

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
2003



*Informe Final del Trabajo de Tesis Titulada
"Validación de la Escala de Edimburgo
como Tamizaje para la depresión Post parto."*

*Estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado en
los meses de Junio del año 2002 a Agosto del año 2003 en la Maternidad
cantonal Mama Margarita, San Jose Pinula, Guatemala.*

Pablo Jose Peñate Maldonado

INDICE

I. INTRODUCCION.....	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	2-4
III . JUSTIFICACION.....	5
IV. OBJETIVO.....	6
V. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	7-22
VI. MATERIAL Y METODOS.....	23-29
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	28-30
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	31
IX. CONCLUSIONES.....	32
X. RECOMENDACIONES.....	33
XI. RESUMEN.....	34
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	35-36
XIII. ANEXOS.....	37-46

I. INTRODUCCION

"La negación que da lugar a altos índices de mortalidad y morbilidad materna constituye no sólo una afrenta a la dignidad de la mujer, sino que hace parte de un mosaico ampliamente identificado de discriminación sistemática e ilegal" Carol Bellamy, Directora Ejecutiva del UNICEF (13)"

Según UNICEF, cada minuto, 380 mujeres resultan embarazadas y otras 190 enfrentan un embarazo no deseado o no planificado.

La realidad en muchos países de la Región, es que prevalecen numerosas barreras de tipo económico, geográfico y cultural que impiden el acceso adecuado, oportuno y equitativo de las mujeres a servicios de salud con calidad, incluyendo la atención obstétrica esencial.

Pero más allá, es fundamental reconocer que este fenómeno constituye, ante todo, un trágico síntoma de una grave injusticia social, que solo puede ser enfrentada desde una visión integral del problema y un análisis detallado de la dinámica de discriminación contra las mujeres.

La depresión post parto como tal, no figura en la morbilidad prioritaria del MSPAS, ni es valorada en la atención integral de la mujer, los únicos reglones dentro de la atención a la mujer, son los comprendidos a salud reproductiva, clasificación de la violencia intra familiar y cáncer de mama y cervix.

La escala de Edimburgo, fue diseñada para identificar este problema, y es el objetivo de este estudio, validarla para que pueda ser empleada en el diagnóstico temprano de la depresión post parto, y posteriormente sea incluida en la morbilidad prioritaria y así sean obtenidos datos concretos del problema en nuestra población y se puedan generar programas de atención verdaderamente integral a la mujer Guatemalteca.

El Test de Edimburgo fue generado en Inglaterra, para esos efectos, ha sido validado en diferentes países europeos y no existe evidencia, que haya sido usada en las regiones latinoamericanas; es por eso que dentro de la búsqueda de una atención integral a la mujer debe de ir contemplada la detección temprana de la depresión post parto para iniciar la reducción verdadera de la morbilidad materno - infantil.

El Test de Edimburgo consta de diez preguntas cortas, autoaplicadas, que hacen relación a cómo se han sentido las madres en la última semana. Cada una de las respuestas es valorada de 0 a 3; se obtiene una puntuación global de la suma de todas ellas. Un total de 12 o más puntos indicarán la probabilidad de padecer el trastorno.

Este estudio se realizó En la Maternidad Cantonal "Mama Margarita" ubicada en San José Pinula Guatemala, entrevistando a 125 pacientes en su octavo día post parto.

La metodología que se aplicó para la validación del instrumento fue comparar los resultados con una prueba estándar de oro para depresión general, en este caso fue el test de Hamilton. Luego se utilizó el método de Kappa como tratamiento estadístico para sensibilidad y especificidad. Obteniendo resultado positivo en cuanto a la validez de la escala de Edimburgo y lo principal, se obtuvo como resultado una incidencia de un 17% de depresión post parto.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Es de reconocerse que la salud emocional materna no es únicamente un problema social y de salud, sino lo más importante para la sociedad es que cada una de ellas se convierta en una tragedia familiar en determinados grupos sociales. Se considera que las altas tasas de fecundidad van estrechamente relacionadas con las altas de morbi-mortalidad materna y que entre las condiciones para cumplir dicha aseveración se encuentran: una alta paridez, gestación precoz, intervalo ínter genésico corto, condiciones socioeconómicas y culturales deprimentes y limitaciones en los servicios de salud.(13)

Desde finales de los años setenta la fecundidad ha venido disminuyendo, como resultado de la concentración de la población en áreas urbanas, la mejoría de los niveles educativos y la difusión y oferta de anticonceptivos. Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil para 1995 (ENSMI-95) la fecundidad descendió casi 23% en los últimos 15 años, 8% en los últimos 8 años.(7)

La tasa de natalidad fue de 37,3 por 1.000 habitantes en 1995 y la tasa global de fecundidad 5,1 hijos por mujer (6,2 en las zonas rurales y 3,8 en las urbanas). La tasa de fecundidad de la población indígena se ha mantenido estable entre 1986 y 1995, mientras que en el grupo no indígena se observó una disminución de 5,0 hijos por mujer en 1987 a 4,3 en 1995. En 1994 el subregistro de la natalidad se estimó en 3%. De mantenerse invariables los niveles actuales de reproducción, las mujeres tendrían 5.1 hijos en promedio durante toda su vida fértil, en comparación con más de 6 en los años setenta. (7)

En la ENSMI-95 se recolectó información sobre diversos factores determinantes de los niveles y tendencias de la fecundidad en Guatemala: (1) La nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo, (2) Infertilidad natural post-parto. (3) Preferencias reproductivas y (4) Uso de métodos anticonceptivos.(7)

Se ha estimado que las complicaciones de salud durante el embarazo y el parto son responsables por un 18% de la carga global de enfermedad de las mujeres entre los 15 y 44 años de edad en el mundo entero. En el caso específico de América Latina y el Caribe, más de 500,000 mujeres padecen problemas crónicos de salud como consecuencia de inadecuada asistencia durante el parto. Cerca de 3'240,000 madres no pueden someterse a un control de embarazo, mientras que otras 3'440,000 no reciben atención de parto en una institución de salud. 2'980,000 mujeres no tienen acceso a atención de parto por personal calificado. (13)

Según UNICEF, cada minuto, 380 mujeres resultan embarazadas y otras 190 enfrentan un embarazo no deseado o no planificado. (10)

La realidad en muchos países de la Región, es que prevalecen numerosas barreras de tipo económico, geográfico y cultural que impiden el acceso adecuado, oportuno y equitativo de las mujeres a servicios de salud con calidad, incluyendo la atención obstétrica esencial. (13)

Pero más allá, es fundamental reconocer que este fenómeno constituye, ante todo, un trágico síntoma de una grave injusticia social, que solo puede ser enfrentada desde una visión integral del problema y un análisis detallado de la dinámica de discriminación contra las mujeres. (10)

En Guatemala no hay datos de morbilidad psiquiátrica a nivel nacional. Se estima que una cuarta parte de la población puede presentar trastornos de tipo emocional, proporción que podría ser hasta de 35% en las zonas que fueron víctimas de conflicto armado. (Perfil de Salud de País para: GUATEMALA)

Por otro lado la salud mental no ha sido una prioridad en el país, pero desde hace dos años un grupo de organismos gubernamentales y no gubernamentales está llamando la atención sobre el problema para crear un programa nacional de salud mental.(7),(13),(16)

En Guatemala el Ministerio de Salud cuenta con un hospital psiquiátrico de referencia nacional, con 350 camas, que proporciona también consultas externas y hospitalización de día. El IGSS cuenta con una unidad de psiquiatría con 25 camas, que sirve para la referencia de sus afiliados y brinda también consulta externa. El Ministerio de Salud cuenta con clínicas psiquiátricas de consulta externa en tres hospitales nacionales ubicados en la capital.

En el área metropolitana hay 10 psicólogos del Ministerio y 10 del IGSS que prestan atención en centros de salud y policlínicas periféricas. El IGSS tiene un programa de Psicología Comunitaria en el departamento de Escuintla.(7)

La red de servicios de salud del municipio de San José Pinula Guatemala, consiste en un centro de salud tipo B, con 2 puesto adscritos, la maternidad cantonal sujeta a la misma área de influencia, pero administrada con fondos privados y autofinanciable, los actores sociales inmersos en la prestación de servicios relacionados a la salud son: 2 ONG(FEDECON, Cooperativa local), 1 consultorio del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y una estación de los Bomberos Voluntarios.

Ente las 10 primeras causas de Mortalidad de la población a estudio tenemos:

1. Bronconeumonías 17 %
2. Paro Cardio Respiratorio 13%
3. Shock Séptico 7%
4. Diarrea 6%
5. Senilidad 5%
6. Cáncer 4%
7. Infarto Agudo del Miocardio 4%
8. Trauma Cráneo Encefálico 4%
9. Insuficiencia Respiratoria 3%
10. Otras Causas: 37 %

10 Primeras Causas de Morbilidad:

1. Resfriado Común.
2. Parasitismo.
3. Amigadalis.
4. Dermatitis.
5. Infección del Tracto Urinario.
6. Enfermedad Peptica.
7. Micosis.
8. Diarreas.
9. Lesiones por Accidentes
10. Otras Causas.

Fuente: Informe Anual de Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud Pública de Salud, Sistema de Información Gerencial de Salud, 2001.

Los datos presentados, nos permiten observar la gama mixta del corredor epidemiológico que representa la población a estudio, llenando las características necesarias para decir que el estudio se realizara en una población urbano – rural.

La depresión post parto como tal, no figura en la morbilidad prioritaria del MSPAS, ni es valorada en la atención integral de la mujer, los únicos reglones dentro de la atención a la mujer, son los comprendidos a salud reproductiva, clasificación de la violencia intra familiar y cáncer de mama y cervix.

La escala de Edimburgo, fue diseñada para identificar este problema, y es el objetivo de este estudio, validarla para que pueda ser empleada en el diagnóstico temprano de la depresión post parto, y posteriormente sea incluida en la morbilidad prioritaria y así sean obtenidos datos concretos del problema en nuestra población y se puedan generar programas de atención verdaderamente integral a la mujer Guatemalteca.

III. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos del estado de ánimo en el post- parto, acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y conllevan considerables repercusiones; para la propia mujer, que ve mermado su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad.

La depresión post parto tiene posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y conlleva el deterioro de las relaciones conyugales y familiares, también implica consecuencias económicas.

El médico general, juega un papel decisivo en la identificación de este problema; por esto se hace necesario tener un instrumento de fácil manejo y comprensible, que este científicamente probado para identificar este problema.

La escala de Edimburgo se convierte en la herramienta ideal para identificar la depresión post parto en todos los niveles de atención, del sistema.

En Europa, gracias al test de Edimburgo se ha logrado identificar que la depresión post-natal afecta a por lo menos 10% de las madres, y si tomamos en cuenta las tasas de natalidad tan bajas y la mejor calidad de vida en los países europeos comparados con las de nuestro país nos damos cuenta que resulta imprescindible conocer sobre nuestros índices de trastornos emocionales ya que no se tienen datos a cerca de la salud emocional de la madre como ente fundamental de la familia Guatemalteca.

En Guatemala, no se toma en cuenta la depresión post parto dentro de la atención al puerperio, no se investiga al respecto, ni mucho menos existen planes específicos de detección y tratamiento. El Test de Edimburgo fue generado en Inglaterra, para esos efectos, ha sido validado en diferentes países europeos y no existe evidencia, que haya sido usada en las regiones latinoamericanas; es por eso que dentro de la búsqueda de una atención integral a la mujer debe de ir contemplada la detección temprana de la depresión post parto para iniciar la reducción verdadera de la morbilidad materno - infantil.

IV. OBJETIVO

A. General

Validar la escala de Edimburgo como tamizaje para la depresión en mujeres Post-parto de la población de San José Pinula Guatemala, Utilizando comparativamente la escala de Hamilton para depresión.

V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

A. DEPRESION

1. Generalidades

La Organización Mundial de la Salud, distingue entre los diferentes trastornos del estado de ánimo: episodio maníaco, trastorno bipolar, episodio depresivo depresión recurrente y trastorno persistente del estado de ánimo. El término depresión solo se emplea para referirse a un padecimiento que ameritará tratamiento, por lo que es importante distinguir entre un trastorno depresivo aislado y un recurrente o depresión unipolar. Se considera que de un 15- 30% de la población general del mundo experimentará un tipo de trastorno depresivo en el transcurso de su vida.

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS se diferencia la depresión de acuerdo a la severidad de los síntomas, en leve, moderada o severa; por lo cual se toma en cuenta la presencia o no de síntomas somáticos que la acompañen. La prevalencia de la depresión unipolar se ha estimado alrededor de 15%.

La forma bipolar del padecimiento afectivo incluye, además de episodios depresivos, episodios de elación, euforia e incluso manía. Este trastorno ha sido extensamente estudiado desde el punto de vista bioquímico y genético.

2. Definición

La importancia de la depresión en la patología humana no ha sido suficientemente reconocida, no obstante que es una de las condiciones que mas frecuentemente se presentan en la clínica y que posiblemente la fuente mas importante de sufrimiento humano.

La depresión es un trastorno primario del estado de ánimo que es caracterizado por una disminución del interés en las cosas que a la persona normalmente le causan placer. El núcleo de la depresión lo constituyen, la esfera afectiva, el abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza, la inhibición de las motivaciones, la pérdida de los apetitos e interés y la angustia o agitación. En la esfera cognitiva están presentes la fijación de la atención en la vivencia dolorosa y transformación negativa de la imagen de uno mismo, la tendencia exagerada a la autocrítica y la auto evaluación. Es frecuente que el enfermo experimente una agudización notoria de su abatimiento y su angustia al iniciar el día y una notoria mejoría al acercarse la noche. En la esfera somática son muy frecuentes la pérdida del apetito la importante pérdida de peso y la perturbación del sueño que característicamente consiste en su interrupción prematura el enfermo despierta en la madrugada y se ve dominado por cavilaciones pesimistas.

Como consecuencia de la percepción pesimista que tienen de sí mismas y del mundo y de sus intentos de superar su aflicción, la vida de las personas deprimidas se altera profundamente en las esferas familiares, ocupacionales y sociales. La depresión es un estado que afecta siempre a las personas que viven con la persona que la sufre, quienes por lo general no comprenden las razones del cambio a veces dramático del enfermo y se sienten incapaces de ayudarlo.

Anteriormente se menciona que el núcleo de la depresión es el abatimiento del humor. El término Humor, es muy antiguo, se remonta a la teoría galénica de los temperamentos en la que la melancolía se atribuía a la "bilis negra".

El humor es una disposición del ánimo difusa que tiende a prevalecer; contrasta con las emociones por que estos son afectos transitorios suscitados por eventos específicos, que tienden a limitarse.

Por otra parte, la depresión no debe confundirse con tristeza, que es una emoción normal, ni con el pesimismo que es un rasgo del carácter.

La depresión es un estado persistente, global, generalmente inmotivado y que representa un cambio importante de los modos de sentir, pensar y actuar habituales en la persona, y que tiende a seguir un curso autónomo, es decir independientemente de los eventos externos. (11)

La depresión puede estar acompañada de severos síntomas y signos. Puede estar acompañada de muchas y diferentes enfermedades somáticas y psicológicas. La etiología es multifactorial pero se cree que se deba a cambios en la relación receptor - neurotransmisor del sistema límbico. La Serotonina y la norepinefrina son dos de los principales neurotransmisores involucrados pero la dopamina también se ha llegado a relacionar con la depresión en esta patología es común encontrar antecedentes de depresión en la historia familiar. (5)

Sistema o sistemas afectado (s)

- Nervioso
- Genético
- Posible defecto en el cromosoma II o X

3. Incidencia

En estados Unidos se estima que un 5-20% de la población experimentara un estado de depresión significativa en algún tiempo.

Edad Predominante

- Bipolar- media 30 años
- Unipolar -media 40 años

Sexo Predominante

- Mas en Femenino que en Masculino(16)

4. Signos y síntomas

- a. Animo deprimido
- b. Se puede establecer como un estado de depresión cuando cuatro de los siguientes están presentes:
 - Disminución del apetito
 - Cambios en el peso (Puede que el paciente coma o beba por otras razones que no sea hambre).
 - Trastornos del sueño
 - Fatiga
 - Agitación o retardo del sistema psicomotor
 - Descuido de la imagen personal
 - Ideas suicidas. Es frecuente que estas se den en el momento en que se esta recobrando por que es aquí cuando el paciente deprimido adquiere las fuerzas para cometer este acto.(4)

5. Causas

- Problemas en la síntesis de neurotransmisores
- Problemas o interrupción en el metabolismo de los neurotransmisores
- Aumento del bombeo de neurotransmisores. El potencial de acción es pasado de neurona a neurona seguidamente el neurotransmisor es reabsorbido dentro de la neurona en donde es destruido por la enzima monoamina oxidasa o removido y guardado en las bombas hasta ser utilizado de nuevo.
- Falta de neurotransmisores son causa de ciertas depresiones, por ejemplo la falta de norepinefrina causa letargia y pereza, la falta de serotonina causa irritabilidad, hostilidad e ideas suicidas.
- Factores ambientales
- La tensión de la vida diaria o la perdida de un ser querido.(15)

6. Factores de Riesgo

- Las Mujeres tienen mas riesgo de desarrollar depresión que los hombres.
- Antecedentes Familiares de depresión, suicidios, abuso de sustancias.
- Presencia de una enfermedad crónica. Especialmente enfermedades múltiples
- Dolores de cabeza tipo migrañosos.
- Dolor de espalda
- Dolor Crónico
- Infarto al miocardio reciente
- Ulcera péptica
- Insomnio

- Situaciones estresantes
- Adolescencia
- Edad avanzada
- El retiro
- Niños con trastornos de comportamiento especialmente hiperactividad
- Menopausia
- Pérdidas

B. POST PARTO Y PUERPERIO.

El puerperio es definido estrictamente como el período de confinamiento, durante el nacimiento e inmediatamente después de él. Sin embargo, por el uso popular se ha considerado que es el período durante el cual se revierten todos los cambios ocurridos en el cuerpo materno durante el embarazo, con excepción del tejido mamario. Esta fase dura sesenta días.

La regresión de los cambios ocurridos por la gestación son los siguientes:

- ❖ Involución de los tractos genital y urinario
 - Involución del cuerpo uterino
 - Regeneración del endometrio
 - Involución del sitio placentario.
 - Cambios en los vasos uterinos
 - Cambios en el cuello y en el segmento inferior
 - Cambios en vagina e introito
 - Cambios en peritoneo y pared abdominal
 - Cambios en el tracto urinario

Clasificación:

- Puerperio Inmediato Primeras 24 horas
- Puerperio Mediato Hasta el 10 día.
- Puerperio Tardío Hasta los 60 días

C. DEPRESIÓN POST- PARTO

1. Definición

La Depresión post-parto es la depresión que sufren las madres tras el embarazo y parto. También se denomina en ocasiones depresión puerperal o depresión postnatal. Su forma más grave se puede denominar psicosis posparto. La depresión posparto puede comenzar incluso a las 24 horas después del parto y puede durar meses o años. Se cree que afecta a una de cada diez mujeres en el oeste de Europa y de 15 a 25% de mujeres adultas en los Estados Unidos en una forma u otra. Aunque su reconocimiento y diagnóstico ha sido más amplio en los últimos años, fue descrita ya entonces por Hipócrates y se cree que su distribución es mundial.

Durante el embarazo y el puerperio se sucede una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasiona una mayor vulnerabilidad para la aparición de los trastornos psíquicos en la mujer.

La experiencia de las mujeres de servir de madre incluye una transición importante en sus vidas. Los cambios sociales, económicos, emocionales y físicos afectan sus papeles en sociedad. Algunas mujeres tienen dificultades en el post-parto y encuentran la ayuda de amigos, enfermeras, grupos de la vecindad y de médicos de cabecera. Sin embargo, otras mujeres pueden encontrar con frecuencia dificultades emocionales.

- La época más vulnerable para una mujer de desarrollar el inicio de los desórdenes del humor es durante el período del postparto. (1)
- Aproximadamente 12- 16 % de mujeres experimentan la depresión durante el período del postparto. (14)
- Las madres adolescentes experimentarán la depresión más con frecuencia.
- Una diagnosis de la depresión se puede pasar por alto en el período del postparto debido a las demandas de cuidar para un nuevo infante. Los cambios en sueño, apetito, fatiga y energía son comunes en el período normal del postparto y la depresión del postparto.
- Aproximadamente 30% de mujeres con una historia de depresión antes de la concepción desarrollarán la depresión postparto.
- Aproximadamente 50% de mujeres con una historia de la depresión del postparto desarrollarán depresión post-parto en un embarazo subsecuente. (5)

2. Factores Etiopatogénicos.

No se conocen con certeza los desencadenantes de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio, pero se han descrito diversos factores relacionados con su presentación. (12)

a. Teorías bioquímicas

Se han investigado distintas teorías, entre ellas la existencia de :

- i. Un fenómeno de retirada por el rápido descenso de las hormonas sexuales asociado a la modificación del cortisol plasmático. Una especial susceptibilidad de ciertas mujeres a estos cambios podría ser responsable del problema.
- ii. Una disminución del nivel de triptófano libre en suero. La disponibilidad del triptófano circulante es el factor principal que regula la actividad del enzima que constituye el paso limitante en la síntesis de serotonina, cuyo descenso juega un papel predominante como desencadenante de la depresión. Sin embargo, la administración de triptófano en el embarazo no la previene, con lo que parece existir algún otro mecanismo de modulación en la síntesis de los neurotransmisores.
- iii. La existencia de una alta respuesta a la hormona de crecimiento tras la administración de apomorfina (agonista dopaminérgico) en mujeres que desarrollan psicosis afectivas, hallazgo similar al encontrado en la psicosis postparto.
- iv. Alteración de la función tiroidea, ya que los síntomas remedian un hipotiroidismo. Además, existe una mayor incidencia de tiroiditis autoinmune en el periodo puerperal.
- v. Otros hallazgos, como una elevada concentración de anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina entre el cuarto y el sexto mes postparto, asociados a síntomas depresivos, requieren un mayor estudio. (17),(5)

b. Antecedentes psiquiátricos previos

Aunque en un 50% de los casos constituye el primer episodio de un trastorno depresivo, se han relacionado con la depresión post-parto: (8)

i. Antecedentes personales.

Estudios prospectivos y retrospectivos señalan que una historia de depresión previa aumenta la incidencia un 10%-24%. Si la depresión ocurre durante el embarazo el riesgo es más alto (35%); si existen antecedentes de depresión postparto, el riesgo de recurrencia se dispara hasta el 50%. (14)

ii. Antecedentes familiares de depresión.

Factores psicológicos El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios que ocurren no sólo en su cuerpo y en su mente sino con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales. El modelo de madre ideal, abnegada, sacrificada y entregada a su hijo, provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer.

El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito, indican problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de éste, al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo que pueden condicionar secuelas (8).

c. Factores psicosociales.

La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos, ya sea en la realización de tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, ya sea por parte de familiares o de su pareja, supone un incremento en el riesgo de estos trastornos .

La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, la no disponibilidad del periodo de baja maternal, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja constituyen factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno.(8)

d. Factores sociodemográficos.

La edad temprana o tardía de la madre, el estado civil, el nivel de estudios, la situación económica, y la situación laboral de ambos cónyuges son otras variables que se han estudiado en relación a este problema.

e. Factores de morbilidad.

-La morbilidad materna, que incluye la existencia de problemas de fertilidad en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre.

-La morbilidad del recién nacido, en la que se han estudiado como factores asociados la presencia de anomalías o enfermedades, como problemas respiratorios, infecciosos, prematuridad, bajo peso, ictericia, problemas traumatológicos, muerte neonatal y otros.(15)

3. Cuadro Clínico

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

- a. Depresión post-parto leve o Maternity Blues.**
- b. Depresión mayor post-parto.**
- c. Psicosis Post- parto**

a. Depresión post-parto leve o Maternity Blues

Es un síndrome leve, transitorio, que se presenta aproximadamente en un 20-80% de las madres . Ocurre alrededor de los 2-4 días después del parto y desaparece sin secuelas, de forma espontánea, en un plazo de dos semanas.

El cortejo sintomático se caracteriza por ansiedad, insomnio, irritabilidad, labilidad emocional, cefaleas, cambios del apetito y sentimiento de minusvalía.

Presenta una mínima implicación sobre la actividad habitual de la madre y se ha considerado como un proceso mental fisiológico de adaptación a la nueva situación. No obstante debería vigilarse la posibilidad de que estos síntomas persistan o aumenten de intensidad y deriven a una depresión postparto.

b. Depresión mayor post-parto

La clínica de este cuadro es más florida. Se inicia a las 2-3 semanas tras el nacimiento, con una duración de 4-6 semanas e incluso superior al año sin tratamiento . La prevalencia de este trastorno es del 5-22% de las nuevas madres según las distintas series. Puede manifestarse en forma de episodio maníaco que luego evoluciona a depresivo, aunque la forma de inicio más característica es la de una depresión melancólica, con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad total de hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia en relación con el afecto por éste.

La mujer que sufre una depresión post-parto generalmente experimenta varios de los siguientes síntomas.

- *Alteración del sueño y del apetito.*
- *Falta de concentración, confusión.*
- *Fatiga.*
- *Irritabilidad hacia el marido o los otros hijos.*
- *Miedo a autolesionarse o dañar al niño.*
- *Pérdida de libido*
- *Pérdida de memoria*
- *Pereza.*

- Puede aparecer raramente una intolerancia extrema hacia el bebé: llega a gritarle e incluso a pegarle.
- *Sentimiento de culpa.*
- Síntomas ansiosos; angustia intensa, miedo, taquicardia, taquipnea, temblor, mareo, pánico, etc.
- Sobreprotección del niño; la madre ve al niño siempre como enfermo, lo que motiva repetidas consultas al especialista. A veces esta situación es el único síntoma de una depresión silenciosa de la madre.
- *Tristeza*

c. Psicosis post-parto

La psicosis postparto es una enfermedad aguda y grave que ocurre en 1-2 de cada 1.000 nacimientos. Aparece generalmente de forma brusca entre el del tercer y el noveno día postparto, aunque puede iniciarse incluso en el sexto mes. La psicosis postparto no se diferencia clínicamente de otras psicosis. Su aparición clínica comporta labilidad del humor, agitación grave, confusión, incapacidad para dormir, pensamiento desorganizado y alucinaciones que implican al niño (pueden pensar que el niño está muerto, que esta poseído por un demonio y debería morir, o que es un salvador con una misión divina).

A lo largo del día puede existir una variabilidad sintomática importante ; puesto que la madre puede con frecuencia autolesionarse o dañar a su niño, la psicosis postparto es una emergencia médica.

El 15-20% de las mujeres con psicosis postparto ha tenido episodios psicóticos previos. Las primigestas son doblemente vulnerables a la psicosis. Tras un episodio de psicosis post-parto, las mujeres tienen un riesgo de recaída con episodios 0maníacos o depresivos.

4. Diagnóstico

La detección precoz de estos trastornos es difícil, lo que provoca que su incidencia esté subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas, ya que en función de las expectativas sociales deben estar contentas y llenas de satisfacción tras el acontecimiento y pueden mostrarse recelosas de revelar sus sentimientos. Dificulta aún más el diagnóstico el hecho de que el período postparto está asociado a cambios psicológicos y complicaciones somáticas que pueden remedar un cuadro depresivo. Un diagnóstico exacto es el primer escalón; para ello es imprescindible establecer unas líneas generales de acción, que incluyan :

a. Historia clínica completa junto con un examen físico y analítico:

La fatiga y astenia pueden ser debidas a la excesiva pérdida de sangre durante el parto, a la disminución del sueño y a la adaptación a las necesidades del recién nacido. La pérdida de iniciativa y los cambios de humor pueden deberse al hipotiroidismo, generalmente transitorio, que ocurre en el 4-7% de las pacientes entre el cuarto y sexto mes post-parto

b. La identificación de los grupos de riesgo:

Es aconsejable profundizar en las características pre y postnatales que pudieran predecir una mayor probabilidad de desarrollar esta patología .(1)

c. Información-Educación:

Existe una escasa documentación de este problema entre el personal sanitario; sería necesario para una detección precoz ofrecerles una información adecuada, junto con la creación de grupos de apoyo a las madres embarazadas, que hicieran participar también a los padres, en los que se tratasen los síntomas de la depresión y los posibles sentimientos de ansiedad, miedo o inseguridad que pueden aparecer tras el parto. (4)

d. Relación médico-paciente:

El médico de Atención Primaria debería atender a las quejas somáticas inespecíficas de la mujer y ser capaz de distinguir lo que es debido a la adaptación al cambio y lo que puede considerarse un cuadro depresivo . La depresión post-parto es un término clínico referido a un trastorno depresivo mayor que está temporalmente asociado con el nacimiento. La depresión mayor post-parto no ha sido catalogada como una entidad diferenciada en ninguna clasificación internacional. La única salvedad que hace el DSM-IV es que permite añadir el criterio de inicio en el post-parto para las pacientes con un trastorno depresivo mayor que acontece dentro de las cuatro primeras semanas del mismo .(1),(4)

5.Test diagnósticos usados en la depresión post-parto

- **La Escala de Depresión Post-natal de Edimburgo (EPDS).**
- Entrevista clínica Semi-estructurada (SADS).
- Entrevista Psiquiátrica Estandarizada o Escala de Goldberg's .
- Escala de Bromley para la depresión post-natal. (detecta episodios depresivos en el post-parto o previos.
- Escala auto aplicable de Zerssen (se ha usado en los primeros días tras el parto para el diagnóstico de la depresión post-parto leve o Maternity Blues.
- Escala de Zung.
- La Evaluación Psiquiátrica programada. (2)

6. Manejo Terapéutico

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

a. Tratamiento psicoterapéutico.

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

b. Tratamiento farmacológico.

Existen muy pocos estudios que permitan obtener conclusiones fiables sobre este tema. Aunque la psicoterapia constituye el tratamiento de primera línea, muchas pacientes con una depresión postparto moderada o grave requieren el tratamiento con psicofármacos; los más usados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Se sabe poco de los riesgos de la exposición del niño a la medicación a través de la leche materna, ya que se suele retirar la lactancia, por lo que se debe valorar de forma individualizada la relación beneficio/riesgo y siempre debe informarse a la mujer y su pareja de los datos que se conocen acerca de la lactancia y el uso de psicofármacos.(4)

Si la mujer tiene una historia previa de depresión postparto la medicación con antidepresivos debe iniciarse inmediatamente después del parto para prevenir una posible recaída. El tratamiento debe mantenerse de seis meses a un año. Si en la psicosis postparto existe riesgo para el niño (abandono, abuso, infanticidio) o para la madre (autoagresión o suicidio), está indicado el ingreso psiquiátrico. Deben utilizarse fármacos estabilizadores del estado de ánimo y, con gran frecuencia, neurolépticos para controlar las crisis agudas y los episodios de agitación. En caso de que la paciente no responda a la farmacoterapia o los síntomas vayan en escalada puede ser necesaria la terapia electroconvulsiva.(1)

7. Seguimiento.

Monitoreo del paciente

Se debe observar la calidad y la seguridad de la interacción de la madre con el bebe de presentarse signos psicóticos por medio de la observación en casa y por el monitoreo.(9)

Prevención

Asesorar a la madre en el tercer trimestre en cuanto a la depresión para poder identificar y tratar la depresión inmediatamente después del parto.(12)

La utilización de los indicadores personales de depresión (Escala de depresión de Zung, Beck, Hamilton.)

Posibles complicaciones.

Intenciones de hacerse daño a ella misma, Intentos suicidas

Negligencia con el bebe

Hacerle daño al bebe.

Pronóstico.

Generalmente es bueno. Su mejoría se da entre unos meses a un año .Algunos de los pacientes particularmente aquellos con desordenes de la personalidad desarrollan depresión crónica requiriendo un tratamiento por tiempo prolongado.

D. ESCALA DE DEPRESION POSTNATAL DE EDIMBURGO (EPDS)

Se han usado distintos métodos para evaluar la depresión post-parto , aunque el más usado es The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Esta escala ha sido desarrollada para ayudar a los profesionales de Atención Primaria en la detección de las madres que sufren depresión postnatal. El EPDS se desarrolló en centros de salud de Livingston y Edimburgo y se han realizado diversas validaciones en numerosos países. (6)

Consta de diez preguntas cortas, autoaplicadas, que hacen relación a cómo se han sentido las madres en la última semana. Cada una de las respuestas es valorada de 0 a 3; se obtiene una puntuación global de la suma de todas ellas. Un total de 12 o más puntos indicarán la probabilidad de padecer el trastorno. La escala no detecta ansiedad, neurosis, desórdenes de personalidad o fobias de la madre. En casos dudosos puede repetirse después de dos semanas.(2)

En la última Década muchos estudios han provisto de la confirmación substancial de lo que fue en sus inicios, lo que describiera PITT en 1968, que los meses seguidos de nacimiento eran frecuentemente caracterizados por desordenes psiquiátricos, y que por lo menos de un 10 a un 15% de las madres experimentan un marcado sufrimiento depresivo en este momento, más adelante los resultados de un estudio, mostraron que la depresión postnatal, podría tener recaída tres años después y la mitad de las mujeres con depresión, no se habían recuperado al final del primer año del posparto. El hallazgo de que los hijos de dichas mujeres con depresión mostraban disturbios del comportamiento a los tres años o defectos cognoscitivos a los cuatro años sugirió que la depresión posparto podría tener un impacto negativo, sobre la familia a largo plazo.(2)

En un estudio más reciente en 1982, se encontró que 13 de 101 mujeres entrevistadas tenían una depresión postnatal marcada y que la mayoría de estas mujeres no habían recibido ningún tratamiento por parte de sus encargados de salud primaria y mucho menos haberlas enviado con un Psiquiatra. Las tres mujeres que en el estudio habían sido referidas con un Psiquiatra fueron aquellas que no mostraban depresión. Este fallo para identificar la depresión en el puerperio especialmente en aquellas madres que eran conocidas por su médico tratante, fue causa de preocupación por parte de los clínicos.

Una dificultad que se encontró más adelante para identificar las madres con depresión, es que las escalas de depresión aparentaban tener un número grande de limitaciones cuando eran usadas en mujeres con hijos recién nacidos, tal fue el caso del estudio realizado en Edimburgo , por ejemplo con la escala de depresión y ansiedad de Bedford y Foulds, en la que se encontró una validez incierta porque en 13 de las mujeres embarazadas que puntuaron positivas para esta escala, solo tres tenían alguna forma de desorden psiquiátrico, mientras que cuatro tenían síntomas menores y seis no tenían ningún problema psiquiátrico. (2)

Similares dificultades mostró el Test de Beck en la identificación de depresión en el puerperio, en este estudio solo 11 de las 19 mujeres que puntuaban arriba de la línea de corte completaron los criterios diagnóstico para depresión y de las 23 que puntuaron debajo de la línea de corte cuatro fueron falsos negativos, más adelante el hallazgo de que las medidas de autocontrol predichas, por la escala de Beck, no fueron confirmados como síndrome clínico lo que indico que está escala era útil únicamente para dar seguimiento a las pacientes. Una posible explicación para estas aparentes limitaciones de escalas ya bien reconocidas y establecidas cuando se usaban en mujeres con hijos recién nacidos incluye que hacen énfasis en síntomas somáticos de desordenes psiquiátricos que podrían ser causados por cambios psicológicos normales. (2)

Para ser útil como es screening test para la depresión seguida del nacimiento una escala debía ser totalmente aceptada por las mujeres que no se consideren enfermas ellas mismas o que necesiten ayuda. La escala necesita ser fácil de completar y no requerir de un trabajador de salud que tenga alguna especialidad o conocimiento en psiquiatría ,debe tener validez y confiabilidad satisfactoria.

Basados en dichas observaciones, así como en la necesidad de los encargados de la salud primaria de tener una ayuda práctica de cómo identificar la depresión postnatal, se decidió crear una escala para detectar a las madres que tuvieran depresión después del parto. (2)

Para la realización de este test, eventualmente se seleccionaron 21 ítems . Estos ítems fueron probados durante pruebas piloto extensivas, de entrevistas con madres con bebés pequeños, el detalle de las palabras de los ítems y su aceptabilidad por las madres y los trabajadores en salud así como su probabilidad de detectar depresión postnatal fueron cuidadosamente evaluados. Trece ítems fueron eventualmente seleccionados como los que podían detectar depresión postnatal seis de esos ítems fueron adaptados de la escala de depresión y ansiedad y de la escala del hospital de depresión y ansiedad . La validación de esa escala de esos trece ítems fue establecida en una muestra de 63 mujeres en su puerperio que fueron atendidas en un centro de salud en Livingston. Este estudio mostró que ese test de trece ítems distinguía claramente entre las mujeres deprimidas y las no deprimidas, luego un análisis que dos de los trece ítems que trataban de irritabilidad junto con un ítem que hablaba sobre el disfrute de la maternidad formaron un factor no depresivo, este hallazgo más tarde confirmó la observación que la irritabilidad fue frecuentemente identificada como un estado de ánimo separado de la depresión y ansiedad, teniendo esto claro se sugirió que para incrementar especificidad de la escala, se debían omitir estos tres ítems, se decidió realizar más tarde otro estudio de validación usando solamente los 10 ítems que eran más claramente relacionados con la depresión. Este test de 10 ítems también tenía la ventaja que tomaba menos tiempo para ser completado. La validación de este estudio de 10 ítems se le llamó Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. La cual se realizó en 84 mujeres que vivían en Edimburgo y en Livingston Newtown.

La mayoría de las mujeres a quienes se les encuestó por visitantes médicos y quienes las asesoraron en cuanto al tratamiento de la depresión postnatal fueron los mismos visitantes médicos, quienes en seis semanas post-parto las identificaron como potencialmente deprimidas. (2)

Seguidamente a los visitantes médicos se les preguntó si ellos habían notado si estas mujeres se veían normales, deprimidas o aparentaban tener un problema para lo que ellos respondieron que se podría sospechar en algunas que dieron positiva para el estudio.

La validación se realizó dando a las madres que completaran la escala de Edimburgo y después se entrevistaron utilizando la Entrevista Psiquiátrica de Goolbergs. Los resultados de la escala de Edimburgo se guardaba en un sobre cerrado para evitar que los resultados influyeran en el diagnóstico que le diera el Visitador Médico, por medio del Test de Goldberg. La validación de los 10 ítems de la escala de Edimburgo fue dada tomando toda la muestra comparando los puntajes de la escala de Edimburgo con la escala de Goldberg. (2)

Resultados

La edad media del estudio fue de 26 años de edad y sus bebés tenían 3 meses de edad, setenta y cinco por ciento de las madres habían tenido partos normales y el quince por ciento habían sido cesáreas y diez por ciento habían tenido parto asistido por fórceps. La mayoría eran casadas (81%), el 13% tenían pareja estable permanente y solo el 6% eran madres solteras.

La proporción del total de pacientes con criterios diagnósticos fue 35 mujeres verdaderas positivas para depresión que correspondía a un 86%, mostrando también especificidad con una proporción de 49 mujeres no deprimidas. Los datos sugirieron que el fallo en la detección de casos pudo haberse reducido hasta en un 10%. (2)

Las madres que dieron positivas se les dio seguimiento por 11 semanas y se les hizo una segunda prueba, de la misma manera que la primera. El resultado de esta mostró que no había diferencia significativa en cuanto al número de pacientes que dieron positivo, aunque sí había diferencia en el puntaje entre la primera y la segunda prueba.

El análisis de los resultados también mostró que el puntaje, de la escala podría estar influenciada por algún miembro de la familia presente en el momento de completar la prueba, haciendo que la paciente tendiera a exagerar o a minimizar su problema psiquiátrico. Siendo las personas que obtuvieron más falsos negativos y más falsos positivos fueron las personas que no estaban solas en el momento de la entrevista.

Esto demuestra que la sensibilidad y la especificidad de la prueba se ven incrementadas significativamente cuando no hay familiares de la paciente presentes. Igualmente se pudo concluir que la escala era muy útil en el trabajo cotidiano de los trabajadores en salud comunitaria, y ayudaba a identificar la depresión postnatal en pacientes que el trabajador en salud considerará con factores de riesgo. El estudio también mostró que las mujeres que puntaban arriba de 12 eran las más tendían a sufrir problemas depresivos y debían de ser atendidas por el médico para confirmar clínicamente si la depresión estaba presente. La escala de Edimburgo, no era un sustituto del asesoramiento clínico por el especialista y tampoco un puntaje que estuviera debajo de la línea de corte, indicaba ausencia de depresión, especialmente cuando el Profesional en Salud, tiene otras razones para considerar dicho diagnóstico. (2)

E. ESCALA DE HAMILTON PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN (HRSD)

1. Características

Esta escala ha sido durante los últimos años el instrumento clásico para evaluar la severidad de la depresión en el ámbito psiquiátrico y uno de los más utilizados en la investigación psicofarmacológica.(4)

Se centra básicamente en los componentes somáticos y comportamientos mentales de la depresión.

Debe de ser complementada al final de una entrevista semi-estructurada por un terapeuta entrenado, ya que los criterios de cada ítem están poco especificados, y no se diferencia entre intensidad y frecuencia de cada síntoma.

La versión original fue realizada por Hamilton en 1960, y está formada por 21 ítems. Esta escala fue reducida posteriormente en 1967 por el mismo autor a 17 ítems, aunque la más utilizada sigue siendo la de 21 ítems.(18)

La versión que se presenta es la forma original de 21 ítems, más un ítem final para especificar otros síntomas.(4)

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA

- 1. Tipo de Estudio:** Observacional, descriptivo y transversal.
- 2. Sujetos de Estudio:** Mujeres primíparas con edades comprendidas entre los 20 –30 años que hayan tenido parto eutócico simple, con pareja y sin pareja .
- 3. Población y tamaño de Muestra de Estudio :** Se utilizo un muestra de 125 pacientes que asistieron a consulta externa en su octavo día post parto a la Maternidad Cantonal “Mama Margarita” en la población de San José Pinula, Guatemala, cuyo conjunto universo representó el total de consultas atendidas en un año; para el calculo de la muestra se utilizo la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 N p q}{e^2} + p N e^2$$

En donde n = Muestra.
 N = Universo
 p = 0.5 de Probabilidad de ocurrencia del evento.
 q = 0.5 de Probabilidad de no ocurrencia del evento.
 Z = 1.96 de Confiabilidad.
 e = error .01

$$n = \frac{(3.84)^2 (570) (.5)}{(3.84)^2 (.5) + (.5) (570) (.01)}$$

Siendo el Resultado n = 125

4. Criterios de Inclusión y Exclusión

a. Criterios de Inclusión :

Pacientes Primíparas comprendidas entre las edades de 20-30 años, que tuvieron parto eutócico simple en su octavo día post parto.

b. Criterios de Exclusión :

Pacientes Multíparas, Menores de 20 años y mayores de 30, que hayan tenido parto distócico. Con menos de ocho días posparto y mas de ocho días post parto .
Pacientes con antecedentes de enfermedad psiquiátrica de cualquier tipo .

5. Variables del Estudio

<i>Variable</i>	<i>Definición Conceptual</i>	<i>Definición Operacional</i>	<i>Tipo de Variable</i>	<i>Unidad de Medida.</i>
Edad Materna	Tiempo Transcurrido desde el nacimiento.	Edad que refiera la paciente	Numérica	<ul style="list-style-type: none"> • 15 años en adelante.
Alfabeta	Persona capaz de leer y escribir.	Se pregunta si sabe leer y escribir.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Test de Hamilton	Test mas utilizado en los últimos años, como instrumento clásico para evaluar la depresión.	<p>Test que consta de 21 ítems los cuales son valorados con una puntuación de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros. La tarea del terapeuta consistirá en elegir la puntuación que mejor defina las características del paciente. La puntuación total se obtiene sumando los valores correspondientes a cada una de las frases marcadas por el sujeto en los 21 ítems. Teniendo los siguientes resultados:</p> <p>0-9 Normales 10-18 Depresión leve 19-29 Depresión Moderada 30-63 Depresión Severa</p>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Humor deprimido. • Culpabilidad • Suicidio • Insomio Precoz • Insomio Medio • Insomio Tardío • Trabajo y Actividades. • Inhibición. • Agitación. • Ansiedad Psíquica. • Ansiedad Somática. • Síntomas Somáticos Gastrointestinales • Síntomas Somáticos en General. • Pérdida de la Libido. • Hipocondría. • Pérdida de Peso. • Pérdida de Peso Definida. • Conciencia de Si mismo. • Negación de Enfermedad. • Despersonalización y falta de realidad. • Síntomas Paranoides. • Síntomas Obsesivos y Compulsivos.
Test de Edimburgo	Escala desarrollada para la detección temprana de la depresión post parto, en la atención primaria.	<p>Test que consta de 10 preguntas sencillas cada una de las respuestas es valorada de 0 a 3; se obtiene una puntuación global de la suma de todas ellas.</p> <p>Un total de 12 o más puntos indicarán la probabilidad de padecer el trastorno</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Risa. • Positividad. • Culpabilidad. • Ansiedad. • Miedo. • Angustia. • Infelicidad. • Tristeza. • Llanto. • Autodestrucción.

5. Ejecución del Estudio.

Se validó la Prueba de Edimburgo proporcionando el test de 10 ítems a cada paciente, se le pidió a la madre subrayar la respuesta que fuera lo más cercano posible a cómo ella se había estado sintiendo en los 7 días anteriores; los diez ítems fueron terminados, se tuvo cuidado para evitar la posibilidad de la madre discutiera sus respuestas. Cada madre completo la escala por si misma, excepto en los casos en que había limitación para el español o dificultad con la lectura.

El test de Edimburgo se numeró y se guardó en un sobre cerrado para que el examinador no tuviera acceso en ese momento a los resultados.

Se contrato a un Profesional Calificado que realizo una entrevista semi estructurada asistida por el test de Hamilton a la misma paciente. Teniendo ya el resultado del test de Hamilton se tomaron los datos que den un resultado positivo de depresión, a ambos resultados se le aplico el método de concordancia de pruebas diagnosticas con los parámetros: Kappa como tratamiento estadístico.

7. Tratamiento Estadístico y Presentación de Resultados

En ocasiones, la sensibilidad y la especificidad de una prueba son difíciles de estimar. Esto conduce al uso de una **prueba de diagnóstico** o prueba de oro, cuya sensibilidad y la especificidad sean conocidos, y en la que se considera que los valores predictivos son suficientemente aceptables para propósitos prácticos.

Bajo estas circunstancias, es posible determinar la sensibilidad y especificidad de un **test diagnóstico alternativo**. La mejor manera de hacerlo es recurrir a comparar la prueba alternativa con esa prueba de oro, mediante la **concordancia** o conformidad entre ambas pruebas, lo que se expresa por medio del parámetro **Kappa**.

Kappa expresa la **proporción de concordancia** (o de acuerdo) más allá del azar. Un valor de **kappa** de 0 indica que no existe concordancia descontado el factor azar, mientras que un valor de **kappa** de 1 indica una concordancia total.

Kappa puede usarse también para comparar los diagnósticos de dos clínicos (considerando que cada uno de ellos corresponde a una prueba diagnóstica diferente). **Kappa** no indica cual es el método que da los mejores resultados, se limita a indicar si existe acuerdo entre las dos pruebas comparadas o no.

El cálculo de **kappa** se obtiene a partir de una tabla de contingencia de 2x2:

		TEST ESTANDAR		Total
		+	-	
TEST ALTERNATIVO	+	A	B	A+B
	-	C	D	C+D
Total		A+C	B+D	N

La **concordancia esperada debida al azar** (EP) o resultados iguales debidos al azar es:

$$EP = \frac{(A+B) \cdot (A+C)}{N \cdot N} + \frac{(C+D) \cdot (B+D)}{N \cdot N}$$

La **máxima proporción de concordancia no debida al azar** es 1-EP

La **concordancia descontado el azar** es: $((A+D)/N) - EP$

El valor **Kappa** es el cociente entre la proporción observada de **concordancia descontado el azar** y la **máxima proporción de concordancia no debida al azar**. Un valor de **kappa** de 0.5 indica un nivel moderado de concordancia.

$$\kappa = \frac{\frac{A+D}{N} - EP}{1 - EP}$$

Los datos fueron presentados por medio de estadística descriptiva, utilizando para esos efectos, cuadros y graficas.

8. Consideraciones Éticas del Estudio:

Se solicito verbalmente y de manera individual a cada paciente el consentimiento para la realización del cuestionario y de la entrevista, explicando sobre lo que se trata la misma, y que era totalmente de carácter voluntario, haciéndoles notar que toda la información recabada era de uso confidencial. Previa autorización por parte del director del área de salud Guatemala Norte, para el acceso a las instalaciones de la maternidad cantonal.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.

Se estudiaron 125 pacientes de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto a los dos test diagnósticos observando resultados positivos o negativos para cada prueba.

Test Realizados

- Test de Edimburgo 125
- Test de Hamilton 125

	POSITIVO	NEGATIVO
HAMILTON	22 Pacientes	103 Pacientes
EDIMBURGO	39 Pacientes	86 Pacientes

Concordancia:

	Pacientes
EDIMBURGO + HAMILTON +	22
EDIMBURGO - HAMILTON -	86
EDIMBURGO + HAMILTON -	17
EDIMBURGO - HAMILTON +	0
TOTAL	125

Cálculo de kappa

Expresa la **proporción de concordancia** (o de acuerdo) más allá del azar. Un valor de **kappa** de 0 indica que no existe concordancia descontado el factor azar, mientras que un valor de **kappa** de 1 indica una concordancia total.

El cálculo de **kappa** se obtiene a partir de una tabla de contingencia de 2x2:

Test de Hamilton

		+	-	Total
Test de Edimburgo	+	22	17	39
	-	0	86	86
	Total	22	103	125

La **concordancia esperada debida al azar** (EP) o resultados iguales debidos al azar es:

$$EP = \frac{(A+B)(A+C)}{N} + \frac{(C+D)(B+D)}{N}$$

El valor **Kappa** es el cociente entre la proporción observada de **concordancia descontado el azar** y la **máxima proporción de concordancia no debida al azar**. Un valor de **kappa** de 0.5 indica un nivel moderado de concordancia.

$$K = \frac{\frac{A+D}{N} - EP}{1 - EP}$$

Kappa			
Kappa Observado	Error Standard	Intervalo Confianza .95	
		Limite Inferior	Limite Superior
0.6404	0.1556	0.4848	0.796

0.6404 Valor de Kappa observado, según calculadora de índice de concordancia.

1 Proporción observada como máximo posible

Valoración del Índice Kappa	
Valor de k	Fuerza de la concordancia
< 0.20	Pobre
0.21 – 0.40	Débil
0.41 – 0.60	Moderada
0.61 – 0.80	Buena
0.81 – 1.00	Muy buena

VIII. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Al obtener estos resultados y aplicarle el tratamiento estadístico se evidencia un valor Índice de Kappa de 0.6404, teniendo como valor de referencia un Índice Kappa de 0.61 hasta 0.80 en donde se toma como Bueno. Lo cual denota que existe una buena concordancia entre las dos pruebas, habiendo una concordancia bruta de 0.86 a un alto nivel de confianza de 0.95(10)

Se observó también que en 17 pacientes el test de Edimburgo arrojó resultados positivos aún cuando en el test de Hamilton las mismas pacientes fueron negativas, esto podría interpretarse como 17 falsos positivos, pero es de tomar en cuenta que la valoración del test de Hamilton tiene un punto de cohorte mas alto, de 18 puntos, en relación al test de Edimburgo que es de 12 puntos, y las 17 pacientes del test de Hamilton obtuvieron puntuaciones por arriba de 10 puntos.

Con lo anteriormente expuesto se puede afirmar que el Test de Edimburgo es útil y valido para medir depresión Post Parto en nuestra población.

IX. CONCLUSIONES

1. Teniendo en cuenta los resultados del estudio se concluye que el Test de Edimburgo para la depresión post parto es útil y se adecua a nuestra población.
2. Se concluye que la escala de Edimburgo es válida como tamizaje para la depresión en mujeres Post-parto en Guatemala.

X. RECOMENDACIONES

1. Velar por que la Depresión post parto como tal, figure en la morbilidad prioritaria del MSPAS y que sea valorada en la atención integral de la mujer además de los reglones dentro de la atención a la mujer, como lo son los comprendidos a salud reproductiva, clasificación de la violencia intra familiar y cáncer de mama y cervix.
2. Vigilar por que en Guatemala, se tome en cuenta la depresión post parto dentro de la atención al puerperio, y se investigue al respecto, y crear planes específicos de detección y tratamiento.
3. Instruir al médico general, quien juega un papel decisivo en la identificación de este problema; por esto se hace necesario tener un instrumento de fácil manejo y comprensible, que este científicamente probado para identificar este problema. La escala de Edimburgo se convierte en la herramienta ideal para identificar la depresión post parto en todos los niveles de atención, del sistema.
4. Se recomienda Instruir y capacitar a nivel de post grado en los diferentes hospitales Nacionales a los obstetras en formación a cerca de esta patología e implementar el uso de el test de Edimburgo en la primera visita a los 8 días del post parto para poder brindar atención realmente integral a la mujer Guatemalteca .

XI. RESUMEN

Estudio Observacional, descriptivo y transversal para validar la escala de Edimburgo como tamizaje para la depresión en mujeres Post-parto de la población de San José Pinula Guatemala, Utilizando comparativamente la escala de Hamilton para depresión.

Se evaluaron 125 pacientes que asisten a consulta externa en su octavo día post parto a la Maternidad Cantonal Mama Margarita en la población de San José Pinula, Guatemala. La metodología que se aplicó para la validación del instrumento fue comparar los resultados con una prueba estándar de oro para depresión general, en este caso fue el test de Hamilton. Luego se utilizó el método de Kappa como tratamiento estadístico para sensibilidad y especificidad.

De las 125 pacientes entrevistadas se obtuvieron 22 pacientes positivas para ambas pruebas lo que habla de un 17.6%. Del total 86 arrojaron resultados negativos para ambas pruebas para un 68.8%, y 17 pacientes arrojaron resultados discordantes para un 13.6%.

A dichos resultados se aplicó en tratamiento estadístico de Índice de Kappa arrojando como resultado un 0.640, el cual se interpreta de la siguiente manera Menor de 0 sin acuerdo; 0-0.2 Insignificante; 0.2-0.4 Bajo; 0.4-0.6 Moderado; 0.6-0.8 **Bueno**; 0.8-1 Muy bueno. Con un intervalo de confianza del 95%, con lo que se obtiene una buena fuerza de concordancia entre ambas pruebas.

Obteniendo así un resultado positivo en cuanto a la validez de La escala de Edimburgo como tamizaje para la depresión post parto en Guatemala.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; <http://www.mmhc.com/jgsm/articles/JGSM9811/spinelli.html> .Junio 2002
2. Carro Garcia, J. M. et al. Trastornos del estado de ánimo en el post-parto. The Harvard Medical School Mental Health Letter, May 1989. / Medicina General
3. Cox, JL J.M. Holden, Sagovsky R Detection Of Postnatal Depression of the 10 Item Edinburgh PostNatal Depression Scale. (EPDS). Br J Psiquiatry June 1987; 150 :782-786.
4. De la Fuente Ramon. Psicología Médica. Colección de Psicología, psiquiatría y psicoanálisis. 2 ed. Ed. Fondo de Cultura Económica 1996.
5. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Wollan P, Yawn BP. Routine screening for postpartum depression. J Fam Pract 2001 Feb;50(2):117-22
6. Hamilton JA. The identity of postpartum psychosis. In: Brockington IF, Kumar R, eds. *Motherhood and Mental Illness.* London: Academic Press; 1982: Vol 1 pp1-17.
7. Hickman SA, LeVine DL. Postpartum Disorders. In: Hamilton JA, Harberger PN, eds. *Postpartum Psychiatric Illness: A Picture Puzzle.* Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press; 1992:283-295.
8. Holden JM. Postnatal depression: nature, effects and identification using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Birth 1991; 18: 211-21
9. Estadísticas de Salud para Latinoamérica. [http://www. Salud en las Américas 1998/OPS/shadatos.htm](http://www.Salud en las Américas 1998/OPS/shadatos.htm) . junio 2002.
- 10 Instituto Nacional de Estadística INE. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. Encuesta de Nacional de Salud Materno Infantil para 1995 Guatemala .Octubre de 1996. pp 8-22
11. Joseph L. Fleiss. Statistical methods for rates and proportions . Ed John Wiley New York 1981. <http://www.seh-lelha.org/concor2.htm>
12. Manchado Ramírez F, et al. Depresión puerperal. factores relacionados. Atención Primaria 1997; 20 (4): pp161-66.
13. Marcus SM, et al. Treatment guidelines for depression in pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 2001 Jan;72 (1): pp 61-70

14. Postpartum Disorders. Antepartum and Post-partum depresión <http://www.mmhc.com/jgsm/articles/JGSM9811.html> junio 2002
15. Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF, Geneva, World Health Organization, 1996
16. Ríos Rial B, et al. Depresión Postparto. En: Trastornos depresivos en la mujer (Depresión en patologías orgánicas). Madrid: Edicomplet, 1999. pp 12-26.
17. Safe Motherhood Initiative, Depression and Pregnancy. www.safemotherhood.org . junio 2002
18. Suri R, Burt VK. The assessment and treatment of postpartum psychiatric disorders. J Pract Psychiatry Behavior Health 1997; 3: 67-77,
19. UNICEF. Índices de Morbi - Mortalidad Materna para Latinoamérica. . <http://www.Mortmaterna.unicef.htm>. Junio 2002
20. Wisner KL, et al. Prevention of recurrent postpartum depression: a randomized clinical trial. J Clin Psychiatry 2001 Feb; 62 (2): pp 82-96

XIII. ANEXOS

ESCALA DE HAMILTON PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN (HRSD)

INSTRUCCIONES

Los ítems son valorados con una puntuación de 0 a 2 en unos casos y de 0 a 4 en otros. La tarea del terapeuta consistirá en elegir, para cada ítem, la puntuación que mejor define las características del paciente.

LISTA DE ÍTEMS

1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)
 0. Ausente
 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado
 2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.
 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.
 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

2. Sensación de culpabilidad
 0. Ausente
 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados por malas acciones
 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad
 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio
 0. Ausente
 1. Le parece que la vida no vale la pena vivirla
 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir
 3. Ideas de suicidio o amenazas
 4. Intentos de suicidio (4 para cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz
 0. No tiene dificultad para dormirse
 1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora
 2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche

5. Insomnio medio
 0. No hay dificultad
 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche
 2. Está despierto durante la noche (cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica 2, excepto por motivos de evacuar).

6. Insomnio tardío
 0. No hay dificultad
 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades
 0. No hay dificultad
 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con la actividad, trabajo o aficiones
 2. Pérdida de interés de la actividad, aficiones o trabajo, manifestada directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión, y vacilación (siente que debe de esforzarse en su trabajo o actividades).
 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital, clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos 3 horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones
 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición (lentitud del pensamiento y de la palabra, facultad de concentración empeorada; actividad motora disminuida).
 0. Palabra y pensamiento normales
 1. Ligero retraso en el diálogo
 2. Evidente retraso en el dialogo
 3. Dialogo difícil
 4. Torpeza absoluta

9. Agitación
 0. Ninguna
 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.
 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.

10. Ansiedad psíquica
 0. No hay dificultad
 1. Tensión subjetiva e irritabilidad
 2. Preocupación por las pequeñas cosas
 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o el habla
 4. Temores expresados sin preguntarle

11. Ansiedad somática. Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: gastrointestinales (boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos), cardiovasculares (palpitaciones, cefalgias), respiratorios (hiperventilación, suspiros), frecuencia urinaria, sudoración.
 0. Ausente
 1. Ligera
 2. Moderada
 3. Severa
 4. Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales
 0. Ninguno
 1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
 2. Dificultad de comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos en general
 0. Ninguno
 1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2

14. Síntomas genitales, como pérdida de la libido o trastornos menstruales.
 0. Ausente
 1. Débil
 2. Grave

15. Hipocondría
 0. No la hay
 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)
 2. Preocupado por su salud
 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.
 4. Ideas delirantes hipocondríacas

16. Pérdida de peso (completar A o B)
 1. Según manifestaciones del paciente (primera valoración)
 0. No hay pérdida de peso
 1. Probable pérdida de peso asociado con la enfermedad actual
 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)
 2. Según pesaje hecho:
(valoraciones siguientes, expresadas por termino medio).
 0. Pérdida de peso inferior a 500 grs. en una semana
 1. Pérdida de más de 500 grs. en una semana
 2. Pérdida de más de 1 Kg. en una semana
17. "Insigh" (Conciencia de sí mismo)
 1. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
 2. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a una mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
 3. Niega que esté enfermo
18. Variación diurna (Indicar sí los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde, rodeando M o T)
 0. Ausente
 1. Ligera M T
 2. Grave M T
19. Despersonalización y falta de realidad
 0. Ausente
 1. Ligera. Como sensación de irrealidad
 2. Moderada. Ideas nihilistas
 3. Grave
 4. Incapacitante
20. Síntomas paranoides
 0. Ninguno
 1. Sospechosos
 2. Leves
 3. Ideas de referencia
 4. Delirios de referencia y de persecución
21. Síntomas obsesivos y compulsivos
 0. Ausentes
 1. Ligeros
 2. Graves

CLAVE DE CORRECCIÓN

La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems.

DATOS PSICOMÉTRICOS

Los estudios normativos realizados con una muestra de sujetos depresivos arrojaron una puntuación media de 21,2 y una desviación típica de 6,2. Se admite como punto de corte entre población normal y depresiva la puntuación de 18

ESCALA POSTNATAL DE LA DEPRESIÓN DE EDIMBURGO (EPDS)

Instructivo para los usuarios:

1. Se le pide a la madre subrayar la respuesta más cercana posible a cómo ella se ha estado sintiendo en los 7 días anteriores.
2. Los diez artículos deben ser terminados.
3. Se debe tomar cuidado para evitar la posibilidad de la madre discuta sus respuestas con otras.
4. La madre debe terminar la escala ella misma, a menos que tenga limitado español o tenga dificultad con la lectura.

Nombre: _____ Edad: _____
Dirección: _____ Escolaridad: _____
Edad Del Bebé: _____ Estado Civil: _____

Puesto que usted ha tenido recientemente un bebé, quisiéramos saber como usted se está sintiendo. **SUBRAYE** por favor la respuesta que viene lo más cerca posible a cómo usted se ha sentido **EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no cómo usted se siente hoy.

1. He podido reír y ver el lado divertido de cosas.
Tanto como siempre
Absolutamente ahora no tanto
Definitivamente no tanto
No en lo absoluto
2. He visto hacia adelante con el disfrute a las cosas.
Tanto como siempre
Menos que antes
definitivamente menos antes
Apenas

3. * Me he culpado innecesariamente cuando las cosas salieron mal.
Sí, la mayoría del tiempo
Sí, algo del tiempo
No muy a menudo
No, nunca
4. He sido ansiosa o me he preocupado por ninguna buena razón.
No, en absoluto
Apenas siempre
Sí, a veces
Sí, muy a menudo
5. * Me siento asustada o tengo pánico por una razón no muy buena.
Sí, absolutamente
Sí, a veces
No, no mucho
No, en absoluto
6. * He sentido que las cosas se me han venido encima.
Sí, la mayoría del tiempo no he podido hacer frente en todos los casos
Sí, no he estado haciendo frente a los problemas como generalmente
No, la mayoría del tiempo les he hecho frente
No, les he estado haciendo frente así como siempre
7. * He sido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.
Sí, la mayoría del tiempo
Sí, a veces
No muy a menudo
No, en absoluto
8. * Me he sentido triste o desgraciado.
Sí, la mayoría del tiempo
Sí, absolutamente a menudo
No muy a menudo
No, en absoluto
9. * He sido tan infeliz que he estado llorando.
Sí, la mayoría del tiempo
Sí, absolutamente a menudo
Solamente de vez en cuando
No, nunca

10.* Ha ocurrido en mí el pensamiento de hacerme daño.

Sí, absolutamente a menudo

A veces

Raras veces

Nunca

Las categorías de la respuesta se anotan 0, 1, 2, y 3 según la severidad creciente de los síntomas. Los artículos marcados con un asterisco son al revés (es decir 3, 2, 1, y 0). La cuenta total es calculada agregando juntas las cuentas para cada uno de los diez artículos

Cada una de las repuestas es valorada de 0 a 3; se obtiene una puntuación global de las suma de todas ellas un total de 12 o mas puntos indicaran la probabilidad de padecer el trastorno.