

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

INFORME FINAL

“LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDINBURGO COMO
HERRAMIENTA PARA LA DETECCIÓN DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN LAS
PACIENTES DE LA SALA DE POSTPARTO DEL DEPARTAMENTO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS”

ANA CECILIA PAZ SANDOVAL

GUATEMALA OCTUBRE 2008.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDINBURGO COMO
HERRAMIENTA PARA LA DETECCIÓN DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN LAS
PACIENTES DE LA SALA DE POSTPARTO DEL DEPARTAMENTO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS”

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR:
ANA CECILIA PAZ SANDOVAL

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICOLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIATURA

GUATEMALA OCTUBRE 2008

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Doctor René Vladimir López Ramírez
Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTES CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Ninette Archiva Ruano de Morales
Jairo Josué Vallecios Palma
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
ANTE CONSEJO DIRECTIVO

PADRINOS DE GRADUACIÓN

LICDA. MARIA LOURDES GONZALES MONZÓN

PSICÓLOGA

COLEGIADO 3,034

DR. DENNIS ROBERTO CUEVAS MORALES

MEDICO Y CIRUJANO

COLEGIADO 12,050

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Por darme la vida y la Fe para seguir adelante cada día que pasa.

A MIS PADRES:

Oliverio Paz Marroquín y Dora Sandoval Illescas por su apoyo incondicional, por su esfuerzo, por animarme cada día a seguir adelante, por la oportunidad que me brindaron de estudiar, infinitas gracias por las desveladas y madrugadas que me proporcionaron durante mi formación como persona de bien.

A MI HERMANO:

Leonardo con todo mi cariño, por compartir conmigo y sobre todo su ejemplo de lucha al dedicarse a trabajar y estudiar.

A MI ESPOSO:

Dennis Cuevas por su amor, su apoyo y su carisma, por los tiempos pasados y los que vendrán, los desvelos de trabajo pero sobre todo su dedicación.

A MI HIJO:

Pablo Sebastián, por ser la llama que me inspira y da fuerza, paciencia y cariño, por su altruismo y su dedicación en el bienestar de las personas con sus sonrisas, abrazos y travesuras.

A MI FAMILIA:

Por estar siempre y en cada momento especial en mi vida.

Y a usted en especial.

AGRADECIMIENTOS

A mí querida Patria Guatemala.

A la Antigua Guatemala, tierra que me vio nacer.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala y la Escuela de Ciencias Psicológicas
Por su aporte en mi formación académica.

Al Hospital General San Juan de Dios
Por brindarme la oportunidad de atender a la población guatemalteca y la
realización de mi estudio.

Al Personal del Departamento de Psicología, Ginecología, Enfermería de la sala de
Postparto por su colaboración

A las Madres Guatemaltecas
Por su disposición e interés de aprender para beneficio de sus bebés.

A los futuros bebés guatemaltecos
Por ser ellos el mañana de nuestro país Guatemala.

ÍNDICE GENERAL

INDICE

PROLOGO

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN	01
2. MARCO TEÓRICO	03

CAPITULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	37
-------------------------	----

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	40
----------------------------------------------------------	----

CAPITULO IV

CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46

BIBLIOGRAFÍA	47
---------------------	----

ANEXOS

CUESTIONARIO	50
--------------	----

RESUMEN	52
----------------	----

PRÓLOGO

El presente informe abordó el estudio de diversos temas de contenido netamente científico, que describieron las particularidades de desarrollo del nuevo ser, desde su fase de la concepción hasta el parto, se describieron los posibles problemas de depresión además de la relación madre-hijo y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, que contribuyó a ampliar los conocimientos básicos sobre la gestación o embarazo, así como depresión y sus tipos y la escala a utilizar, que no representaron grandes costos de inversión, sino solamente la voluntad plena y la cooperación enfocada al beneficio del nuevo ser y de la madre. “Durante los nueve meses del embarazo madre e hijo se acompañan mutuamente, la madre es el todo del bebé, es su universo, el bebé por nacer va conociendo y aprendiendo a través de ella”.¹

Es sabido que la relación madre hijo durante el período prenatal ve favorecido, además del vínculo intrauterino que se establezca, su desarrollo físico, cerebral y sensorial, el desarrollo progresivo dentro del vientre materno, lo que le brinda al niño seguridad y cariño antes de nacer, también los bebés se muestran más alertas y duermen mejor en el período postnatal; en la madre mayor aceptación del nuevo ser, tranquilidad, seguridad y un lazo emocional más estrecho. La Depresión puede iniciar antes de que el bebé nazca, siendo este elemento un factor de suma importancia que deberá detectarse en las madres que están en el período de gestación, como las madres que en su oportunidad ya tengan su bebé en brazos, esta detección va desde el momento en que un familiar, el médico, enfermería o algún otro ente identifique que pueden existir indicios de una depresión en la madre, ya sea por factores biológicos, psicológicos y/o sociales. En el estudio fue importante realizar un cuestionario a las madres, identificar si puede existir un riesgo en el estado emocional provocado por algún factor biopsicosocial o algún factor en especial, claro está, que es un proceso de voluntad y participación, es un compromiso de la madre e Instituciones, el padre, la familia, la sociedad, el Estado y por consiguiente, todas aquellas personas que participan en el período de la gestación y postparto.

¹ Aguilar, I; Medicina Popular y Tradicional, Guatemala, Edit. Serviprensa Centroamericana. 1983; Pág. 92

Uno de los elementos indispensables, es la información que se proporcionó de forma sencilla, interrelacionada entre tradiciones y ciencia para poder llegar a hacer conciencia en las madres, y así obtener el conocimiento necesario acerca de la sintomatología y el significado de la Depresión y sobre todo de que trata. La importancia dentro de esta investigación para la población a la que fue dirigida se enfocó la mejora en la detección de riesgo sobre la depresión postnatal de las madres, por consiguiente mejora los servicios de atención y previene un desencadenante de enfermedad más grave obteniendo como resultado calidad de atención en servicio hospitalario. Por último el interés personal de la investigación, fue lograr identificar que las madres obtengan un servicio preventivo a manera de se tenga un contacto con todas las madres que ingresaron a la sala de postparto y descartar un estado de ánimo inadecuado los factores que lo predispusieron y establecer el contacto directo con el área de Psicología con las pacientes que necesitaron atención en el momento de su detección. Es conveniente indicar que la presente investigación fue elaborada gracias a la cooperación activa del área de Ginecología y Obstetricia, el Departamento de Psicología y el Departamento de Investigación del Hospital General San Juan de Dios, que brindando una oportunidad, permitió el dar un paso más en la exploración de los factores que pueden incidir en el cambio del estado de ánimo de la madre, para interaccionar con la prevención y la atención secundaria enfocado a calidad de servicio al paciente. Ésta investigación proporcionó una guía sencilla y práctica que permitió establecer un contacto con cada una de las madres que ingresó en el servicio tomando en cuenta la muestra de quinientas madres y conocer a quienes le dan vida a Guatemala, porque cada una de ellas es forjadora del futuro del País. Esta investigación es material de información que sirve de apoyo y genera una fuente rica de recursos que de manera comparativa indique las ventajas que ofrece la detección precoz y las desventajas de continuar viviendo en el apego a las costumbres y tradiciones, sin que por ello se menosprecien las mismas. El estudio se realizó gracias al apoyo en su asesoramiento de la Licenciada María Lourdes González Monzón y la revisora Licenciada Sonia Molina de la Universidad de San Carlos de Guatemala; la Licenciada Argelia Mayorga y al Comité de Investigación del Hospital General San Juan de Dios.

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

Guatemala es un país de gran belleza natural y arquitectónica, además de ser definido multiétnico, plurilingüe y multicultural, su población basa muchas de sus actividades en las costumbres y creencias propias de su etnia, mismas que son parte de su cultura, de su forma de ser, de su forma de habitar y que influyen de sobre manera en su vida particular.

Esta investigación se tituló “LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDINBURGO COMO HERRAMIENTA PARA LA DETECCION DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN LAS PACIENTES DE LA SALA POSTPARTO DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS”, pretendió demostrar la importancia que reviste el detectar de una manera sencilla y práctica la presencia de Depresión Postparto en las pacientes, a través de una herramienta de fácil uso, así como realizar una atención preventiva, para optimizar recursos y enfocar la atención de servicios hospitalarios. Ya que del bienestar de las madres depende en gran parte el desarrollo exitoso de sus bebés.

Al efectuar esta investigación se trazó como objetivo mejorar las posibilidades de detección de depresión postparto, en las madres de las áreas urbanas y rurales que asisten a la sala de postparto del Hospital General San Juan de Dios, a través de la aplicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, antes de su egreso hospitalario. La aplicación se realizó en todas las madres que ingresaron a la sala de postparto a partir de la autorización proporcionada por el Comité de investigación, el Departamento de Psicología y la Enfermera Jefe de la Sala de Postparto, empleándola en quinientas madres, según el orden de ingreso a la sala, así mismo se refirió al área de Psicología a aquellas pacientes detectadas, con puntajes de depresión, para la debida atención según lo ameritó el caso. La aplicación del Cuestionario se realizó en forma sencilla y clara, el cual muestra a la madre los diferentes ítems que puede presentar y si los llegase a sentir solamente indicar cuál de

los síntomas es el que se ha presentado en los últimos siete días. Las instrucciones de la escala proporcionaron los pasos a seguir para responder las preguntas dando ejemplos.

A lo largo de la investigación establecida se encontraron diversos temas de contenido netamente científico, que describen las particularidades de desarrollo del nuevo ser, desde su fase de la concepción hasta el parto, describiendo los posibles problemas y las etapas de cada uno de los procesos. Conviene hacer notar que no se pretendió hacer de la investigación todo un tratado de Depresión Postnatal, sino una guía sencilla y práctica de la detección de la misma, demostrando como se beneficia la paciente y se logra una optimización de recursos, que puede realizarse como un valor agregado en el servicio. He ahí el hecho que la investigación al ser utilizada sirva como un refuerzo en el proceso de evaluación a las madres que asisten a su atención ginecológica, a efecto de que pueda existir un sistema de servicio preventivo como base de inicio en la atención hospitalaria. contando para el efecto con el apoyo de las herramientas adecuadas. Dentro del marco teórico se encontró una serie de datos e información que contribuyó a ampliar los conocimientos básicos sobre la Depresión Postparto y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, así como una serie de técnicas y recursos a utilizar que no representan grandes costos de inversión, sino solamente la voluntad plena y la cooperación enfocada al beneficio del nuevo ser y del ente formador del mismo.

No está demás en hacer ver que se presentaron algunas sugerencias para optimizar la aplicación del instrumento, el cual bien utilizado se convierte en excelente recurso para el uso diario en la evaluación de las madres en su periodo postparto; además dicha atención motiva a las madres a proporcionar los cuidados que necesita el bebé, pensando siempre en el beneficio que les reportará el cuidarse ellas mismas y a sus hijos. Tal y como se observó en la investigación, la colaboración de madres en este tipo de estudios, es limitado, pero con un trabajo conciente, ellas mismas se pueden convertir en difusoras de las ventajas que les ofrece el poner atención a si mismas, mejorando las perspectivas hacia el futuro, que a largo plazo se podrá ver reflejado en el núcleo familiar y la sociedad.

2. MARCO TEÓRICO

Es conveniente previo a profundizar en este tema de investigación, el describir una serie de conceptos que son primordiales y necesarios para la comprensión de los tópicos relacionados con la misma.

Dentro de los mismos se ha de iniciar con la definición de la gestación o embarazo el cual es un “proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. Se considera que el embarazo comienza una vez el óvulo es fecundado por el espermatozoide, terminando con el parto cuando nace el bebé.”¹

Los meses de embarazo se cuentan desde la nidación y la mujer empieza a tener los primeros síntomas en esta misma etapa a consecuencia de muchos cambios como hormonales y bioquímicos, también el desarrollo del bebé en el útero produce grandes cambios físicos a la madre gestante. Existen muchas señales asociadas al embarazo, la más común es la amenorrea, pero como no todas las mujeres tienen periodos regulares es importante observar otras señales como: crecimiento de los pechos, náuseas, acidez, fatiga, y micciones frecuentes. Aún si una mujer presenta todos los síntomas es importante reconfirmar el diagnóstico con una prueba de embarazo la cual detectara la presencia de una hormona llamada gonadotropina coriónica, que es producida por la placenta y se encuentra presente en la sangre y en la orina de la mujer embarazada.²

En los seres humanos el embarazo dura 40 semanas a partir del fin de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación. Por lo común se asocia a 9 meses. Dentro del útero, el bebé está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el niño están envueltos en la bolsa amniótica, que está pegada al útero, en el cuello del útero se forma un tapón durante el embarazo para evitar que salga el líquido y como barrera

¹ Cunningham, Gary MD. et. al. Williams Obstetricia. Editorial Médica Panamericana. 1998. Argentina. pp 11-33, 175-209.

² Títulos Básicos publicados acerca de embarazo y parto, Revista Vida, Año V, No. 76. pp.12-16 México D.F., Febrero 1997, Sec. Temas de Interés, Edit. Banak Importa.

al ingreso de cuerpos extraños, permitiendo así también las relaciones sexuales durante el embarazo.

Durante el periodo de gestación, el feto obtiene nutrientes y oxígeno, eliminando los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está pegada al útero y está unida al bebé por el cordón umbilical.

El bebé está íntimamente conectado a la madre tanto física como emocionalmente, no sólo lo que la madre ingiere es transmitido al bebé sino también sus emociones y sentimientos ya que la madre y el bebé comparten endorfinas (sustancias químicas que producen una enorme sensación de bienestar), el bebé también comparte las emociones que la madre experimente. Por eso es tan importante que la madre se sienta feliz, tranquila y relajada, su felicidad y sentimientos positivos pueden inducir en el bebé sensaciones igualmente placenteras.

De acuerdo a su desarrollo el embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto. El primer trimestre, el de mayores riesgos (muerte natural del embrión o feto) ya que el embrión implantado podría dejar de desarrollarse por fallos en los cromosomas heredados de los gametos de sus progenitores. Durante el segundo trimestre el desarrollo del feto es mayor necesitando ser monitoreado o diagnosticado oportunamente. El tercer trimestre marca el principio de la viabilidad, que quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un nacimiento temprano natural o inducido. Dada esta posible viabilidad, diversas definiciones legales y culturales de la vida definen al feto en el tercer trimestre como una persona con estatus propio.

Mientras se da este proceso de crecimiento y desarrollo del nuevo ser, en la madre existen molestias asociadas al embarazo como el crecimiento uterino afectando otras partes del cuerpo de la madre. Algunos cambios son iniciados por las hormonas que el organismo secreta para nutrir y proteger al feto, y prepararlos a ambos para el nacimiento. Durante el embarazo la madre podrá experimentar algunas molestias como:

- Estreñimiento y hemorroides: Entre las razones para el estreñimiento y las hemorroides, se encuentran los cambios que las hormonas producen, enlenteciendo el proceso del tracto digestivo. Sumando a esto, durante el último trimestre de embarazo, el útero engrandecido aumenta su presión sobre el recto.
- Nauseas: Así como el estreñimiento, se debe a cambios metabólicos y hormonales.
- Acidez: Esto ocurre cuando los alimentos digeridos son empujados desde el estómago hacia el esófago. Durante el embarazo todo el proceso digestivo se enlentece y adicionalmente, el útero engrandecido empuja al estómago hacia arriba.
- Fatiga: El organismo está haciendo un gran esfuerzo mientras el periodo de embarazo se lleva a cabo.
- Cefalea: Las causas pueden ser por tensión nerviosa o quizás el aumento en el volumen de sangre dentro del organismo ahora que está embarazada.
- Micciones frecuentes: El útero está presionando también la vejiga y aunque ésta esté casi vacía, la presión crea la misma sensación como si estuviera llena.
- Calambres: Estos problemas circulatorios se originan por el aumento de peso experimentado en el embarazo.
- Cloasma: Son manchas oscuras que aparecen en la piel y son causadas por las hormonas presentes durante el embarazo. Las cuales pueden desaparecer después del parto.
- Estrías: El sobrepeso hace que la piel tenga que soportar mayor tensión. Las estrías aparecen generalmente en el abdomen y lentamente desaparecen después del parto.
- Varices: Se producen por la presión que el útero ejerce en la parte baja del abdomen que hace la circulación dificultosa. Normalmente aparecen en las piernas y si la madre permanece de pié o sentada por períodos muy largos de tiempo.
- Disnea: Esto ocurre durante el tercer trimestre pues el feto está ocupando más espacio en el abdomen, disminuyendo así la capacidad pulmonar durante la respiración.
- Lumbalgia: Es una consecuencia del aumento del abdomen y del incremento del peso.
- Edema de miembros inferiores: Se debe a la retención de agua en los tejidos, especialmente en los pies.

Luego de nueve meses la madre se encuentra en lo que es el proceso de parto, el mismo se da con el inicio de las contracciones, se da paso al primer período del parto, el cual consiste en el acortamiento del cuello uterino hasta desaparecer por completo, este período se conoce con el nombre de borramiento, si se trata del primer hijo este periodo tomara más tiempo en desarrollarse, el cuello primero se borra y luego comienza a dilatarse. Las contracciones se presentan cada 20 ó 30 minutos con una duración de 15 a 20 segundos cada una. Este proceso demora aproximadamente entre 6 y 8 horas. Por eso en las primerizas, el trabajo de parto hasta la expulsión del niño y la placenta puede durar entre 8 y 12 horas.

En la primigesta el período de borramiento y el período de dilatación se dan en momentos distintos. En cambio si ha tenido otros hijos, ambos procesos se dan al mismo tiempo, por lo que el trabajo de parto es más rápido, de 4 a 6 horas aproximadamente en las mujeres multigestas. Una vez borrado el cuello uterino, las contracciones se van intensificando para permitir que éste se abra y ensanche progresivamente hasta la abertura máxima de 10 cm. para que el bebé pueda salir por el canal de parto, este proceso es el llamado período de dilatación, en el cual se pueden distinguir dos fases:

- Primera fase cuando el útero se dilata desde 0 hasta los 8 centímetros.
- Segunda fase cuando alcanza los 10 cm.

Al inicio de la primera fase la madre sentirá cada 10 ó 15 minutos unas contracciones suaves, cada una con una duración de 20 segundos aproximadamente, en este momento la abertura del útero estará cercana a los dos centímetros, progresivamente van a aumentar la intensidad como la duración de las contracciones así mismo el intervalo entre ellas se acorta. Cuando las contracciones aparezcan cada 5 minutos con una duración de 30 a 40 segundos ya el útero tendrá una dilatación de entre 4 y 5 centímetros, hasta este momento habrán transcurrido de 4 a 6 horas, a medida que transcurre el tiempo, las contracciones se hacen más fuertes a intervalos de 3 a 4 minutos y con una duración aproximada de 40 a 45 segundos, ahora el útero ha alcanzado 6 centímetros de dilatación. Cuando las contracciones sean cada 2 o 3 minutos y su duración sea de 45 a 50 segundos, el útero

habrá alcanzado una dilatación de 8 centímetros, llegando por fin a la fase de transición en la cual las contracciones se presentan cada 1 ó 2 minutos con una duración de 1 minuto aproximadamente, en este punto, la dilatación del útero está ya por alcanzar 10 cm, la madre tiene poco tiempo entre una contracción y otra para recuperarse, esta fase es fácilmente reconocible, pues la madre sentirá una sensación de calor, estiramiento y ardor en la vagina, acompañado de sudoración alrededor de la boca, así como ganas de pujar. Una vez que el cuello del útero ha alcanzado los 10 cm. de dilatación comienza el período de expulsión, en este período, la cabeza del bebé penetra en el canal de parto y desciende hasta el periné realizando un movimiento de rotación interna. El médico espera que se vislumbre 3 ó 4 cm. de la cabeza del niño y una próxima contracción, si fuera necesario realizara, la episiotomía (corte en la zona del periné a la entrada de la vagina) a fin de facilitar la salida de del bebé y evitar que la madre se desgarre como consecuencia del esfuerzo y la presión que ejerce la cabeza del bebé. Primero sale la cabeza, luego el obstetra sacará un hombro, luego el otro, finalmente el resto del cuerpo sale por sí mismo.

Este es el momento la madre podrá ver, tocar o inspeccionar por primera vez a su bebe recién nacido, dependiendo del tipo de parto que tenga, del estado de salud de la madre y del estado del bebé. Si tiene un parto vaginal sin complicaciones, le permiten agarrar al bebé a los pocos minutos de dar a luz.

Al enfocarse en el postparto se visualiza tanto a la madre como al hijo ya que ambos se encuentran interrelacionados afectivamente, por tal motivo se debe tomar en consideración el estado emocional de la madre, siendo este el que influye entre la relación madre-hijo, a través del contacto con la madre llega la información de carácter natural y cultural que recibe cada persona, basándose en la afectividad y el amor que solo una madre puede proporcionarle a su bebé, debido a que el desarrollo se establece a través del contacto y cuidados que la madre tiene hacia el bebé y hacia ella misma. Esta interrelación proporcionará en su momento un infante con más oportunidades de desarrollar sus potencialidades ya que el bebé multiplica enormemente las habilidades intelectuales, artísticas, emocionales, físicas y sociales a través de la relación con su madre, además del vínculo madre-hijo, por el vínculo con el resto de la familia, ya que en los primeros años de vida es cuando el niño recibe una gran mayoría de información que le servirá tanto en

su desarrollo físico, mental, emocional y social. Lo anterior también es válido para la madre pues en su estado de salud se refleja el buen desarrollo del niño y la hace sentirse mucho mejor en el desenvolvimiento de su rol, siendo cada uno de sus hijos una experiencia única e incomparable.

Los bebés nacen con una serie de respuestas instintivas a estímulos como la luz o el tacto, conocidas como reflejos primitivos, que desaparecen gradualmente conforme van madurando. Estos reflejos incluyen:

- Reflejo de succión, que hace que el bebé succione con fuerza cualquier objeto que le pongan en la boca.
- Reflejo de prensión, que hace que el bebé cierre la mano y apriete fuertemente los dedos cuando le aplican presión en la palma de la mano con un dedo u otro objeto.
- Reflejo de Moro, o reacción de sobresalto, que hace que el bebé extienda súbitamente los brazos hacia los lados y luego los repliegue sobre el tronco cuando se sobresalta ante un ruido fuerte, una luz intensa, un olor fuerte, un movimiento repentino u otro estímulo.

Durante las primeras semanas generalmente los bebés se pasan la mayor parte del tiempo durmiendo. Esto puede estar todavía más exacerbado durante el primer día o primer par de días de vida en los recién nacidos a cuyas madres les administraron ciertos tipos de medicamentos o anestesia durante el parto.

Es importante ahora tomar en consideración que la madre se familiarizará con el recién nacido, los primeros días y semanas de la vida de un recién nacido son una etapa de asombro y regocijo para la mayoría de los padres.”El hecho de ser responsable de una criatura aparentemente tan frágil y vulnerable puede imponer mucho miedo, sobre todo cuando no se está familiarizado con el aspecto y el comportamiento de los recién nacidos.”³

³ Barbara P. Homejer, Cuidados y Salud del Recién Nacido. Edit. Dowsen, España, 2004. p. 126.

Las primeras semanas tras el nacimiento del bebé pueden ser excitantes también, la mujer ha de controlar su evolución tras el parto y el modo en el que se adapta a sus nuevas tareas.

Es de tomar en cuenta que la vida de la madre da un giro completo tanto en el aspecto psicológico como en el físico. Aparecen cambios en su cuerpo y puede que la forma de relacionarse con sus amigos, familiares, incluso con su pareja, experimente algún cambio.

De forma gradual, con paciencia y cuidados de los que la rodean, la mujer se irá recuperando y se irá creando una agradable rutina para toda la familia. Sin embargo los cambios que los bebés experimentan en sus primeros años de vida son realmente espectaculares. De ser un recién nacido desvalido, pasa a convertirse en un niño cada vez más autónomo que anda, juega y se relaciona con los demás. Sus músculos se fortalecen, aprende a coordinar sus movimientos, adquiere nuevas habilidades motoras, empieza a relacionarse y a comunicarse, establece fuertes lazos afectivos. Su curiosidad sin límites le impulsa a explorar el mundo y, en su afán por descubrirlo todo, se encuentra también con frustraciones y obstáculos. Para que madure adecuadamente, hay que proporcionarle un ambiente rico en cariño y en estímulos.

Después del nacimiento del bebé y de esos largos nueve meses es el momento para que el cuerpo de la madre se recupere. Tras el parto se invierten los cambios anatómicos y funcionales que ocurrieron durante el embarazo. “Durante las primeras horas es probable sentir cólicos, que disminuirán de intensidad conforme pasen los días, y que harán que el útero llegue a las dimensiones que tenía antes del embarazo, en un periodo aproximado de 10 días.”⁴ El sangrado en principio es rojo intenso y cambiará a un color "asalmonado"; posteriormente se hará blanco y muy líquido y finalmente, desaparecerá alrededor del mes. Ocasionalmente puede aparecer un edema (o hinchazón) en las extremidades inferiores, entre las 48 ó 72 horas después del parto, coincidiendo con el inicio de la lactancia que desaparecerá al cabo de dos o tres días.

⁴ Op cit. Williams Obstetricia. pp.175-209.

Es cierto que las mujeres que son madres por primera vez pueden verse en situaciones bastante estresantes ante la llegada de un bebé a casa, menciona Gutiérrez M. “hace unos meses un estudio afirmaba que las madres primerizas de bebés que sufren cólicos del lactante son más propensas a padecer depresión posparto. Otro estudio realizado por científicos dinamarqueses concluye que las madres que han tenido su primer hijo tienen siete veces más riesgo de padecer desordenes mentales como la esquizofrenia, la depresión o el trastorno bipolar en los tres meses siguientes al nacimiento del bebé.”⁵

Pueden existir condicionantes bioquímicos y hormonales que tienen importancia en la sensibilización de la madre o una mayor susceptibilidad hacia los condicionantes psicosociales de la depresión. Según la Psiquiatría Pública “el comienzo ocurre en un periodo muy poco tiempo antes o muy poco después del parto;⁶” ya que puede existir una depresión preparto o síntomas neuróticos. Por tal razón se consideran importantes los datos epidemiológicos ya que éstos consideran un riesgo general de uno a dos casos por cada mil nuevos nacimientos. Según la Psiquiatría Pública al describir algunos factores de riesgo menciona la comprobación, de que “50-60% de los casos ocurren en primerizas y que en el 50% de los casos se asocian a complicaciones psiquiátricas perinatales. También suelen aparecer en la historia antecedentes de trastornos de humor (unipolar o bipolar) y/o antecedentes de psicosis puerperal.”⁷ Es importante considerar datos del origen, ya que el trastorno se supone como resultado de una combinación de factores fisiológicos y psicosociales; entre algunos factores psicosociales están: la condición de ser madre solteras o primeriza (mayor riesgo), la reducción del apoyo sociofamiliar en el período perinatal, la relación con la pareja y con la propia madre. Otro factor biológico importante se relaciona con un mecanismo hormonal específico del puerperio: “La disminución brusca de las hormonas sexuales circulantes tras el parto provocaría un incremento en la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos cerebrales; los trastornos endocrinos que aparecen antes, durante e inmediatamente después del parto. Los días después del parto las contracciones plasmáticas de estrógenos y progesterona caen de manera considerable para

⁵ Gutierrez, M. et al. Tratamiento somático de los Trastornos del Humor en el Embarazo. Avances en Trastornos Afectivos. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1996. pp. 487-499.

⁶ Psiquiatria Publica. Vol. 11 Numero 3. pp. 25-38 Mayo-Junio. Mexico. 1999. 16.

⁷ Ibidem. pp.8-22

alcanzar tasas 100 veces más bajas que aquellas que existen en el preparto; o se puede considerar la hipótesis de las modificaciones de las tasas de progesterona y/o de estrógenos, otras valoran los cambios en el eje tiroideo los cambios de las tasas gonadotropinas, de prolactina, de corticoides circulantes; puede ser baja la síntesis de 5-OH triptamina cerebral y el precursor de la 5-HT central en el triptófano cerebral que probablemente deriva en el triptófano libre en el plasma.”⁸ En relación a lo anterior se concluye que las mujeres que han tenido un Blues posparto severo y en aquellas que están deprimidas seis meses después del parto, la ausencia del pico de elevación normal del triptófano total en los dos primeros días siguientes al alumbramiento.

También se encuentran los factores psicodinámicos que se identifica por el rechazo del niño como uno de los factores esenciales de las melancolías puerperales: rechazo consciente (niño no deseado) o más a menudo, inconsciente, que emana la ambivalencia profunda que marca la relación madre-hijo, dando como resultado un rechazo combatido tanto por la culpabilidad como por el amor maternal. Madres que se sienten comprometidas con la maternidad, en esta situación la nueva madre se vuelve más dependiente de imágenes y planes de acción suministrados por las propias figuras maternas significativas, su propia madre fue considerada modelo materno insuficiente, ésta progresiva identificación suscita conflicto, porque la nueva madre, a su vez, se ha sentido rechazada, ésta identificación a menudo da lugar al rechazo del bebé por la madre. Habitualmente los trastornos psíquicos que aparecen durante el embarazo o en el nacimiento son originados por un conflicto que opone en la madre el objeto imaginario de embarazo y en el niño deseado al niño nacido. Muchas veces aparecen características tales como: padre desconocido, desaparecido, relaciones incestuosas, etc. o acontecimientos traumáticos que tocan la filiación como coincidencia muerte-nacimiento, niño muerto o malformado.

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrentan las personas en este tiempo. Millones de personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión, ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.

⁸ Op. Cit. Gutierrez M. Tratamiento somático del los trastornos del humor en el embarazo. pp.523-546.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. De ahí que desde los distintos estamentos sanitarios se esté potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurra el siglo XXI”⁹

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental Estadounidense “cada año, el 9.5 por ciento de la población estadounidense (aproximadamente 18.8 millones de adultos americanos) padece de enfermedades depresivas. Desgraciadamente, muchas personas no saben que la depresión es una enfermedad tratable. En estos países crece mucho más deprisa en niños y adolescentes y la edad de inicio del primer episodio depresivo tiende a ser cada vez más temprano. Los datos son los siguientes: Un 8-17% de las personas padecen en algún momento de su vida alguna forma de depresión grave, aunque formas menores de depresión más o menos disfrazada afectan con cierta persistencia a un cuarto de la población en algún periodo de su vida. Después de la pubertad, se deprimen el doble de mujeres que hombres.”¹⁰

En los pacientes afectados y también en sus amigos y familiares la depresión disminuye la calidad de vida. Aumenta el pesimismo, la hipocondría, la desesperanza; y disminuye el flujo de pensamientos y acciones, la autoestima, el cuidado e higiene personal, el impulso al reto, a la aventura, a la búsqueda de soluciones, a las relaciones, al goce y a la libido. Además del sufrimiento, aislamiento e incapacitación que produce acarrea un importante riesgo vital, muchas enfermedades, accidentes, deterioros familiares, fracasos escolares y despidos laborales pueden atribuirse directa o indirectamente a la depresión. La depresión, en sí misma, es un suicidio lento, como una muerte en cámara lenta. Aunque el cuerpo

⁹ World Health Organization. The World Health Report 2001 –Mental Health: New Understanding, New Hope. November 2006. p. 14-46.

¹⁰ Robinson G.E. El tratamiento de los trastornos psiquiátricos postparto. Internacional Psychiatry Today En Español. 1995; 4(4): 6-8 España 2005

sigue funcionando más lentamente, el alma ha perdido su sol, o se encuentra en completas tinieblas.

Según Dorothy Rowe 1998, “depresión viene del latín depressio: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.”¹¹

La depresión es una enfermedad tratable, al igual que otras enfermedades. Muchos creen que la depresión es normal en personas mayores, adolescentes, mujeres menopáusicas, madres primerizas o en personas que padecen enfermedades crónicas. Lo cual es erróneo, ya que no importa la edad, el sexo o la situación de la vida, la depresión le puede dar a cualquier persona. El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, la manera de pensar, la forma como se come y duerme, y también como la persona se valora a sí misma. La baja autoestima frecuentemente está asociada con depresión, al igual que los arrebatos repentinos de ira y falta de placer en actividades que normalmente hacen feliz a la persona, incluyendo la actividad sexual.

Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal, no es una condición de la cual la persona puede liberarse voluntariamente. Los sentimientos de depresión se pueden describir como sentirse triste, melancólico, infeliz, miserable o derrumbado. La mayoría de las personas se sienten de esta manera una que otra vez durante períodos cortos, pero la verdadera depresión clínica es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período prolongado.

La depresión se da a menudo en familia, posiblemente por herencia, comportamientos aprendidos o ambos. Incluso con una predisposición genética, generalmente es un evento estresante o una vida infeliz lo que desencadena el comienzo de un episodio depresivo.

¹¹ Dorothy Rowe. La Depresión el camino de salida al túnel. Buenos Aires Ed. Paidós, 1998. Pag.56-85

Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

Algunas enfermedades físicas pueden acarrear este tipo de problemas tales como accidentes cerebro-vasculares, ataques de corazón, cáncer, enfermedad de Parkinson y trastornos hormonales. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales.

La depresión se puede originar por:

- La muerte de un amigo o familiar.
- Una desilusión importante en el hogar, en el trabajo o en la escuela (en los adolescentes, por ejemplo, puede darse por la ruptura de relaciones con el novio o la novia, perder una materia o el divorcio de los padres)
- Un dolor prolongado o una enfermedad grave.
- Condiciones médicas como hipotiroidismo (baja actividad de la tiroides), cáncer o hepatitis
- Medicamentos tales como tranquilizantes y medicamentos para la hipertensión
- Consumo excesivo de alcohol o drogas
- Estrés crónico
- Eventos en la infancia como maltrato o rechazo
- Aislamiento social (común en los ancianos)
- Deficiencias nutricionales (como folato y ácidos grasos omega-3)
- Problemas de sueño

Una depresión puede evidenciar la siguiente sintomatología:

- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo, impotencia y culpa inapropiada

- Dificultad extrema para concentrarse
- Agitación, inquietud e irritabilidad
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales
- Sentimientos de desesperanza y abandono
- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar en cámara lenta.
- Dificultad en concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer demasiado y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Presentar síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.”⁶

De acuerdo con el DSM-IV-TR existen diferentes tipos de depresión entre ellas se encuentra la “Depresión grave en la cual deben presentarse 5 o más síntomas de la lista mencionada anteriormente, durante al menos dos semanas, aunque ésta condición tiende a continuar por al menos 6 meses (la depresión se clasifica como depresión menor si se presentan menos de 5 de estos síntomas durante al menos dos semanas).”¹²

Otro tipo es el trastorno depresivo mayor o Depresión Severa que se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces de la vida. Existe un tipo de depresión menos grave Distimia, incluye síntomas crónicos leves a largo plazo, que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con Distimia también pueden padecer de

¹² Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales texto Revisado. Edit. Masson, S.A. Barcelona 2002. pp 391-399. pags. 1049.

episodios depresivos severos en algún momento de su vida. La característica esencial de este trastorno es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los síntomas más frecuentemente encontrados en el trastorno Distímico son:

- sentimientos de incompetencia
- pérdida generalizada de interés o placer
- aislamiento social
- sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado
- sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva

Entre otros tipos se encuentra la Depresión atípica esta acompañada de síntomas inusuales, como alucinaciones, por ejemplo, escuchar voces que realmente no están allí, o delirios pensamientos irracionales.

Otras formas comunes de depresión abarcan la Depresión Postparto se caracteriza por mujeres que se sienten deprimidas después de tener el bebé, pero la verdadera depresión postparto es poco común. (Será especificado más adelante). También existen trastornos como Disfórico Premenstrual evidenciando síntomas depresivos que ocurren una semana antes de la menstruación y desaparecen después de menstruar. Trastorno afectivo estacional que ocurre durante las estaciones de otoño e invierno y desaparece durante la primavera y el verano, probablemente debido a la falta de luz solar.

Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos, este, se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio

y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas.

Dada la temática de este proyecto, se aborda ampliamente la Depresión Postparto ya que luego del parto es normal que la mujer experimente cambios en su estado de ánimo. Es sabido que algunas de las mamás pueden adquirir una leve forma de depresión que comienza a los pocos días de haber nacido el bebé, pero que no dura más de dos semanas. En esta etapa la mujer puede sentirse sensible, ansiosa, irritable e incluso experimentar problemas para dormir. Con el transcurso de los días y cuando ya haya descansado lo suficiente y se adapte al cuidado del bebé, esta leve forma de depresión desaparece. Sin embargo, si esta etapa se extiende más allá de las dos semanas puede ser un indicio de depresión postparto. Alrededor de 20% de las mamás pueden experimentar este estado clínico de depresión que puede durar hasta un año.

Se Puede estar en riesgo de padecerla si se reúne alguna de las siguientes condiciones:

- Sufrir anteriormente de depresión postparto
- Sufrir de depresión durante el embarazo
- Experimentar mucha ansiedad durante el embarazo
- Tener antecedentes personales o familiares de depresión
- Si el embarazo no fue planeado
- Tener problemas con la pareja o hay separación
- Tienen problemas económicos
- Atravesar por situaciones estresantes recientemente, como la pérdida de un ser querido, problemas laborales, mudanzas, etc.
- Padecer de síndrome premenstrual severo
- Tener complicaciones obstétricas durante el embarazo, nacimiento o luego de dar a luz
- Tener algún tipo de trauma durante la niñez, abuso o graves problemas con la familia

- Tener problemas con las drogas o el alcohol

Es elemental mencionar que los síntomas de lo que más comúnmente se le llama baby blues pueden comenzar de tres a cuatro días después del parto, y esto incluye cambios de temperamento, el llorar repentinamente y los problemas de concentración. Estos síntomas desaparecen por lo regular diez días después del parto. La mayoría de los casos de depresión postparto surgen en el primer mes después del parto, aunque a veces puede aparecer 6 meses más tarde.

La depresión postparto consiste en el desarrollo de una depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo. A veces, esta depresión puede tener una fácil explicación, bien porque el hijo no ha sido deseado o porque no es normal. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones la depresión parece no tener sentido. Muchas madres deprimidas no son conscientes de que tienen una enfermedad y se sienten avergonzadas de tener que admitir cómo les ha afectado su reciente maternidad. Algunas pueden llegar a creer que si dicen como se sienten realmente puede quitarle a su hijo. Algunos médicos, enfermeras y trabajadores sociales están preparados para reconocer la depresión postparto ya que conocen su existencia y se esfuerzan por detectarla, sin embargo, otros profesionales la pasan por alto o, lo que es peor, la ignoran considerándola como un simple "maternity blues".

Una vez que se sospecha la presencia de este trastorno, hay que animar a la paciente para que exprese como se siente realmente luego del parto de su hijo. Si manifiesta sentirse triste, desgraciada, irritable, incompetente, asustada y desinteresada por el bebé, debe aceptarse esto con una actitud comprensiva, no con alarma ni reproches. Se le debe decir a la madre que todo lo que le está pasando es consecuencia de que tiene una enfermedad llamada depresión postparto, ya que por lo menos sabrá a qué tiene que enfrentarse.

En este momento es importante el involucrar a la pareja de la paciente, de forma que él pueda comprender qué es lo que ha estado pasando, posiblemente él sea quien mejor pueda apoyar a la paciente, aunque también necesitará algo de apoyo para sí mismo, especialmente si es el primer hijo que tiene la pareja y si se ha sentido desplazado tras su

llegada. Este es un aspecto realmente importante ya que si la pareja está resentido y no comprende hasta que punto su esposa necesita de su apoyo y ayuda podrán surgir más problemas. La pareja de la paciente también se sentirá aliviado por el diagnóstico y por recibir consejos sobre cómo actuar. La ayuda práctica con el recién nacido, una actitud comprensiva y afectiva y el ser positivo serán apreciados incluso cuando la depresión desaparezca. Algunas mujeres se sienten mejor después de unas semanas, pero otras continúan sintiéndose deprimidas o diferentes durante muchos meses. Aquéllas que tuvieron síntomas más severos o que han estado deprimidas con anterioridad, tardarán más tiempo en recuperarse.

Todavía no se sabe lo suficiente sobre porqué las mujeres desarrollan depresiones postparto como para poder estar seguros de quien la desarrollará y quien no. Probablemente no existe una causa única sino más bien diferentes tipos de estrés que pueden tener la misma consecuencia o que pueden actuar conjuntamente. Se sabe que entre esos factores de riesgo están:

- una historia previa de depresión (especialmente de depresión postparto).
- una falta de apoyo por parte de la pareja.
- un bebé prematuro o con cualquier tipo de enfermedad.
- el que la nueva madre hubiera perdido a su madre cuando era niña.
- una acumulación de acontecimientos vitales adversos, como el fallecimiento de un ser querido, la pérdida del empleo de la paciente o de su pareja, problemas económicos, problemas de vivienda, etc.

Sin embargo, una mujer puede sufrir una depresión postparto sin que se aprecie ninguna razón obvia para la misma. Parece probable que la depresión postparto esté relacionada con los importantes cambios hormonales que tienen lugar en el momento del nacimiento de su hijo, aunque todavía no se disponga de evidencias. Aunque los niveles de estrógenos, progesterona y otras hormonas relacionadas con la reproducción que pueden afectar a las emociones descienden bruscamente tras el parto, no se han encontrado diferencias entre las hormonas de las madres que desarrollan una depresión postparto y las de las que no. Una posible explicación es que probablemente algunas mujeres puedan ser más sensibles que otras a tales cambios.

“Pueden ser muchos los factores que la provocan, entre ellos los hormonales, bioquímicos, genéticos, psicológicos y ambientales. El descenso repentino de las hormonas luego del parto puede ser una de las causas.”¹³ También las responsabilidades que aparecen con respecto al cuidado del bebé derriban el estado de ansiedad y felicidad que traía asociado el embarazo. Además el cuidado de un recién nacido no es gratificante para todas las madres, ya que al principio las cosas pueden salir mal, generando profundos sentimientos de frustración.

Entre algunos síntomas importantes que se deben detectar en la depresión postparto se presenta “la tristeza, siendo el síntoma más frecuente, las madres se sienten bajas de ánimo, infelices y desgraciadas la mayor parte del tiempo aunque estos síntomas pueden empeorar en algún momento particular del día, como por las mañanas o por las tardes. En ocasiones, las pacientes pasan días malos y días buenos, siendo estos últimos realmente frustrantes ya que el día bueno previo hizo que se albergaran esperanzas de mejorar. A veces, a las pacientes les parece que no merece la pena vivir, precisamente en unos momentos en que deberían sentirse muy alegres.”¹⁴

Otro síntoma es la irritabilidad, con frecuencia acompaña a la sensación de tristeza, la paciente puede estar irritable con sus otros hijos y ocasionalmente incluso con el recién nacido, aunque la mayoría de las veces lo está con su marido quien no suele comprender qué es lo que está pasando.

Algo típicamente evidente es la fatiga, ya que las nuevas madres se sienten un poco abrumadas y fatigadas, pero la madre con depresión postparto se siente tan agotada que llega a pensar que padece alguna enfermedad física. Pueden padecer de insomnio, cuando por fin la madre se va a la cama puede que tenga dificultad para conciliar el sueño, o si duerme, puede que se despierte muy pronto, incluso aunque su pareja sea quien se ocupe de alimentar al bebé durante la noche.

¹³ Gutierrez, M. et al. Tratamiento somático de los Trastornos del Humor en el Embarazo. Avances en Trastornos Afectivos. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1996. pp. 487-499.

¹⁴ Ibidem. p.493

También denota una pérdida de apetito ya que las madres deprimidas generalmente no tienen ni tiempo ni ganas de comer lo cual contribuye a que se sientan malhumoradas y agotadas. Algunas madres deprimidas comen en exceso para aliviar su malestar psicológico y luego se sienten culpables y molestas con su gordura. Presentan incapacidad para disfrutar lo que antes era un placer ahora no apetece y lo que antes interesaba ahora se convierte en aburrido. Esto es especialmente cierto en el caso de las relaciones sexuales. Algunas mujeres recuperan el interés por el sexo, antes de que transcurran seis semanas del parto, pero las madres con depresión postparto suelen rechazar cualquier contacto sexual lo cual puede generar tensión en la pareja. Además puede existir un desbordamiento cuando las madres con depresión postparto tienen la sensación de no disponer de tiempo para nada, de no hacer nada bien y de no poder hacer nada para remediarlo.

A estas pacientes les resulta realmente difícil el establecer nuevas rutinas para poder hacer frente al bebé y a la nueva situación que viven. Por consecuencia pueden manejar mucha ansiedad, suele ser aguda y se puede presentar en forma de temor a quedarse sola con el bebé por miedo a que este grite, no quiera comer, se ahogue, se caiga o se haga daño de cualquier otra forma. Algunas madres deprimidas perciben a su bebé como un objeto.

En vez de sentir que han dado a luz a la criatura más cariñosa y adorable del mundo se sienten distantes de su hijo, al cual perciben como un pequeño ser misterioso y extraño, cuyos pensamientos son incognoscibles y cuyas necesidades y emociones deben ser en algún modo satisfechas. La tarea de la nueva madre deprimida que todavía no se ha "enamorado" de su hijo es realmente dura. No obstante, el amor surge al final, cuando el niño es mayor y más interesante. La ansiedad también puede provocar palpitaciones, problemas gastrointestinales, exceso de sudoración y dificultades en la respiración.

También puede hacer a la madre preocuparse por su propia salud. Puede sentir pánico cuando su pulso se acelera o si tiene alguna palpitación, llegando incluso a pensar que tiene algo malo en el corazón o que está al borde de un accidente cerebrovascular.

En ocasiones se siente tan debilitada que piensa que tiene alguna enfermedad terrible y que nunca volverá a tener energía de nuevo. El temor de quedarse sola con todas estas preocupaciones puede dar lugar a que incluso la mujer más capaz se sienta tan indefensa que no desee que su marido vaya al trabajo.

Suelen existir sentimientos encontrados el equilibrio emocional de la madre resulta afectado y lo mismo experimenta culpabilidad que agresividad, ataques de pánico o crisis de llanto. El Dr. Mallafré afirma que “se pueden manifestar ideas de rechazo hacia el niño, con frases como "este niño ha arruinado mi vida" o "hubiese deseado que nunca hubiera nacido". La mujer se encuentra en un estado de gran confusión.”¹⁵

Sin embargo, la depresión postparto puede desarrollarse aún cuando el amor por el recién nacido sea intenso. En estos casos, la madre teme desesperadamente perder a su precioso bebé por no cuidarlo bien, porque no se desarrolle adecuadamente, por una infección o bien teme que muera súbitamente. Un simple catarro puede causar una gran preocupación. La madre puede obsesionarse con el peso del bebé y alarmarse si llora demasiado o incluso si pasa mucho tiempo en silencio, llegando a pensar: ¿habrá dejado de respirar? Es frecuente que la paciente desee ser constantemente tranquilizada por su pareja, su familia, su médico o cualquier otra persona.

Otra característica importante es que la madre no puede disponer del mismo tiempo para las actividades que realizaba antes de nacer el bebé. Ahora debe sumar a sus actividades diarias las labores de madre, esposa y mujer, por lo que puede llegar a sentirse desbordada, tiene problemas para concentrarse o tomar decisiones, influyendo en la relación con el bebé. Como consecuencia de las situaciones descritas pueden existir sentimientos de ambivalencia, provocando que las madres sientan el deseo de hacerle daño al bebé aunque no lo hagan, pueden sentir como si lo fueran a hacer y se preocupan mucho por la posibilidad de hacer daño a sus hijos, aunque realmente nunca lo hacen. Las mujeres que golpean sus bebés con frecuencia presentan graves trastornos emocionales que tienen su origen en su infancia. Las puérperas que padecen la depresión postparto tienden a evitar

¹⁵ Boath E, Cox JI, Lewis Mj et al. When the cradle falls: the treatment of postnatal depression in a psychiatric day hospital compared with routine primary care. J. Affect Disord. 1996. 169 86-93

todo aquello relacionado con el bebé y sus cuidados. “Sin embargo, un bebé es herido o incluso asesinado, constituyendo un infanticidio, por una madre que presenta un trastorno mental grave en esos momentos. Esta es una consecuencia trágica de la llamada psicosis puerperal, una enfermedad mental muy grave, aunque tratable, que puede aparecer a los pocos días del parto. La madre puede delirar y llegar a pensar que su hijo es el diablo y por eso tiene que acabar con él, o puede tener ideas suicidas y decidir acabar no sólo con su vida sino también con la del recién nacido. La psicosis puerperal ocurre únicamente en uno de cada 500 partos y el infanticidio es afortunadamente muy raro”.¹⁶

La calidad del apego afecta la relación madre-hijo ya que de ésta depende el desarrollo de procesos cognitivos, relaciones interpersonales, emociones y otras variables de personalidad, se sabe que los niños que tienen una interacción positiva con su cuidador logran interiorizar la sensación de seguridad, lo que les permite ampliar sus emociones, la conducta de apego depende de la manera como el individuo es capaz de reflejar la sensación de seguridad.

Ainsworth define tres estilos de apego en base a como responden los individuos en relación a la figura de apego cuando están angustiados, “seguro, ansioso-ambivalente y evitativo;”¹⁷ el apego seguro se da cuando la persona que cuida demuestra cariño, protección, disponibilidad y atención a las señales del bebé, lo que le permite desarrollar un concepto de sí mismo positivo y un sentimiento de confianza, en el dominio interpersonal, las personas seguras tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias en cuanto al dominio intrapersonal tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismo. En cuanto al apego ansioso menciona que se da cuando el cuidador está física y emocionalmente disponible solo en ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo, no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales, evidente deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás.

¹⁶ Ibidem Boath E. When the cradle falls: the treatment of postnatal depression in a psychiatric day hospital compared with routine primary care. Pp.86-93

¹⁷ Calkins, S. D. & Fox N.A. The relations among infant temperament, security of attachment and behavior inhibition at twenty-four months. 1992 Child Development, 63,1456-1472.

Por último el apego evitativo el cual se da cuando el cuidador deja de atender constantemente las señales de necesidad de protección del niño, lo que no le permite el desarrollo del sentimiento de confianza que necesita, se sienten inseguros hacia los demás y esperan ser desplazados sobre la base de las experiencias pasadas de abandono. Es importante entonces que la calidad del apego madre- hijo va a depender de lo que cada una de las partes involucradas aporte a la relación, así como la influencia directa que cada una aporta sobre la otra. Por consiguiente los patrones de apego pueden cambiar en función de acontecimientos que logren alterar la conducta de cualquiera de los individuos como lo es la depresión postparto.

Las estrategias utilizadas para expresar y regular las emociones, actúan de acuerdo al estilo de apego de las personas, los distintos estilos de apego están asociados a ciertas características personales sobre todo con los trastornos de ansiedad, depresión y trastorno límite de la personalidad. Además del apego y el afecto que la madre le proporciona al niño se ve interferido por la propia depresión postparto, el afecto es imprescindible para la supervivencia de los seres humanos ya que no puede sustituirse por ningún otro tipo de recurso. Es indispensable lo que aporta una familia a la supervivencia de un niño, la interacción, cariño, amor, protección, cuidados frente a enfermedades, seguridad, conocimientos para adquirir nuevas habilidades. El afecto es la base de la vida social ya que el ser humano es una especie social. Es la forma como nos vinculamos con las personas significativas para asegurar la adaptación. El acto de poner al bebé al hombro, mecerlo, cantarle, alimentarlo, mirarlo detenidamente, besarlo, estas experiencias de vinculación incluyen la calidad y la cantidad, ya que estas actividades causan respuestas neuroquímicas específicas en el cerebro que llevan a la organización normal de los sistemas cerebrales responsables del apego. Es de tomar en consideración que “durante los primeros tres años de vida, el cerebro desarrolla un 90% de su tamaño adulto y coloca en su lugar la mayor parte de los sistemas y estructuras que serán responsables de todo el funcionamiento emocional, conductual, social y fisiológico para el resto de la vida.”¹⁸ Sin todos estos cuidados que la madre proporciona el nuevo ser puede verse afectado por: un pobre apego el cual puede asociarse con problemas emocionales y conductuales a lo largo de la vida.

¹⁸ Ibidem. Calkins, S. D. & Fox N.A. The relations among infant temperament 1456-1472

Entre las consecuencias de la depresión postparto que afectan al niño se encuentran: no se siente atraído en formar relaciones íntimas, encuentran poco placer en estar cerca de otros, tienen pocos amigos, su adhesión a la familia es más distante y menos emocional, apartados podrían manifestar incluso señales neuropsiquiátricas clásicas esquizoides o autistas. Los problemas específicos que se pueden observar pueden variar dependiendo de la naturaleza, intensidad, duración y el momento en que ocurrió la negligencia por la enfermedad de la madre. Algunos niños manifiestan problemas profundos y obvios, mientras que en otros podrían ser leves.

Existen señales posteriores en el niño que deben de tomarse en consideración tales como: el retraso en el desarrollo, ya que los niños que han sufrido negligencia emocional en su niñez temprana, a menudo tienen en su desarrollo, la falta de experiencias consistentes y enriquecedoras en la niñez temprana pueden tener como consecuencia retrasos en el desarrollo motor, del lenguaje, social y cognoscitivo. Otra señal se encuentra en los hábitos alimenticios, ya que podrían acaparar comida, esconderla en sus cuartos, comer como si no fuese a haber más comida, podrían no prosperar adecuadamente, rumiar los alimentos (vomitar), problemas al tragar y más tarde en la vida manifestar hábitos alimenticios extraños como anorexia.

La siguiente señal se encuentra en las conductas calmantes, emplean conductas muy primitivas, inmaduras, podrían morderse, golpearse la cabeza, mecerse, cantarse, arañarse o cortarse. En la siguiente señal se encuentra la agresión, que es uno de los mayores problemas, además la crueldad, tienen falta de empatía y pobre control de impulsos, lastiman animalitos, niños más pequeños, pares o a sus hermanitos. Además del daño que le puede ocasionar al niño, se encuentra la madre la cual también sufre, por tal razón es de tomar en consideración la prevención y la atención oportuna, para contribuir a la mejora de la salud a través de los conocedores de la misma.

Teniendo en cuenta que la depresión postparto afecta directamente las relaciones del niño con su madre, su detección se convierte en un problema de importante discusión. La metodología diagnóstica incluye el uso de instrumentos psicométricos los cuales plantean dificultades tales como la diversidad de sistemas clasificatorios, la gran variedad de

instrumentos de medida utilizados para la valoración estadística de los resultados. Es por ello que se utilizan alternativas de medición las escalas que se basan en el supuesto de que la detección de determinados síntomas predice el desarrollo de episodios depresivos. El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, *BDI*) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, *EPDS*) (Cox, Holden y Sagovsky, 1987) han sido ampliamente utilizadas para evaluar la depresión postparto; el *BDI* como escala genérica para detectar sintomatología depresiva y el *EPDS* como escala específica después del parto. El *BDI* es el instrumento autoaplicado más utilizado en la evaluación de la depresión en todo el mundo. A partir de su construcción en 1961, la prueba ha sido utilizada en más de 2000 estudios empíricos (Richter, Werner, Heerlein, Kraus y Saber, 1998). Se trata de un instrumento muy empleado, tanto en el ámbito de investigación como en el clínico. Se ha probado en poblaciones diferentes incluyendo poblaciones de embarazadas y mujeres en el postparto. Se ha comprobado su utilidad de forma reiterada, y ha sido validado en sus diferentes versiones y adaptaciones en múltiples países.

Es sabido que en la actualidad se utilizan una serie de medidas psicométricas para detectar indicios de enfermedades, la depresión tiene varias pruebas psicológicas de medición entre ellas se puede mencionar:

- Escala de depresión Montgomery y Asberg
- Escala de Hamilton para evaluación de la depresión
- Escala de Zung
- Escala tetradimensional para la depresión
- Auto test de depresión
- Inventario de depresión de Beck
- Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo
- Etc.

Al realizar una breve descripción de las escalas como lo es la Escala de Depresión Montgomery y Asberg, el cual es un instrumento útil, válido y fiable para evaluar la depresión constituye un apoyo para confirmar una sospecha de diagnóstico. Es

especialmente sensible para detectar los cambios del estado depresivo. Mediante esta escala se evalúan los síntomas más característicos de la depresión.

Sin embargo, la Escala de Hamilton para evaluación de depresión, creada por Hamilton en 1960, es una escala de heteroevaluación que consiste en obtener una medida del estado depresivo. No es un elemento diagnóstico y debe utilizarse solamente una vez que se haya establecido el diagnóstico de depresión. Para evitar que otras patologías puedan interferir en la evaluación final. También se encuentra La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. (Conde y cols. 1970) ha tenido una amplia difusión.

Entre otras escalas se encuentra la Escala Tetradimensional para la depresión, (Alonso-Fernández, 1990) Esta prueba comprende 16 ítems y su aplicación dura menos de diez minutos. Constituye la prueba idónea para efectuar el seguimiento de la evolución terapéutica de la depresión mediante aplicaciones periódicas con intervalos entre cuatro y ocho semanas. Las tres pruebas señaladas comparten la ventaja, frente a todas las existentes en el mercado internacional, de estudiar al enfermo depresivo sistematizado en cuatro dimensiones o bloques de síntomas (humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatía), con resultados que se evalúan por separado. La aplicación de las tres pruebas confeccionadas a la medida del modelo tetradimensional no ofrece dificultades para el entrevistador, siempre que sea un profesional de la salud que se haya familiarizado con las normas de uso señaladas en el Manual del Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión.

Existen a la vez Autotest Depresión, este rápido y simple autotest puede ayudar a distinguir entre la depresión clínica y el sentimiento normal de "estar bajoneado". Es normal sentirse melancólico ocasionalmente. Muchas personas experimentan dificultades a causa de despidos, separación, muerte de un ser querido, u otras pérdidas importantes. La tristeza es una parte normal de la vida. Pero cuando esta tristeza nunca se revierte a un estado de

alegría, ocurre lo que las autoridades de la salud mental denominan el principal problema psicológico: la depresión clínica, también conocida como depresión mayor.

Es importante mencionar el Inventario de Depresión de Beck el cual fue creado por el Dr. Aaron T. Beck y se trata de un cuestionario de respuesta múltiple, este instrumento ampliamente utilizado para medir la severidad de la depresión, el cuestionario está designado para adultos entre 17 y 80 años; está compuesto de preguntas relacionadas con los síntomas de depresión como irritabilidad, desgano y condiciones como sentimientos de culpa además de síntomas físicos como fatiga, pérdida de peso y pérdida del interés sexual. Existen tres versiones el original que fue publicado en 1961 y revisado en 1971 y la última versión publicada en 1996. Es ampliamente utilizado por profesionales como una herramienta importante.

Por último la herramienta a utilizar en esta investigación La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, fue diseñada por Cox y colaboradores en Edimburgo (1987), específicamente para detectar estados depresivos en el período postnatal. Es un instrumento específico muy utilizado en estudios actuales, en ámbitos de la salud materno-infantil. Ha demostrado ser de especial utilidad tanto en la clínica como en la investigación, habiéndose probado su eficacia para detectar los estados depresivos en ámbitos hospitalarios y de atención primaria. La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo es una encuesta auto-administrada, desarrollada para la detección de síntomas depresivos en mujeres que hayan dado a luz recientemente. Consta de 10 preguntas de selección múltiple, con 4 alternativas cada una, con puntajes de 0 a 3 de acuerdo a severidad creciente de los síntomas (anexo 1). Ha sido validada en diversos países y culturas, incluyendo Chile, logrando su mayor nivel de sensibilidad con un punto de corte 9/10. Asimismo, un estudio inglés de validación de esta encuesta encontró que éste era el punto de corte más apropiado para estudios de tamizaje.

La Escala identifica a más mujeres con riesgo de sufrir depresión postparto que la evaluación clínica rutinaria, parece ser una valiosa y eficiente herramienta en la identificación de los pacientes que están en riesgo para sufrir la depresión postparto.

Se han realizado estudios en diferentes países sobre la depresión postparto, una de las escalas más utilizadas es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo como lo refiere el diario digital de informática sanitaria “Las madres primerizas podrían padecer ansiedad y estrés postparto de forma autónoma respecto a la depresión postnatal conocida. Las mujeres que son madres por primera vez pueden sufrir estrés o ansiedad postparto de forma autónoma a la depresión postnatal, actualmente 600.000 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo. Las madres primerizas pueden sufrir estrés y ansiedad postparto de forma autónoma a la ya conocida depresión postnatal, según un estudio realizado por la Universidad de Tecnología Swinburne y la Universidad RMIT, publicado en ‘BioMed Central Psychiatry’. El estudio realizado a 325 madres primerizas para evaluar los niveles de depresión, ansiedad y estrés, concluyó que el 10% de las madres sufren ansiedad y estrés de forma independiente a la depresión, según la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo y las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés, para poderlo evaluar de forma separada.”¹⁹

En la International Journal of Clinical and Health Psychology los científicos hallaron 61 mujeres con síntomas de depresión y otras 33 con síntomas de ansiedad y estrés por lo que consideran que los profesionales clínicos deberían estar pendientes de los síntomas de ansiedad y estrés en los meses posteriores al parto. Los expertos consideran necesaria la evaluación de las madres en los primeros meses tras el embarazo ya que hasta el momento solo se usaba la Escala de Depresión Postnatal algo que, si se siguiese haciendo, provocaría que las madres con síntomas de ansiedad o estrés corriesen “el riesgo de no recibir ayuda”. Según un estudio de la Universidad de Columbia en EE.UU. y publicado en el ‘Journal of the American Medical Association (JAMA)’, el tratamiento de los estados de depresión en las madre, podría disminuir el riesgo de trastorno psiquiátrico del estado de ánimo o alteraciones en la conducta de sus hijos, ya que los hijos de madres deprimidas tienen un mayor riesgo a que pasen por tales problemas de salud mental. Luego de investigar sobre la depresión postparto se ha evidenciado que existen estadísticas que demuestran el padecimiento de depresión después del parto.

¹⁹Vinculo azprensa@azprensa.com Año No. 1440 Sábado 27 Enero 2007. (.Madrid, 25 Marzo 2006) Diario Digital de Informática Sanitaria mpg/azprensa.com

Al beneficiarse de las investigaciones han demostrado que es una complicación más común entre las madres que acaban de dar a luz, no es algo que la madre pueda controlar, sin embargo las madres pueden llegar a pensar que no son buenas madres y poner en riesgo a la madre y su bebé.

“La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo se agrupa básicamente en torno a dos factores (tristeza y ansiedad) y muestra una alta consistencia interna (0,79). Se establece como aquella con más poder diagnóstico, con el punto de corte 8 como más apropiado para clasificar madres con estado de ánimo deprimido.”²⁰

La Depresión normalmente se caracteriza por síntomas como tristeza, llanto, cambios repentinos de humor, extrema sensibilidad, fatiga, dificultad para conciliar el sueño y pérdida de apetito. Es importante que las personas que utilicen la escala tomen en consideración que cuando los síntomas aparecen en los primeros días postparto y desaparecen en no más de 10 días, es denominada depresión postparto suave o *blues maternity*. Se ha considerado este trastorno del estado de ánimo como el más frecuente en el puerperio, oscilando entre 50%-80% de los partos (Gjerdinger y Chaloner, 1994; Machado, García, Moya, Bernabeu y Cerdá, 1997; O'Hara, 1986).

En España, Mosteiro y Villaverde (1991) afirman que entre la mitad y las dos terceras partes de las mujeres que dan a luz un hijo normal experimentan breves episodios de inestabilidad emocional. Pérez, Botín y Núñez (1995) informan que un tercio de las nuevas madres está afectado por este tipo de depresión leve.

Aunque algunos autores consideran la depresión en el postparto como un trastorno de similar frecuencia a la depresión en mujeres en cualquier otro período de la vida (Campbell y Cohn, 1991; Cox, Murray y Chapman, 1993), otros como Augusto, Kumar, Calheiros, Matos y Figueiredo (1996), afirman que el postparto constituye un período de mayor vulnerabilidad, en el que el riesgo de padecer este trastorno es el doble que en cualquier otra etapa.

²⁰ © International Journal of Clinical and Health Psychology ISSN 1697-2600 2005, Vol. 5, N° 2, pp. 305-318

La tendencia más habitual encuadra las alteraciones emocionales en el período postnatal dentro de una situación de estrés y en relación a la falta de un adecuado apoyo social, historia previa de psicopatologías o problemas de pareja, otros elementos que intervienen en la aparición del trastorno suele ser el estado civil, la clase social y/o la planificación del embarazo.

La depresión postparto conlleva consecuencias negativas para las propias mujeres, que ven deteriorado su nivel de salud, calidad de vida y relaciones personales. También para el desarrollo del niño/a, que presenta un mayor riesgo de trastornos afectivos e incompetencia social, problemas de conducta y somáticos, problemas de atención, dificultades en el aprendizaje y desarrollo cognitivo

Las preguntas del cuestionario sobre la Depresión Postnatal de Edimburgo son una manera valiosa y eficiente de identificar a pacientes con riesgo de depresión perinatal. La Escala es fácil de administrar y se ha comprobado como una herramienta efectiva de evaluación.

La puntuación de la Escala contiene cuatro posibles alternativas de respuesta de acuerdo a la severidad de los síntomas durante la última semana, puntuados de 0 a 3. El rango total va de 0 a 30.

Las preguntas 1, 2, y 4 (sin un asterisco *) se califica de 0, 1, 2 o 3, dándole la puntuación de 0 a la primera línea y la última línea 3.

Las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10(marcadas con un asterisco * son calificadas al inverso, se califica de 0, 1, 2, o 3, dándole la puntuación de 3 a la primera línea y 0 a la última línea.

La puntuación máxima es de 30. Posible Depresión 10 o mayor la puntuación. Los autores proponen el punto de corte 9-10 para la clasificación de estado depresivo.

Las madres que obtienen una puntuación más alta de 13 pudieran estar sufriendo una enfermedad depresiva severa variada.

Es importante recalcar que la puntuación de ésta escala no debe reemplazar el diagnóstico clínico. Una evaluación clínica detallada se deberá llevar a cabo para confirmar el diagnóstico.

El cuestionario indica como la madre se ha sentido durante la semana previa. En casos dudosos puede ser útil repetir la herramienta después de dos semanas. El cuestionario no podrá detectar madres con neurosis, fobias ni trastornos de personalidad.

Las instrucciones para el uso del Cuestionario sobre Depresión Postnatal de Edimburgo son de la siguiente manera:

1. Se le pregunta ala madre que marque la respuesta más allegada a como se ha sentido en los últimos siete días.
2. Todas las preguntas se deben completar
3. Se debe tomar la precaución de evitar la posibilidad de que la madre discuta las repuestas con otros.
4. la madre debe completar el cuestionario por sí sola, a menos que tenga dificultad con la lectura.
5. El cuestionario puede aplicarse durante el embarazo o en la primer semana postparto.
6. El cuestionario puede ser utilizado en el ámbito hospitalario y de atención primaria, en el examen postnatal.

HIPÓTESIS

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo permite la detección precoz de depresión postnatal, propiciando una atención oportuna a las madres que asisten a la sala de Postparto de la Maternidad del Hospital General San Juan de Dios.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Evidencia de depresión postparto. Según Dorothy Rowe la depresión postparto es una de las enfermedades más frecuentes tras el parto, ya que afecta a una de cada diez madres postparto.

Indicadores:

- a) Nacimiento del bebé tras treinta y siete a cuarenta y dos semanas de gestación en el vientre materno para su desarrollo.
- b) Depresión: Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás). Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables. De apareamiento en el periodo Postparto.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Aplicar un instrumento de detección. El cual tiene como principal función el dar a conocer si una persona que recientemente ha tenido un parto padece de depresión postparto.

Indicadores:

- a) Ítems de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo
- b) Síntomas de depresión a través de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.

HO.

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo no proporciona una detección precoz a personas que padecen de depresión postnatal.

CAPITULO II

TECNICAS E INSTRUMENTOS

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

- El estudio fue un muestreo no aleatorio de conveniencia, “es aquel que se caracteriza por el hecho de que no es posible determinar la probabilidad de inclusión de cada unidad de la población en la muestra para su selección interviene el criterio del investigador, según Hernández Sampieri”²¹.
- Se tomó como criterios para seleccionar la muestra a las madres que asisten a la sala de postparto del Hospital General San Juan de Dios, las cuales están comprendidas entre la edades de 14 a 39 años; el nivel socioeconómico de las madres que asistieron a recibir el servicio del hospital en el área de postparto fueron de escasos recursos debido a los pocos ingresos que perciben, ya que en su mayoría tienen un nivel académico bajo, con condiciones de salud regular siendo procedentes de el área urbana y rural.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Entrevista directa: En la que utilizó preguntas que evalúan si la madre presenta síntomas de depresión para una pronta detección para darle continuación con un tratamiento adecuado.

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo fue diseñada por Cox y colaboradores en 1987 en Edimburgo, específicamente para detectar estados depresivos en el período postnatal. La escala ha demostrado ser de especial utilidad tanto en la clínica como en la investigación, habiéndose probado se eficacia para detectar estados depresivos en ámbitos hospitalarios y de atención primaria.

²¹ Hernández Sampieri, Roberto. Metodología de la Investigación. Editorial McGraw Hill. México. 1997 pp. 241-289.

La escala contiene diez ítems con cuatro posibles alternativas de respuesta de acuerdo a la severidad de los síntomas, es importante tomar en consideración que la Escala solo una herramienta de detección y no un reemplazo del diagnóstico.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO

Tomando en consideración la importancia y profundidad de la investigación se determina lo siguiente:

Aplicación del Cuestionario:

Las pacientes se encontraron en encamamiento en la sala de postparto posteriormente de ser atendidas por el grupo de médicos y salir de observación postparto, con mejor disposición para la aplicación de la escala en forma directa e individual, se pasó de cama en cama hasta completar las pacientes que se encontraban en la sala según les dieron egreso los médicos. De esta forma la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo buscó detectar después del nacimiento del bebé depresión Postparto.

Indicadores Evaluados:

Variable Dependiente:

1. Nacimiento del bebé tras treinta y siete a cuarenta y dos semanas de gestación en el vientre materno para su desarrollo.
2. Depresión: Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación

realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás). Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables. De apareamiento en el periodo Postparto.

Variable Independiente:

1. Ítems de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo
2. Síntomas de depresión a través de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.

TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS, DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

Para el efecto se tomó en cuenta el uso de la estadística descriptiva ya que señala las características principales o predominantes del fenómeno psicológico objeto de estudio y los siguientes pasos:

Análisis Estadísticos:

1. Tabulación de datos.
2. Tabla de datos.

Por medio de Medidas de Tendencia Central

3. Realización de las gráficas
4. Interpretación de Resultados.

CAPITULO III

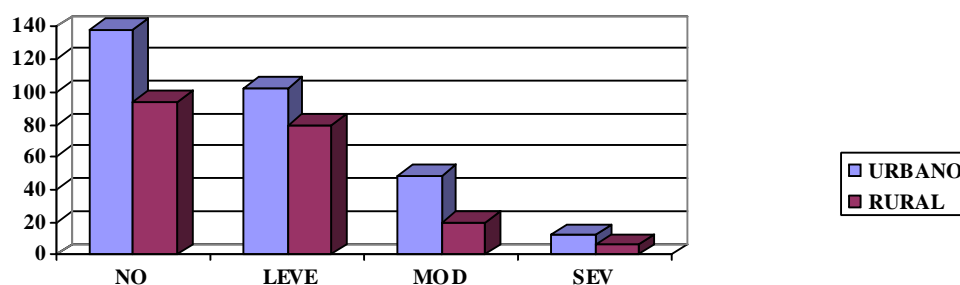
PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

TABLA # 1
DEPRESIÓN EN MADRES DE ACUERDO AL LUGAR DE PROCEDENCIA

DEPRESION PROCEDENCIA	NO (46%)	SI (54%)			TOTAL
		LEVE 36%	MODERADA 14%	SEVERA 4%	
URBANO	138	102	48	12	300
RURAL	94	80	20	6	200
TOTAL	232	182	68	18	500

Fuente: Datos obtenidos en aplicación del Cuestionario a pacientes de la sala de Post-parto del Hospital General San Juan de Dios Mayo-Julio/2007

GRAFICA # 1
**DEPRESION EN MADRES DE ACUERDO AL LUGAR DE
PROCEDENCIA**



Fuente: Datos obtenidos en aplicación del Cuestionario a pacientes de la sala de Post-parto del Hospital General San Juan de Dios Mayo-Julio/2007

Del total de madres evaluadas el 60 % fueron del área Urbana y el 40% del área Rural. En cuando a la sintomatología el 46 % de las pacientes no presentaron Depresión, mientras que un 54 % presentó síntomas de depresivos, entre las cuales el 36 % fue leve, el 14 % moderado y el 4 % sintomatología severa, por lo que se refirió a Psicología un 18 % para su Atención Psicológica, ya que la Escala evidenció sintomatología depresiva independientemente del factor que la precipitó. La distribución en base al grado de depresión encontrado entre procedentes del área urbana y rural fue similar lo que nos indica que la procedencia no es relevante en provocar el apareamiento de depresión postparto.

TABLA # 2

DEPRESIÓN EN MUJERES POSTPARTO DE ACUERDO A LA EDAD

DEPRESION		NO (44%)	SI (66%)			TOTAL
EDAD	PUNTAJE	0-5	6-8	9-12	13 o +	
< o 18 AÑOS		47	36	20	4	107

DEPRESION		NO (55%)	SI (45%)			TOTAL
EDAD	PUNTAJE	0-5	6-8	9-12	13 o +	
19-24 AÑOS		94	54	15	6	169

DEPRESION		NO (52%)	SI (48%)			TOTAL
EDAD	PUNTAJE	0-5	6-8	9-12	13 o +	
25-30 AÑOS		59	35	15	04	113

DEPRESION		NO (23%)	SI (77%)			TOTAL
EDAD	PUNTAJE	0-5	6-8	9-12	13 o +	
31-36 AÑOS		15	40	08	02	65

DEPRESION		NO (25%)	SI (75 %)			TOTAL
EDAD	PUNTAJE	0-5	6-8	9-12	13 o +	
37-42 AÑOS		09	15	10	02	36

DEPRESION		NO (80%)	SI (20%)			TOTAL
EDAD	PUNTAJE	0-5	6-8	9-12	13 o +	
43 o > AÑOS		08	02	--	--	10

Fuente: Datos obtenidos en aplicación del Cuestionario a pacientes de la sala de Post-parto del Hospital General San Juan de Dios Mayo-Julio/2007

De la población estudiada se encontró que la sintomatología depresiva estuvo presente por lo menos en el 50 % de la población, de la cual alcanzó mayor porcentaje entre las edades < o 18 un 66%, 31-36 77%, 37-42, reflejando que el porcentaje en las madres jóvenes como en las madres mayores de 31 existe un riesgo precipitante para una sintomatología depresiva. Por consiguiente la detección reflejó que existe mayor conflicto en pacientes mayores de 31 años y menores de 18 para el padecimiento de síntomas de depresión, siendo una población vulnerable a la cual se le puede detectar al ingresar al servicio para su pronta atención y prevención de una patología mayor.

TABLA # 3

DEPRESIÓN EN MUJERES POST-PARTO EN RELACIÓN A SU ESTADO CIVIL

DEPRESION		NO (37%)	SI (63%)			TOTAL
E. CIVIL	PUNTAJE	0-5	6-8	9-12	13 o +	
SOLTERA		24	26	13	02	65

DEPRESION		NO (48%)	SI (52%)			TOTAL
E. CIVIL	PUNTAJE	0-5	6-8	9-12	13 o +	
CASADA		110	95	21	04	230

DEPRESION		NO (46%)	SI (54%)			TOTAL
E. CIVIL	PUNTAJE	0-5	6-8	9-12	13 o +	
UNIDA		92	68	30	10	200

DEPRESION		NO (20%)	SI (80%)			TOTAL
E. CIVIL	PUNTAJE	0-5	6-8	9-12	13 o +	
VIUDA		01	--	02	02	05

Fuente: Datos obtenidos en aplicación del Cuestionario a pacientes de la sala de Post-parto del Hospital General San Juan de Dios Mayo-Julio/2007

De la población estudiada se evidenció que las madres solteras y viudas están en mayor riesgo de presentar una sintomatología depresiva que las que se encuentran casadas o en unión de hecho. Independientemente de los factores que causen la sintomatología, el 50 % de la muestra presentó síntomas depresivos, influenciando que de las madres que tienen pareja existe algunas que se encuentran inestables predisponiendo la sintomatología en las madres. Tomando en cuenta que la depresión es uno de los más comunes y serios problemas de salud mental que enfrentan las personas, es necesario considerar que en la actualidad existe un porcentaje elevado de madres solteras, no así el tratamiento eficaz y oportuno que reciba la paciente es de vital importancia por el periodo postparto que esta vivenciando. Es importante reflexionar que la depresión es un suicidio lento, como una muerte en cámara lenta, que puede ser tratada igual que otras enfermedades, para lo cual ésta investigación busca detectar las pacientes con sintomatología depresiva comunicándole al departamento de Psicología de éste Centro Hospitalario los resultados obtenidos de la escala en la paciente con riesgo y logre proporcionar un tratamiento adecuado y preventivo, ya que se ha logrado detectar la sintomatología en un tiempo pertinente en la mayoría de los casos para su tratamiento.

TABLA # 4

DEPRESIÓN EN MUJERES POSTPARTO EN RELACIÓN A SU SITUACION ECONOMICA

DEPRESION		NO (43%)	SI (67%)			TOTAL
S. ECONÓMICA	PUNTAJE	0-5	6-8	9-12	13 o +	
LIMITADA		69	69	16	06	160

DEPRESIÓN		NO (47%)	SI (63%)			TOTAL
S. ECONÓMICA	PUNTAJE	0-5	6-8	9-12	13 o +	
REGULAR		155	112	49	14	330

DEPRESIÓN		NO (40%)	SI (60%)			TOTAL
S. ECONÓMICA	PUNTAJE	0-5	6-8	9-12	13 o +	
BUENA		04	05	01	--	10

Fuente: Datos obtenidos en aplicación del Cuestionario a pacientes de la sala de Post-parto del Hospital General San Juan de Dios Mayo-Julio/2007

En la población estudiada aumenta la sintomatología de depresión en el grupo económico limitado, aunque se presenta en todos los grupos, no siendo un factor precipitante para la presencia de síntomas de depresión.

Es importante considerar que el trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, pero si es uno de los síntomas, los sentimientos de depresión se pueden describir como sentirse triste, melancólico, infeliz, miserable o derrumbado.

La mayoría de las personas se sienten de esta manera una que otra vez durante periodos cortos. La depresión se da a menudo en familia, posiblemente por herencia, comportamientos aprendidos o ambos. Lo más importante es considerar que incluso con una predisposición genética, generalmente es un evento estresante o una vida infeliz lo que desencadena el comienzo de un episodio depresivo.

Por consiguiente no está demás mencionar que los problemas económicos o cualquier situación estresante en la vida, puede precipitar un episodio depresivo. Sin embargo las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales.

ANALISIS CUALITATIVO

Al ser entrevistadas las madres a través del cuestionario de Depresión Postnatal de Edimburgo, se evidenció que la aplicación de este instrumento puede determinar la importancia de un tratamiento oportuno y eficaz, así como una situación del paciente que necesita tratamiento psicológico, la escala realiza un sondeo inmediato sobre aspectos cuantitativos y cualitativos de la sintomatología del paciente.

En términos generales las madres reciben una atención multidisciplinaria que permite justificar una atención preventiva en la población estudiada, el comprender que no es una depresión postparto debido a cambios hormonales sino que se relacionan a aspectos ambientales, familiares, socioeconómicos, entre otros. La aplicación de la Escala evidenció características tales como madres adolescentes, violencia intrafamiliar, madres solteras, abuso, problemas económicos, abuso de sustancias, etc.

Un dato interesante en el transcurso de la investigación fue la población que proviene del interior del país, hubo pacientes que no manejaban el idioma castellano sino un idioma maya, para realizar el cuestionario fue necesaria la presencia de la Psicóloga encargada del área y la colaboración del personal de enfermería quienes realizaron la traducción necesaria.

La disponibilidad manifestada de las pacientes involucra la necesidad de ser escuchadas, la necesidad de decir cómo se sienten sin recibir críticas, ni ser juzgadas.

En cuando a los datos demostrados por la Escala la sintomatología presentada en el grupo de pacientes estudiadas el 46 % de las pacientes no presentaron Depresión, mientras que un 54 % presentó síntomas de depresivos.

Entre los resultados obtenidos se subdividieron en un grupo de pacientes que correspondía a la categoría leve evidenciando el 36 %, en la siguiente categoría de depresión se encontró que el 14 % se presentaba sintomatología moderada y el 4 % sintomatología

severa, por lo que se refirió a Psicología un 18 % para su Atención Psicológica, ya que la Escala evidenció sintomatología depresiva independientemente del factor que la precipitó.

La distribución en base al grado de depresión encontrado entre procedentes del área urbana y rural fue similar lo que nos indica que la procedencia no es relevante en provocar el apareamiento de depresión postparto.

La realización de la investigación proporcionó una guía sencilla y práctica que permitió establecer un contacto con cada una de las madres que ingresó en el servicio tomando en cuenta la muestra de quinientas madres y conocer a quienes le dan vida a Guatemala, porque cada una de ellas es forjadora del futuro del País.

Siendo un material de información que sirve de apoyo y genera una fuente rica de recursos que de manera comparativa que indica las ventajas que ofrece la detección precoz y las desventajas.

Luego de concluida la investigación en todas sus fases, se puede inferir que se comprueba la hipótesis planteada, ya que la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo detecta el riesgo de Depresión que puede presentar la paciente.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Se comprueba la hipótesis, ya que la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo proporciona una detección precoz de personas que padecen depresión postnatal. En esta investigación el 54 % de las mujeres evaluadas presentaron un grado de depresión.
2. La población estudiada en esta investigación fueron mujeres con factores heterogéneos de procedencia, edad, estado civil y situación económica a lo cual no hubo dificultad en la aplicación de la escala.
3. El beneficiarse de una escala de detección de sintomatología de depresión postnatal proporciona una herramienta preventiva tomando en consideración que la Escala solo es una herramienta de detección y no un reemplazo del diagnóstico, de fácil uso para el Hospital General San Juan de Dios.
4. El postparto constituye un período de mayor vulnerabilidad, en el que el riesgo de padecer este trastorno es el doble que en cualquier otra etapa. La tendencia más usual encierra las alteraciones emocionales en el período postnatal dentro de una situación de estrés.
5. La sintomatología depresiva apareció en mayor grado en aquellas personas con más de tres hijos y que fueron intervenidas quirúrgicamente para la resolución del embarazo.
6. No existió dificultad para la comprensión del cuestionario por parte de las madres y es un instrumento de rápida aplicación e interpretación que permite una detección temprana de la depresión postparto.
7. La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo se agrupa básicamente en torno a dos factores (tristeza y ansiedad) y muestra una alta consistencia interna (0,79). Se establece como aquella con más poder diagnóstico, con el punto de corte 8 como más apropiado para clasificar madres con estado de ánimo deprimido

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la Jefatura de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, establecer el uso rutinario de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en la sala de Postparto para la detección oportuna de los casos de depresión de las pacientes atendidas en el hospital.
2. Tomar en consideración los resultados obtenidos en la investigación sobre la presencia de sintomatología depresiva en las madres menores de dieciocho años (adolescentes) y las mayores de treinta años las cuales presentaron mayor sintomatología depresiva en el período postparto y las madres solteras o viudas que presentaron mayor grado y sintomatología depresiva que las madres con pareja al momento del postparto (casada o unida).
3. Elaborar un programa de intervención dirigido a la detección y diagnóstico temprano de la patología estudiada usando como referencia la presente investigación. Dando continuidad a este tipo de estudios para retroalimentación periódica del comportamiento de la enfermedad en la población estudiada.
4. Involucrar a todo el personal del Hospital que tienen contacto con las pacientes de la sala de postparto (Enfermería, Médicos, Psicología, Trabajo Social) a través de la sensibilización del tema con el fin de su diagnóstico oportuno.
5. Las pacientes con sintomatología leve se les proporcione un seguimiento a corto plazo, ya que es un grupo en riesgo de agravar su sintomatología y referir a tratamiento Psicológico y/o Psiquiátrico a todas las pacientes que presenten sintomatología depresiva moderada a severa en su periodo postparto tras la aplicación de la escala.
6. Al personal médico atender la sintomatología depresiva como factor importante para la atención integral de la paciente y su mejor evolución.

BIBLIOGRAFIA

- Alain, Rochon. Educación Para La Salud, Ed. Masson S.A. Barcelona España, 1ra. Edición 1991. p.160
- American Journal of obstetrics and gynecology.;186(5) Diagnosing postpartum depression: Can we do better? Memphis. 2002 may
- American Psychiatric Association. Practice Guideline for The Treatment of patients with Major Depressive Disorder, 2nd. Edition. Ed. Arlington. VA: American Psychiatric Association; 2000
- Appleby L, et al. The psychiatrist in the obstetric unit: establishing a liaison service. Heslington, York. Br J Psychiatry 1989;154:510-515.
- Barbara P. Homejer. Cuidados y Salud del Recién Nacido. Edit. Dowsen, España, 2004. P.126
- Boath E, Cox JL, Lewis MJ et al: When the cradle falls: the treatment of postnatal depression in a psychiatric day hospital compared with routine primary care. J Affect Disord 1996; 169: 36-41 Phoenix.
- Bifulco, A., Moran, P.M., Ball. C., & Bernazzani, O. Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, (2002). 37, 50-59
- Brieger Coyle. The Edinburgh Postnatal Depression scale: guidelines for its use as part of a maternal mood assessment. 1987. Edimburgh.
- Buchheim, A., & Mergenthaler, E. The Relationship Among Attachment Representation, Emotion-Abstraction Patterns, and Narrative Style: A Computer-Based Text Analysis of the Adult Attachment Interview. *Psychotherapy Research*, (2000). 10, 390-407.
- Calkins, S.D., & Fox, N.A. (1992). The relations among infant temperament, security of attachment, and behavior inhibition at twenty-four months. Child Development, 63, 1456-1472.
- Carnaval, Gladys Eugenia, Et.al. Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Calí Colombia. Colombia Med 2000 volumen 31.
- Cooper P, Murray L. Hooper R, West A. The development and validation of a predictive index for postpartum depression. Psychol Med 1,996; 26: 627-34.
- Demers, L. M., Mcguire, j.l. et al. Premenstrual, postpartum and menopausal mood disorders. Urban & Schwarzenberg. 1989. Harrisonburg. 105-168 P.360.

- Departamento de Salud e Higiene Mental, Centro de Salud Materno Infantil. Acerca de la Depresión Postparto. Maryland, Abril 2003
- Fergerson S. S; Jamieson DJ; Lindsay M. American Journal of Obstetrics and Gynecology. York 2002 May;186(5)
- García Del Campo, Laura. Ensayo Clínico controlado sobre el efecto de la psicopofilaxis obstétrica en la incidencia de la depresión postparto. Unidad docente de Enfermería de Salud Mental, España. 2003
- Gutiérrez M et al. Tratamiento somático de los trastornos del humor en el embarazo. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1996. pp.385-415.
- Gutiérrez M, Ezcurra J, Pichot P. Avances en trastornos afectivos. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1996. pp. 487-499.
- Hernandez Sampieri, Roberto. Metodología de la Investigación. Editorial McGraw Hill. México. 1997
- © International Journal of Clinical and Health Psychology ISSN 1697-2600 2005, Vol. 5, N° 2, pp. 305-318
- Machado F. Depresión Puerperal: factores relacionados. Revista de Atención Primaria, 1,997. Volumen 20 España.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado. Edit. Masson,S.A. Barcelona 2002 p.391-399. pags. 1049
- Maunder, R.G., & Hunter, J.J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, 556-567.
- Monique Zepeda. Aprendiendo juntos. Editorial Procep. pag. 86. Pais México año1988.
- Psiquiatría Pública. Vol. 11. Núm. 3. Aspectos clínicos y asistenciales. Mayo-Junio México 1999 16-72
- Rowe,Dorothy La depresión el camino de salida al túnel, Buenos Aires Ed. Paidós, 1998. P.56-85.
- Robinson G.E. El tratamiento de los trastornos psiquiátricos postparto. *International Psychiatry Today En Español* 995;4(4):6-8. España 2005
- Sierra Manzano, J.M. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto Revista de Atención primaria. Junio 2002 Volumen 30 No. 2 España

- Shields N, Reid M. Cheyne H et al.; Impact of midwife-managed care in the postnatal period: an exploration of psychosocial outcomes. J. reprod infant psychol 1,997; 15: 91-108.
- Small R, Brown S, Lumley J, Astbury J Missing voices: what women say and do about depression after childbirth. J Reprod Infant Psychol 1994; 12: 19-22. Houston.
- Stephen Merson, M.D. Depression, Columbia, Editorial Norma. 1,997 Pag. 45-70.
- Títulos básicos publicados acerca de Embarazo y Parto, Revista Vida, Año V, No. 76 México D.F., Febrero 1997, Sec. Temas de Interés, Edit. Banak Importa.
- World Health Organization. The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. November 2006

Referencias Internet

- <http://www.infogen.org.mx>
- <http://www.intersalud.es/infopsiquiatria.com>
- http://www.sbpep.org/istnacsaludmental/peterj_schmdt.m.d. Julio 2003
- <http://www.Bebesymas.com> Junio 2006
- <http://www.hfs.illinois.gov>
- <http://www.womwnshealth.gov>
- azprensa@azprensa.com Año No. 1440 Sábado 27 Enero 2007. Azprensa.com Diario Digital de informática sanitaria

ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro de Investigaciones en Psicología "Mayra Gutierrez"
Comité de Investigaciones Hospital General San Juan de Dios

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) (Spanish Version)

Nombre: _____
Edad _____ Lugar de Nacimiento _____
Que número de Embarazo es este _____ Estado Civil _____ Tipo de Parto _____
Estado Económico _____ Fecha de Nacimiento del Bebé: _____

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo.
Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

Éste es un ejemplo ya completo:

Me he sentido contenta:

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

En los últimos 7 días:

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

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

2. He mirado al futuro con placer:

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

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

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

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

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

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

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

6. Las cosas me oprimen o agobian:

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

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

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

8. Me he sentido triste y desgraciada:

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

9. He estado tan infeliz que he estado llorando:

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

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

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

Administrado / revisado por: _____

Fecha: _____

RESUMEN

En el Hospital General San Juan de Dios en el Departamento de Ginecología y Obstetricia en la Sala de Post-parto, se atienden a mujeres que egresan de la sala de parto, la presente investigación encerró un amplio campo de información relacionado con la Depresión en la etapa postnatal, en la que se tomó en consideración las costumbres y tradiciones que son parte de la Cultura Guatemalteca. Detectar sintomatología depresiva a través de una herramienta fácil y práctica para su utilización, en las madres que ingresan a la sala de Postparto fue el propósito de la investigación, ya que se desea mejorar las posibilidades de prevención a través de una detección oportuna, con la colaboración de las madres y el cuestionario sobre Depresión Post-natal, ya que las madres permanecen poco tiempo en la sala según la indicación médica que cada paciente necesita, por lo tanto la atención psicológica se ve influenciada por factores de tiempo y cantidad de pacientes, resultando dificultoso proporcionar una detección de depresión postparto, a excepción que sea evidente por la sintomatología que presente la paciente siendo detectada por el área de psicología encargada de dicha sala, grupo de médicos y/o enfermeras para la atención psicológica oportuna. Desde el inicio de la aplicación de la herramienta la computación dio como resultado el realizar un sondeo sobre quienes ameritaban atención Psicológica por diferentes factores, ya sea abuso, madre adolescente, entre otros; sin esperar que la sintomatología fuera evidente para que la paciente fuese referida por un profesional o trabajador de la sala, la aplicación del Cuestionario con cada una de ellas permitió evidenciar éstas pacientes, siendo referidas a Psicología recibiendo el servicio directo al referirlas a la Psicóloga del área y de ésta manera optimizar recursos, tiempo y servicio.

Éste trabajo incluye una breve descripción sobre los aspectos que se tomaron en relación al tema desde las etapas de la gestación o embarazo hasta las molestias y los síntomas asociados al embarazo. Factores relacionados con el parto como los procesos que conllevan, postparto y algunas etapas. Incluye antecedentes de la Depresión, definición, causas, sintomatología, tipos de depresión, Depresión Postparto, causas, sintomatología, riesgos y lo más importante la relación madre-hijo. También se investigaron algunas pruebas psicométricas sobre depresión; descripción de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, qué es, cómo se identifica, algunos estudios realizados, factores que agrupa, la puntuación de la escala e instrucciones para su uso.