

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“DEPRESIÓN POSTPARTO
Y
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS”**

Estudio analítico en puérperas de 14 a 45 años de edad
atendidas en la consulta externa de los hospitales:
General San Juan de Dios, Roosevelt,
Ginecología y Obstetricia, Dr. Juan José Arévalo Bermejo
del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

mayo – junio 2011

**Alicia Margarita Fuentes Zarate
Karen Massiel Méndez Palma
Jorge David Valenzuela Valdez
Iris Eunice Valdez Morales**

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2011

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“DEPRESIÓN POSTPARTO
Y
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS”**

Estudio analítico en puérperas de 14 a 45 años de edad
atendidas en la consulta externa de los hospitales:
General San Juan de Dios, Roosevelt,
Ginecología y Obstetricia, Dr. Juan José Arévalo Bermejo
del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

mayo – junio 2011

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

**Alicia Margarita Fuentes Zarate
Karen Massiel Méndez Palma
Jorge David Valenzuela Valdez
Iris Eunice Valdez Morales**

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2011

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Alicia Margarita Fuentes Zarate	200310195
Karen Massiel Méndez Palma	200310231
Jorge David Valenzuela Valdez	200310785
Iris Eunice Valdez Morales	200418009

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“DEPRESIÓN POSTPARTO
Y
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS”**

**Estudio analítico en puérperas de 14 a 45 años de edad
atendidas en la consulta externa de los hospitales:
General San Juan de Dios, Roosevelt,
Ginecología y Obstetricia, Dr. Juan José Arévalo Bermejo
del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**

mayo - junio 2011

Trabajo asesorado por el Dr. Jorge David Alvarado Andrade y revisado por el Dr. Luis Humberto Araujo Rodas, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, veintiséis de agosto del dos mil once

**DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO**



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Alicia Margarita Fuentes Zarate	200310195
Karen Massiel Méndez Palma	200310231
Jorge David Valenzuela Valdez	200310785
Iris Eunice Valdez Morales	200418009

han presentado el trabajo de graduación titulado:

**"DEPRESIÓN POSTPARTO
Y
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS"**

Estudio analítico en púerperas de 14 a 45 años de edad
atendidas en la consulta externa de los hospitales:
General San Juan de Dios, Roosevelt,
Ginecología y Obstetricia, Dr. Juan José Arévalo Bermejo
del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

mayo - junio 2011

El cual ha sido revisado y corregido por el Profesor de la Unidad de Trabajos de Graduación -UTG-, Dr. Víctor Antonio López Soto y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el veinticinco de agosto del dos mil once.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador

Guatemala, 26 de agosto del 2011

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León Barillas:

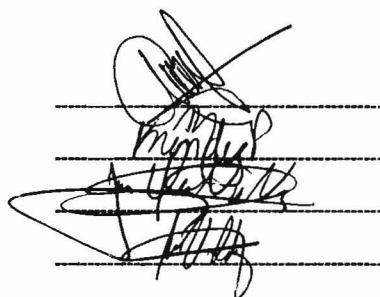
Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

Alicia Margarita Fuentes Zarate

Karen Massiel Méndez Palma

Jorge David Valenzuela Valdez

Iris Eunice Valdez Morales



Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

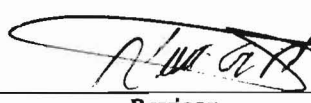
“DEPRESIÓN POSTPARTO
Y
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS”

Estudio analítico en púerperas de 14 a 45 años de edad
atendidas en la consulta externa de los hospitales:
General San Juan de Dios, Roosevelt,
Ginecología y Obstetricia, Dr. Juan José Arévalo Bermejo
del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

mayo - junio 2011

Del cual como asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.


Dr. Jorge David Alvarado
Asesor Ginecólogo y Obstetra
Firma y sello Col. 11,112


Dr. Luis Humberto Araujo Rodas
GINECOLOGO Y OBSTETRA
COLEGIADO No. 10,583
Revisor
Firma y sello
Reg. de personal 20030840

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores de riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Hospital de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo), Hospital General San Juan De Dios y Hospital Roosevelt durante los meses de mayo y junio 2011. **Hipótesis nula:** la proporción de puérperas menores de 20 años, sin pareja actual, en pobreza, primíparas, con resolución del embarazo por vía abdominal, que no profesan religión, con residencia rural, analfabeta y con antecedente familiar de depresión tienen el mismo riesgo de padecer depresión postparto que las puérperas sin estas características. **Metodología:** Estudio analítico transversal, mediante la aplicación de la encuesta de riesgo psicosocial y de la escala de depresión postnatal de Edimburgo. Se incluyó una muestra de 586 pacientes, distribuida por conglomerados manteniendo la representatividad, de acuerdo a la población, en cada hospital. **Resultados:** La escala de depresión postnatal de Edimburgo positiva se presentó en el 15.5% de la población entrevistada. El grupo etario más afectado fue el comprendido entre 21 y 25 años (42.9%). Los factores de riesgo asociados con depresión postparto fueron, la resolución de embarazo por vía abdominal (OR=3.53), pobreza (OR=28.28), antecedente familiar de trastorno psiquiátrico (OR=6.09) y analfabetismo (OR=4.51). **Conclusiones:** Se encontró una prevalencia de 15.5% para depresión postparto. El vivir en pobreza, con resolución del parto por vía abdominal, tener antecedente familiar de depresión y analfabetismo, son factores de riesgo asociados a escala de depresión postnatal de Edimburgo positiva en alguna de las diferentes submuestras, siendo este último el único con asociación estadísticamente significativa en la muestra total, por lo que se aceptan las hipótesis nulas relacionadas a dichos factores de riesgo; y se puede atribuir que las pacientes con una de las características antes mencionadas tienen mayor riesgo de padecer depresión postparto.

Palabras clave: Depresión postparto, escala de depresión postnatal de Edimburgo, factores de riesgo, puérperas.

ÍNDICE

	Página
1. Introducción	1
2. Objetivos	5
3. Marco teórico	7
3.1. Introducción	7
3.2. Depresión posparto	8
3.2.1. Definición	8
3.2.2. Epidemiología	8
3.2.3. Etiología	9
3.2.4. Factores de riesgo	10
3.2.5. Sintomatología	13
3.2.6. Clasificación	13
3.2.7. Diagnostico	17
3.2.8. Tratamiento	19
3.2.9. Profilaxis	21
4. Hipótesis	23
5. Metodología	25
5.1. Tipo y diseño	25
5.2. Unidad de análisis	25
5.3. Población y muestra	25
5.4. Selección de sujetos a estudio	27
5.5. Definición y operacionalización de variables	28
5.6. Técnica, procedimiento y recolección de datos	30
5.7. Procesamiento y análisis de datos	34
5.8. Alcances y límites	36
5.9. Aspectos éticos de la investigación	36
6. Resultados	39
7. Discusión	43
8. Conclusiones	47
9. Recomendaciones	49
10. Aportes	51
11. Referencias bibliográficas	53
12. Anexos	57

1. INTRODUCCIÓN

La depresión postparto ha sido definida como la presencia de todo trastorno depresivo que se manifiesta durante el primer año postparto. Puede iniciar 24 horas después del parto y durar meses e incluso años. (1) Esta patología se caracteriza por sentimientos de tristeza, una inestabilidad emocional extrema, llanto, irritabilidad y fatiga. También se denomina en ocasiones depresión puerperal o depresión postnatal; a su forma más grave se le conoce como psicosis postparto. (2)

La prevalencia de este trastorno fluctúa entre 8% y 30%, siendo tres veces más alta en países en desarrollo que en países desarrollados. Independiente del grado de desarrollo del país, el nivel socioeconómico bajo de las personas constituye un factor de riesgo para sufrir depresión postparto. Se estima una tasa de recurrencia entre 10% y 35%. (3,4)

Años atrás la depresión postparto era un trastorno que los médicos no tomaban en cuenta, sin embargo su reconocimiento y diagnóstico ha sido más amplio en los últimos años y su distribución se reporta mundialmente. (5,6)

La importancia de estudiar la depresión postparto, radica en que ésta patología puede producir efectos a largo plazo sobre la madre, a quien puede conducir a tener pensamientos suicidas y de autodestrucción; y sobre los niños a su cargo que tendrán, en consecuencia, baja autoestima, problemas de motricidad, bajo rendimiento escolar, un vocabulario reducido y mostrarán problemas de actitud y sociabilización. (7,8)

En Guatemala se ha reportado, en un estudio realizado en el municipio de San José Pínula, una prevalencia para depresión postparto de 17.6%, (9) contrastando con otro estudio, realizado en el Hospital Roosevelt, que reportó una prevalencia de 41%,(10) la diferencia entre estos estudios fue el punto de corte para la calificación de la escala de depresión postnatal de Edimburgo, siendo de 12 y 10 puntos respectivamente, lo cual puede explicar la marcada diferencia de porcentajes. Los factores de riesgo asociados a depresión postparto más importantes están relacionados con vivir en condiciones de pobreza, ser analfabeta, no tener pareja estable, ser primigesta joven y con resolución de embarazo por vía abdominal. (11)

La depresión postparto es un trastorno de la salud mental, que en su conjunto representan 4 de las 10 causas principales de discapacidad (12,13). Es importante saber que en Guatemala se ha reportado una prevalencia de vida de trastornos de salud mental de 27.8% de la población total, siendo la población femenina la más afectada; sin

embargo solamente el 2.3% de la población guatemalteca ha consultado a algún profesional de salud por emociones o problemas de salud mental. (14)

Según proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística de Guatemala se estima una población de 14,713,763 habitantes para el año 2011, de los cuales 7,539,798 son del sexo femenino. (15) Se espera que ocurran 514,981 embarazos por año por lo que en nuestro medio, según esta información y de acuerdo a la prevalencia regional de depresión postparto, se podrían esperar más de 200,000 nuevos casos cada año de depresión postparto, de los cuales la gran mayoría permanecerá sin ser diagnosticado.

Con la presente investigación se pretende responder las siguientes preguntas: ¿Cuál es la prevalencia de depresión posparto en mujeres puérperas de 14 y 45 años de edad atendidas en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Hospital de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo), Hospital General San Juan De Dios y Hospital Roosevelt durante los meses de mayo y junio, Guatemala 2011?, ¿Existe relación entre la edad, estado civil, nivel socioeconómico, paridad, tipo de parto, religión, residencia, origen, nivel educacional, morbilidad preexistente, antecedente familiar y la depresión postparto?; y así dar a conocer información relevante sobre la depresión postparto en Guatemala. Esta información es de beneficio, ya que se pueden sustentar las propuestas de abordaje prematuro de éste trastorno, así como conocer características demográficas y factores de riesgo presentes en las pacientes con depresión postparto.

El propósito del presente estudio fue identificar los factores de riesgo relacionados con la depresión postparto en puérperas atendidas en los Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Hospital de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo), Hospital General San Juan De Dios y Hospital Roosevelt durante los meses de mayo y junio del 2011. Se siguió un diseño analítico transversal donde se incluyó 586 pacientes; dicha muestra se distribuyó por conglomerados, manteniendo la representatividad de acuerdo a la población, quedando de la siguiente manera: 242 pacientes (41%) del Hospital de Ginecología y Obstetricia, 77 pacientes (13%) del Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo, 119 pacientes (21%) del Hospital General San Juan de Dios y 148 pacientes (25%) del Hospital Roosevelt. A las participantes se les realizó una entrevista para establecer características sociodemográficas y se les aplicó la escala de depresión posnatal de Edimburgo dentro de la 4 y 6 semana postparto; se utilizó 12 puntos como punto de corte ya que es establecido como el puntaje mínimo que indica riesgo para depresión postparto.

Los resultados mostraron una prevalencia de depresión postparto de 15.5%, la cual se ajusta a la distribución epidemiológica de otros reportes a nivel mundial, (3,4) Las pacientes con las siguientes características sociodemográficas: resolución de embarazo por vía abdominal, pobreza, antecedente familiar de trastorno psiquiátrico y analfabetas obtuvieron un mayor riesgo de presentar depresión postparto en alguna de las submuestras, siendo el analfabetismo la única característica que presentó asociación estadísticamente significativa para la muestra total. Para los factores de riesgo edad, pareja actual, paridad, religión y residencia, las hipótesis alternas fueron rechazadas.

La elevada frecuencia de depresión postparto en la población guatemalteca y el potencial impacto incapacitante de ésta, hablan de un problema importante de salud pública, que debe llamar la atención de las autoridades pertinentes, con el fin de generar programas de intervención dirigidos a la detección y diagnóstico temprano de dicha patología usando la escala de depresión postnatal de Edimburgo como prueba de tamizaje, y de esta manera poder ofrecer a la población de puérperas la posibilidad de acceder a una atención integral y no únicamente obstétrica en beneficio de las propias mujeres, sus familias y el sistema de salud pública de Guatemala.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general:

Identificar los factores de riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Hospital de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo), Hospital General San Juan De Dios y Hospital Roosevelt durante los meses de mayo y junio 2011.

2.2. Objetivos específicos:

- 2.2.1. Cuantificar la prevalencia de depresión postparto en puérperas utilizando la escala de depresión postnatal de Edimburgo.
- 2.2.2. Identificar si existe relación estadísticamente significativa entre la edad, paridad, tipo de parto, pareja actual, religión, residencia, analfabetismo, pobreza, antecedente familiar de depresión y la depresión postparto.
- 2.2.3. Describir las características demográficas de mujeres con depresión postparto.
- 2.2.4. Establecer la factibilidad de implementación del test de Edimburgo en salas de consulta externa y servicios postparto en base a tiempo de realización, aceptación por parte del paciente y disponibilidad de personal.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. INTRODUCCIÓN

El embarazo es un período de grandes modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas, considerablemente perceptibles desde el inicio de la gestación, que supone un importante cambio en la vida de la mujer. Considerando esto, se deben emplear todos los recursos posibles para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo y del nacimiento y así facilitar el vínculo que establecerá con el nuevo hijo. (16)

El puerperio es el período desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. Las posibles patologías acontecidas en este tiempo son causas frecuentes de morbilidad materna en nuestro medio; dentro de las mismas se encuentra la patología de la lactancia que incluye: grietas en el pezón, ingurgitación mamaria y mastitis puerperal, lo que termina en el fallo de lactancia materna. La patología vascular del puerperio incluye cuadros de gravedad importante, representando una de las principales causas de mortalidad materna, se incluye la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar como las complicaciones más graves de la misma. Otros cuadros no tan frecuentes, pero que pueden constituir una emergencia médica en el puerperio, son el síndrome de Sheehan, la miocardiopatía periparto y la tiroiditis postparto. (17)

Aunque la patología psiquiátrica no es tomada en cuenta comúnmente durante el puerperio, es una de las complicaciones más frecuentes durante este período en la vida de una mujer. Dentro de esta patología se pueden describir, desde cuadros leves como el “blues”, hasta cuadros graves como es el caso de la psicosis puerperal. (17)

Investigaciones han analizado que la poca capacidad para manejar el dolor de la gestante se asocia a una disminución en la adaptación maternal postparto, lo que resulta en una mayor probabilidad de presentar alteraciones en el estado de ánimo y el funcionamiento social, y una potencial interferencia en el vínculo con el hijo. (16)

El conocimiento de los fundamentos de la salud mental en puérperas y la relación de la misma con otras disciplinas, así como su magnitud e impacto, constituye la base teórica para lograr un mejor entendimiento de esta patología con el fin de brindar una atención integral durante el puerperio a las mujeres guatemaltecas.

3.2. DEPRESIÓN POSTPARTO

3.2.1. DEFINICIÓN

La depresión postparto ha sido definida como la presencia de todo trastorno depresivo, que sufren las madres tras el embarazo y parto, que se manifiesta durante el primer año postparto. (1,9) Esta se caracteriza por sentimientos de tristeza, una inestabilidad emocional extrema, llanto, irritabilidad y fatiga. (3)

También se denomina en ocasiones depresión puerperal o depresión postnatal. Esta enfermedad puede comenzar incluso a las 24 horas después del parto y puede durar meses o años. Se cree que afecta a 1 de cada 10 mujeres en el oeste de Europa y de 15 a 25% de mujeres adultas en los Estados Unidos. Aunque su reconocimiento y diagnóstico ha sido más amplio en los últimos años, fue inicialmente descrita por Hipócrates y actualmente su distribución es mundial. (9)

Esta patología representa un alto impacto en toda sociedad, no sólo por el sufrimiento que causa a las mujeres, sino porque puede afectar negativamente a los lactantes de manera emocional, social y cognitivamente. Las consecuencias más graves de la depresión postparto incluyen la interrupción del matrimonio y el divorcio, el abuso y negligencia infantil, e incluso suicidio materno o el infanticidio. Los niños de madres deprimidas pueden experimentar inseguridad, baja autoestima, e incluso disminución de las habilidades intelectuales o del desarrollo del lenguaje. (18)

3.2.2. EPIDEMIOLOGÍA

Actualmente, la incidencia de la depresión postparto resulta muy variable, en un rango entre 30 y 200 casos por cada 1000 nacimientos (3 – 20 %), con una estimación de una tasa de recurrencia de entre 10 y 35 %. La depresión puede ocurrir en cualquier momento después del parto, frecuentemente luego que la mujer ha regresado a su hogar desde el hospital. Los síntomas pueden durar desde unas pocas semanas hasta varios meses y cerca del 4 % de los casos persisten por un año. (3) En su forma de trastorno depresivo mayor, es de carácter importante, ya que afecta alrededor del 13% de las mujeres, con un rango entre 10 y 15%. (4,18)

En cuanto al pronóstico, por regla general, a corto plazo es bueno, pero cabe señalar que el riesgo de repetición de otro episodio psicótico está asociado a la presencia de embarazos posteriores que aumentan el riesgo de recaídas en un 50 a un 75%. Si no se producen más embarazos el 75% de las pacientes no repetirán episodios psicóticos. (19)

3.2.3. ETIOLOGÍA

La etiología de la depresión postparto es en gran parte fisiológica, además de psicosocial y circunstancial. Aunque orígenes de esta patología no se conocen con exactitud, varias teorías se han propuesto, las de mayor aceptación se exponen a continuación.

3.2.3.1. Alteraciones hormonales:

En el tercer período de trabajo de parto, el alumbramiento, los niveles de estrógeno y de progesterona en el plasma materno comienzan a caer rápidamente. Dado que estas hormonas tienen efectos conocidos de los nervios en concentraciones fisiológicas, se pensó que sus niveles de cambio tienen efectos psicológicos. Se han realizado varias investigaciones en donde se administraron estrógenos transdérmicos en una sola dosis a pacientes a las 48 horas después del parto, y entonces se realiza un tamizaje utilizando la escala postnatal de Edimburgo en cuatro o seis semanas y de nuevo a las doce semanas después del parto. El grupo de los estrógenos tenían menos síntomas depresivos que las mujeres en el grupo placebo en postparto, tanto a las cuatro y doce semanas. Estos resultados parecen apoyar esta teoría o por lo menos que se relaciona esta patología con los cambios de concentraciones hormonales después del parto. (20,21)

3.2.3.2. El sueño y alteraciones del ritmo circadiano

Desde 1968 se ha sugerido que las alteraciones del sueño, más que un efecto de la depresión postparto, puede ser una causa de la misma ya que cualquier tendencia a la depresión puede ser exacerbada por la fatiga. La melatonina es una hormona del sueño que se produce en la glándula pineal del cerebro, sus concentraciones plasmáticas comienzan a subir en torno a la hora de

acostarse y el pico máximo se observa alrededor de las 3:00 de la mañana, luego caen a niveles casi indetectables. La exposición a la luz inhibe la liberación de la melatonina. Recientemente se informó la realización de un ensayo en donde pacientes con depresión postparto que llevaban gafas azules al momento de levantarse por la noche a cuidar al recién nacido, se recuperaron significativamente más rápido que las pacientes que no llevaban las gafas. Por lo que se presume que la interrupción de la producción normal de melatonina durante la noche puede ser un contribuidor a la depresión postparto. (22,23)

3.2.3.3. Factores psicosociales de riesgo

La depresión postparto tiene varios factores de riesgo psicosocial, algunos de los cuales podría ser parcialmente causante. Estos factores de riesgo incluyen estrés de la vida durante el período prenatal, la falta de apoyo social, dificultades maritales, la pobreza, y la edad materna joven, los cuales se describirán en la siguiente sección.

3.2.4. FACTORES DE RIESGO

En la actualidad se encuentra literatura considerable sobre factores de riesgo para depresión postparto y una extensa lista de variables significativamente asociadas con depresión postparto. Dentro de las variables sociodemográficas podemos mencionar la edad, clase social y nivel económico; así también se describen factores de morbilidad como la historia psiquiátrica previa personal y/o familiar; antecedentes de patología obstétrica, escaso apoyo socioafectivo y acontecimientos que causen estrés. (11,24) Las principales variables de nuestro interés se pueden resumir de la siguiente manera:

3.2.4.1. Los factores demográficos y socio-económico:

Se han realizado varios estudios que demuestran una asociación estadísticamente significativa entre depresión postparto y puérperas jóvenes, así como también se ha demostrado que pacientes primigestas tiene un mayor riesgo de desarrollar depresión postparto. (10)

De igual manera, puérperas sin apoyo conyugal o familiar, que no cuentan con un trabajo remunerado y con bajo nivel educacional, son factores en común de pacientes con depresión postparto. (2)

En el año 2007 la Organización Mundial de la Salud dio a conocer que Guatemala es el tercer país con un número mayor de embarazos en adolescentes. Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse a una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años, por lo que se considera que tienen más elementos predisponentes para el desarrollo de depresión postparto. (25)

Otro factor de riesgo que se menciona es que las puérperas sean inmigrantes, sin embargo no existe ningún registro en cuanto a mayor prevalencia de esta patología en alguna región específica. En cuanto al lugar urbano o rural, estudios indican que cuanto más alejados se esté del estrés hay menos posibilidades de caer en depresión cualquiera que sea sus manifestaciones. En cuanto a residencia estudios asocian a mujeres que han tenido cambio de residencia con depresión postparto, por la tensión reciente que esto implica. (26,27)

3.2.4.2. Factores psicológicos y psiquiátricos:

La personalidad y los factores psicológicos como neurosis, introversión, el perfeccionismo, la disfunción cognitiva y baja autoestima, han sido asociadas a la depresión postparto, así también experiencias traumáticas, como el abuso. (11) Los antecedentes familiares y personales de cualquier trastorno depresivo son factores de riesgo para depresión postparto, dentro de las patologías mayormente asociadas podemos mencionar las siguientes:

- Antecedentes de depresión sin asociación al puerperio.
- Antecedentes de Trastornos de la alimentación.
- Estrés psicosocial en los últimos 6 meses.
- Antecedentes de adicciones.

3.2.4.3. Los eventos estresantes en la vida:

Estos factores de estrés influyen como eventos negativos en el embarazo y el parto y son capaces de interactuar como factores vulnerables. Dos o más eventos estresantes de la vida en el año antes del embarazo predisponen a depresión en el embarazo temprano y el postparto. (11)

3.2.4.4. Apoyo social:

El apoyo familiar es la base de la unión y estabilidad social, así como de apoyo psicológico hacia la persona. No contar con el mismo es de particular importancia, porque se predispone a que la paciente sea candidata para desarrollar depresión postparto. (11) Un estudio realizado en Bolivia en el año 2005 demostró que las pacientes solteras tuvieron mayor riesgo de padecer depresión postparto en comparación con las pacientes casadas o de unión libre estable, lo que sugiere que la presión provocada por tener que hacerse cargo del bebé y de ellas mismas llegan a exacerbar los síntomas. (28)

3.2.4.5. Factores obstétricos y biológicos:

El tipo de parto influye en la gravedad e incidencia de la depresión postparto. Estudios han encontrado un mayor índice de depresión postparto en los partos por cesárea que en los vaginales, por lo que han concluido que las mujeres que resolvieron el embarazo por vía vaginal tienen menos posibilidades de desarrollar depresión que las mujeres que resolvieron su embarazo por vía abdominal. (29)

Existe relación entre el control que una mujer tiene sobre su parto y la depresión postparto. Al momento de entrevistar a las puérperas que tuvieron a su bebé por vía vaginal refieren sentirse satisfechas por el control que tienen sobre el proceso del parto, y esto se relaciona directamente con una baja incidencia de depresión postparto. A medida que la sensación de control personal de la mujer sobre el trabajo de parto y el nacimiento disminuye, el nivel de depresión aumenta, como se da en pacientes que se someten a resolución vía abdominal. (29)

También se menciona que es posible que las mujeres que no desean dar lactancia materna o que quieren darla, pero por razones ajenas no pueden, constituyan dos grupos de mujeres vulnerables para desarrollar depresión postparto y el apoyo necesario por cada uno puede ser diferente. (27)

3.2.4.6. Nivel de escolaridad:

Es posible que el analfabetismo materno pueda estar asociado a esta condición y constituir un factor de riesgo importante según estudios realizados en la ciudad de Guatemala, sin embargo se asocia mucho con el nivel socioeconómico de la paciente; mientras más alto sea el nivel socioeconómico mayor nivel de escolaridad tiene y menos riesgo de padecer depresión postparto. (10)

3.2.5. SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas que se presentan en una paciente con depresión postparto, frecuentemente son los mismos que en una depresión fuera del puerperio o embarazo. Incluyen pérdida de interés o de placer en la vida, pérdida de energía y motivación para hacer cosas, dormir demasiado, irritabilidad, ansiedad o inquietud, sentirse sin valor y culpable, alejamiento de los amigos y de la familia, comer demasiado o muy poco, tener problemas para recordar cosas, para concentrarse o para tomar decisiones, llorar mucho o fácilmente, incapacidad de reír, soledad. (4,5,16) Otros síntomas son específicos con el rol de la nueva mamá, como dormir muy poco, incluso si el bebé está siendo atendido por otra persona, tener pensamientos de hacerse daño o a su bebé, sentimiento de no ser apta para madre, además de que puede tener percepciones erróneas de ellas mismas y su entorno. (30,31)

3.2.6. CLASIFICACIÓN

Los trastornos del estado del ánimo dentro del puerperio se catalogan según síntomas y duración de los mismos. Tomando en cuenta los criterios antes mencionados la depresión postparto se clasifica de la siguiente manera:

- Depresión postparto leve, también llamado: Maternity Blues.
- Depresión mayor postparto.
- Psicosis postparto. (32)

3.2.6.1. Tristeza Postparto o "postpartum Blues"

Consiste en un estado transitorio de reactividad emocional y ocurre en aproximadamente un 50% de las mujeres que han tenido un parto recientemente. Las mujeres con tristeza postparto lloran con más facilidad, están más irritables, y tienen una labilidad emocional mayor que lo habitual para cada una. El pico de "tristeza" se observa usualmente cerca de los 3 a 5 días luego del parto y dura de varios días a semanas.

El cuadro clínico se caracteriza por ansiedad, insomnio, irritabilidad, labilidad emocional, cefaleas, cambios del apetito y sentimiento de minusvalía. (32)

Los problemas que se pueden presentar en el último trimestre del embarazo y en el momento del parto, como por ejemplo, el lugar de atención, las personas que le atienden y acompañan, y las complicaciones que se presenten, son factores que pueden provocar tristeza postparto. (16) Sin embargo no parece relacionarse con la historia psiquiátrica, factores estresantes, contexto cultural, alimentación o cantidad de hijos. (4)

3.2.6.2. Depresión Postparto sin Psicosis

Se define como una depresión mayor que se desarrolla en las 4 semanas siguientes al parto, sin embargo, muchas veces el comienzo de la depresión es más gradual. Éste tipo de depresión se presenta con la mayoría de síntomas anteriormente descritos, principalmente sentimientos de infelicidad, de no ser apta como madre, trastornos del sueño y el apetito y dificultad en la concentración. La prevalencia de este cuadro clínico es de 10-20% de las mujeres que se encuentran en el lapso de 6 meses después del parto. (30)

Los trastornos del sueño son habitualmente caracterizados por dificultad para dormir, incluso cuando alguien este cuidando al bebé. Es frecuente que las mujeres con éste trastorno, presenten trastorno dismórfico o pensamientos con rasgos de obsesividad.

Existe evidencia indirecta que soporta la idea de que el desbalance hormonal cause depresión postparto, simulando el estado postparto mediante la administración de hormonas que luego son retiradas repentinamente. Esto sumado a los cambios biológicos subyacentes en la tristeza postparto en presencia de un contexto, como vulnerabilidad genética, estrés en el entorno o insuficiente soporte social pueden llevar a la depresión postparto. (4)

La Depresión postparto que no es tratada puede tener consecuencias a largo plazo. Para la madre, el episodio puede ser el precursor de una depresión recurrente. Para los hijos, una madre deprimida puede contribuir a problemas a nivel emocional, cognitivo o conductual en el futuro. (4,33)

3.2.6.3. Depresión Postparto con Psicosis

La incidencia de psicosis postparto, se sitúa en torno a 1 ó 2 por cada 1,000 partos. (30,31) En estos casos se observan cuadros de psicosis, con alucinaciones y/o delirio dentro de las 3 semanas luego del parto. Puede ser un episodio que se registre por primera vez en la vida de la paciente, o bien como parte de un problema recurrente. En su inicio suele aparecer más frecuentemente con rasgos de trastorno bipolar, que como trastornos del ánimo. Comparando estos episodios con los trastornos psicóticos no asociados al postparto, se observa más desorientación y labilidad en forma característica. (4)

La psicosis puerperal se define como la presencia de al menos dos de los cinco siguiente síntomas:

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones, que pueden ser de cualquier modalidad sensorial.
- Lenguaje desorganizado.
- Conducta muy desorganizada y generalmente agitada o catatónica.
- Síntomas negativos tales como: bloqueo de pensamiento y aislamiento interpersonal. (30)

Las mujeres con psicosis postparto pueden tener mejorías temporarias en apariencia, haciendo pensar a médicos y cuidadores que se han recuperado, pero al poco tiempo empeoran sus síntomas depresivos y psicóticos. Por esta razón, es un cuadro preocupante, ya que en el momento de parecer estable, puede sufrir una agudización del problema.

Comparando con episodios de depresión sin psicosis, las mujeres con psicosis puerperal tienen más probabilidades de terminar haciendo daño a sus hijos con facilidad. Si bien en los casos en donde se ha implementado un tratamiento exitoso, el riesgo de daño para los hijos es disminuido, la psicosis puerperal tiene una alta probabilidad de recurrencia, tanto durante el período del postparto, como fuera de él, si no se realiza tratamiento de mantenimiento. (4)

Las clasificaciones europeas y estadounidenses sitúan a la depresión postparto dentro de la categoría de trastornos depresivos, la diferencia de esta patología, es el momento de inicio, que como su nombre lo indica, es durante el puerperio. (34)

La clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) es un sistema pensado con una finalidad básicamente epidemiológica. Por este motivo se considera que es menos precisa y por esto mismo permite mayor juego en la apreciación clínica. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos de salud mental (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), funciona por criterios y surgió como reflejo de la insatisfacción con el sistema CIE-10. El sistema DSM-IV es mucho más completo y preciso y se realizó incorporando desarrollos de la experiencia clínica, así como avances por investigaciones. (35,36)

El DSM-IV toma para su definición de depresión mayor, la depresión postparto que se presenta en las cuatro primeras semanas posteriores al parto y la CIE-10 toma la depresión grave en las seis primeras semanas postparto, por lo que el comienzo de un episodio depresivo postparto es hasta cierto punto arbitrario. (34)

La depresión postparto subclínica se aplica a las mujeres que están experimentando síntomas de depresión postparto, pero que no cumplen con los criterios del DSM-IV para depresión mayor. Ambos, son problemas de salud pública importantes que merecen significativamente atención, ya que ambos están asociados a una considerable disfunción psicosocial. (27)

3.2.7. DIAGNÓSTICO

Cuando se habla de diagnóstico de una enfermedad psicológica, el médico se enfrenta a un gran obstáculo: su difícil diagnóstico precoz, pues se subestima la intensidad de los síntomas, por lo que muchas pacientes pasan desapercibidas.

De una manera clínica se inicia, para realizar un diagnóstico acertado, con una adecuada historia clínica completa, unida a un examen físico y analítico, ya que existen situaciones que pueden confundirse, como por ejemplo, el cansancio por pérdida de sangre en el momento del parto, con el desánimo que se presenta en el trastorno; se debe identificar los grupos de riesgo, por lo que las características demográficas juegan un papel importante; además es importante realizar una evaluación del entorno de la atención del embarazo y del parto, esto con respecto a personal de salud. (32)

Existen dos métodos principales para evaluar la depresión, uno es la entrevista y el otro la autoaplicación de pruebas, como la escala de Hamilton o la de Edimburgo, que es la de mayor valor predictivo para el diagnóstico de depresión postparto. (37) La Escala de Depresión de Postparto de Edimburgo (EPDS) se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión postparto.

Estudios previos demostraron que la depresión de postparto 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. (38)

La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edimburgo. 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.

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. (38)

3.2.7.1. Instrucciones de uso:

- I. 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.
- II. Tienen que responder las diez preguntas.
- III. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
- IV. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del castellano sean limitados o tenga problemas para leer.
- V. La EPDS se puede usar entre las 2 y 6 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de postparto. La clínica de pediatría o la cita de control de postparto pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

3.2.7.2. Pautas para evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0).

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación ≥ 12 muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. (30,38)

Sin duda, debido a la sencillez y al reducido tiempo necesario para su aplicación (5 a 10 minutos), la escala de Edimburgo para depresión postparto permite su utilización por cualquier profesional de la salud y se convierte en un instrumento importante para la identificación de posibles trastornos depresivos durante el embarazo, lo cual mejora de manera importante la atención en la salud de las embarazadas. (39)

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan. (38)

3.2.8. TRATAMIENTO

Al hablar de tratamiento de una patología mental, hablamos de dos tipos, uno que se enfoca en la terapia psicológica y el otro con el uso de fármacos. (18)

3.2.8.1. Terapia Psicológica:

El tratamiento ha sido en gran parte intervenciones psicológicas, apoyo social y apoyo psicosocial para la prevención de la depresión postparto. La psicoterapia ha tenido un papel distinguido en el trato de esta enfermedad por más de 100 años. Más recientemente, pruebas controladas han demostrado la eficacia sustancial del apoyo de la psicología, aún siendo éstas intervenciones bastante mínimas. La orientación de apoyo y el apoyo social pueden ayudar con la remisión. (16)

3.2.8.2. Tratamiento Farmacológico:

Aún no se ha autorizado el uso del tratamiento hormonal para depresión postparto, lo que apoyaría la hipótesis de que los trastornos psiquiátricos puerperales pueden desencadenarse en parte debido a la pérdida de estrógenos. (18)

Los fármacos cumplen una función muy importante para el tratamiento de la depresión grave y generalmente son bien tolerados. Los antidepresivos (y a menudo sus metabolitos, especialmente si son farmacológicamente activos) son liposolubles y se excretan en la leche materna. Estos se metabolizan principalmente en el hígado, que es inmaduro en las primeras semanas de vida extrauterina y la excreción ocurre a través de los riñones, cuya función se desarrolla rápidamente en los primeros días después del nacimiento. La inmadurez o deficiencia de estos órganos puede llevar a la acumulación de los fármacos. (18)

Hasta este momento no existen estudios donde se demuestre que el uso de antidepresivos no afecte a la lactancia materna. Por esta razón las hojas de especificaciones técnicas de la mayoría de los fabricantes incluyen advertencias que los antidepresivos no deben ser administrados a las madres que amamantan. (18)

El conocido inhibidor selectivo de la recaptación (ISRS), sertralina, es el fármaco de elección para las mujeres lactantes. La sertralina se considera relativamente segura, ya que hay pocos efectos adversos en los bebés. El mayor riesgo en los niños parece estar en las primeras ocho semanas después del nacimiento. Si la lactancia materna puede ser suspendida en ese período, para que las concentraciones pico de los medicamentos en la leche no afecten al bebe, los riesgos se reducen al mínimo. (18)

Los estudios con antidepresivos tricíclicos (ATC) sistemáticamente dan valores para la dosis diaria por kilogramo ingerida por los neonatos amamantados de menos de 1% de la dosis materna y se detectaron cantidades muy pequeñas de ATC en el plasma y la orina

de los neonatos. El tejido cerebral, sin embargo, es lipofílico y los fármacos pueden concentrarse allí, pero la experiencia clínica no ha destacado muchos problemas. Los resultados hasta la fecha indican que siempre que los neonatos (a término) estén sanos desde el principio es probable que los beneficios de la lactancia materna superen a los riesgos potenciales. (34)

La duración media de un episodio de depresión postparto sin tratamiento son siete meses, pero se han documentado en otros estudios, que puede llegar a durar hasta un año o más. Si la paciente ha respondido a una prueba inicial de medicación que dura de seis a ocho semanas, la misma dosis debería ser seguida para un mínimo de seis meses, para prevenir recaída. (41)

3.2.9. PROFILAXIS

El hecho de determinar la historia de salud mental de la paciente, dar intervenciones y apoyo destinados a la cultura, tratar la ansiedad, manejar el estrés y prepararlos a la paternidad puede ser eficaz en disminuir la gravedad de los síntomas en mujeres con riesgo de depresión postparto. La oportunidad para principios de identificación e intervención radica en que se garantiza la salud mental materna y apoyo óptimo del desarrollo del niño. (27)

En las mujeres con antecedentes de trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, depresión mayor puerperal o psicosis puerperal, se debe dar profilaxis farmacológica, para protegerlas, con:

- Litio: algunas semanas antes del parto, no más tarde de 2 días después.
- Antidepresivos Tricíclicos. (30)

Las estrategias de consejo en planificación familiar pueden asistir a las mujeres en cuanto al período intergenésico, en ausencia de otros factores de riesgo mayores que puedan contribuir a la depresión. La psicoterapia interpersonal interactiva ha demostrado ser efectiva en la reducción del riesgo de desarrollar depresión postparto en mujeres que tuvieron episodios previamente. (4)

4. HIPÓTESIS

Factor edad

Ho: la mujer menor de 20 años de edad tiene el mismo riesgo de padecer depresión postparto con respecto a la mujer mayor de 20 años de edad.

Ha: la mujer menor de 20 años de edad tiene un riesgo aumentado de padecer depresión postparto con respecto a la mujer mayor de 20 años de edad.

Factor pareja actual

Ho: la mujer sin pareja actual tiene el mismo riesgo de padecer depresión postparto con respecto a la mujer con pareja actual.

Ha: la mujer sin pareja actual tiene un riesgo aumentado de padecer depresión postparto con respecto a la mujer con pareja actual.

Factor pobreza

Ho: la mujer en condición de pobreza tiene el mismo riesgo de padecer depresión postparto con respecto a la mujer que no sufre este evento.

Ha: la mujer en condición de pobreza tiene un riesgo aumentado de padecer depresión postparto con respecto a la mujer que no sufre este evento.

Factor paridad

Ho: la mujer primípara tiene el mismo riesgo de padecer depresión postparto con respecto a la mujer múltipara.

Ha: la mujer primípara tiene un riesgo aumentado de padecer depresión postparto con respecto a la mujer múltipara.

Factor resolución del embarazo

Ho: la mujer que resuelve el embarazo por vía abdominal tiene el mismo riesgo de padecer depresión postparto con respecto a la mujer que no sufre este evento.

Ha: la mujer que resuelve el embarazo por vía abdominal tiene un riesgo aumentado de padecer depresión postparto con respecto a la mujer que no sufre este evento.

Factor religión

Ho: la mujer que no profesa religión tiene el mismo riesgo de padecer depresión postparto con respecto a la mujer que profesa religión.

Ha: la mujer que no profesa religión tiene un riesgo aumentado de padecer depresión postparto con respecto a la mujer que profesa religión.

Factor residencia

Ho: la mujer que reside en área rural tiene el mismo riesgo de padecer depresión postparto con respecto a la mujer que reside en área urbana.

Ha: la mujer que reside en área rural tiene un riesgo aumentado de padecer depresión postparto con respecto a la mujer que reside en área urbana.

Factor analfabetismo

Ho: la mujer analfabeta tiene el mismo riesgo de padecer depresión postparto con respecto a la mujer que no sufre este evento.

Ha: la mujer analfabeta tiene un riesgo aumentado de padecer depresión postparto con respecto a la mujer que no sufre este evento.

Factor antecedente familiar depresivo

Ho: la mujer con antecedente familiar de depresión tiene el mismo riesgo de padecer depresión postparto con respecto a la mujer que no sufre este evento.

Ha: la mujer con antecedente familiar de depresión tiene un riesgo aumentado de padecer depresión postparto con respecto a la mujer que no sufre este evento.

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo y diseño de la investigación:

Transversal por ser el diseño para medir la prevalencia de una exposición en una población definida en un punto específico de tiempo. *Analítico* porque se recolectaron factores de riesgo en una población definida y luego se comparó la prevalencia del resultado en aquellas personas expuestas a cada factor de riesgo con la prevalencia en aquellos no expuestos.

5.2. Unidad de análisis

5.2.1. Unidad primaria de muestreo: puérperas atendidas en los servicios de obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Hospital de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo), Hospital General San Juan De Dios, y Hospital Roosevelt en los meses de mayo y junio de 2011.

5.2.2. Unidad de análisis: Datos registrados en el instrumento de recolección de datos diseñado para el efecto.

5.2.3. Unidad de información: puérperas atendidas en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Hospital de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo), Hospital General San Juan De Dios y Hospital Roosevelt.

5.3. Población y muestra

5.3.1. Población: puérperas atendidas en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Hospital de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo), Hospital General San Juan De Dios, en los meses de mayo y junio de 2011.

Población atendida en Hospital

Hospital	Parto	Cesárea	Total	*Porcentaje
Hospital de Ginecología y Obstetricia	9058	6832	15890	41
Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo	2686	2380	5066	13
Hospital General San Juan de Dios	4790	3024	7814	21
Hospital Roosevelt	5815	3905	9720	25
Total	22349	16141	38490	100

*Se mantiene la representatividad de cada hospital en toda la muestra

5.2.1 Muestra:

Para obtener la muestra fue utilizada la siguiente formula, tomando en cuenta el conocimiento de la población total.

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

En dónde:

z= Valor en la escala de z de una distribución normal de probabilidad correspondiente al nivel de confiabilidad asumido.

p= Proporción considerada en la variable principal (en este caso la tasa de prevalencia de depresión postparto).

q= 1-p

d= Margen de variación o error admitido.

N= Población total.

El tamaño de la muestra fue determinado asumiendo un nivel de confiabilidad del 95%. La proporción considerada en la variable principal del diseño corresponde al 20%, prevalencia promedio de depresión postparto en Latinoamérica. El error admitido máximo esperado fue de 5%.

Se consideró una pérdida estimada del 20%. El efecto de diseño o efecto de conglomeración asumido fue de 2, que es la pérdida o ganancia del diseño por formar unidades muestrales.

La muestra obtenida se distribuyó de la siguiente manera:

Distribución por Conglomerados

Hospital	No. de casos por hospital	Porcentaje de representatividad
Hospital de Ginecología y Obstetricia	242	41
Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo	77	13
Hospital General San Juan de Dios	119	21
Hospital Roosevelt	148	25
Total	586	100

*Se mantiene la representatividad de cada hospital en toda la muestra

5.4. Selección de los sujetos a estudio

5.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes atendidas en servicios obstétricos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Hospital de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo), Hospital General San Juan De Dios y Hospital Roosevelt, durante los meses de mayo y junio de 2011.
- Pacientes de 14 a 45 años en la segunda a sexta semana postparto.
- Sin diagnóstico previo de depresión mayor durante el embarazo actual por médico.

5.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que rehúsen responder encuesta.
- Mujeres con barrera lingüística.
- Mujeres que no respondan llamadas telefónicas.

5.5. Definición y Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	Instrumento
Depresión postparto	Trastorno emocional caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento durante el postparto.	Se aplicó la Escala de depresión postparto de Edimburgo y se interpretó como positivo para depresión postparto el puntaje mayor o igual a 12 puntos	Cualitativa Dependiente	Nominal	Test de Edimburgo
Características Demográficas: Edad	Tiempo transcurrido en una persona, desde el nacimiento hasta la fecha.	Se preguntó verbalmente los años cumplidos que tiene la paciente , desde su nacimiento a la fecha y se clasificó según los siguientes rangos: menores o igual a 20 años y mayores de 20 años	Cuantitativa Independiente	Razón	Boleta de recolección de datos
Paridad	Número total de recién nacidos a término, pretérmino, abortos.	Se preguntó verbalmente la cantidad de gestaciones al momento de la entrevista y se clasificó como primípara y múltipara.	Cualitativa Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos
Tipo de parto	El parto es el mecanismo por el cual una vez completado el desarrollo del nuevo ser, se produce la expulsión del feto desde el claustro materno al exterior.	Se preguntó verbalmente y se clasificó la resolución del embarazo como por vía abdominal o por vía vaginal.	Cualitativa Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos
Pareja actual	Persona ligada sentimentalmente.	Se preguntó verbalmente y se clasificó como con pareja actual o sin pareja actual	Cualitativa Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos
Religión	Profesión y observancia de la doctrina religiosa	Se preguntó verbalmente y se clasificó como si profesa religión o no profesa religión.	Cualitativa Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos

Residencia	Es la permanencia en el territorio nacional, bien con carácter temporal o con carácter permanente	Se preguntó verbalmente y se clasificó como urbano o rural;	Cualitativa Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos
Analfabetismo	Incapacidad de leer y escribir	Se preguntó verbalmente y se clasificó como analfabeta y alfabeta	Cualitativa Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos
Pobreza	No tener el nivel de ingresos necesarios para satisfacer todas las necesidades básicas de acuerdo a los criterios de un determinado tiempo y sociedad. [≤ Q. 322.00 mensual por persona (42)]	Se preguntó verbalmente el salario promedio de la familia y el número de integrantes, luego se realizó el promedio por persona y se categorizó como pobre y no pobre de acuerdo a la clasificación de la CEPAL.	Cualitativa Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos
Antecedente familiar de depresión	Depresión diagnosticada por médico en parientes de primero y segundo grado de consanguinidad	Se preguntó verbalmente y se clasificó como en si tiene antecedentes y no tiene antecedentes	Cualitativa Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos
Tiempo de resolución del test	La magnitud física que permite medir la duración de la encuesta.	Evaluated al momento de la entrevista	Cuantitativa Independiente	Continua	Boleta de recolección de datos
Aceptación del test	Acción desplegada de cualquier ser humano de recibir de forma voluntaria y de acuerdo la encuesta	Se preguntó verbalmente a las pacientes si aceptaba o no la realización del test	Cualitativa Independiente	Nominal	Verbal
Disponibilidad de personal para realización de test	Personal disponible para realizar, encuesta	Respuestas del personal hospitalario en boleta de recolección de datos y se clasificó como si o no estaban disponibles	Cualitativa Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos

5.6. Técnicas, procedimientos e instrumento de recolección de datos

5.6.1. Técnica

Fase I

Por los diferentes tipos de atención que ofrecen los hospitales incluidos en este estudio, se realizaron diferentes técnicas para la selección de la muestra establecida, por lo que a continuación se describen cada una:

En el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se realizó el cuestionario de riesgo psicosocial como entrevista directa y la escala de depresión postparto de Edimburgo como autoaplicación a las pacientes de la consulta externa de obstetricia. Durante la aplicación del test el investigador tomó el tiempo de resolución del mismo.

En el Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo y Hospital San Juan de Dios, se entrevistaron de forma directa a las pacientes de los servicios de consulta externa y de atención postparto para realizar el cuestionario de riesgo psicosocial, luego se les proporcionó la escala de depresión postparto de Edimburgo solamente a las pacientes entrevistadas en la consulta externa. A las pacientes del servicio postparto se les solicitó un número telefónico para contactarlas cuando llenaran los criterios de inclusión y así realizar el test de Edimburgo vía telefónica. El entrevistador tomó tiempo de contestación del test en ambas técnicas.

En el Hospital Roosevelt, se realizaron entrevistas directas a las pacientes en el servicio de atención postparto para el cuestionario de riesgo psicosocial; y se solicitó los números telefónicos para realizar el test de Edimburgo en el tiempo establecido.

Fase II:

Aplicación del cuestionario para evaluar la factibilidad de la implementación de la escala de depresión postparto de Edimburgo a personal de enfermería, médicos y psicólogos de los servicios obstétricos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Hospital de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo), Hospital General San Juan De Dios y Hospital Roosevelt.

5.6.2. Procedimiento

En el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se solicitó el registro de citas para las clínicas de control del puerperio en la consulta externa, con el cual se invitó a participar, en este estudio, a cada paciente postparto enlistada mientras esperaban ingresar a la clínica que le correspondía, al aceptar ser parte de la investigación firmaron voluntariamente el consentimiento informado. Se realizó una entrevista directa en la que se utilizó el cuestionario de riesgo psicosocial y se aplicó una escala de tamizaje -la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS)- (Anexo 2) en la cual se explicó a cada paciente que el test es de autoaplicación y se les proporcionó lapicero para contestarlo, a excepción de pacientes que en la entrevista de riesgo psicosocial habían respondido que no sabían leer ni escribir, por lo que a éste pequeño grupo, se le realizó el test en forma de entrevista. El investigador tomó el tiempo de resolución del test por cada paciente.

En el Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo y Hospital General San Juan de Dios se solicitaron los registros de citas para las clínicas de control del puerperio en las consultas externas para invitar a participar en este estudio a cada paciente posparto mientras esperaban ser atendidas, luego de explicarles el estudio se les proporcionó el consentimiento informado a cada una de las que aceptaron participar el cual firmaron voluntariamente. Posteriormente se les realizó una entrevista directa en la que se utilizó el cuestionario de riesgo psicosocial y luego se les aplicó la escala de depresión posparto de Edimburgo proporcionándole lapicero a cada paciente ya que se les explicaba que éste test era de autoaplicación, excepto para pacientes analfabetas, quienes respondieron el test verbalmente al investigador. Debido a la poca afluencia de pacientes al día en las consultas externas de estos hospitales, también se realizó el estudio en los servicios de atención postparto, donde se explicó a cada paciente el estudio, al aceptar participar firmaron el consentimiento informado y se les realizó la entrevista directa del cuestionario de riesgo psicosocial y luego se les solicitó un número telefónico y habiendo cumplido el tiempo establecido de 2 a 6 semanas posparto, se les realizó llamadas telefónicas para aplicarles la escala de depresión postnatal

de Edimburgo por este medio. El investigador tomó el tiempo de resolución del test por cada paciente en ambos procedimientos.

En el Hospital Roosevelt se realizó el estudio en los servicios de atención postparto debido a que no se realizan controles de puerperio en las consultas externas ya que se refieren a los centros de salud más cercanos. Se le explicó a cada paciente el estudio, al aceptar participar, firmaron el consentimiento informado y se les realizó la entrevista directa del cuestionario de riesgo psicosocial y luego se les solicitó un número telefónico y cuando cumplieron el tiempo establecido de 2 a 6 semanas posparto, se les realizó llamadas telefónicas para aplicarles la escala de depresión postnatal de Edimburgo por este medio. El investigador tomó el tiempo de resolución del test por cada paciente. Se realizó este procedimiento cada dos días.

Fase II

Se invitó a personal de enfermería, médicos y psicólogos de los servicios de obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Hospital de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo), Hospital General San Juan De Dios y Hospital Roosevelt a participar en la evaluación de la factibilidad de la implementación de la escala de depresión postparto de Edimburgo mediante la autoaplicación del cuestionario realizado para el efecto. (Anexo 3)

Así mismo se valoró la aceptación, por pregunta directa a puérperas, y tiempo de resolución de la escala de depresión postparto de Edimburgo, lo cual se realizó mediante la colocación de hora de inicio y hora de finalización de cada test. La duración de la realización de dicho test fue en promedio de 5 minutos.

5.6.3. Instrumento

5.6.3.1. Cuestionario de riesgo psicosocial

El instrumento utilizado consta de diferentes secciones, de las cuales su objetivo fue registrar las diferentes variables a estudiar en esta investigación; fue realizado según una estructura de opción múltiple. En la primera sección se enumeran las consultan externas de los diferentes hospitales siendo estos Hospital de Ginecología y

Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital General San Juan De Dios y Hospital Roosevelt. La segunda sección recopila los datos del paciente que recoge las siguientes variables:

- *Demográficas*: edad, analfabetismo, estado civil, residencia, paridad, religión
- *Historia Personal*: antecedente familiar de depresión.
- *Embarazo y parto*: número de gestas, tipo de parto.
- *Trabajo*: Ingreso mensual. (Anexo 1)

5.6.3.2. Escala de depresión postparto de Edimburgo

Existen diferentes instrumentos para la pesquisa de depresión. La escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS) es un instrumento validado en múltiples países, con una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% para evaluar la intensidad de la depresión durante los últimos 7 días postparto. Este instrumento fue diseñado específicamente como método de tamizaje y no de diagnóstico para depresión postparto. Consiste en un registro de autoaplicación que consta de 10 ítems, con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos. (Anexo 2)

La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estos ítems incluyen la disforia, 2 ítems están relacionados con ansiedad, 1 ítem con sentimiento de culpa, 1 ítem con ideas suicidas y 1 ítem con dificultad de concentración.

La puérpera puede ser clasificada en tres grupos, según el resultado:

- EPDS menor que 10: sin riesgo de depresión postparto.
- EPDS 10-11: puntaje límite para riesgo de depresión.
- EPDS \geq a 12: puntaje indicador de riesgo para depresión.

En este estudio un puntaje mayor o igual a 12 será considerado como prueba positiva e indicador de riesgo para depresión postparto.

5.6.3.3. Cuestionario de factibilidad de la implementación de la EPDS

El instrumento utilizado consta de una sola sección, fue realizado según una estructura de opción múltiple. En este cuestionario se recopiló información acerca del cargo que ocupa el participante y si estuvo en la disposición de proporcionar la escala de depresión postparto de Edimburgo a toda paciente citada en la consulta externa del hospital que le corresponde. (Anexo 3)

5.7. Procesamiento y análisis de datos

5.7.1. Procesamiento

Los datos se registraron en cuestionarios impresos, los cuales se llenaron manualmente. La información recopilada por medio de los instrumentos de recolección de datos fue trasladada a hojas electrónicas en Excel®2010, en donde se pudo ordenar debidamente de acuerdo a las diversas variables estudiadas (edad, paridad, tipo de parto, pareja actual, religión, residencia, analfabetismo, pobreza, antecedente familiar de depresión); y así se obtuvo una base de datos adecuada para la posterior realización de tablas y graficas correspondientes.

5.7.2. Análisis

Se procesó los datos por métodos estadísticos de asociación utilizando Epi-Info [TM]® 3.4.3, programa de especial utilidad para la salud pública. Las variables (edad, paridad, tipo de parto, pareja actual, religión, residencia, analfabetismo, pobreza, antecedente familiar de depresión) se relacionaron con respecto a la presentación de depresión postparto. La única variable que se analizó individualmente fue depresión postparto.

Prevalencia: se calculó en base a la siguiente formula:

Luego se construyó una tabla de cuatro celdas, donde las columnas registraron el número de enfermos y no enfermos, y las filas el número de expuestos y no expuestos.

Factor de Riesgo	Daño a la salud		Total
	Presente (+)	Ausente (-)	
Presente (+)	a	b	a + b
Ausente (-)	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	N

Donde:

$a+c$ = número de enfermos de la población.

$b+d$ = número de no enfermos de la población.

N = población total.

Luego se aplicaron las siguientes pruebas para análisis estadístico:

Chi cuadrado: se calculó la asociación entre los factores de riesgo y depresión postparto a partir de la siguiente fórmula:

Donde:

f_o = frecuencia observada

f_e = frecuencia esperada

Razón de productos cruzados: se calculó la proporción de enfermos que fueron expuestos [$a/(a+c)$] y la proporción de no enfermos también expuestos [$b/(b+d)$] lo que permitió identificar la magnitud o fuerza de asociación entre variables y reconocer la naturaleza con factor de riesgo o de protección de una exposición.

5.8. Alcances y límites de la investigación

5.8.1. Alcances

A través de este estudio se determinaron los factores de riesgo de depresión postparto en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital General San Juan De Dios y Hospital Roosevelt y su relación con respecto a la prevalencia de dicha patología.

5.8.2. Límites

El estudio incluyó hospitales de tercer nivel, lo que permitió identificar únicamente a pacientes, en su mayoría de área urbana, durante la segunda a la sexta semana del puerperio, ya que es el momento de mayor prevalencia dejando fuera de este período a las pacientes en gestación y a las pacientes con menos de 2 semanas postparto y con más de 6 semanas postparto.

5.9. Aspectos éticos de la investigación

- El nombre de los pacientes se mantuvo anónimo durante todo el proceso de recolección, análisis y presentación de resultados.
- La investigación no fue financiada por ninguna entidad privada o pública, sino por los mismos investigadores.
- Los datos obtenidos no fueron revelados a terceras personas, institución pública o privada que no esté relacionada con la investigación.
- La recolección de datos no fue manipulada de ninguna manera a favor de cualquier estadística descrita en el marco teórico o de alguna institución.
- Los resultados finales fueron presentados al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital General San Juan De Dios y Hospital Roosevelt donde se realizó la investigación.

- Esta investigación se consideró dentro de la Categoría I (sin riesgo) ya que en el estudio se utilizaron únicamente técnicas observacionales, con las que no se realizó ninguna intervención o modificación intervencional con las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participaron en dicho estudio. Es importante mencionar que cada paciente tuvo la opción de hacer valer su derecho de escoger si deseaba participar en este estudio, respetando así los principios de ética médica; por lo que se realizó un consentimiento informado el cual fue firmado por el paciente voluntariamente (anexo IV).

6. RESULTADOS

A continuación se describen las principales características sociodemográficas de las 586 personas entrevistadas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital General San Juan De Dios y Hospital Roosevelt.

CUADRO 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PUERPERAS
DISTRIBUCIÓN POR HOSPITALES MAYO A JUNIO 2011
JULIO 2011

Características Socio-demográficas	HGO ^a	HGJJAB ^b	HGSJDD ^c	HR ^d	TOTAL
	f(%) (n=242)	f(%) (n=77)	f(%) (n=119)	f(%) (n=148)	f(%) (n=586)
Edad					
≤ 20 años	60 (24.8)	9 (11.7)	46 (38.6)	47 (31.8)	162 (27.7)
21 – 25 años	12 (5.3)	36 (46.8)	36 (30.3)	49 (33.1)	250 (42.7)
26 – 30 años	27 (11.2)	21 (27.2)	13 (10.9)	32 (21.6)	93 (15.9)
31 – 35 años	21 (8.6)	7 (9.1)	17 (14.3)	15 (10.1)	60 (10.2)
36 – 40 años	4 (1.7)	4 (5.2)	7 (5.9)	4 (2.7)	19 (3.2)
41 – 45 años	1 (0.4)	0 (0)	0 (0)	1 (0.7)	2 (0.3)
Estado Civil					
Unida	109 (45)	30 (39.0)	69 (58)	84 (56.8)	292 (49.8)
Casada	89 (36.8)	38 (49.3)	35 (29.4)	38 (25.7)	200 (34.1)
Divorciada	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Viuda	2 (0.8)	0 (0)	2 (1.7)	2 (1.3)	6 (1.1)
Soltera	42 (17.4)	9 (11.7)	13 (10.9)	24 (16.2)	88 (15)
Religión					
Católica	104 (43)	34 (44.1)	41 (34.5)	50 (33.8)	229(39.1)
Evangélica	120 (49.6)	25 (32.5)	49 (41.1)	81 (54.7)	275(46.9)
Ninguna	17 (7)	17 (22.1)	25 (21.0)	16 (10.8)	75(12.8)
Otra	1 (0.4)	1 (1.3)	4 (3.4)	1 (0.7)	7(1.2)
Residencia					
Rural	53 (21.9)	17 (22.1)	42 (35.3)	23 (15.5)	135 (23)
Urbana	189 (78.1)	60 (77.9)	77 (64.7)	125 (84.5)	451 (77)
Analfabetismo					
Si	41 (16.9)	1 (1.3)	4 (3.4)	22 (14.9)	68 (11.6)
No	201 (83.1)	76 (98.7)	115 (96.6)	126 (85.1)	518 (88.4)
Pobreza					
Si	55 (22.7)	4 (5.2)	26 (21.8)	56 (38.4)	141 (24.1)
No	187 (77.3)	73 (94.8)	93 (78.2)	90 (61.6)	445 (75.9)

Fuente: Boleta de recolección de datos.

^a Hospital de Ginecología y Obstetricia.

^b Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo.

^c Hospital General San Juan de Dios.

^d Hospital Roosevelt.

CUADRO 2
CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y CLÍNICAS DE PUERPERAS
DISTRIBUCIÓN POR HOSPITALES MAYO A JUNIO 2011
JULIO 2011

Factor de Riesgo	HGO ^a	HGJJAB ^b	HGSJDD ^c	HR ^d	TOTAL
	f(%) (n=242)	f(%) (n=77)	f(%) (n=119)	f(%) (n=148)	f(%) (n=586)
Edad					
≤ 20 años	60 (24.8)	9 (11.7)	46 (38.7)	47 (31.8)	162 (27.6)
> 20 años	182 (75.2)	68 (88.3)	73 (61.3)	101 (68.2)	424 (72.4)
Paridad					
Primípara	97 (40.1)	36 (46.8)	57 (47.9)	76 (51.4)	266 (45.4)
Múltipara	145 (59.9)	41 (53.2)	62 (52.1)	72 (48.6)	320 (54.6)
Tipo de parto					
Abdominal	110 (45.5)	37 (48.1)	56 (47.1)	83 (56.1)	300 (51.2)
Vaginal	132 (54.5)	40 (51.9)	63 (52.9)	65 (43.9)	286 (48.8)
Pareja actual					
No	45 (18.6)	9 (11.7)	9 (7.6)	22 (14.9)	76 (13)
Si	197 (81.4)	68 (88.3)	110 (92.4)	126 (85.1)	510 (87)
Religión					
No	17 (7.1)	17 (22.1)	25 (21)	17 (11.5)	76 (13)
Si	225 (92.9)	60 (77.9)	94 (79)	131 (88.5)	510 (87)
Residencia					
Rural	53 (21.9)	17 (22.1)	42 (35.3)	23 (15.5)	135 (23)
Urbana	189 (78.1)	60 (77.9)	77 (64.7)	125 (84.5)	451 (77)
Analfabetismo					
Si	41 (16.9)	1 (1.3)	4 (3.4)	22 (14.9)	68 (11.6)
No	201 (83.1)	76 (98.7)	115 (96.6)	126 (85.1)	518 (88.4)
Pobreza					
Si	55 (22.7)	4 (5.2)	26 (21.8)	56 (38.4)	141 (24.1)
No	187 (77.3)	73 (94.8)	93 (78.2)	90 (61.6)	445 (75.9)
Antecedente†					
Si	12 (4.9)	18 (23.4)	12 (10.1)	12 (8.1)	54 (9.2)
No	230 (95.5)	59 (76.6)	107 (89.9)	136 (91.9)	532 (90.8)

Fuente: Boleta de recolección de datos.

^a Hospital de Ginecología y Obstetricia.

^b Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo.

^c Hospital General San Juan de Dios.

^d Hospital Roosevelt.

† Antecedente familiar de depresión.

CUADRO 3
FUERZA DE ASOCIACIÓN ESTADÍSTICA DE DEPRESIÓN POSTPARTO
DISTRIBUCIÓN POR HOSPITALES MAYO A JUNIO 2011
JULIO 2011

Factor de Riesgo	HGO ^a			HGJJAB ^b			HGSJDD ^c			HR ^d			Total		
	x ²	OR	IC 95%	x ²	OR	IC 95%	x ²	OR	IC 95%	x ²	OR	IC 95%	x ²	OR	IC 95%
Edad 14 a 20 años	0.53 NS	1.32	0.58 – 2.94	0.76 NS	2.14	0.26 – 14.85	0.49 NS	1.36	0.52 – 3.54	0.29 NS	1.38	0.37 – 5.05	2.22 NS	1.44	0.87 – 2.37
Paridad Primípara	0.02 NS	1.07	0.51 – 2.23	0.21 NS	0.73	0.15 – 3.30	0.81 NS	1.49	0.58 – 3.85	0.94 NS	0.56	0.15 – 2.03	0 NS	0.98	0.61 – 1.58
Tipo de parto Abdominal	0.01 NS	1.04	0.50 – 2.15	0.29 NS	0.69	0.15 – 3.11	7.55 S	3.53*	1.29 – 9.91	0.02 NS	0.91	0.26 – 3.24	1.09 NS	1.27	0.79 – 2.04
Pareja actual No	2.2 NS	1.80	0.76 – 4.19	0.03 NS	0.82	0.12 – 5.87	0.62 NS	1.79	0.33 – 8.97	0 NS	1.05	0 – 5.62	2.02 NS	1.55	0.81 – 2.93
Religión No	0.56 NS	1.56	0.40 – 5.55	0 NS	0	0 – 1.74	0.5 NS	1.44	0.47 – 4.33	0.21 NS	1.45	0 – 8.08	0.16 NS	1.14	0.57 – 2.26
Residencia Rural	2.76 NS	1.87	0.83 – 4.17	0.96 NS	0.35	0.02 – 3.15	0.04 NS	1.10	0.41 – 2.93	0 NS	0.99	0 – 5.28	1.85 NS	1.42	0.83 – 2.41
Analfabetismo Si	17.03 S	4.51*	1.98 – 10.24	0 NS	0	0 – 127.18	0.01 NS	1.14	0.20 – 6.24	0.75 NS	1.83	0.36 – 8.23	11.28 S	2.62*	1.41 – 4.85
Pobreza Si	3.65 NS	2.02	0.91 – 4.45	14.17 S	28.28*	2.10 – 820.68	0.22 NS	0.77	0.22 – 2.50	1.54 NS	2.05	0.58 – 7.37	3.51 NS	1.59	0.95 – 2.66
Antecedente † Si	0 NS	0	0 – 2.08	0.28 NS	1.49	0.26 – 7.63	9.59 S	6.09*	1.52 – 25.20	1.01 NS	2.27	0.30 – 13.44	2.03 NS	1.64	0.78 – 3.39

Fuente: Boleta de recolección de datos

^a Hospital de Ginecología y Obstetricia

^b Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo

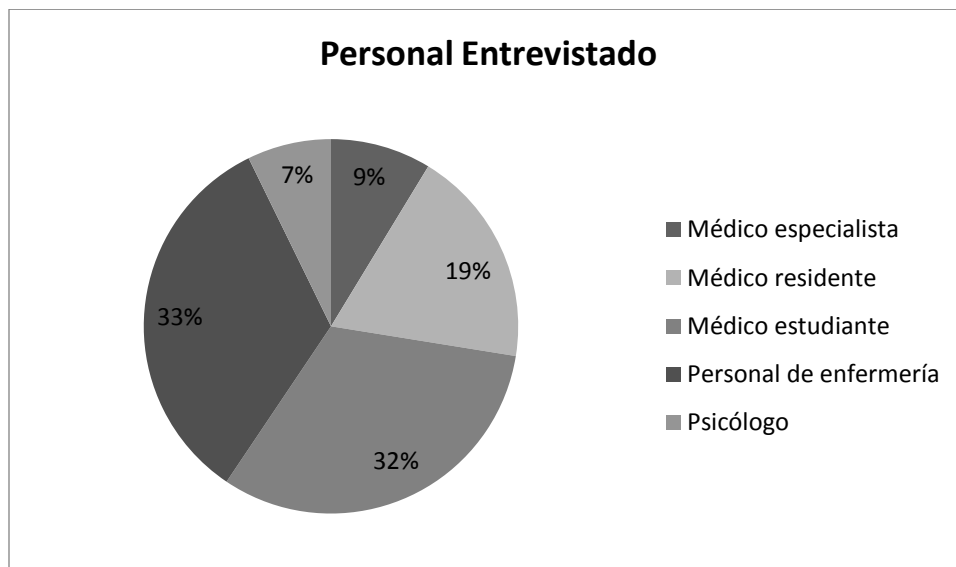
^c Hospital General San Juan de Dios

^d Hospital Roosevelt

† Antecedente familiar de depresión

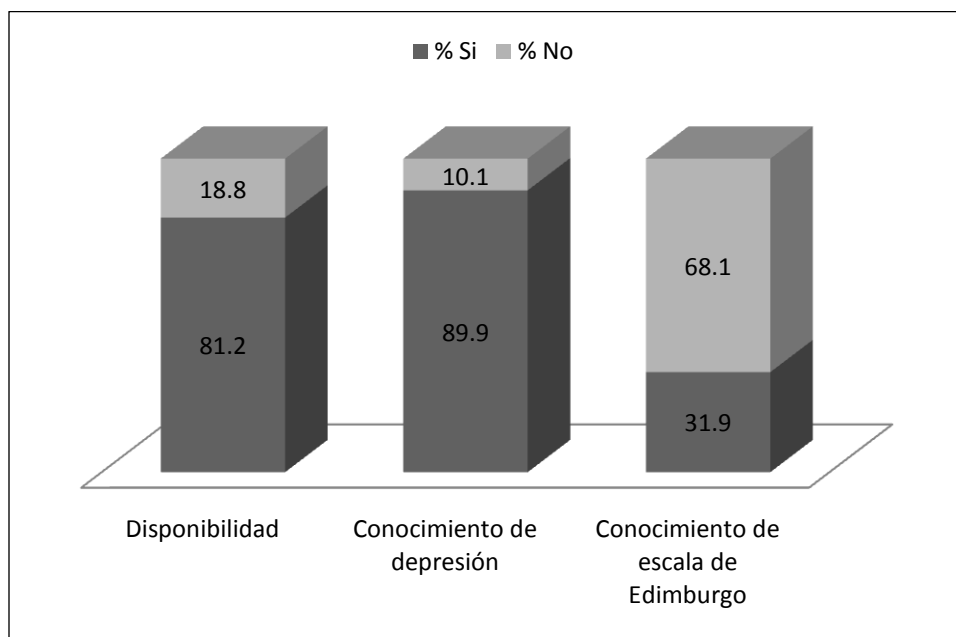
* p > 0.05

GRAFICA 1
DISTRIBUCION DE PERSONAL ENTREVISTADO POR HOSPITALES JUNIO 2011
JULIO 2011



Fuente: boleta de recolección de datos

Gráfica 2
EVALUACION DE FACTIBILIDAD DE IMPLEMENTACION
DEL TEST DE TAMIZAJE PARA DEPRESIÓN POSTPARTO
EN HOSPITALES JUNIO 2011
JULIO 2011



Fuente: boleta de recolección de datos

7. DISCUSIÓN

7.1. Consolidado total

El presente estudio se constituye como el primer reporte multicéntrico sobre depresión postparto en Guatemala. Los resultados de la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS), muestran que esta patología es frecuente, una de cada seis púerperas presentó la EPDS positiva (≥ 12 puntos). La media del puntaje alcanzado fue de 5 puntos \pm 4 puntos. El puntaje mínimo registrado fue de 0 puntos y el máximo de 22 puntos.

La prevalencia para depresión postparto varía según la puntuación de la EPDS tomada como punto de corte y área geográfica. En nuestro estudio se obtuvo una prevalencia de 15.5%, cifra que se sitúa dentro del rango (8-30%) a nivel mundial, sin embargo por debajo del límite inferior de lo reportado nacionalmente (17-41%). La marcada diferencia se podría atribuir al punto de corte elegido. En esta investigación el punto de corte, puntuación mayor o igual a 12 puntos, se eligió por ser el recomendado para estudios epidemiológicos. (32)

Este estudio se une a otros que muestran que la depresión postparto no es una entidad exclusiva de países desarrollados. Se eligió el período entre la 2ª y 6ª semana postparto ya que estudios han demostrado que hacer la prueba más temprano disminuye la posibilidad de detectar a mujeres con desarrollo de sintomatología depresiva (4,9). Sin embargo no hay estudios que determinen las puntuaciones de las pacientes antes del parto; esto indicaría si existen indicios de depresión antes del parto en mujeres guatemaltecas, ya que se ha asociado ésta a depresión postparto; y así atender el trastorno durante el embarazo.

Aproximadamente 10% de las madres quienes clasificaban para ser entrevistadas, no dieron su consentimiento. Es importante mencionar que la noción de hablar sobre aspectos de salud mental se dificulta, algunas veces, por el estigma que estas enfermedades poseen y pudo limitar la información que las participantes compartieron con los entrevistadores.

Según la Organización Mundial de la Salud, Guatemala es el tercer país con un número mayor de embarazos en adolescentes para el año 2007. (25) Dato reflejado en el Hospital General San Juan de Dios, donde el rango de edad predominante fue el comprendido entre 14 a 20 años (38.6%). Así mismo, la literatura reporta una mayor prevalencia de depresión postparto en mujeres menores de 20 años (10). Los

resultados de esta investigación son consistentes con lo anterior mencionado, ya que se encontró asociación entre estas variables, sin embargo no fue estadísticamente significativo; probablemente como resultado de la pequeña cantidad de pacientes en este grupo etario.

En el Hospital General San Juan de Dios, el factor de riesgo tipo de parto (vía abdominal) y antecedente familiar de depresión se encontraron asociados a escala de depresión postnatal de Edimburgo positiva, con una razón de productos cruzados de 3.53 y 6.09 respectivamente. Por lo que ésta información sugiere que las pacientes que resuelven el embarazo por vía abdominal tienen un riesgo 4 veces mayor de padecer depresión postparto y que las pacientes con antecedente familiar de trastorno depresivo tienen un riesgo 6 veces mayor de padecer depresión postparto que las pacientes sin estas características; ambos datos concuerdan con la literatura previamente descrita. (11,29) En el Hospital General San Juan de Dios se obtuvo el mayor porcentaje (38.4%) de pacientes con vivienda en área rural, esto se puede atribuir a que es una institución de referencia de complicaciones obstétricas de áreas aledañas a la ciudad capital. Estos datos son de vital importancia, ya que en Guatemala para el año 2010 el 16.3% de los nacimientos fueron por vía abdominal; (12) a nivel hospitalario el porcentaje es mayor (50%) según estadísticas de los hospitales incluidos en este estudio. La diferencia entre estos porcentajes podría deberse a que dichos establecimientos, por ser de tercer nivel, son de referencia nacional, y generalmente dan atención a mujeres con complicaciones obstétricas, que aumenta el riesgo de resolver el embarazo por vía abdominal, y los casos con curso normal del trabajo de parto se refirieron a clínicas periféricas o maternidades.

El 24.1% del total de las pacientes viven en pobreza, de las cuales el 20.5% presentaron la escala de depresión postnatal de Edimburgo positiva, siendo el Hospital Roosevelt y el Hospital de Ginecología y Obstetricia, las instituciones donde se reportó la mayor cantidad de pacientes que viven en pobreza, 39.7% y 39% respectivamente. Sin embargo, a pesar de ser un factor de riesgo documentado por investigadores internacionales y nacionales (10), únicamente en el Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo tuvo significancia estadística, con una razón de productos cruzados de 28.28. Por lo que se presume que las pacientes en pobreza tienen un riesgo 28 veces mayor de padecer depresión postparto que las pacientes sin esta condición. Es importante mencionar que debido a que la cantidad de pacientes incluidas en este subgrupo es pequeña, este dato, pudiera estar sesgado.

Guatemala reporta para el año 2010 una tasa de analfabetismo en adultos de 26%, así también, que el 11.7% de guatemaltecos vive con menos de un dólar diario. (12,42) Estos datos se reflejaron dentro de la población incluida en el estudio ya que en el Hospital Roosevelt se reportó el 14.9% de analfabetismo y en el Hospital de Ginecología y Obstetricia un 16.9%. Además, ambos hospitales tienen mayor porcentaje de pobreza, con un 38.4% y 22.7% respectivamente, en relación a los demás hospitales incluidos en el estudio; éstas características demográficas hacen de estas pacientes la población más vulnerable para depresión postparto. Pese a que ambos factores se vieron asociados a depresión postparto, únicamente en el Hospital de Ginecología y Obstetricia se reflejó significancia estadística en el analfabetismo, con una razón de productos cruzados de 4.51, por lo que se estima que la proporción de pacientes analfabetas tienen un riesgo 4 veces mayor de padecer depresión postparto que las pacientes alfabetas, dato compatible con un estudio realizado en Guatemala para el año 2007. (10)

Dentro de la población total se observó una asociación entre el analfabetismo y escala de depresión postnatal de Edimburgo positiva, con una razón de productos cruzados de 2.62. Por lo que se presume que la proporción de pacientes analfabetas tiene un riesgo 2 veces mayor de padecer depresión postparto que las pacientes alfabetas. Los datos anteriormente interpretados únicamente son aplicables a las áreas de estudio.

7.2. Implementación de la escala de depresión postnatal de Edimburgo

De las 69 personas entrevistadas del personal del Hospital de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo, Hospital General San Juan de Dios y Hospital Roosevelt 81.2% estaría en la disponibilidad de pasar el test de tamizaje para depresión postparto; el grupo restante, reportó no creer tener tiempo suficiente para la aplicación del test.

Dentro del personal incluido en esta investigación se observa contraste entre el conocimiento sobre depresión postparto y la escala de depresión postnatal de Edimburgo, con un 89.9% y 3.9% respectivamente. Esta marcada diferencia podría deberse a que esta patología es abordada únicamente en definición y tratamiento en temáticas de pregrado, sin embargo no se capacita en la utilización de escalas de tamizaje para este trastorno.

El tiempo de resolución de la escala de depresión postnatal de Edimburgo promedio fue de 5 ± 2 minutos. Tomando en cuenta que el tiempo de resolución del test fue corto, la alta aceptación por parte del paciente a dicho test (90%) y la disponibilidad del personal de los servicios de obstetricia de los diferentes hospitales se considera como factible la implementación de la escala de depresión postnatal de Edimburgo en las instituciones de atención obstétrica.

8. CONCLUSIONES

- 8.1. La prevalencia para depresión postparto, según la escala de depresión postnatal de Edimburgo es de 15.5%, cifra que corresponde a lo reportado en la literatura a nivel mundial, que se encuentra en un rango de 8 a 30%. (3,4)
- 8.2. El vivir en pobreza, con resolución del parto por vía abdominal, tener antecedente familiar de depresión y analfabetismo, son factores de riesgo asociados a escala de depresión postnatal de Edimburgo positiva en alguna de las diferentes submuestras, siendo este último el único con asociación estadísticamente significativa en la muestra total; por lo que se puede atribuir que las pacientes con una de las características antes mencionadas tienen mayor riesgo de padecer depresión postparto.
- 8.3. Para los factores de riesgo edad, pareja actual, paridad, religión y residencia se rechazan las hipótesis alternas, en base a los resultados previamente descritos.
- 8.4. En cuanto a las características sociodemográficas de las personas entrevistadas el 42.7% pertenece al grupo etario de 21 a 25 años, seguido de 27.7% dentro del grupo etario menor o igual a 20 años, siendo la media 24 ± 5 años. El estado civil que predominó con 49.8% corresponde a pacientes unidas, seguido de 34.1% pacientes casadas y 15% pacientes solteras. El 46.9% de las pacientes profesan religión evangélica, el 39.1% católica. El 88.4% cuentan con algún grado de escolaridad, siendo únicamente el 11.6% analfabetas. El 24.1% se clasificó en estado de pobreza según los criterios de CEPAL. (42)
- 8.5. La aplicación de la escala de depresión postparto de Edimburgo en los servicios obstétricos es factible considerando que el tiempo de resolución promedio fue de 5 minutos por lo que el 81.2% del personal médico y paramédico de dicho servicio está en la disponibilidad de realizar este test, el cual tuvo una aceptación por parte de las pacientes del 90%.

9. RECOMENDACIONES

9.1. Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala

- 9.1.1. Elaborar programas de intervención dirigido a la detección y diagnóstico oportuno de depresión postparto, usando como referencia la presente investigación.
- 9.1.2. Establecer el uso rutinario de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo para el diagnóstico de depresión posparto en los hospitales con atención obstetricia.
- 9.1.3. Incentivar al personal de salud a formarse en dicha patología, lo que permita una práctica clínica completa en beneficio directo de las pacientes.
- 9.1.4. Involucrar a todo el personal del hospital que tienen contacto con las pacientes puérperas (Enfermería, Médicos, Psicología, Trabajo social) a través de la sensibilidad del tema con el fin de su diagnóstico oportuno y con la colaboración del departamento de salud mental dar un tratamiento oportuno y así brindar atención integral a la mujer .

9.2. A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

- 9.2.1. Implementar al pensum de la carrera temas de contenido psiquiátrico relacionado a la rama de obstetricia, para que el estudiante se relacione con temas de salud mental y se le facilite tomar acciones al identificar pacientes con trastorno de depresión postparto.

9.3. Al Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud (CICS) de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC

- 9.3.1. Promover el desarrollo de estudios relacionados al área de salud mental, y principalmente los trastornos que afectan a pacientes obstétricas, debido a que la incidencia de patología mental incrementa considerablemente y son de alto impacto en la población materno infantil.

10. APORTES

- 10.1. La información presentada en este estudio podría servir como material de apoyo a futuras investigaciones sobre de la detección temprana de depresión posparto y los factores de riesgo asociados a la misma.
- 10.2. Se impartió una charla informativa a las pacientes participantes, donde se repartieron trifoliales con la información básica de depresión posparto, así mismo se indicó el lugar a consultar, en cada hospital, de ser necesario.
- 10.3. Se realizó una presentación de resultados en la sesión mensual del departamento de obstetricia en los diferentes hospitales del estudio, momento en el que se trasladaron las recomendaciones a las autoridades competentes.
- 10.4. Se realizó una jornada de concientización al personal de salud sobre la necesidad de capacitaciones sobre la salud mental en la paciente obstétrica, haciendo énfasis en los factores de riesgo relacionados para cada población en los diferentes hospitales.
- 10.5. Se presentaron copias de los resultados obtenidos en esta investigación a los departamentos de obstetricia, y direcciones medicas de cada hospital.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Zaconeta AM, Domingues L, Franca PS. Depresión posparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en púerperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004; 69(3): 209-213.
2. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile [en línea]* 2010 [accesado Mar 2011]; 138(5): 536-542 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000500002&script=sci_arttext
3. Vargas-Mendoza JE, Garcia M. Depresion posparto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigacion en Psicología. [en línea] 2009 [accesado Mar 2011]; 3(1): 11-18 Disponible en: www.conductitlan.net/43_depresion_post_parto_presencia_manejo_psicológico.pdf
4. Acuña M. Actualizacion: depresión posparto. Evidencia en Atencion Primaria. [en línea] 2002 [accesado Mar 2011]; 5(6): 180-183 Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/Depresi%C3%B3n%20Postparto.pdf>
5. Gómez MS. Patología psiquiátrica en el puerperio. *Rev Neuro-Psiquiatría [en línea]* 2002 [accesado Mar 2011]; 65: 32-46 [15 pantallas] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/famed/rnp/65-1/v65n1ar2.pdf>
6. Evans MG, Vicuña MM, Marín R. Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol [en línea]* 2003 [accesado Mayo 2011]; 68(6): 491-494 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600006&lng=es
7. Paidopsiquiatria.com, Trastornos de conducta y del aprendizaje escolar [en línea] Almeria, España: Paidopsiquiatria.com 2006 [accesado Mar 2011]; Disponible en: <http://www.paidopsiquiatria.com/TDAH/tc5.pdf>
8. Jadresic ME. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr [en línea]* Dic 2010 [accesado Mayo 2011]; 48(4): 269-278 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003&lng=es
9. Peñates Maldonado PJ. Validación de la escala de Edimburgo como tamizaje para la depresión posparto. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2003.
10. Arévalo A, Rámila C, Robles R. Prevalencia de depresión posparto. *Rev Fac Med Universidad Francisco Marroquín [en línea]* 2007 [accesado Abr 2011]; 1(5): 11-14. Disponible en: http://medicina.ufm.edu/uploads/assets/revista/2007-06_12.pdf
11. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression. *J Affective Disorders.* [en línea] 2008. [accesado Abr 2011] 108(1-2): 147–157 Disponible en: www.elsevier.com/locate/jad

12. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2011. [en línea] Ginebra: OMS; 2011 Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf
13. Cárdenas S. Trastornos de salud mental: Esperanza para la familia [en línea] [S.L.]: psiquiatría.com [accesado Abr 2011]; [9 pantallas] Disponible en: www.psiquiatria.com
14. Cobar MI, De La Roca MW, Dávila KD, Chávez MI, Díaz CE, Gómez NE, et al. Encuesta nacional de salud mental [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2009.
15. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Demografía población de Guatemala [en línea] Guatemala: INE; 2003 [actualizada 27 Feb 2009] [accesado Abr 2011] Disponible en: www.INE.gob.gt
16. Marin D, Bullones MA, Carmona FJ, Carretero MI, Moreno MA, Peñacoba C. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Rev Neuro Investigación [en línea] 2008 [accesado Abr 2011]; 6(37): Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyemb37210200893951.pdf
17. Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Patología puerperal. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [en línea] 2009 [accesado Abr 2011]; 32(1): 169-175 Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6263/5050>
18. Breese McCoy SJ. Postpartum depression: an essential overview for the practitioner. Southern Medical Journal [en línea] 2011 Feb [accesado Abr 2011] 104(2): 128-132 Disponible en: http://journals.lww.com/smajournalonline/Abstract/2011/02000/Postpartum_Depression__An_Essential_Overview_for.14.aspx
19. García MT, Otín R. Sobre la psicosis puerperal. Rev Asoc Española Neuropsiquiatr 2007; [accesado Abr 2011] 27(100): 501-506 Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/997>
20. Dennis CL, Ross LE, Herxheimer A. Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression. [en línea] Cochrane Database Systematic Reviews 2008 [accesado Abr 2011]; 8(4): Art. No.: CD001690. DOI: 10.1002/14651858.CD001690.pub2 Disponible en: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab001690.html>
21. Anokas A, Aito M, Rimón R. Positive treatment effect of estradiol in postpartum psychosis: a pilot study. [en línea] J Clin Psychiatr 2000 [accesado 2011 Mayo]; 61(3): 166-169 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10817099>
22. Bernstein IH, Rush AJ, Yonkers K, Carmody TJ, Woo A, McConnell K, et al. Symptom features of postpartum depression: are they distinct? [en línea] *Depress Anxiety*. 2008; [accesado Abr 2011] 25(1): 20–26 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17187349>

23. Bennett S, Alpert M, Kubulins V, Hansler RL. Use of modified spectacles and light bulbs to block blue light at night may prevent postpartum depression. [en línea] *Med Hypotheses*. 2009; [accesado Mayo 2011] 73(2): 251–253 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19329259>
24. Machado F, García T, Moya N, Bernabeu N, Cerdá R. Depresión puerperal. Factores relacionados. *Aten Primaria*. [en línea] 1997 [accesado Mayo 2011]; 20(4): 161-166. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/depresion-puerperal-factores-relacionados-14610-originales-1997>
25. Figueroa W. Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante. En Resumen. [en línea] 2007 [accesado Mayo 2011]; 2006(5): 1-12 Disponible en: www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/rib-Guatemala.pdf
26. Folgado L. Depresión y ambiente; posibles factores desencadenantes y mantenedores. Madrid: Psicólogos Especialistas [en línea] 1995 [accesado Mayo 2011]; [1 pantalla] Disponible en: <http://www.psicologosespecialistasmadrid.com/depresion-3/depresion-ambiente.htm>
27. Davey HL, Tough SC, Adair CE, Benzie KM. Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women [en línea] *SpringerLink Maternal and Child Health J* 2008 [accesado Abr 2011]; 12(1): [10 pantallas] Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/k4581p1135777q08/abstract/>
28. Vargas Zambrano RD. Funcionalidad familiar y redes de apoyo social en la depresión posparto en el hospital obrero Nro. 2 CNS. *Rev Cochab Méd Fam* [en línea] 2010 Mar; [accesado Mayo 2011]; 2(1): 21-26. Disponible en: http://www.socomefa.com/revista/vol2/2_1/2_1_21_26.pdf
29. Bland MA. Como influye la experiencia del parto en la depresión posparto. *Postparto y cuidados neonatales*. National Science Foundations. [en línea] 1998 [accesado Mayo 2010]; 26-28 Disponible en: www.obstare.com/varios/revistas/Depresión%20posparto.pdf
30. Cohen LS. La paciente con un trastorno afectivo puerperal. En: Stern A, Herman JB, Stavín PE. editores. *Psiquiatría en la consulta de atención primaria: Guía práctica*. 2 ed. Massachusetts: McGraw-Hill Interamericana. [200?] p. 443-450.
31. Sadock BJ, Sadock VA. *Sinopsis de psiquiatría*. 10 ed: Barcelona, España. Wolters Kluwer Lippincott Williams y Wilkins; 2009.
32. Carro T, Sierra JM, Hernandez MJ, Ladrón M, Antolín B. Trastornos del estado de ánimo del posparto. *Rev Med Gen y Fam* [en línea] 2000 Mayo [accesado Mar 2011]; 58(4): 452-456 Disponible en: www.medicinageneral.org/mayo-2000/452-456.pdf
33. Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia. *Depresión Materna* [en línea] Colombia: [accesado Mayo 2011] [8 pantallas] Disponible en: http://www.encyclopedia-infantes.com/pages/PDF/depresion_materna.pdf

34. Hoffbrand S, Howard L, Crawley H, Tratamiento antidepresivo para la depresión posparto. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/pdf/CD002018.pdf>
35. Lopez JJ, Aliño I, Valdes M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España: Masson; 2008.
36. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR. [en línea] 4° ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000 [accesado Mayo 2011]; Disponible en: <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv.html>
37. Perez Alvarez M, Garcia Montes JM. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema* [en línea] 2001; [accesado Mar 2011] 13(3): 493-510. <http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>
38. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Escala de depresión de post parto de edimburgo. *British J Psychiatr* [en línea] 1987 Jun; [accesado Mar 2011]; 150 [2 pantallas] Disponible en: http://www.co.san-bernardino.ca.us/pubhlth/documents/mcah_cpssp_pp_depression_screening_sp.pdf
39. Campo A, Ayola C, Peinado HM, Parra M, Cogollo Z. Escala de Edimburgo para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Rev Col Obstet Ginecol* [en línea] 2007 [accesado Mar 2011]; 58(4): 277-283 [7 pantallas] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1952/195214323003.pdf>
40. Blum LD. Postpartum depression. *N Engl J Med* [en línea] March 27 2003; [accesado Abr 2011] 348(13): 1293-1294 Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200303273481319>
41. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. *N Engl J Med* [en línea] July 18 2002; [accesado Abr 2011] 347(3): 194-199 Disponible en: <http://www.hawaii.edu/hivandaids/Postpartum%20Depression%20NEJM.pdf>
42. Sojo A. Hacia la universalidad, con solidaridad y eficiencia: el financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales. *Cepal* [en línea]. 2007 [accesado Mayo 2011] 55: 29-45 [12 pantallas] Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/36014/SSC_55_ProteccionSocial.pdf

12. ANEXOS

ANEXO I: Instrumento de recolección de datos para riesgo psicosocial.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE TRABAJO DE GRADUACION

DEPRESION POSTPARTO: Riesgo psicosocial

Hospital

HGO IGSS

HGJJAB IGSS

HGSJDD

HR

1. ¿Cuántos años tiene? _____

≤20 años

≥20 años

2. ¿Cuántos hijos tiene? _____

Primípara

Múltipara

3. ¿Qué tipo de parto tuvo? _____

Parto vaginal

Cesárea

4. ¿Tiene pareja actualmente?

Si

No

5. ¿Cuál es su estado civil?

Unida

Casada

Divorciada

Viuda

Soltera

6. ¿Profesa alguna religión?

Si

No

¿Cuál? _____

7. ¿En qué área vive? _____

Rural

Urbana

8. ¿Sabe leer y escribir?

Si

No

9. ¿Cuál es el ingreso mensual promedio de su familia? Q. _____

¿Cuántos integrantes tiene su familia? _____

Ingreso por persona Q. _____

Pobreza

Si

No

10. ¿Tiene algún familiar con diagnóstico de depresión?

Si

No

ANEXO II: Escala de depresión postparto de Edimburgo

Test de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____ Telefono: _____

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

2. He mirado el futuro con placer

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

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

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

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

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

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

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

6. Las cosas me oprimen o agobian

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

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

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

8. Me he sentido triste y desgraciada

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

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

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

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

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

ANEXO III: Instrumento de recolección de datos para evaluación de la implementación de la escala de depresión postparto de Edimburgo

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE TRABAJO DE GRADUACION

Implementación de la escala de depresión postparto de Edimburgo

Instrucciones: responda las siguientes preguntas.

1. ¿Cuál es el cargo que desempeña dentro del hospital?

Médico especialista

Médico residente

Médico estudiante

Personal de enfermería

Psicólogo (a)

2. ¿Sabe que es depresión postparto?

Sí No

3. ¿Conoce usted que la escala de depresión postparto de Edimburgo?

Sí No

4. ¿Estaría usted dispuesto a pasar a toda paciente puérpera un test de 10 minutos de resolución que identifica tempranamente la depresión postparto?

Sí No

Si su respuesta es no. Por favor explicar ¿Por qué no lo haría?

ANEXO IV: Consentimiento informado para personal médico y paramédico

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El siguiente trabajo de investigación lleva por título Depresión postparto. La depresión postparto es una enfermedad que afecta a las mujeres después del parto, el cual altera su estado de ánimo y si no es tratado puede llegar a tener consecuencias graves.

En esta entrevista la estamos invitando a contestar una encuesta con el objetivo de identificar tempranamente el riesgo de sufrir de depresión postparto, además de conocer los factores que influyen para que las mujeres de Guatemala sufran esta enfermedad.

Con su participación, se podrá ayudar en un futuro a una atención integral para la mujer, antes, durante y después del parto, para evitar que las madres sufran de depresión y que si la padecen, se de tratamiento lo más pronto posible.

En caso de que usted acepte participar en el estudio, se le van a realizar unas preguntas sobre su vida, familia, sentimientos e ideas que tenga en este momento, las cuales son consideradas personales, por lo que hacemos las siguientes aclaraciones:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

ANEXO IV: Consentimiento informado para personal médico y paramédico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

El siguiente trabajo de investigación lleva por título Depresión postparto. La depresión postparto es una enfermedad que afecta a las mujeres después del parto, el cual altera su estado de ánimo y si no es tratado puede llegar a tener consecuencias graves.

En esta entrevista le estamos invitando a contestar una encuesta con el objetivo de evaluar la factibilidad de implementar, en este centro de atención, el test de Edimburgo (escala que sirve para tamizar a pacientes con riesgo de padecer depresión postparto) por el personal médico, de enfermería y psicología.

Con su participación, se podrá ayudar en un futuro a una atención integral para la mujer, antes, durante y después del parto, para evitar que las madres sufran de depresión y que si la padecen, se de tratamiento lo más pronto posible.

En caso de que usted acepte participar en el estudio, se le van a realizar unas preguntas, por lo que hacemos las siguientes aclaraciones:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha