

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y DEPRESION POSTPARTO

ALICIA MARGARITA FUENTES ZARATE

TESIS

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Enero 2016



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Alicia Margarita Fuentes Zarate

Carné Universitario No.: 100022945

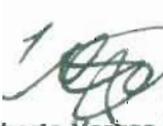
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis "EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y DEPRESIÓN POSTPARTO"

Que fue asesorado: Dr. Emmanuel Edwin Ardavin Maldonado Guerrero MSc.

Y revisado por: Dr. Jorge Alvarado Andrade MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2016.

Guatemala, 26 de noviembre de 2015


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado




Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades



/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala, 05 de Marzo de 2015

Dr. Oscar Fernando Castañeda Orellana, MSc.
Coordinador Específico
Maestrías y Especialidades
Escuela de Estudios de Postgrado
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado Doctor Castañeda Orellana:

Por medio de la presente le informo que he revisado y aprobado el informe final de Tesis detallado a continuación:

Título: **"EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y DEPRESION POSTPARTO"**.

Autor: **Alicia Margarita Fuentes Zarate**

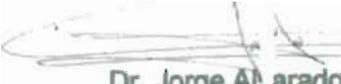
Dicha tesis ha cumplido con todos los requisitos para su aval por parte de esta Coordinación, siendo enviada para los trámites de aprobación e impresión final de tesis a donde corresponda.

Sin otro particular, se suscribe.

Atentamente,

Jorge David Alvarado Andrade
GINECOLOGO Y OBSTETRA
COL. 11,112

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
I.G.S.S.


Dr. Jorge Alvarado Andrade
Revisor de Tesis
Ginecología y Obstetra
IGSS / USAC

MSV

Guatemala, 05 de Marzo de 2015

Dr. Oscar Fernando Castañeda Orellana, MSc.
Coordinador Específico
Maestrías y Especialidades
Escuela de Estudios de Postgrado
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado Doctor Castañeda Orellana:

Por medio de la presente le informo que he **revisado y aprobado** el informe final de Tesis detallado a continuación:

Título: **"EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y DEPRESION POSTPARTO"**.

Autor: **Alicia Margarita Fuentes Zarate**

Dicha tesis ha cumplido con todos los requisitos para su aval por parte de esta Coordinación, siendo enviada para los trámites de aprobación e impresión final de tesis a donde corresponda.

Sin otro particular, se suscribe.

Atentamente,

Emmanuel E. Maldonado Guerrero,
Médico y Cirujano
Colegiado No. 15,40.



Dr. Emmanuel Edwin Ardavin Maldonado Guerrero, MSc.
Asesor de Tesis
Ginecólogo y Obstetra
IGSS/ USAC

INDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS	i
RESUMEN	ii
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	20
IV. HIPOTESIS	21
V. MATERIAL Y METODOS	22
VI. RESULTADOS	32
VII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	35
7.1. CONCLUSIONES	37
7.2. RECOMENDACIONES	38
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
IX. ANEXOS	42

INDICE DE CUADROS

CUADRO No. 1	32
CUADRO No. 2	33
CUADRO No. 3	34

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre pacientes con embarazo de alto riesgo y depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el año 2013. **Hipótesis nula:** la paciente con embarazo de alto riesgo que tiene los factores de riesgo como primípara, soltera, menor de 20 años de edad, con resolución de embarazo por vía alta, sin religión, residencia rural, analfabeta, en pobreza, con antecedente familiar de depresión y muerte perinatal tienen el mismo riesgo de padecer depresión postparto que la paciente 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 202 pacientes. **Resultados:** La escala de depresión postnatal de Edimburgo positiva se presentó en el 17.8% de la población entrevistada. El grupo etario más afectado fue el comprendido entre 21 y 25 años (58.3%). Los factores de riesgo asociados con depresión postparto fueron no tener pareja actual (OR=23.5), ser pobre (OR=2.32) y muerte perinatal (OR 91.6). **Conclusiones:** Se encontró una prevalencia de 17.8% para depresión postparto. El no tener pareja actual, ser pobre y la muerte perinatal son factores de riesgo asociados a escala de depresión postnatal de Edimburgo positiva con asociación estadísticamente significativa 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.

I. Introducción

Los trastornos afectivos en general, y la depresión en particular tienen un impacto significativo no sólo en la vida del paciente afectado, sino también en la sociedad en su conjunto. La depresión mayor es uno de los diagnósticos más comunes en las sociedades occidentales, la prevalencia de por vida oscila entre 10 a 25% entre las mujeres y de 5 a 12% entre los hombres de acuerdo a los estudios epidemiológicos (1). La variación en las tasas de prevalencia puede ser debido a las diferencias culturales y socioeconómicas de las sociedades investigadas en los estudios anteriores, la varianza en la comorbilidad, las diferencias en los instrumentos utilizados para el diagnóstico, tratamiento e incluso la búsqueda de factores y el comportamiento (4-7).

La creciente prevalencia de los trastornos mentales en los últimos años se ha convertido en una preocupación global creciente (9). Un informe de la OMS de 2007 indica que la depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo, y el cuarto contribuyente principal a la carga mundial de morbilidad (10). La depresión no es sólo un problema importante debido a su alta prevalencia y el grado en que los síntomas disminuyen significativamente el funcionamiento del paciente afectado y la calidad de vida, sino que también afecta a toda la familia del paciente y, además, aumenta el riesgo de varias otras condiciones médicas, como diabetes, enfermedades cardiovasculares y el cáncer (12-14).

La comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos puede ser tan alta como 60-70%, los diagnósticos más frecuentes son los trastornos de ansiedad, trastornos del control de impulsos y abuso de sustancias (4). La depresión mayor es de dos a tres veces más común entre las mujeres que los hombres (15), y el pico de incidencia en las mujeres ocurre durante sus años reproductivos (16).

La depresión postparto habitualmente es subdiagnosticada en centros de atención materno-infantil, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a patologías obstétricas como preeclampsia, parto prematuro o diabetes gestacional. (1) Las

mujeres que se suicidan después del parto a menudo lo hacen en el primer mes, y hay tendencia a usar métodos violentos. (2)

La prevalencia de este trastorno fluctúa entre 10% y 20%, siendo tres veces más alta en los países en desarrollo que en los 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 (3); puede representar el inicio de una vida de episodios depresivos recurrentes (19).

En Guatemala, un estudio reportó una prevalencia para depresión postparto de 17.6% en la maternidad cantonal de San José Pínula, además se validó la escala de depresión postparto de Edimburgo como tamizaje para la depresión postparto y se demostró que dicho test puede ser utilizado en el medio guatemalteco (9). A pesar de que se conoce que la depresión postparto tiene relación con eventos estresantes en la vida, incluyendo enfermedades que complican el embarazo, no existe en nuestra institución estudios que documenten la relación entre estos. Y a pesar de que durante el primer año postparto existen numerosas instancias de contacto de la madre con el equipo de salud, no se ha abordado este tema en el sistema nacional de salud, por lo que esta investigación tiene el propósito de describir la relación entre embarazo de alto riesgo y depresión postparto en la población guatemalteca y así lograr una atención temprana y adecuada para este tipo de patología.

II. ANTECEDENTES

En Guatemala los estudios realizados sobre depresión postparto son muy pocos aun, por lo que es necesario conocer la relación de pacientes con embarazos catalogados como de alto riesgo con depresión postparto para la identificación temprana de este trastorno en el sistema de salud guatemalteco.

El puerperio es uno de los períodos en que se ha comprobado que puede existir con más facilidad algún cambio en el estado de ánimo. La depresión postparto afecta a 1 de cada 8 puérperas a nivel mundial. (10) Se estima que en países desarrollados hay una prevalencia de 10 al 20 % de depresión postparto, pero en América Latina esa cifra puede ascender hasta un 38%. (6) Los factores de riesgo más importantes están relacionados con vivir en condiciones de pobreza, ser analfabeta, no tener pareja estable, ser primigesta joven, embarazo no planeado, presencia de comorbilidades y con resolución de embarazo por vía abdominal. (11) Las condiciones económicas adversas de Guatemala, la falta de políticas nacionales serias de planificación familiar y la poca cobertura de atención psicológica y psiquiátrica, así como el clima de violencia hacen que los embarazos en adolescentes sean cada vez más frecuentes, lo que hace a este país sumamente vulnerable.

La depresión postparto es un trastorno de la salud mental que representa 4 de las 10 causas principales de discapacidad (12,13). Es importante saber que en Guatemala los trastornos de salud mental afectan al 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 Guatemala tiene una población para el año 2014 de 14,713,763 habitantes de los cuales 7,539,798 son del sexo femenino (15), se espera que ocurran 561,859 embarazos por año por lo que en nuestro medio según esta información podríamos tener 213,506 nuevos casos, cada año, de depresión postparto los cuales la gran mayoría permanecerá sin ser diagnosticado.(6)

A pesar de que se conoce que la depresión postparto tiene relación con eventos estresantes en la vida, incluyendo enfermedades que complican el embarazo, no existe en nuestra institución estudios que documenten la relación entre estos por lo que la presente investigación pretende dar a conocer la realidad de depresión postparto en Guatemala, específicamente en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Esta información podrá ser de gran beneficio, ya que se podrá identificar tempranamente éste trastorno, abordarlo prematuramente, así como conocer características demográficas de la paciente con depresión postparto y así elaborar protocolos respectivos para poder identificar fácilmente los factores de riesgo en común de las mujeres guatemaltecas, y así enriquecer la información de este trastorno en Guatemala y no basar el conocimiento, para futuras investigaciones, en literatura extranjera. Más importante aún, es poder ofrecer a la población de puérperas una atención integral y no solo atención obstétrica beneficiando a las pacientes, a sus familias y al sistema de salud pública de Guatemala.

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.

2.1 DEPRESIÓN POSTPARTO

2.1.1 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)

2.1.2 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)

2.1.3 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.

2.1.3.1 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)

2.1.3.2 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)

2.1.3.3 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.

2.1.4 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:

2.1.4.1 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)

2.1.4.2 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.

2.1.4.3 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)

2.1.4.4 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)

2.1.4.5 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 bebe por vía vaginal refieren sentirse satisfechas por el control que tienen sobre el proceso del parto, y esto se relacionada 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)

2.1.4.6 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)

2.1.5 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)

2.1.6 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)

2.1.6.1 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)

2.1.6.2 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)

2.1.6.3 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)

2.1.7 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)

2.1.7.1 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.

2.1.7.2 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)

2.1.8 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)

2.1.8.1 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 tratamiento 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)

2.1.8.2 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 bebé, 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)

2.1.9 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. (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)

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

- 3.1.1 Determinar la relación entre pacientes con embarazo de alto riesgo y depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el 2013

3.2 Objetivos específicos:

- 3.2.1 Determinar la prevalencia de depresión postparto en pacientes puérperas con embarazo de alto riesgo utilizando la escala de depresión postnatal de Edimburgo.
- 3.2.2 Determinar si existe relación estadísticamente significativa entre paciente con embarazo de alto riesgo y la depresión postparto y la fuerza de asociación.

IV. Hipótesis

4.1 Hipótesis nula: la paciente con embarazo de alto riesgo que tiene los factores de riesgo como primípara, soltera, menor de 20 años de edad, con resolución de embarazo por vía alta, sin religión, residencia rural, analfabeta, en pobreza, con antecedente familiar de depresión y muerte perinatal tienen el mismo riesgo de padecer depresión postparto que la paciente sin los mismos.

4.2 Hipótesis alterna: la paciente con embarazo de alto riesgo que tiene factores de riesgo como primípara, soltera, menor de 20 años de edad, con resolución de embarazo por vía alta, sin religión, residencia rural, analfabeta, en pobreza, con antecedente familiar de depresión y muerte perinatal tienen mayor riesgo de padecer depresión postparto que la paciente sin los mismos.

V. METODOLOGIA

5.1 Tipo y diseño de la investigación:

Transversal, analítico.

5.2 Unidad de análisis

5.2.1 Unidad primaria de muestreo: puérperas atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que fueron clasificadas durante el embarazo como caso de alto riesgo en los meses de enero a diciembre de 2013.

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 los servicios de obstetricia de alto riesgo del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

5.3 Población y muestra

5.3.1 Población: puérperas atendidas en los servicios de obstetricia de alto riesgo del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en los meses de enero a diciembre de 2013.

Población atendida en Hospital

Hospital	Total
Hospital de Ginecología y Obstetricia	2810

Fuente: registro y estadística Hospital de Ginecología y Obstetricia

5.3.2 Muestra:

Para obtener la muestra se utilizó la siguiente fórmula, tomando en cuenta el conocimiento de la población total.

$$no = \frac{z^2 (pq)}{d^2}$$

$$n = \frac{no}{1 + (no - 1)/N}$$

$$no = \frac{3.84(0.12)}{0.0025}$$

$$n = \frac{196}{1 + (196 - 1)/2820}$$

$$no = 196$$

$$n = 184$$

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.

Fórmula para población finita

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 15%, valor determinado por la prevalencia para depresión postparto en nuestro medio. El error admitido máximo esperado fue de 5%. Se consideró una pérdida estimada del 10%.

$$n = (184 + 18)$$

$$n = 202$$

5.4 Selección de los sujetos a estudio

5.4.1 Definición operativa de expuesto

Paciente atendida durante el prenatal en clínica de alto riesgo que presenta alguno de los factores de riesgo para depresión postparto.

5.4.2 Definición operativa del no expuesto

Paciente atendida durante el prenatal en clínica de alto riesgo que no presenta alguno de los factores de riesgo para depresión postparto.

5.4.3 Definición de variables consideradas como factor de riesgo para depresión postparto

Menor de 21 años de edad, primípara, resolución de embarazo por vía alta, sin pareja actual, sin religión, residencia rural, analfabeta, pobreza, antecedente familiar de depresión, muerte perinatal.

5.4.4 Criterios de inclusión

- Pacientes atendidas en servicios obstétricos de alto riesgo del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante los meses de enero a octubre de 2013.
- Pacientes de 18 a 45 años.
- Pacientes en la segunda a sexta semana postparto.
- Pacientes que voluntariamente acepten el consentimiento informado y responder la encuesta.

5.4.5 Criterios de exclusión

- Mujeres con barrera lingüística.
- Diagnóstico o tratamiento previo por depresión mayor.
- Pacientes sin adecuado control prenatal, menos de tres consultas en clínica de alto riesgo.

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 multípara.	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 alfabeto	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
Muerte perinatal	Muerte del feto o recién nacido desde las 28 semanas de embarazo hasta 7 días de vida	Se preguntó verbalmente y se clasificó como con o sin muerte perinatal.	Cualitativa Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos

5.6 Técnicas, procedimientos e instrumento de recolección de datos

5.6.1 Técnica

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. (Anexo 1)

5.6.2 Procedimiento

En el 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 esperaba ingresar a la clínica que le corresponde, al aceptar ser parte de la investigación firmo voluntariamente el consentimiento informado. Se realizó una entrevista directa en la que se utilizará 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 proporciono 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 realizo el test en forma de entrevista.

5.6.3 Instrumento

5.6.3.1 Cuestionario de riesgo psicosocial

El instrumento utilizado consta de una sección con el objetivo de registrar las diferentes variables a estudiar en esta investigación; fue realizado según una estructura de opción múltiple. Se recopilaron 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.

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.

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 fue considerado como prueba positiva e indicador de riesgo para depresión postparto.

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 ordenaron 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 procesaron 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:

$$p = \frac{No. \text{ casos}}{No. \text{ poblacion}} \times 100$$

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 ARO	Daño a la salud		Total
	Presente (+)	Ausente (-)	
Presente (+)	a	b	a + b
Ausente (-)	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	N

$$N = a + b + c + d$$

Donde:

a+c = número de enfermos de la población.

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

N = población total.

Luego se aplicó 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:

$$x^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Donde:

fo = frecuencia observada

fe = frecuencia esperada

Razón de productos cruzados: se calculó la proporción de enfermos que fueron expuestos [a/b] y la proporción de no enfermos también expuestos [c/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.

$$OR = \frac{a/b}{c/d}$$

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 y su relación con respecto a la prevalencia de dicha patología.

5.8.2 Límites

El estudio incluyó hospital 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 mantendrá anónimo durante todo el proceso de recolección, análisis y presentación de resultados.
- La investigación no será financiada por ninguna entidad privada o pública, sino por los mismos investigadores.
- Los datos obtenidos no serán revelados a terceras personas, institución pública o privada que no esté relacionada con la investigación.
- La recolección de datos no será manipulada de ninguna manera a favor de cualquier estadística descrita en el marco teórico o de alguna institución.
- Los resultados finales serán presentados al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Esta investigación se considera dentro de la Categoría I (sin riesgo) ya que en el estudio se utilizarán únicamente técnicas observacionales, con las que no se realizará 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).

VI. RESULTADOS

CUADRO No. 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PUERPERAS

Características Socio-demográficas	OCTUBRE 2014	
	HGO ^a	
	f (n=202)	%
Edad		
≤ 20 años	45	22.27
21 – 25 años	112	55.44
26 – 30 años	26	12.87
31 – 35 años	15	7.44
36 – 40 años	4	1.98
41 – 45 años	0	0
Estado Civil		
Unida	92	45.54
Casada	74	36.64
Divorciada	0	0
Viuda	2	0.99
Soltera	34	16.83
Religión		
Católica	83	41.09
Evangélica	101	50
Ninguna	17	8.42
Otra	1	0.49
Residencia		
Rural	48	23.76
Urbana	154	76.24
Analfabetismo		
Si	6	2.97
No	196	97.03
Pobreza		
Si	54	26.73
No	148	73.27

^a Hospital de Ginecología y Obstetricia.

Prevalencia 17.82

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 2
CUADRO RESUMEN DE LOS FACTORES
PSICOSOCIALES Y CLINICOS DE PUERPERAS

Factor de Riesgo	OCTUBRE 2014		
	HGO ^a		
	F (n=202)	%	EPDS +
Edad			
≤ 20 años	45	22.28	8
> 20 años	157	77.72	28
Paridad			
Primípara	80	39.61	14
Múltipara	122	60.39	22
Tipo de parto			
Abdominal	89	44.06	17
Vaginal	113	55.94	19
Pareja actual			
No	37	18.32	9
Si	165	81.68	27
Religión			
No	17	8.42	3
Si	185	91.58	33
Residencia			
Rural	48	23.76	11
Urbana	154	76.24	25
Analfabetismo			
Si	6	2.97	2
No	196	97.03	34
Pobreza			
Si	54	26.73	15
No	148	73.27	21
Antecedente+			
Si	12	5.94	1
No	190	94.06	35
Muerte			
Perinatal			
Si	21	10.4	19
No	181	89.6	17

^a Hospital de Ginecología y Obstetricia.

+ Antecedente familiar de depresión.

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 3
FUERZA DE ASOCIACIÓN ESTADÍSTICA DE DEPRESION POSTPARTO

Factor de Riesgo	OCTUBRE 2014		
	x ²	OR	IC 95%
Edad			
14 a 20 años	0.001	0.99	0.41-2.36
Paridad			
Primípara	0.009	1.96	0.46-2.01
Tipo de parto			
Abdominal	0.17	1.16	0.56-2.40
Pareja actual			
No	68.4	23.5	9.61-57.5
Religión			
No	0.04	0.98	0.26-3.63
Residencia			
Rural	1.11	1.53	0.69-3.40
Analfabetismo			
Si	1.10	2.46	0.43-14.04
Pobreza			
Si	4.98	2.32	1.09-4.94
Antecedente +			
Si	0.78	0.40	0.05-3.22
Muerte perinatal			
Si	84.47	91.6	19.6-427.6

^a Hospital de Ginecología y Obstetricia
+ Antecedente familiar de depresión

El número de casos de exposición varía de acuerdo a la presencia o no del factor de riesgo en análisis, ya que todo el grupo pertenece a pacientes en alto riesgo obstétrico.

Fuente: Boleta de recolección de datos

VII. DISCUSION Y ANALISIS

Los resultado de la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS), muestran que esta patología es frecuente, una de cada seis puérperas presentó la EPDS positiva (≥ 12 puntos). La media del puntaje alcanzado fue de 6 puntos \pm 4 puntos. El puntaje mínimo registrado fue de 0 puntos y el máximo de 22 puntos.

La prevalencia de punto 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 17.8%, cifra que se sitúa dentro del rango (8-30%) a nivel mundial, sin embargo por debajo del límite inferior de lo reportado nacionalmente (18-41%). 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 muestra 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).

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 2011. (25) En este estudio el rango de edad predominante fue el comprendido entre 21 a 25 años (55.44%), seguido del rango \leq 20 años (22.27%). La literatura reporta una mayor prevalencia de depresión postparto en mujeres menores de 20 años (22.23%) (10). En los resultados de esta investigación no se encontró asociación entre estas variable, probablemente como resultado de la pequeña cantidad de pacientes en este grupo etario.

Los factores de riesgo no tener pareja actual, ser pobre y con muerte perinatal se encontraron asociados a escala de depresión postnatal de Edimburgo positiva, con una razón de productos cruzados de 23.5, 2.32 y 91.6 respectivamente. Por lo que ésta información sugiere que las pacientes sin pareja actual tienen un riesgo 23 veces mayor de

padecer depresión postparto; que las pacientes en pobreza tienen un riesgo 2 veces mayor de padecer depresión postparto y que las pacientes con muerte perinatal tienen un riesgo 92 veces mayor de padecer depresión postparto que las pacientes sin estas características; datos que concuerdan con la literatura previamente descrita. (11,29)

Guatemala reporta para el año 2011 una tasa de pobreza en un 53.7%. (12,42) En el estudio se reportó el 26.73% de pobreza; no se cuenta con datos estadísticos de madres solteras en el país. Estas características demográficas hacen de estas pacientes la población más vulnerable para depresión postparto. Los datos anteriormente interpretados únicamente son aplicables a las áreas de estudio.

7.1 CONCLUSIONES

- 7.1.1 La prevalencia para depresión postparto, según la escala de depresión postnatal de Edimburgo es de 17.82%, cifra que corresponde a lo reportado en la literatura a nivel mundial, que se encuentra en un rango de 8 a 30%. (3,4)
- 7.1.2 El no tener pareja actual, ser pobre y muerte perinatal son factores de riesgo asociados a escala de depresión postnatal de Edimburgo positiva, por lo que se puede atribuir que las pacientes con una de las características antes mencionadas tienen mayor riesgo de padecer depresión postparto.
- 7.1.3 Para los factores de riesgo edad, paridad, vía de resolución de embarazo, religión, analfabetismo, y residencia se rechazan las hipótesis alternas, en base a los resultados previamente descritos.
- 7.1.4 En cuanto a las características sociodemográficas de las personas entrevistadas el 55.44% pertenece al grupo etario de 21 a 25 años, seguido de 22.27% dentro del grupo etario menor o igual a 20 años, siendo la media 24 ± 5 años. El estado civil que predominó con 45.54% corresponde a pacientes unidas, seguido de 36.64% pacientes casadas y 16.8% pacientes solteras. El 41.09% de las pacientes profesan religión católica, el 50% evangélica. El 26.73% se clasificó en estado de pobreza según los criterios de CEPAL. (42)

7.2 RECOMENDACIONES

- 7.2.1 Elaborar programas de intervención dirigido a la detección y diagnóstico oportuno de depresión postparto, usando como referencia la presente investigación.
- 7.2.2 Establecer el uso rutinario de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo para el diagnóstico de depresión posparto en los hospitales con atención obstetricia.
- 7.2.3 Incentivar al personal de salud a formarse en dicha patología, lo que permita una práctica clínica completa en beneficio directo de las pacientes.
- 7.2.4 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 .

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Zaconeta AM, Domingues L. Franca PS. Depresión posparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital universitario de Brasilia, Brazil. *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. *Revista Medica Chile* 2010 [accesado marzo 2011]; 138: (536-542) [7 pantallas] disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872010000500002&script=sci_arttext
3. Conductitlan [sede WEB] Oaxaca México: De Jaime E. Vargas M. 2009 [accesado marzo 2011]; Depresión post-parto: Presencia de manejo psicológico. [8 pantallas]; disponible en www.conductitlan.net/43_depresion_post_parto_presencia_manejo_psicologico.pdf
4. FOROAPS. Evidencia en atención en primaria [sede WEB] Buenos Aires, Argentina, noviembre-diciembre, Actualizaciones, depresión posparto. [4 paginas]. Disponible en www.foroaps.org/files/Depresión%20Postparto.pdf
5. Gómez MS. Patología Psiquiátrica en el Puerperio. *Revista Neuro-psiquiatría*. 2002 [accesado marzo 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.* [revista en la Internet]. 2003 [accesado 2011 Mayo 10]; 68(6): p. 491-494. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600006&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75262003000600006
7. Paidopsiquiatria. Almeria, España. 2010 [accesado marzo 2011] De DIAZ ATIENZA Joaquín. Trastornos de Conducta, Etiología. [8 pantallas] <http://www.paidopsiquiatria.com/TDAH/tc5.pdf>
8. Jadresic ME. Depression in pregnancy and the puerperium. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [revista en la Internet]. Diciembre 2010 [accesado mayo 2011] ; 48(4): p. 269-278. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003&lng=es. doi: 10.4067/S0717-92272010000500003.
9. Peñates Maldonado PJ. Informe final del trabajo de tesis titulada “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. Cárdenas, S. Trastornos de salud mental. Esperanza para la familia. [accesado abril 2011] : [9 pantallas]. Disponible en www.psiquiatria.com
11. Milgrom J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*. [revista en línea] 2008. [accesado abril 2011] 108: [11 pantallas] p.147–157. Disponible en www.elsevier.com/locate/jad
12. Organización mundial de la salud. Informe sobre salud en el mundo 2001 salud mental: nuevos conocimientos, esperanzas. [En línea] Ginebra: OMS, 2001. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01 es .pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf)
13. García MT, Otín R. Sobre la psicosis puerperal *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2007; 27(2): [501-506] Disponible en www.aen.es/index.php?option=com_docman&task=doc...gid...
14. Dennis CL, Ross LE, Herxheimer A. Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 8(4).
15. Anokas A. Aito M. Rimon R. Positive treatment effect of estradiol in postpartum psychosis: a pilot study. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2000 [accesado mayo 2011]; [4 pantallas/166-169] disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10817099>
16. Bernstein IH, Rush AJ, Yonkers K, et al. Symptom features of postpartum depression: are they distinct? *Depress Anxiety* 2008; 25: 20–26.
17. Bennett S, Alpert M, Kubulins V, et al. Use of modified spectacles and light bulbs to block blue light at night may prevent postpartum depression. *Med Hypotheses* 2009; 73: 251–253.
18. Ramírez M. et al. Depresión puerperal. Factores relacionados. *Atención primaria*. [revista en línea] 2007 [accesado mayo 2011]; 20(4): [6 pantallas/161-166]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/depresion-puerperal-factores-relacionados-14610-originales-1997>
19. Figueroa W. et al. Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante. En Resumen. [revista en línea] 2007 [accesado mayo 2011]; 2006(5): [12 pantallas/1-12]. Disponible en www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/rib-Guatemala.pdf
20. Folgado L. Depresión y ambiente; posibles factores desencadenantes y mantenedores. *Psicólogos especialistas Madrid*. [revista en línea] 1995 [accesado mayo 2011]; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.psicologosespecialistasmadrid.com/depresion-3/depresion-ambiente.htm>

21. Antenatal Risk factors [sede Web. Canada, Springer Science Business Media, LLC 2008 [accesado abril 2011]. Risk Factors for Sub-Clinical and Major Postpartum Depression Among a Community Cohort of Canadian Women: [10 pantallas]. Disponible en [http://www.ghpjournals.com/article/S0163-8343\(04\)00039-8/abstract](http://www.ghpjournals.com/article/S0163-8343(04)00039-8/abstract)
22. Vargas R. Funcionalidad familiar y redes de apoyo social en la depresión posparto en el hospital obrero Nro. 2 CNS [revista en línea] Marzo 2010 [accesado mayo 2011]; 2(1): [6 pantallas/21-26]. Disponible en: http://www.socomefa.com/revista/vol2/2_1/2_1_21_26.pdf
23. Bland M. Como influye la experiencia del parto en la depresión posparto. Postparto y cuidados neonatales. National Science. [revista en línea] 1998 [accesado mayo 2010]; [3 pantallas/26-28]. Disponible en: www.obstare.com/variados/revistas/Depresión%20posparto.pdf
24. Acevedo R, Jansen K, Dias L, Gomes I, Tomasi E, Taveras R. Depresión durante el embarazo. Revista Brasileña de Psiquiatría. 2010 Junio; 32(2).
25. Rojas G, Guajardo V, Rojas F. Caracterización de madres deprimidas en el postparto. Revista Médica de Chile. 2010; 138: p. 536-542.
26. Wolff C, Valenzuela P, Esteffan K, Zapata D. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. Revista chilena de Ginecología y Obstetricia. 2009; 74(3): p. 151-158.
27. Banti S, Borri C, Camilleri V. Perinatal mood and anxiety disorders. Clinical assessment. Giornale Italiano di Psicopatologia. 2009; 15: p. 351-366
28. Gomea A. Depresión en el embarazo y el postparto: síntomas, epidemiología y tratamiento farmacológico. OFFARM. 2007 Enero; 26(1).
29. Yang I, Chul J, Sun H, Gyu Y. The Simplified Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for Antenatal Depression: Is It a Valid Measure for Pre-Screening? International Journal of Medical Sciences. 2012; 9(1): p. 40-46.

IX. ANEXOS

9.1 Anexo No. 1: Instrumento de recolección de datos para riesgo psicosocial.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DEPRESION POSTPARTO: Riesgo psicosocial

1. ¿Cuántos años tiene? _____
≤20 años
≥20 años
2. ¿Cuántos hijos tiene? _____
Primípara
Multípara
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. _____ Pobreza
¿Cuántos integrantes tiene su familia? _____ Si
Ingreso por persona Q. _____ No
10. ¿Tiene algún familiar con diagnóstico de depresión?
Si
No

9.1 Anexo No. 2: 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

PERMISO DEL AUTOR

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