sentido es necesario tener en cuenta que la psicoterapia no busca solo resolver un episodio depresivo sino también generar los cambios necesarios en la persona para intentar prevenir la recaída.

✓ 2.12.2.1\_\_\_*Consejería:*

Puede ayudar a hablar a través de sus preocupaciones con un psiquiatra, psicólogo u otro profesional de la salud mental. A través de asesoramiento, usted puede encontrar mejores maneras de lidiar con sus sentimientos, resolver problemas y establecer metas realistas. A veces la terapia familiar o la relación también ayuda [32].

✓ 2.12.2.2\_\_\_*Antidepresivos:*

Los antidepresivos son un tratamiento probado para la depresión postparto. Si está en periodo de lactancia, es importante saber que cualquier medicamento que toma entrará en la leche materna. Sin embargo, algunos antidepresivos pueden utilizarse durante la lactancia con poco riesgo de efectos secundarios para el bebé. Según la Massachusetts General Hospital, en su publicación titulada “Breastfeeding & Psychiatric Medications en el 201, publicó la siguiente información acerca de los efectos de los antidepresivos en la leche materna [32,33].

Los antidepresivos en general, se consideran relativamente seguros para su uso durante la lactancia cuando sea clínicamente, y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, en particular, son una de las clases más estudiados de los medicamentos durante la lactancia. En los estudios más rigurosos, las mujeres lactantes han proporcionado repetidamente muestras de leche materna y muestras de sangre para niños a fin de que los investigadores de cuantificar la exposición medicamentos al infante.

Los datos disponibles sobre el uso de los antidepresivos tricíclicos (ATC), los de primera elección que son los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS) durante la lactancia han sido alentadores y sugieren que las cantidades de droga a la que está expuesto el lactante es baja y que las complicaciones importantes relacionados con la exposición neonatal a los antidepresivos en leche maternaparecen ser raros. Se han detectado niveles típicamente muy bajos o no detectables de fármaco en el suero de bebés, la exposición a la medicación en la leche materna no da lugar a bloqueo clínicamente significativa de la serotonina (5 - HT) en los lactantes.

Aunque hay menos información disponible sobre otros antidepresivos, no se han reportado efectos adversos graves relacionados con la exposición a estos medicamentos. Ha habido un pequeño número de reportes de casos de efectos adversos en los niños expuestos a los antidepresivos en la leche materna, como nerviosismo, irritabilidad, llanto excesivo, trastornos del sueño y problemas de alimentación.

En muchos casos no ha sido posible establecer una relación causal entre estos eventos y la exposición a las drogas. Todos los medicamentos que se toman por la madre se excretan en la leche materna, y no hay evidencia que sugiere que ciertos antidepresivos representan riesgos significativos para el lactante [33].

En cuanto a la selección de un antidepresivo apropiado, se debe tratar de escoger un antidepresivo para el que hay datos que avalen su seguridad durante la lactancia (por ejemplo, sertralina, paroxetina, fluoxetina, antidepresivos tricíclicos). Sin embargo, algunas situaciones pueden justificar el uso de los antidepresivos con los datos de seguridad menos disponibles. Por ejemplo, si una mujer ha respondido a un antidepresivo en particular en el pasado, sería razonable considerar el uso de antidepresivos de nuevo.

Puede haber ciertas situaciones donde la información sobre la exposición a las drogas en los niños puede ayudar a tomar decisiones sobre el tratamiento. Si hay un cambio significativo en el comportamiento del niño (por ejemplo, irritabilidad, sedación, problemas de alimentación, o trastornos del sueño), se puede obtener el nivel de fármaco suero en bebés. Si los niveles son altos, la lactancia materna puede ser suspendida. Del mismo modo, si la madre está tomando una alta dosis de la medicación, puede ser útil para medir los niveles de la droga en el bebé para determinar el grado de exposición [33].

✓ 2.12.2.3\_\_\_*La terapia hormonal:*

Reemplazo de estrógeno puede ayudar a contrarrestar la rápida disminución de estrógeno que acompaña el parto, lo que puede aliviar los signos y síntomas de la depresión postparto en algunas mujeres. La investigación sobre la eficacia de la terapia hormonal para la depresión postparto se limita, sin embargo. Con el

tratamiento adecuado, la depresión postparto suele desaparecer a los pocos meses. En algunos casos, la depresión postparto dura mucho más tiempo. Es importante continuar el tratamiento después de que la persona empiece a sentirse mejor. Suspender el tratamiento demasiado pronto puede llevar a una recaída.

✓ **2.12.2.4** *Agentes contra la ansiedad:*

Dada la prevalencia de síntomas de ansiedad durante el período postparto, agentes ansiolíticos se utilizan a menudo en esta configuración. Los datos sobre el uso de las benzodiacepinas han sido limitados, sin embargo, los datos disponibles sugieren que la cantidad de medicamento al que el lactante está expuesto es bajo. Se han publicado informes de casos de sedación, falta de apetito y dificultad respiratoria en los lactantes, sin embargo, los datos, cuando se reunió, se sugieren una incidencia relativamente baja de efectos adversos en los niños expuestos a las benzodiacepinas en la leche materna [33].

### **2.13 IMPACTO DE LA ENFERMEDAD:**

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

### **2.14 IMPACTO DE LA MADRE:**

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

### **III. OBJETIVOS**

- 3.1 Establecer el riesgo de depresión postparto según la escala de Edimburgo, durante el puerperio.
- 3.2 Conocer los factores de riesgo que presentan las pacientes con depresión postparto
- 3.3 Identificar que síntomas depresivos son más frecuentes según la escala de Edimburgo.
- 3.4 Determinar las características demográficas en pacientes con riesgo de depresión postparto.



## **VI. MATERIAL Y MÉTODOS**

### 4.1. Universo:

Pacientes en puerperio que acuden a la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente durante el año 2015.

### 4.2 Muestra:

Se le realizó el Test de Edimburgo a 1800 puérperas (puerperio alejado) que acudieron a la consulta externa del Hospital Regional de Occidente durante el año 2015, de las cuales 336 pacientes dieron prueba positiva al test de Edimburgo, a quienes se estudiaron factores de riesgo, síntomas depresivos y aspectos demográficos.

### 4.3. Tipo de Estudio:

Prospectivo-Descriptivo.

### 4.4. Recursos:

#### 4.4.1 Humanos

- Pacientes en puerperio que acuden a la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente durante el año 2015.
- Investigador.
- Asesor-Revisor.

#### 4.4.2. Materiales

- Boleta de recolección de datos.
- Test de Edimburgo.
- Computadora e impresora
- Hojas.

#### 4.5. Selección de los sujetos a estudio:

##### 4.5.1. Criterio de inclusión:

- Pacientes que acuden a la consulta externa de ginecología y obstetricia para seguimiento del puerperio en el Hospital Regional de Occidente, durante el año 2015.

##### 4.5.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes en puerperio mediato y tardío que consulten a la consulta externa del Hospital Regional de Occidente, para seguimiento de puerperio.
- Pacientes con Psicosis postparto.
- Pacientes con Tristeza postparto.
- Pacientes analfabetas.
- Pacientes con discapacidad auditiva y visual.

#### 4.6 Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VARIABLE Y ESCALA DE MEDICION
<b><i>Puerperio</i></b>	Periodo de tiempo que dura la recuperación completa del aparato reproductor después del parto.	✓ Inmediato. ✓ Mediato. ✓ Alejado. ✓ Tardío.	-Cualitativa -Nominal
<b><i>Depresión Postparto</i></b>	Trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres hasta el año	✓ Tristeza postparto ✓ Depresión moderada ✓ Psicosis postparto	-Cualitativa -Nominal

	después del parto.		
<b>Test de Edimburgo</b>	Esta escala se usa como método de pesquisa para la detección de la depresión posparto mediante el interrogatorio de 10 preguntas relacionadas con el comportamiento de la puérpera durante los siete días anteriores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ &lt;10: sin riesgo</li> <li>✓ 10-12: límite</li> <li>✓ ≥13: probable</li> </ul>	-Cualitativa -Ordinal
<b>Edad</b>	Periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ &lt;15 años</li> <li>✓ 16-25 años</li> <li>✓ 26-35 años</li> <li>✓ &gt;35 años</li> </ul>	-Cualitativa -Ordinal
<b>Procedencia</b>	Morada fija y permanente. Lugar en que se considera establecida una persona para el ejercicio de sus derechos y obligaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rural</li> <li>✓ Urbana</li> </ul>	Cualitativa -Nominal
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ninguna</li> <li>✓ Primaria</li> <li>✓ Básico</li> <li>✓ Universitario</li> </ul>	-Cualitativa -Nominal

<b>Estado civil</b>	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Soltera</li> <li>✓ Unida</li> <li>✓ Casada</li> </ul>	Cualitativa -Nominal
<b>Ocupación</b>	Trabajo asalariado, al servicio de un empleador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ama de casa</li> <li>✓ Maestra</li> <li>✓ Otro</li> </ul>	-Cualitativa -Nominal
<b>Paridad</b>	Cantidad de partos que ha presentado una mujer en edad reproductiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Primípara</li> <li>✓ Multipara</li> <li>✓ Gram multipara</li> </ul>	-Cualitativa -Nominal
<b>Síntomas depresivos</b>	Conjunto de referencias subjetivas que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Capacidad de reír</li> <li>✓ Anhedonia</li> <li>✓ Culpabilidad</li> <li>✓ Ansiedad</li> <li>✓ Ataques de pánico</li> <li>✓ Angustia (abrumado)</li> <li>✓ Trastornos del sueño</li> <li>✓ Tristeza</li> <li>✓ Llanto</li> <li>✓ Ideas suicida</li> </ul>	-Cualitativa -Nominal
<b>Factores de riesgo</b>	Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desórdenes mentales</li> <li>✓ Depresión posparto en el pasado</li> <li>✓ Historia familiar de</li> </ul>	-Cualitativa -Nominal

	de sufrir una enfermedad o lesión.	depresión ✓ Antecedente de depresión sin asociación al puerperio ✓ Tener un bebé con problemas de salud ✓ Haber tenido un aborto ✓ Tuvo un hijo muerto ✓ Embarazo no deseado ✓ Antecedente de trastorno de la alimentación ✓ Embarazo producto de abuso sexual ✓ Embarazo en adolescentes ✓ Mujeres inmigrantes o desplazadas ✓ Estrés psicosocial en los últimos 6 meses ✓ Condición socioeconómica comprometida ✓ Pobre red de apoyo social ✓ Antecedente de adicciones ✓ Bajo peso del neonato.	
--	------------------------------------	--	--

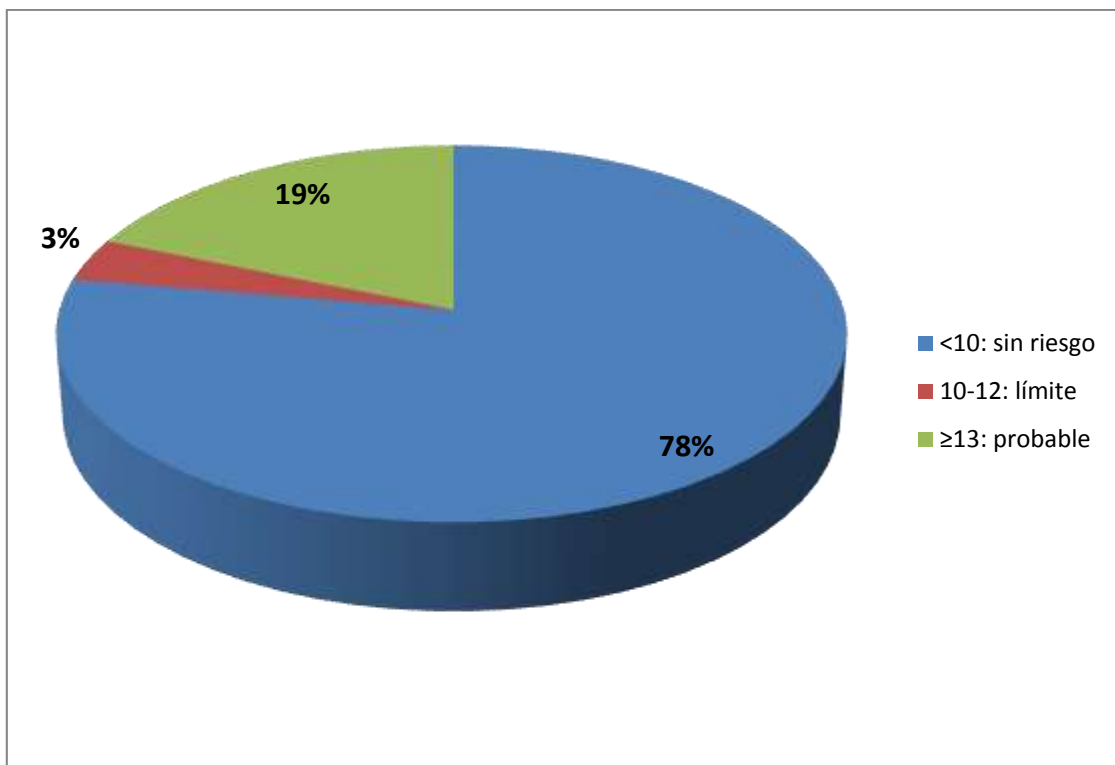
#### 4.7. Proceso de investigación:

- Se realizó el test de Edimburgo a pacientes puérperas que acudieron a la clínica número 6 de la consulta externa del Hospital Regional de Occidente, previo a consentimiento informado. Luego se procedió a evaluar los expedientes clínicos de pacientes para llenar la boleta recolectora de datos.
- Ya con los datos obtenidos en los expedientes y los test de Edimburgo, se procedió a tabular variables y a la realización de gráficas en Excel, para su respectivo análisis.

## V. RESULTADOS

### GRÁFICA No. 1

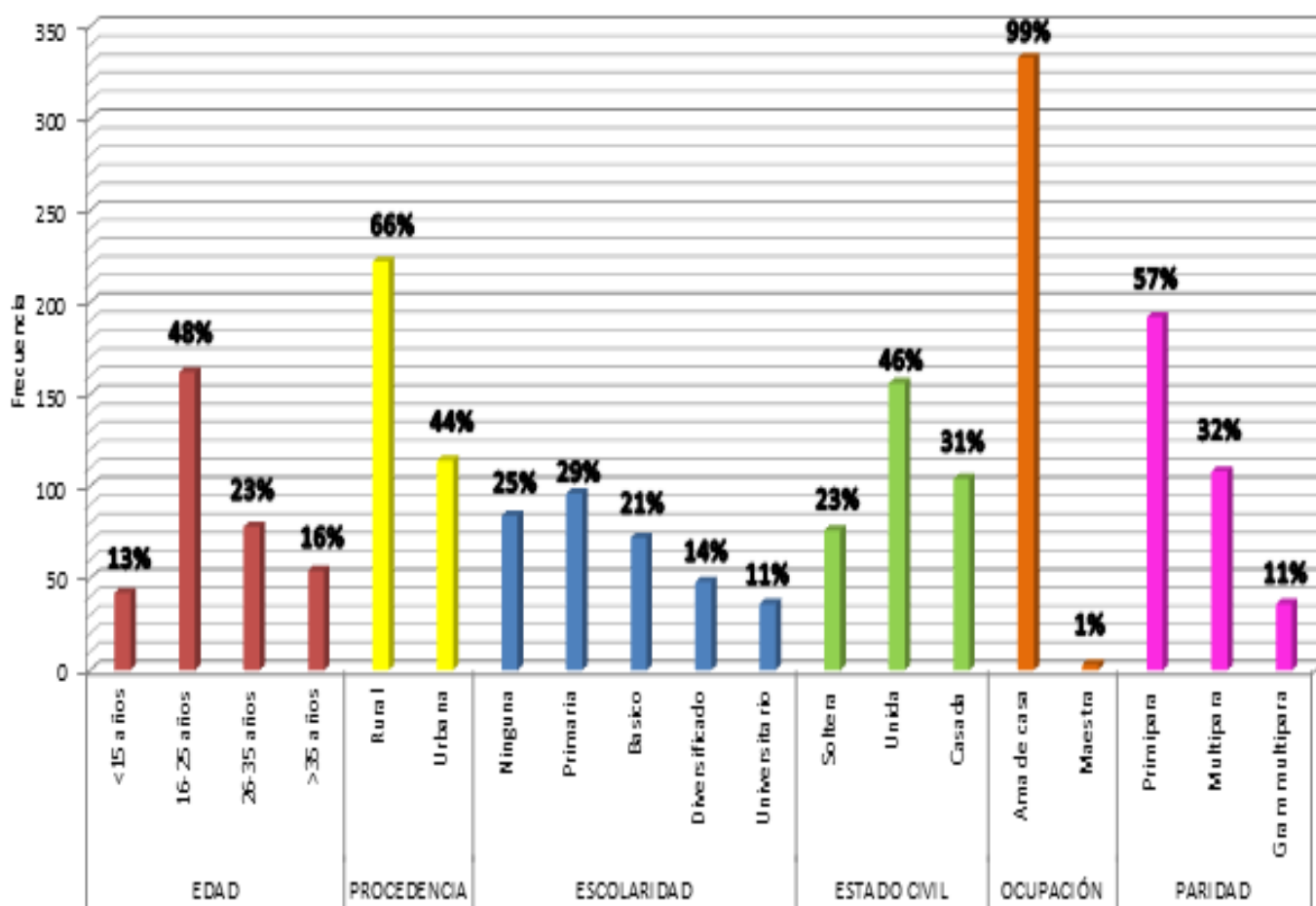
#### DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN EL TEST DE EDIMBURGO



**Fuente:** Test de Edimburgo

## GRÁFICA No.2

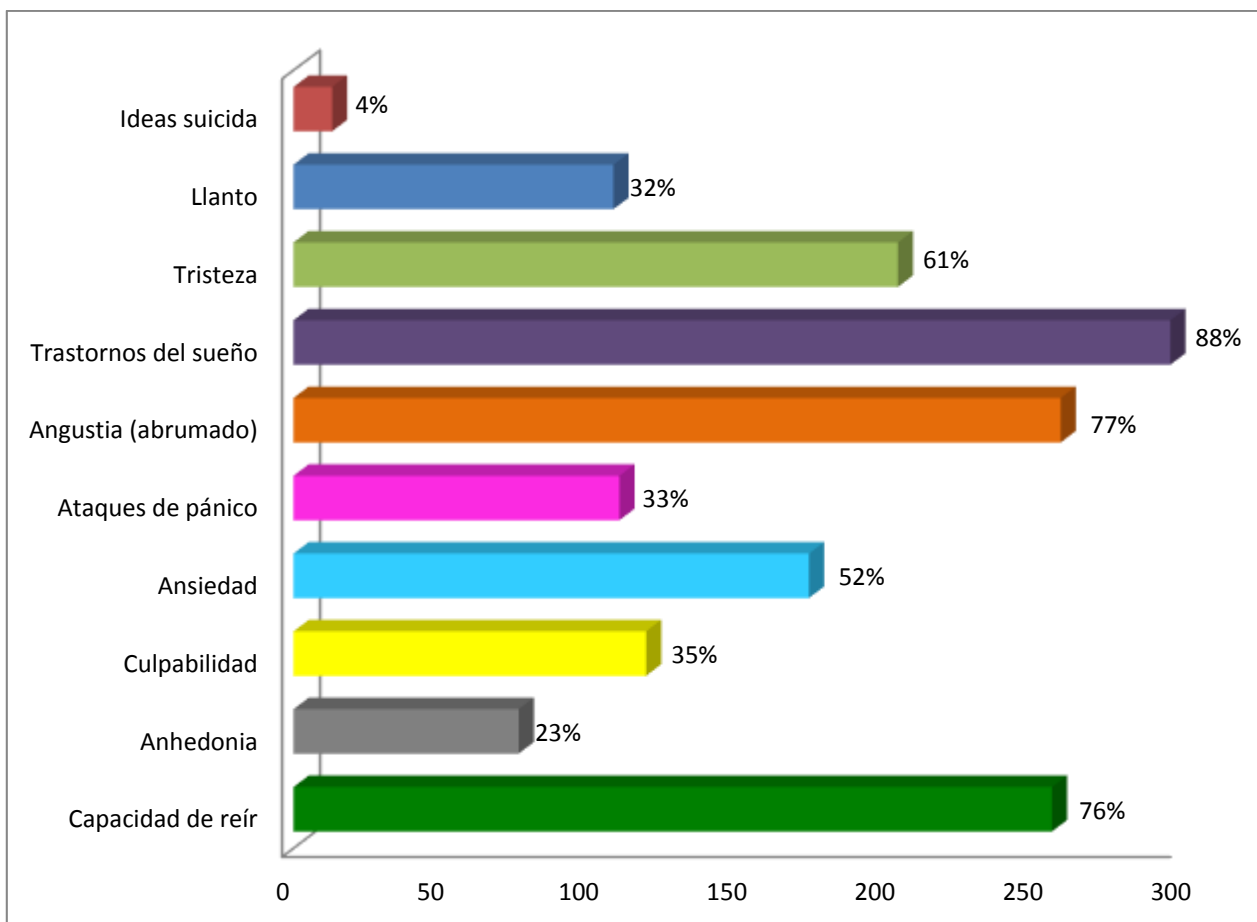
### CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS



Fuente: Boleta de recolección de datos

### GRÁFICA No. 3

#### SINTOMAS DEPRESIVOS SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO

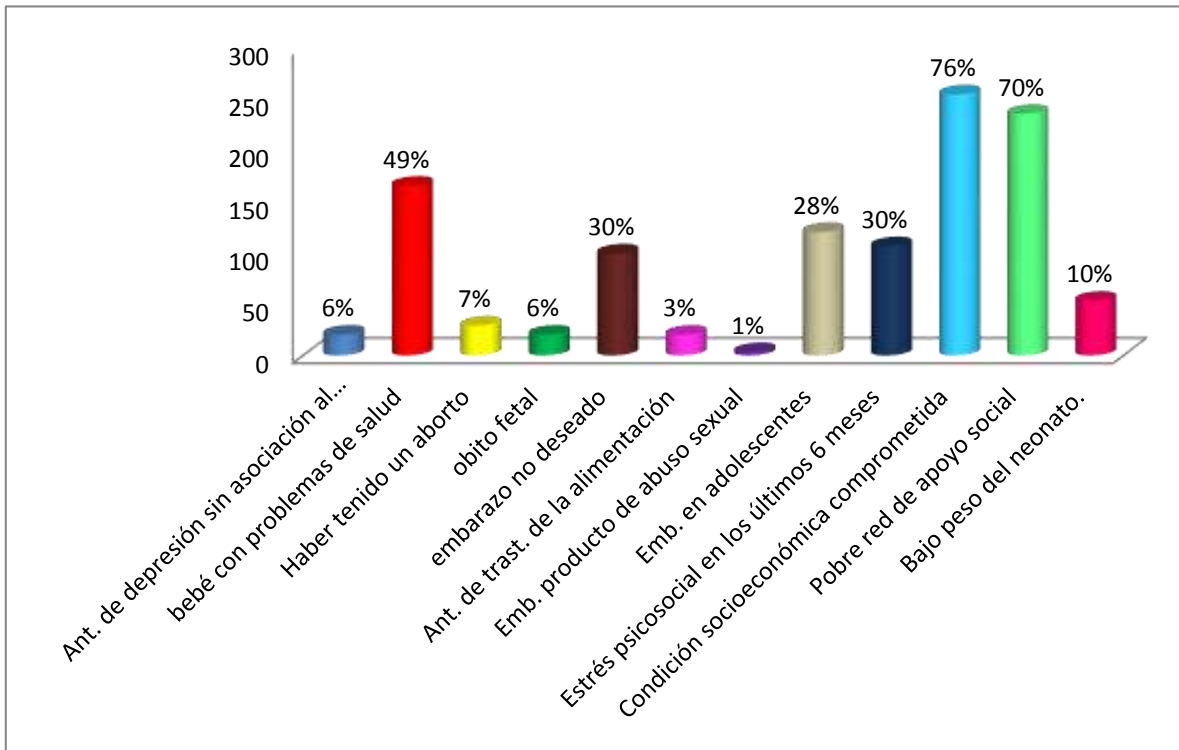


**Fuente:** Boleta de recolección de datos



## GRÁFICA No. 4

### FACTORES DE RIESGOS



**Fuente:** Boleta de recolección de datos

## VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo, afectando un 85% de las puérperas. La depresión postparto (DPP) es un problema de salud pública a escala mundial. Es la condición psiquiátrica más frecuente durante el posparto y existe una extensa documentación del grado de discapacidad que puede llegar a provocar en la madre, su asociación al rezago en el desarrollo infantil y a trastornos conductuales en la vida adulta de la descendencia.

En este estudio se incluyó a 1800 puérperas que se encontraban en puerperio alejado, de las cuales 336 se encontraron con test de Edimburgo positivo, es decir un 19% (Ver gráfica No. 1). Dato que difiere con otros estudios, como el realizado en el Hospital de Zacapa en el año 2012, en donde se evidenció que 36% de pacientes se encontraban en depresión posnatal, dato similar al estudio realizado en el Hospital General san Juan de Dios en donde se presentó en un 36 a 42%, sin embargo estos datos también difieren a los indicados en la literatura mundial ya que indican que afecta al 10% de la población postparto. Se puede considerar que las diferencias en los porcentajes pueden deberse al momento en que se realizó el test, sin embargo no contamos con ese dato.

La Escala de Edimburgo ha mostrado ser un buen método de pesquisa precoz de la depresión posparto, puesto que la mayoría de las madres con test positivos, al aplicárseles la encuesta diagnóstica para depresión según DSM-IV se les ha confirmado el diagnóstico de depresión; es así que esta pesquisa debiera realizarse en dos etapas: el rastreo con un test de auto-aplicación, tipo Escala de Edimburgo, seguido de una entrevista diagnóstica con especialistas, para los casos con test positivos [34].

Asimismo, otros estudios, han evidenciado que este instrumento es confiable y válido para la identificación de posibles síntomas depresivos. Por lo que se considera de suma importancia realizar el test en forma de tamizaje en este hospital, ya que se ha documentado ser un test eficaz y que ayuda al diagnóstico temprano de depresión postparto para evitar complicaciones de dicha patología.

Se establecieron las características demográficas que presentaron las pacientes con depresión postparto según el test de Edimburgo y se documentó que el 48% presentaban un

rango de edad entre los 16 a 25 años (Ver gráfica No. 1), dato que concuerda con el estudio realizado en el Hospital de Zacapa en donde la edad más frecuente fue el rango entre 20 a 25 años, así como al realizado en el Hospital de Maternidad periférica zona 13, evidenciado que el 49% se encontraba en el rango de 15 a 25 años. Otro estudio que nos indica que esta edad es susceptible a presentar depresión postparto es el realizado en Maracaibo Venezuela, donde encontraron que el promedio de las pacientes fue de 23 años. Sin embargo otros estudios indican que la edad como factor de riesgo es dudoso ya que existen discrepancias, se ha señalado que las mujeres adolescentes presenten más depresión que las mayores, puesto que ciertos factores desmoralizadores en el entorno social y las experiencias pasadas, tornan al adolescente más vulnerable a hechos vitales como el embarazo, reportándose tasas de prevalencias dentro de este grupo etario de un 14% a un 48%; sin embargo, en otros trabajos esta diferencia no ha resultado ser estadísticamente significativa. Asimismo, otros autores han expresado que como la prevalencia de depresión mayor aumenta con la edad, en las mujeres adultas pudiese ser mayor la frecuencia de DPP debido a que se pudiese tratar de recaídas de una depresión de base desencadenada por los cambios hormonales productos del parto y los factores socio-culturales relacionados con la llegada de un nuevo hijo.

Se estableció que un 66% de las pacientes provenían del área rural. Diferencia encontrada con los resultados obtenidos en el Hospital de Maternidad Periférica zona 13, en donde la mayoría de las pacientes provenía del área urbana en el 80%, diferencia que puede atribuirse a que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es una entidad semiprivada, con un nivel socioeconómico medio y por la lejanía que tiene a las áreas rurales, por lo cual la población que asista a este nosocomio sea más del área urbana que rural, a diferencia del Hospital Regional de Occidente, la cual es una entidad pública, con pacientes con un nivel socioeconómico bajo.

El 29% de las pacientes académicamente llegaron a primaria, mientras el 25% eran analfabetas, por lo que más de la mitad de las pacientes tienen un nivel académico bajo (ver gráfica No. 2). En el Hospital de Zacapa la mayoría de pacientes habían llegado a nivel primario en 57% seguido de básico en 21% de los casos, por lo que estos datos apoyan a que el nivel académico bajo, añadido al económico son dos variables importantes para que una mujer sea más susceptible a padecer depresión postparto.

Las madres unidas se documentaron en el 46% de los casos, siendo el estado civil más frecuente (ver gráfica No. 2). Dato que concuerda del realizado en el Hospital de Zacapa en donde el estado civil más frecuente fue unido en 65% de los casos, así como el estudio realizado en el Hospital de Maternidad de la zona 13, siendo las madres unidas el 37%. Por lo que se puede establecer que este estado civil es vulnerable ya que las parejas no se encuentran prevalencia de riesgo de depresión posparto presentan. Respaldo esta información, los datos obtenidos a nivel internacional donde se da a conocer que las pacientes que conviven en un ambiente con inestabilidad emocional en relación a su actual pareja, al igual que inestabilidad económica y con nivel académico bajo, son las que mayor riesgo de depresión presentan.

Un 99% de los casos son amas de casas (ver gráfica No. 2), dato que es similar al encontrado en el Hospital de Maternidad Periférica zona 13, en donde el 86% de las pacientes no trabajaban por lo que se considera que son amas de casa.

La paridad más frecuente fueron las puérperas primíparas (ver gráfica No. 2) en más de la mitad de los casos (57%). Sin embargo, los resultados obtenidos por Moreno y cols, Evans y cols y Latorre y cols no mostró, que la primiparidad sea un factor determinante para la presencia de depresión posparto, observándose similares puntuaciones entre las primíparas y las multíparas; lo que indica que un instrumento de rastreo como el test de Edimburgo debería ser aplicado a todas las puérperas de forma universal y no restringirlo a poblaciones de supuesto mayor riesgo.

La caracterización demográfica de las pacientes postparto en nuestro medio es de vital importancia, ya que la detección de depresión posparto es de suma importancia puesto que el no realizar un tratamiento específico durante este periodo, puede acarrear grandes consecuencias tanto para la madre, como para el hijo y la familia en general; por lo que se hace imprescindible fomentar la creación de una consulta posparto y la difusión del uso de este tipo de herramientas para disminuir las consecuencias de esta patología.

Se documentó que los principales síntomas depresivos que las pacientes presentaron fueron: los trastornos en el sueño en 88%, así como un 77% se sentía angustiada, 76% presentaban incapacidad para reír y 61% tristeza, solamente un 4% indico presentar ideas suicidas (ver gráfica No. 3). Esta sintomatología nos ayuda a la detección postparto de una paciente con depresión.

Los factores de riesgo más frecuentes en nuestra población son: 76% de las pacientes indicaban tener una condición socioeconómica comprometida, el 70% indicaba presentar un pobre apoyo social, el 49% indicaba tener a su bebé con problemas de salud y un 30% indicaba problemas de estrés en los últimos 6 meses (ver gráfica No. 4). Los factores sociales tienen un rol importante en el desencadenamiento de la DPP, se ha encontrado una relación inversamente proporcional entre nivel socioeconómico y prevalencia de depresión posparto [1, 5, 21]; independiente del grado de desarrollo del país, el nivel socioeconómico bajo de las personas constituye un factor de riesgo para sufrir esta patología. Se ha observado que tanto los factores psicológicos como los sociales son los de mayor importancia en la presentación de la DPP, por lo que han sido denominados factores de riesgo mayores.

Además se observa que el 30% de las pacientes con riesgo de depresión posparto no habían deseado el embarazo, esto permite observar que el estar expuestas a una situación no esperada o no deseada hace que el estrés, el temor y la ansiedad aumenten y hace que el riesgo de este desorden sea mayor; en relación con las pacientes que si planean un embarazo, que cuentan con el apoyo de una pareja estable y una situación económica favorable.

Una fortaleza de este estudio es que fue desarrollado en un centro asistencial de salud pública, sistema que atiende a una considerable parte de la población, lo que permitió efectuar un seguimiento posparto mediante una consulta posnatal, permitiéndole a las pacientes que fueron incluidas poderse familiarizar con el instrumento de pesquisa utilizado y participar en el diagnóstico DPP. Dentro de las limitaciones del estudio es que se incluyó un tamaño de muestreo relativamente pequeño, ya que se documentaron en el Hospital 7147 partos (Eutócicos/Distócicos), sin embargo por ser un estudio realizado en consulta externa, muchas pacientes ya no acuden a su control del puerperio.

## **6.1 CONCLUSIONES**

- 6.1.1 El riesgo de depresión postparto según la Escala de Edimburgo fue del 19%, durante el puerperio.
- 6.1.2 Las características demográficas en pacientes con depresión posparto son: edad entre 16-25 años, provenientes del área rural, con nivel académico hasta primaria, unidas, ama de casas y primíparas.
- 6.1.3 Los síntomas depresivos según la Escala de Edimburgo en orden de frecuencia son: Trastornos en el sueño, sentimientos de angustia, incapacidad para reír, tristeza y ansiedad.
- 6.1.4 Los factores de riesgo en pacientes con depresión postparto en orden de frecuencia son: Condición socioeconómica comprometida, pobre red de apoyo social, bebé con problemas de salud, embarazo no deseado y estrés psicosocial en los últimos 6 meses.

## **VII. RECOMENDACIONES**

### **7.1 PROVEEDORES DE SALUD:**

7.1.1 Utilizar la Escala de Edimburgo como prueba de tamizaje tanto en el puerperio como en el embarazo.

### **7.2 DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA:**

7.2.1 Crear un vínculo con el Departamento de Psicología para establecer el uso rutinario de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo para la detección temprana de las pacientes con depresión postparto.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DEPRESIÓN POSTPARTO. PSIQUIATRIA. WENDY NAVAS OROZCO. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX (608) 639 - 647, 2013.
2. Maradiegue Montero, Susana. Evolución diagnóstica y manejo terapéutico de la depresión y psicosis posparto de las pacientes egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el periodo comprendido entre el 2000-2007. Tesis de Maestría. Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrado , San José, C.R, 2010
3. Carro García, T; Sierra Manzano, Ma; Hernández Gómez, Ma J.; Ladrón Moreno, E; Antolín Barrio, E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Extraído el 25 de mayo del 2013 de la página <http://www.mgyf.org/medicinageneral/mayo2000/452-456.pdf>
4. Peña, Diana Marcela, Calvo, José Manuel. Aspectos clínicos de la depresión posparto. Extraído el 25 de mayo del 2013 de la pagina Web: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/24/9789584476180.21.pdf>
5. Depresión postparto. QUIPO DE MEDICINA FAMILIAR PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. *Publicado por RMFPUJ el 25 DE FEBRERO DE 2011.* <https://preventiva.wordpress.com/2011/02/25/depresion-posparto-240111/>
6. Postpartum Major Depression. KATHRYN P. HIRST. Am Fam Physician. 2010;82(8):926-933
7. Clinical Report—Incorporating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression. Into Pediatric Practice Pediatrics 2010;126:1032–1039
8. Acuña M. Actualización en depresión postparto. EVIDENCIA en Atención Primaria, Vol. 5 No. 6
9. Depresión Postparto. Autor/a: Julia de Paz Lozano Tutor/a: Mayte Soy Andrade. Universidad FRANCISO DE VITORIA, MADRID. 2015.
10. Borbalán Escánez, J.; Depresión postparto; Universidad de Almería; 2013. <http://repositorio.ual.es/jspui/bitstream/10835/2495/1/Trabajo.pdf>
11. Matos Guando, F.; Llantoy Cornejo, S.; Perfil psicológico de madres primerizas postparto y afecto en el bebé. Universidad privada Sergio Bernales, carrera profesional de obstetricia; Cañete, Perú; 2012 <http://www.monografias.com/trabajos94/perfil-psicologico-madres-primerizaspost-parto-y-afecto-bebe/perfil-psicologico-madres-primerizas-post-parto-y-afecto-bebe2.shtml>



12. Depresión mayor; Base de datos Medline; Actualizado Octubre 2014.  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000945.htm>
13. Roy-Byrne P. Postpartum blues and unipolar depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. UpToDate [Internet] 2014 [Fecha de acceso: 2016/02/05]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/postpartum-blues-and-unipolar-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis>
14. Matijasevich A, Munhoz TN, Tavares BF, Barbosa, Ana Paula Pereira Neto, da Silva DM, Abitante MS, et al. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population. BMC Psychiatry [Internet] 2014[Fecha de acceso: 2016/02/02];14(1):1. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4203969/>
15. Segre LS, Pollack LO, Brock RL, Andrew JR, O'Hara MW. Depression screening on a maternity unit: a mixed-methods evaluation of nurses' views and implementation strategies. Issues Ment Health Nurs 2014;35(6):444-454
16. García M. Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: factores psicosociales predisponentes. Madrid 2011.
17. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Lam-Figueroa N. El Blues Materno. Contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación. Revista Peruana de Epidemiología 2011;15(2):2-3.
18. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol Reprod Hum 2013; 27(3):185-193.
19. Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for postnatal depression--a summary of current knowledge. Tidsskr Nor Laegeforen 2014 Feb 11;134(3):297-301.
20. Dois CEMA. Actualizaciones en depresión postparto. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet] 2012[Fecha de acceso: 2016/02/05];38(4): 576-586. Disponible en: <http://scieloprueba.sld.cu/pdf/gin/v38n4/gin16412.pdf>
21. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: a metaanalytic review. Clin Psychol Rev 2013;33(8):1205-1217.
22. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Med Chil 2015;143(7):887-894.
23. Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. J Affect Disord 2009;113(1):77-87.

24. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry* 2015;57(Suppl 2):S216.
25. Matthey S, Lee C, Črnčec R, Trapolini T. Errors in scoring the Edinburgh Postnatal Depression scale. *Arch Womens Ment Health* 2013;16(2):117-122.
26. Milgrom J, Gemmill AW. Screening for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet] 2014[Fecha de acceso: 2016/02/09]; 28(1):13-23 Disponible en: <http://www.bestpracticeobgyn.com/article/S1521-6934%2813%2900126-0/abstract>
27. Zhong Q, Gelaye B, Rondon M, Sánchez SE, García PJ, Sánchez E, et al. Comparative performance of patient health questionnaire-9 and Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening antepartum depression. *J Affect Disord*[Internet] 2014 [Fecha de acceso: 2016/02/08]; 162:1-7. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714001396>
28. Petrozzi A, Gagliardi L. Anxious and depressive components of Edinburgh Postnatal Depression Scale in maternal postpartum psychological problems<sup>1</sup>). *J Perinat Med* 2013;41(4):343-348. (27) Matijasevich A, Munhoz TN, Tavares BF, Barbosa, Ana Paula Pereira Neto, da Silva DM, Abitante MS, et al. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population. *BMC Psychiatry* [Internet] 2014[Fecha de acceso: 2016/02/02];14(1):1. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4203969/>
29. Holopainen A, Hakulinen-Viitanen T. New parents' experiences of postpartum depression-a systematic review of qualitative evidence. *JB I Database System Rev Implement Rep* [Internet] 2012 [Fecha de acceso: 2016/02/07]; 10(56 Suppl):249-258. Disponible en: <http://joannabriggslibrary.org/index.php/jbisrir/article/view/266>
30. Takahashi Y, Tamakoshi K. Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya J Med Sci* 2014 Feb;76(1-2):129-138.
31. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28(1):3-12.
32. Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER), Postpartum depression [Revista en línea] "MayoClinic.com," "Embody Health," "Enhance your life," and the triple-shield Mayo Clinic logo are trademarks of Mayo Foundation for

Medical Education and Research. 1998-201, Sept. 11, 2012, [Accesado 3 de Octubre del 2012]. Disponible en: (<http://www.mayoclinic.com/health/postpartum-depression/DS00546/DSECTION=treatments-and-drugs>)

33. Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School [publicación en línea] "Breastfeeding & Psychiatric Medications", MGH Center for Women's Mental Health, Reproductive Psychiatry Resource and information Center, 2013. [Accesado 6 de Octubre del 2013]. Disponible en: <http://www.womensmentalhealth.org/specialty-clinics/breastfeeding-and-psychiatric-medication/>
34. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coeman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez 2007;67(3):187-91.
35. Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. ConStanza mendoza b., Sandra Saldiviab. Rev Med Chile 2015; 143: 887-894

## IX. ANEXOS

**Universidad de San Carlos de Guatemala**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Escuela de Post Grado**  
**Maestría en Ginecología y Obstetricia**  
**BOLETA RECOLECTORA DE DATOS**

Nombre: \_\_\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_

Riesgo de depresión postparto  
según el Test de Edimburgo:

- ✓ <10: sin riesgo: \_\_\_\_\_
- ✓ 10-12: límite: \_\_\_\_\_
- ✓ ≥13: probable: \_\_\_\_\_

Edad:

- ✓ <15 años: \_\_\_\_\_
- ✓ 16-25 años: \_\_\_\_\_
- ✓ 26-35 años: \_\_\_\_\_
- ✓ >35 años: \_\_\_\_\_

Estado civil:

- ✓ Soltera: \_\_\_\_\_
- ✓ Unida: \_\_\_\_\_
- ✓ Casada: \_\_\_\_\_

Procedencia:

- ✓ Rural: \_\_\_\_\_
- ✓ Urbana: \_\_\_\_\_

Ocupación:

- ✓ Ama de casa: \_\_\_\_\_
- ✓ Maestra: \_\_\_\_\_
- ✓ Otro: \_\_\_\_\_

Escolaridad:

- ✓ Ninguna: \_\_\_\_\_
- ✓ Primaria: \_\_\_\_\_
- ✓ Básico: \_\_\_\_\_
- ✓ Universitario: \_\_\_\_\_

Paridad:

- ✓ Primípara: \_\_\_\_\_
- ✓ Multípara: \_\_\_\_\_
- ✓ Gran multípara: \_\_\_\_\_

Continúa...

Síntomas depresivos:

- ✓ Capacidad de reír:\_\_\_\_\_
- ✓ Anhedonia:\_\_\_\_\_
- ✓ Culpabilidad:\_\_\_\_\_
- ✓ Ansiedad :\_\_\_\_\_
- ✓ Ataques de pánico:\_\_\_\_\_
- ✓ Angustia (abrumado):\_\_\_\_\_
- ✓ Trastornos del sueño :\_\_\_\_\_
- ✓ Tristeza:\_\_\_\_\_
- ✓ Llanto:\_\_\_\_\_
- ✓ Ideas suicidas:\_\_\_\_\_

Factores de riesgo [5]:

- ✓ Desórdenes mentales:\_\_\_\_\_
- ✓ Depresión posparto en el pasado
- ✓ Historia familiar de depresión:\_\_\_\_\_
- ✓ Antecedente de depresión sin asociación al puerperio:\_\_\_\_\_
- ✓ Tener un bebé con problemas de salud:\_\_\_\_\_
- ✓ Haber tenido un aborto:\_\_\_\_\_
- ✓ Tuvo un hijo muerto:\_\_\_\_\_
- ✓ Embarazo no deseado:\_\_\_\_\_
- ✓ Antecedente de trastorno de la alimentación:\_\_\_\_\_
- ✓ Embarazo producto de abuso sexual:\_\_\_\_\_
- ✓ Embarazo en adolescentes:\_\_\_\_\_
- ✓ Mujeres inmigrantes o desplazadas:\_\_\_\_\_
- ✓ Estrés psicosocial en los últimos 6 meses:\_\_\_\_\_
- ✓ Condición socioeconómica comprometida:\_\_\_\_\_
- ✓ Pobre red de apoyo social:\_\_\_\_\_
- ✓ Antecedente de adicciones:\_\_\_\_\_
- ✓ Bajo peso del neonato:\_\_\_\_\_
- ✓ Otro:\_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO (EPDS)

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

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

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

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

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

- Tanto como siempre
- No tanto ahora
- Mucho menos
- No, no he podido

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

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

2. He mirado el futuro con placer:

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

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:

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

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

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, algunas veces
- No muy a menudo
- No, nunca

6. Las cosas me oprimen o agobian:

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

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

- ✓ Sí, la mayoría de las veces
- ✓ Sí, a veces
- ✓ No muy a menudo
- ✓ No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

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

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

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

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

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

## DEPRESIÓN POSPARTO ESCALA DE EDIMBURGO

Modelo para la puntuación de las respuestas al cuestionario - EDPPE

Pregunta – Respuesta - Puntos

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

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

2. ¿He mirado el futuro con placer?

- ✓ Tanto como siempre: 0
- ✓ Algo menos de lo que solía hacer: 1
- ✓ Definitivamente menos: 2
- ✓ No, nada: 3

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

- ✓ Sí, la mayoría de las veces: 3
- ✓ Sí, algunas veces: 2
- ✓ No muy a menudo: 1
- ✓ No, nunca: 0

4. ¿He estado ansiosa y preocupada sin motivo?

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

5. ¿He sentido miedo y pánico sin motivo alguno?

- ✓ Sí, bastante: 3



- ✓ Sí, a veces: 2
- ✓ No, no mucho: 1
- ✓ No, nada: 0

6. ¿Las cosas me oprimen o agobian?

- ✓ Sí, la mayor parte de las veces: 3
- ✓ Sí, a veces: 2
- ✓ No, casi nunca: 1
- ✓ No, nada: 0

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

- ✓ Sí, la mayoría de las veces: 3
- ✓ Sí, a veces: 2
- ✓ No muy a menudo: 1
- ✓ No, nada: 0

8. ¿Me he sentido triste y desgraciada?

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

9. ¿He sido tan infeliz que he estado llorando?

- ✓ Sí, casi siempre: 3
- ✓ Sí, bastante a menudo: 2
- ✓ Solo en ocasiones: 1
- ✓ No, nunca: 0

10. ¿He pensado en hacerme daño a mí misma?

- ✓ Sí, bastante a menudo: 3
- ✓ A veces: 2
- ✓ Casi nunca: 1
- ✓ No, nunca: 0

## PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE DEPRESION POSPARTO

### INTRODUCCION:

El presente Protocolo es un apoyo dirigido a los residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de occidente, para el cuidado de la salud integral de las mujeres y sus hijos e hijas durante el periodo post parto.

La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos. Se define operacionalmente como una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por lo menos 2 semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios.

En todas las edades, las características prominentes de los trastornos depresivos incluyen depresión o irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, el interés en las actividades sentimientos de culpa, pérdida de energía, problemas de concentración, cambios en el apetito, el procesamiento psicomotor (retraso o agitación), e ideación suicida. Por esas razones, la depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo.

Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del 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.

A nivel mundial la prevalencia de depresión posparto oscila entre 10-15% en países desarrollados; en los estudios realizados en los últimos años se ha comprobado que mientras menor nivel económico posea un país, bajo nivel educacional, cultural y sobre todo en sociedades machistas la prevalencia de este desorden es aún mayor.

Es la complicación más común de la maternidad a nivel mundial, viéndose un incremento de casos y convirtiéndose en una patología de importancia para la organización mundial de la salud, situándola entre las 5 enfermedades de mayor interés para investigación. Guatemala no es la excepción ya que estos casos son secundarios a muchos factores, como por ejemplo: la pobreza y las limitaciones que se tienen a nivel salud para brindar una atención más completa a las pacientes durante su embarazo, parto y puerperio.

La Escala de Edimburgo ha mostrado ser un buen método de pesquisa precoz de la depresión posparto, puesto que la mayoría de las madres con test positivos, al aplicárseles la encuesta diagnóstica para depresión según DSM-IV se les ha confirmado el diagnóstico de depresión; es así que esta pesquisa debiera realizarse en dos etapas: el rastreo con un test de auto-aplicación, tipo Escala de Edimburgo, seguido de una entrevista diagnóstica con especialistas, para los casos con test positivos

## **OBJETIVOS:**

- Proveer a los médicos residentes una herramienta sencilla y efectiva para realizar tamizaje en las pacientes, facilitar la identificación de los factores riesgos y la sintomatología depresiva en los entornos de controles durante el embarazo y el post parto.
- Lograr establecer una asociación con el departamento de psicología para las pacientes encontradas con riesgo de depresión posparto y realizar evaluación clínica para poder brindar tratamiento adecuado a las pacientes

## **DESARROLLO DEL TEMA:**

La sintomatología de la depresión post parto es similar a aquella depresión no vinculada al embarazo, exceptuando que el contenido puede estar centrado en el hecho de haber sido madres.

La depresión post parto se caracteriza por llanto, abatimiento, labilidad emocional, sentimiento de culpa, pérdida de apetito, problemas de sueño, pérdida de deseo sexual y sentimientos de incapacidad de hacer frente a las necesidades del hijo/a, problemas de memoria, fatiga e irritabilidad.

Algunas mujeres pueden preocuparse de forma excesiva por la salud del hijo(a) o verse a sí mismas como malas madres, inadecuadas o poco cariñosas. En casos graves puede existir rechazo al hijo(a)

Factores de riesgo para el desarrollo de depresión post parto

- Condición socioeconómica comprometida
- Pobre red de apoyo social
- Bebés con problemas de salud
- Embarazo no deseado
- Estrés Psicocial en los últimos 6 meses

La Depresión Post parto se asocia con la aparición de: alteraciones en el vínculo madre-hijo, menor desarrollo y más problemas conductuales en el niño.

Entre las madres adolescentes, la Depresión Post Parto es frecuente y, además de los factores que se han descrito, se presenta el riesgo de deserción escolar, de abuso y negligencia hacia el niño.

El ambiente maternal influye en la presentación de los síntomas y se traducen en sentimientos de Incapacidad para asumir el rol de madre e involucrarse en el cuidado del niño. La mayoría de los casos, se presentan durante el primer mes de puerperio o poco después y, por lo general, los síntomas alcanzan su intensidad máxima entre las 8 y 12 semanas después del parto.

A continuación se presenta tabla que resume el instrumento que es utilizado para el tamizaje de la depresión en población de mujeres en el periodo post parto:

Nombre del instrumento	Periodo de aplicación	Momento de aplicación
Escala de Edimburgo	Post Parto	8 semanas Post Parto

El mejor momento para aplicar la Escala de Depresión de Edimburgo es a las 8 semanas post parto, ya que coincide con el período de máxima incidencia de la depresión puerperal y además, con la disminución de los síntomas atribuibles a un periodo adaptativo normal.

Dicha escala es una forma eficaz de identificar a las pacientes en riesgo de depresión. Donde se puede considerar una puntuación mínima de 0 puntos y máxima de 30; se toma como parámetros de base:

- Menor de 10 sin riesgo
- 10-12 en el limites
- Mayor o igual de 13 con riesgo de DPP
- 

La escala explora que ha sentido la madre durante la semana anterior. Esta no detectará las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Una vez que la escala ha sido aplicada y el resultado esté alterado, es decir se obtenga 13 o más puntos, inmediatamente deberá ser referida a psicología para la confirmación diagnóstica y dar tratamiento.

## DEPRESIÓN POSPARTO ESCALA DE EDIMBURGO

Modelo para la puntuación de las respuestas al cuestionario - EDPPE

Pregunta – Respuesta - Puntos

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

- ✓ Tanto como siempre: 0
- ✓ No tanto ahora: 1
- ✓ Mucho menos: 2

✓ No, no he podido: 3

2. ¿He mirado el futuro con placer?

- ✓ Tanto como siempre: 0
- ✓ Algo menos de lo que solía hacer: 1

- ✓ Definitivamente menos: 2
  - ✓ No, nada: 3
3. ¿Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien?
- ✓ Sí, la mayoría de las veces: 3
  - ✓ Sí, algunas veces: 2
  - ✓ No muy a menudo: 1
  - ✓ No, nunca: 0
4. ¿He estado ansiosa y preocupada sin motivo?
- ✓ No, para nada: 0
  - ✓ Casi nada: 1
  - ✓ Sí, a veces: 2
  - ✓ Sí, a menudo: 3
5. ¿He sentido miedo y pánico sin motivo alguno?
- ✓ Sí, bastante: 3
  - ✓ Sí, a veces: 2
  - ✓ No, no mucho: 1
  - ✓ No, nada: 0
6. ¿Las cosas me oprimen o agobian?
- ✓ Sí, la mayor parte de las veces: 3
  - ✓ Sí, a veces: 2
  - ✓ No, casi nunca: 1
  - ✓ No, nada: 0
7. ¿Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir?
- ✓ Sí, la mayoría de las veces: 3
  - ✓ Sí, a veces: 2
  - ✓ No muy a menudo: 1
  - ✓ No, nada: 0
8. ¿Me he sentido triste y desgraciada?
- ✓ Sí, casi siempre: 3
  - ✓ Sí, bastante a menudo: 2
  - ✓ No muy a menudo: 1
  - ✓ No, nada: 0
9. ¿He sido tan infeliz que he estado llorando?
- ✓ Sí, casi siempre: 3
  - ✓ Sí, bastante a menudo: 2
  - ✓ Solo en ocasiones: 1
  - ✓ No, nunca: 0
10. ¿He pensado en hacerme daño a mí misma?
- ✓ Sí, bastante a menudo: 3
  - ✓ A veces: 2
  - ✓ Casi nunca: 1
  - ✓ No, nunca: 0

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

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