

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO



“DEPRESION EN EL POSPARTO”

Estudio descriptivo sobre el riesgo de depresión posparto evaluado mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo en pacientes de 15 a 40 años ingresadas al servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa durante el período comprendido entre el 10 de agosto al 14 de septiembre de 2012

DULCE ROCIO PAIZ VILLELA

CHIQUIMULA, GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2012

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

“DEPRESION EN EL POSPARTO”

Estudio descriptivo sobre el riesgo de depresión posparto evaluado mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo en pacientes de 15 a 40 años ingresadas al servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa durante el periodo comprendido entre el 10 de agosto 2012 al 14 de septiembre de 2012

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por

DULCE ROCIO PAIZ VILLELA

Al conferírsele el título de

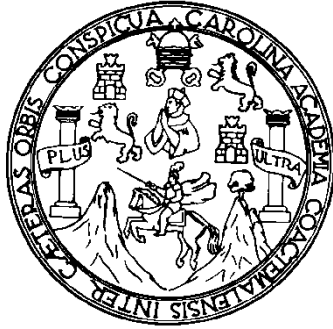
MÉDICA Y CIRUJANA

En el grado académico de

LICENCIADA

CHIQUIMULA, GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2012

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**



**RECTOR
LIC. CARLOS ESTUARDO GALVEZ BARRIOS**

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Representante de Profesores:	M.Sc. Edgar Arnoldo Casasola Chinchilla
Representante de Profesores:	Ph.D. Felipe Nery Agustín Hernández
Representante de Graduados:	Lic. Zoot. Alberto Genesio Orellana Roldán
Representante de Estudiantes:	Br. Eibi Estephania Lemus Cruz
Representante de Estudiantes:	MEPU. Leonel Oswaldo Guerra Flores
Secretario:	Lic. Tobías Rafael Masters Cerritos

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordon
Coordinador de Carrera:	Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Presidente y Revisor:	Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés
Secretario y Revisor:	Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio
Revisor:	Dr. Rory René Vides Alonzo

Chiquimula, Noviembre de 2012

Señores:

Miembros del Consejo Directivo
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetables Señores:

En cumplimiento a lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento a consideración de ustedes el trabajo de graduación titulado:

“DEPRESION EN EL POSPARTO”

Como requisito previo a optar el título profesional de Médico y Cirujano, en el grado académico de Licenciatura.

Esperando que el presente trabajo de investigación llene los requisitos para su aprobación, me suscribo.


Atentamente,

Dulce Rocío Paiz Villela

Zacapa, Octubre de 2012

Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio

Revisor

Centro Universitario de Oriente

Universidad de San Carlos de Guatemala

Señor Doctor:

En atención a la designación efectuada por la Comisión de Trabajos de Graduación para asesorar a la Bachiller en Ciencias y Letras Dulce Rocío Paiz Villela, con carné 200640264 en el trabajo de graduación titulado: "Depresión en el Posparto"; me dirijo a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar al mencionado sustentante, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado describe la prevalencia de riesgo de depresión posparto utilizando la Escala de Depresión posnatal de Edimburgo en el Hospital Regional de Zacapa, por lo que en mi opinión reúne los requisitos exigidos por las normas pertinentes, razón por la cual recomiendo su aprobación para su discusión en el Examen General Público, previo a optar el Título de Médico y Cirujano, en el Grado Académico de Licenciado.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Jack Steve Farrington Sepúlveda

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Colegiado: 11,960



Chiquimula, 08 de Noviembre 2012.

Ref. MYCTG-28-2012

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que DULCE ROCÍO PAIZ VILLELA carné 200640264 quien ha presentado el Informe Final de su Trabajo de Graduación Titulado **DEPRESIÓN EN EL POSPARTO**, el cual fue asesorado por el Dr. Jack Steve Farrington Sepúlveda, especialista en Ginecología y Obstetricia colegiado número 11,960, quien avala y dictamina favorablemente en relación al estudio .

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación y los contempladas en el Reglamento del Programa de Tesis de la Facultad de Ciencias Medicas de la Facultad de San Carlos de Guatemala vigente para la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por lo que se recomienda autorizar los trámites necesarios para la sustentación del examen público previo a otorgársele el título de Médica y Cirujana.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"

Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio
Coordinador Unidad de Tesis - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente



"34 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.



Chiquimula, 08 de Noviembre 2012.

Ref. MYCTG-29-2012.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que DULCE ROCÍO PAIZ VILLELA carné 200640264 quien ha presentado el Informe Final de su Trabajo de Graduación Titulado **DEPRESIÓN EN EL POSPARTO**, el cual fue asesorado por el Dr. Jack Steve Farrington Sepúlveda, especialista en Ginecología y Obstetricia colegiado número 11,960, quien avala y dictamina favorablemente en relación al estudio .

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación y los contempladas en el Reglamento del Programa de Tesis de la Facultad de Ciencias Medicas de la Facultad de San Carlos de Guatemala vigente para la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por lo que se recomienda autorizar los trámites necesarios para la sustentación del examen público previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"

Dr. Edyín Danilo Mazariegos Albanés
-Coordinador - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente




"35 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE: Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó la estudiante **DULCE ROCÍO PAIZ VILLELA** titulado "**DEPRESIÓN EN EL POSTPARTO**", trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Trabajo de Graduación** a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de **MÉDICA Y CIRUJANA**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el diez de noviembre de dos mil doce.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



MSc. Nery Waldemar Galdamez Cabrera

**DIRECTOR
CUNORI - USAC**



AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A MIS PADRES

A MIS CATEDRATICOS

AL COORDINADOR DE CARRERA Y CATEDRATICO

Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

ESPECIAL AGRADECIMIENTO A

Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio

Dr. Rory René Vides Alonzo

A MI ASESOR

Dr. Jack Steve Farrington Sepúlveda

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE CUNORI

Por brindarme el conocimiento que hoy poseo

**AL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA “CARLOS MANUEL ARANA OSORIO”
Y HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA**

Por permitirme aprender la ciencia de la medicina y la relación médico paciente.

ACTO QUE DEDICO

A Dios:

Por bendecirme día con día el regalo de la vida, por ser mi luz y mi guía en medio de la oscuridad, por ser mi fortaleza y mi sostén en los momentos difíciles y de debilidad, por darme la oportunidad de alcanzar una meta más.

A mi padre:

Oscar Leonel Paiz del Cid: por sus consejos y sabias enseñanzas durante este camino y el que está aún por venir.

A mi madre:

Ana Beatriz Villela Espino: quien nunca me ha dejado sola, siempre ha estado conmigo apoyándome a pesar de los momentos de dificultad, hoy más que nunca quiero darte las gracias por tu paciencia, consejos, el amor, apoyo, esfuerzo y dedicación que me has brindado, muchísimas gracias, este triunfo es tuyo.

A mi hermana:

Olga Marissa; gracias por el apoyo que me has brindado, y por demostrarme que siempre en las buenas o en las malas, los hermanos siempre están para apoyarse.

A mi Abuelita:

Anita Espino España: quien ha estado conmigo siempre, brindándome su apoyo incondicional, gracias por tu apoyo abuelita, por tu paciencia durante las noches de desvelo, desvelándote conmigo para que no estuviera estudiando sola, gracias, este triunfo es tuyo también mami.

A mi familia:

Por creer en mí y porque se que siempre he estado en sus oraciones.

A mis catedráticos:

Gracias por su tiempo, dedicación y sobre todo gracias por compartir sus conocimientos.

A mis padrinos:

Gracias por su amistad y enseñanzas, por compartir conmigo este triunfo.

A mis amigos:

Por ser una segunda familia, por su apoyo incondicional, consejos y sus regaños, en especial: Luis Alberto Morales, Sara Peralta, Alejandro, Alexia, Eduardo Gándara y Luisito por todos los momentos compartidos tanto dentro como fuera del hospital compartiendo horas de estudio, alegrías, tristezas, desvelos, turnos, momentos que sin duda alguna serán inolvidables.

A Edna Lucia López Cuellar y Rosa Rivera por todos estos años de amistad brindada. A los doctores: Wilson Madrid, Maria Isabel Guancín y Mildred Cardona, que más que ser mis catedráticos y jefes me han brindado su amistad y apoyo incondicional. A todos muchas gracias.

INDICE

Resumen	
Introducción	ii
1. Planteamiento del problema	
1.1. Antecedentes	1
1.2. Estudios y Hallazgos	3
1.3. Definición del problema	5
2. Delimitación del estudio	
2.1. Delimitación teórica	7
2.2. Delimitación geográfica	7
2.3. Delimitación institucional	7
2.4. Delimitación temporal	8
3. Objetivos	
3.1. Objetivo general	9
3.2. Objetivo específico	9
4. Justificación	10
5. Marco Teórico	
5.1. ¿Qué es la depresión?	12
5.2. Epidemiología y etiología	12
5.3. Factores causales de depresión	
5.3.1. Factores biológicos	15
5.3.2. Alteraciones cerebrales	15
5.3.3. Alteraciones en neurotransmisores	16
5.3.4. Alteraciones genéticas	17
5.3.5. Factores psicosociales	17
5.3.6. Factores relacionados con la personalidad	18
5.3.7. Factores ambientales	18
5.4. Trastornos afectivos en el posparto	19
5.4.1. Clasificación de los trastornos depresivos en el posparto	
5.4.1.1. Postpartum blues	20

5.4.1.2.	Depresión posparto sin psicosis	21
5.4.1.2.1.	Prevalencia	21
5.4.1.2.2.	Factores de predicción de depresión posparto sin psicosis	22
5.4.1.2.3	Evaluación y diagnóstico de depresión posparto sin psicosis	26
5.4.1.3.	Depresión posparto con psicosis	29
6.	Diseño metodológico	
6.1	Tipo de estudio	30
6.2	Área de estudio	30
6.3	Universo y muestra	30
6.4	Sujeto u objeto de estudio	31
6.5	Criterios de inclusión	31
6.6	Criterios de exclusión	31
6.7	Variables estudiadas	
6.7.1	Variable independiente	31
6.7.2	Variable dependiente	32
6.8	Operacionalización de variables	32
6.9	Técnica e instrumentos de recolección de datos	34
6.10	Procedimientos para la recolección de información	34
6.11	Plan de análisis	
6.11.1	Indicadores de medición de riesgo de depresión posparto	35
6.12	Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación	35
6.13	Cronograma	36
7.	Recursos	
7.1	Humanos	37
7.2	Físicos	37
7.3	Financieros	37
8.	Presentación de Resultados	39

9. Análisis de Resultados	46
10. Conclusiones	48
11. Recomendaciones	49
12. Propuesta	50
12.1 Modelo de trifoliar	51
13. Bibliografías	53
14. Anexos	
14.1 Anexo No. 1	57
14.2 Anexo No. 2	58

RESUMEN

A nivel mundial existen datos de depresión posparto que varían entre 75- 80%. En las investigaciones realizadas a nivel nacional se encuentran datos que sugieren una prevalencia entre 36 a 42%; a nivel regional no se cuenta con estudios que indiquen la prevalencia de dicha patología, por este motivo que se realizó la investigación de tipo descriptivo: "Depresión en el posparto", utilizando una muestra de 400 pacientes entre las edades de 15 a 40 años ingresadas en el servicio de maternidad para control del puerperio.

Utilizando como instrumentos: La Escala de depresión posnatal de Edimburgo y una boleta de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados: el riesgo de depresión posparto en la población estudiada fue de 36%; la población con mayor riesgo de este desorden se encuentra comprendida entre las edades de 15 a 25 años; las pacientes que se encontraban en el puerperio del primer o segundo hijo presentaron un riesgo mayor. Se observó que la diferencia entre vía de resolución del embarazo de las pacientes que presentaron riesgo de depresión posparto no fue mayor al 10% entre cesárea y parto. Se determinó que el 69% de las pacientes con riesgo de depresión posparto no tenían planeado el embarazo, además de que el nivel de escolaridad se encontraba entre primaria y secundaria. Existe una alta prevalencia de este desorden, con diversos factores de riesgo que de ser evaluados a tiempo evitarán el progreso de esta patología a estadíos más severos y difíciles de tratar.

INTRODUCCION

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

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

La población femenina en comparación con la población masculina presenta el doble de probabilidad de presentar depresión, sobre todo en el período correspondiente al posparto, probablemente por el desequilibrio hormonal que este período conlleva, aunado a esto una serie de factores sociales y psicológicos que la sociedad presenta.

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

Es por este motivo y tomando en cuenta que Guatemala es uno de los países en vías de desarrollo en América Latina y teniendo una prevalencia de este desorden entre 36 a 42 %, se realizó el estudio titulado: Depresión en el posparto, mostrando datos muy interesantes, ya que se describen factores sociales presentes en la población y que aumentan el riesgo de padecer el desorden, además los datos encontrados muestran ser muy similares a los encontrados a nivel mundial.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES

Según la Organización Mundial de la Salud, (OMS), salud se define como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad. En este contexto extensible a la depresión, la enfermedad debe entenderse como un proceso biológico, psicológico y social. En relación a la esfera biológica supone una alteración estructural o funcional; en la esfera psicológica conlleva sufrimiento y dolor y en relación a la esfera social supone un proceso que causa una invalidez. (WHO 2012).

Las mujeres presentan, en comparación con los varones, el doble de probabilidad de padecer desórdenes mentales durante los años reproductivos, fundamentalmente depresión y ansiedad.

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo para desarrollar desórdenes del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del ánimo durante el posparto. Algunas mujeres experimentan síntomas transitorios y leves. Sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos. (WHO 2012).

Los intentos más remotos de comprender científicamente la depresión se deben a Hipócrates; en su reseña consideró que algunas apreciaciones sobre las características clínicas de la manía posparto, se trataban de delirium asociado a “sepsis puerperal”, entidad relativamente común en la antigüedad. (DSMIV-TR 2005).

En el año 1818, Jean Esquirol realizó la primera descripción detallada de psicosis puerperal. En 1829, Robert Gooch, reportó la psicosis puerperal en su informe Enfermedades propias de las mujeres. En 1856, el médico francés Victor Louis

Marcé, en su libro *Traite de la Folie des Femmes Enceintes*, caracteriza de manera sistemática la enfermedad mental durante el posparto. Este médico fue el primero en sugerir que los cambios fisiológicos durante el puerperio influían en el estado de ánimo materno. (DSMIV-TR 2005).

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

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

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

Pero no fue sino hasta la cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM- IV) en donde se estableció una definición específica para dicha patología conocida como asociación del posparto y los

cambios del ánimo; sin embargo aún no se reconocía como depresión posparto sino hasta la publicación de la edición DSMIV-TR.

1.2 ESTUDIOS Y HALLAZGOS REALIZADOS

Desde épocas remotas la depresión posparto ha sido una patología que ha llamado la atención de muchos investigadores, por ejemplo PITT en 1968 describió que por lo menos de un 10 a un 15% de las madres experimentan un marcado sufrimiento depresivo en el puerperio. En 1982, se encontró que 13 de 101 mujeres entrevistadas tenían una depresión posnatal marcada y que ninguna recibía tratamiento alguno ya fuera por falta de diagnóstico o por ignorancia de la patología por parte de la paciente.

En el Servicio de Obstetricia del Centro Maternal del Hospital Universitario La Fe, de la facultad de Psicología de la Universidad de Valencia, se realizó en el año 2000 el estudio denominado: "La depresión posparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas". En una muestra de 101 mujeres en puerperio inmediato, el objetivo de dicha investigación era analizar la existencia de depresión posparto así como su evolución dos meses después del parto. Los resultados indicaron que un porcentaje numeroso de mujeres superaba los puntos de corte establecidos para el diagnóstico de depresión según la EPDS en ambos momentos del estudio: 32.67% y 26.73% respectivamente. (Martínez *et al* 2001).

De igual manera en Brasil, en el año 2004, se realizó el estudio: "Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia"; aplicando la escala a mujeres que se encontraban entre la octava y décima segunda semana posparto, abordadas en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo Pediátrico, se encuestó un total de 123 mujeres, obteniendo una prevalencia de test positivo de 22.2%. (Moreno Casulari da Motta y Franca 2004).

En el departamento de Ginecología del Hospital Universitario de Maracaibo en el año 2010 se realizó el estudio: "Factores de riesgo de depresión posparto en

puérperas venezolanas valoradas por medio de La Escala de Edimburgo”. Se tomó una muestra de tipo no probabilística conformada por 100 mujeres atendidas durante ese año. Obteniendo una prevalencia del test positivo del 91%, con una prevalencia de depresión posparto confirmada mediante el DSM-IV del 22%. (Urdaneta *et al* 2011).

A nivel nacional la Universidad Francisco Marroquín, en el año 2005 realizó en la Clínica de Control de niño sano del Hospital Roosevelt, un estudio llamado: “Prevalencia de depresión posparto”, para el cual se obtuvo una población de 200 mujeres guatemaltecas; la cual fue dividida en dos grupos de 100 puérperas y 100 no puérperas; siendo un estudio comparativo, transversal con el objetivo de determinar y comparar la prevalencia de depresión con el uso de la EPDS en ambos grupos. Se obtuvo que la prevalencia de depresión posparto en el grupo experimental era de 41%. (Arévalo *et al* 2007).

En el año 2008 en el Hospital General San Juan De Dios se realizó el estudio: “La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo como herramienta para la detección de depresión posparto en las pacientes de la sala de posparto del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios”. El estudio se realizó mediante un muestreo no aleatorio de conveniencia, con una totalidad de 500 pacientes. 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 42 % sintomatología severa. (Paz 2008).

Durante el año 2009 en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) se realizó el estudio denominado: “Depresión posparto en pacientes comprendidas entre las edades de 15 a 45 años de edad”, el cual consistía en una investigación de tipo descriptivo, diseño no experimental, de corte transversal. Utilizando la EPDS, el día 18 de junio en las instalaciones de ese centro obteniendo los siguientes resultados: el

25% de las mujeres entrevistadas tenía una prueba positiva independientemente de los factores asociados (vía de resolución del embarazo, paridad, edad y estado civil). (Pinillos *et al* 2009)

1.3 DEFINICION DEL PROBLEMA

Siendo los desórdenes del estado de ánimo uno de los problemas que más hace consultar en los servicios de medicina, y debido a la implicación social, cultural y económica que dichos desórdenes provocan en los pacientes que los presentan, se han realizado múltiples investigaciones en las cuales se ha determinado que a nivel mundial las mujeres tienen una tendencia mayor a desarrollar este tipo de patologías en relación a la población masculina; recalcando que el posparto es la época en la que la mujer experimenta múltiples cambios hormonales como variación en los niveles de estrógenos y progesterona, los cuales desencadenan en desórdenes de tipo anímico y físico.

Sin embargo existen algunos investigadores que difieren en relación a este aspecto y mencionan que es primordial el ambiente psicológico y social de la paciente en el riesgo de padecer el desorden; debido a estas interrogantes y al creciente aumento en las estadísticas internacionales se han establecido escalas para poder diagnosticar estos padecimientos.

A nivel mundial se conocen datos de depresión posparto leve que varían entre un 75 a 80%, sin embargo en las investigaciones realizadas a nivel nacional se han encontrado datos que sugieren una prevalencia entre 36 a 42%; a nivel regional no se cuenta con estudios estadísticos que indiquen la prevalencia de dicha patología, sin embargo según experiencia personal en las clínicas particulares de psicólogos y médicos se reportan casos en su mayoría en la clasificación de depresión mayor, los cuales no fueron detectados y tratados debidamente en fases iniciales.

Teniendo conocimiento que factores como: edad límite de embarazo (primigesta juvenil o edades cercanas a climaterio), nivel socioeconómico bajo, paridad,

analfabetismo, embarazo no planeado o deseado; predisponen a las pacientes puérperas a la aparición de depresión posparto y tomando en cuenta que dichos factores son muy comunes en gran porcentaje de las mujeres guatemaltecas y principalmente en aquellas que consultan los servicios de salud pública, se hace importante realizar un estudio que responda a la siguiente interrogante ¿Qué riesgo existe en las mujeres en período de posparto, que se encuentran ingresadas en el servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa de presentar depresión posparto?

II. DELIMITACION DEL ESTUDIO

2.1 DELIMITACION TEORICA

El estudio tiene fundamento teórico epidemiológico, con el fin de determinar el riesgo de depresión posparto mediante la escala de Depresión posnatal de Edimburgo.

2.2 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

El estudio fue realizado en el Hospital Regional de Zacapa (HRZ), el cual brinda sus servicios a los departamentos de Zacapa, Chiquimula, El Progreso e Izabal; tomando como área de estudio el servicio de maternidad, procediendo a aplicar la escala y encuesta a las pacientes ingresadas en dicho servicio únicamente para control de puerperio.

2.3 DELIMITACIÓN INSTITUCIONAL

El Hospital Regional de Zacapa es un hospital de complejidad intermedia, que actúa como centro de referencia regional para el departamento de Zacapa y áreas vecinas (Luna 2011).

Este hospital se sitúa en la ciudad cabecera del departamento, a 150 Km. de la ciudad capital de Guatemala. El hospital data de 1959 y cuenta con 8,661 m² de edificación, dispuestos en tres niveles: un sótano en que se encuentran los depósitos, una planta baja que incluye la administración y los servicios de apoyo asistenciales y no asistenciales y la planta superior donde se sitúan las áreas de hospitalización, partos y quirófano. En 2003 se construyó un edificio interno destinado al futuro servicio de cuidados intensivos, el cual actualmente funciona como cuidado intensivo pediátrico. En el mismo año se realizó una ampliación significativa del espacio de emergencias y se construyó el nuevo edificio de

consultas externas, que se encuentra separado del edificio principal y con buen acceso desde el exterior (Luna 2011).

El hospital ofrece los servicios de: consulta externa, hospitalización y emergencias en las especialidades básicas de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia.

Específicamente hablando del área de Gineco-Obstetricia este está dividida en 3 servicios: el servicio de Labor y Partos el cual se encuentra en el primer nivel del hospital, encargado únicamente del control y atención del trabajo de parto; el servicio de Ginecología el cual está ubicado en el segundo nivel, atendiendo únicamente las pacientes con patología ginecológica, tanto pacientes que ingresen con sintomatología aguda como las que se encuentran programadas para procedimiento quirúrgico, también pacientes que se encuentren en manejo del programa de Atención Post Aborto (APA) y pacientes que han sido sometidas a procedimientos de colposcopia. El servicio de Maternidad lleva su nombre en honor al Dr. Juan Armando Andrino Guzmán, consta de un encamamiento aproximado de 28 a 30 camas, el servicio es utilizado para el control del puerperio tanto fisiológico como patológico, ingreso de pacientes programadas para cesárea electiva y control de pacientes con trabajos de parto pretérmino ya resuelto.

El resto de los servicios de diagnóstico y tratamiento del hospital ofrecen prestaciones de rutina en: laboratorio, radiología, farmacia y servicio social (Luna 2011).

2.4 DELIMITACION TEMPORAL

El estudio tendrá una delimitación temporal comprendida entre los meses de abril a septiembre del año 2012.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

Determinar el riesgo de depresión posparto en las mujeres entre las edades de 15 a 40 años ingresadas para control del puerperio en el servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa mediante la aplicación de La Escala de Depresión posnatal de Edimburgo durante el período comprendido entre el 10 de agosto al 14 de septiembre de 2012.

3.2 Objetivo específico:

3.2.1 Describir las principales características sociales presentes en el posparto asociadas al riesgo de desarrollar depresión.

IV. JUSTIFICACION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá para el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebro vascular) 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. (WHO 2001).

Durante el embarazo y el puerperio surgen una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para el padecimiento de trastornos en la esfera psíquica de la mujer, lo que ocasiona la aparición de desórdenes psicológicos destacando entre los más importantes la depresión posparto leve y la depresión posparto sin psicosis.

La depresión posparto es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en vías de desarrollo respecto a los países desarrollados, probablemente por la asociación de todos los factores predisponentes.

En Guatemala los estudios realizados referente a dicha patología son muy pocos, se conocen únicamente datos dispersos obtenidos en hospitales de tercer nivel como los realizados en el Hospital Roosevelt, Hospital General San Juan de Dios y en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sin embargo en el oriente del país y específicamente en el Hospital Regional de Zacapa no se cuenta con datos estadísticos que indiquen la situación actual de dicho desorden.

Como se evidencia en estadísticas nacionales, un gran porcentaje de mujeres guatemaltecas se encuentran expuestas a los factores sociales que provocan la depresión posparto, por lo que se vuelve importante la realización de un estudio que pueda ser utilizado para detectar a las pacientes que se encuentren en riesgo

de presentar esta patología y a la vez medir su prevalencia en la región; con el propósito de que se obtenga una base de datos que ratifique la presencia de la misma y a la vez reciba la importancia debida para que se inicien proyectos, con el fin brindar plan educacional oportuno sobre esta patología durante el control prenatal y se detecten pacientes en riesgo, para facilitar tratamiento oportuno y evitar su evolución a estadíos severos de depresión.

V. MARCO TEORICO

5.1 ¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

En su Carta Fundacional, la Organización Mundial de la Salud define la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad. En este contexto extensible a la depresión, la enfermedad debe entenderse como un proceso biológico, psicológico y social. En relación a la esfera biológica supone una alteración estructural o funcional; en la esfera psicológica conlleva sufrimiento y dolor; en relación a la esfera social supone un proceso que causa una invalidez (Gelder 2007).

5.2 EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

La depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes, con un incremento a lo largo de la segunda mitad del siglo XX hasta adquirir características epidémicas cuando apenas tenía relevancia hace veinte años. Dentro de los trastornos afectivos el trastorno mental más frecuente es el depresivo.

Desde la primera edición de 1952, del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales (DSM-I) de la Asociación Americana de Psiquiatría a la del año 2000 (DSM-IV-TR), las categorías diagnósticas han crecido más del 200% (pasando de poco más de 100 en 1952 a casi 400 en 2000) dándose el mayor aumento a partir de las ediciones de la década de 1980. Hasta finales de la década de 1950, la depresión era escasamente diagnosticada en comparación con las neurosis de ansiedad o las psicosis.

La depresión empezaría con el DSM-II de 1968 (DSM-III-R) cuando la depresión alcanza una variedad de especificaciones, desde episodios depresivos hasta trastornos depresivos varios. Alrededor del 40% de los enfermos que son asistidos en consultas médicas generales tienen algún tipo de manifestaciones depresivas.

Se sabe que al menos una de cada cinco personas presenta un trastorno del estado de ánimo a lo largo de su vida.

La importancia epidemiológica del trastorno depresivo es que afecta a una franja de población en plena etapa productiva y vital y tiene de tal modo una importante repercusión socioeconómica. Es un problema social y de salud pública por su elevada prevalencia y la importancia de sus consecuencias familiares, laborales y económicas como absentismo e incapacidad laboral, su asociación con varios factores psicosociales de riesgo como el estrés laboral y el desempleo, sus consecuencias sobre la salud y otras conductas de riesgo como el abuso y la dependencia de sustancias adictivas e intentos de suicidio. La depresión tiene un coste muy alto, que ha ido aumentando a lo largo de los últimos años.

De hecho, los trastornos mentales constituyen una de las primeras causas de invalidez permanente junto con las enfermedades del aparato locomotor; por tanto el tratamiento exitoso de los trastornos depresivos y el retorno del paciente a su funcionamiento normal pueden ahorrar considerables costes.

El estigma y la discriminación social de la persona que padece un trastorno mental dificultan su aceptación, la búsqueda de ayuda y el tratamiento eficaz del mismo. El estado de ánimo puede entenderse como la tendencia básica del ser humano para aportar a los estados psíquicos un tono agradable o desagradable o como el estado emocional subjetivo del individuo. (Machado y García 1997).

La depresión es un trastorno afectivo caracterizado por una serie de manifestaciones psicofísicas que se traducen en una alteración de la vitalidad y del funcionamiento global de la persona que por tanto ya no puede entenderse solamente como un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta mediante un conjunto de síntomas característicos. Se trata de un trastorno mental complejo, en realidad una verdadera enfermedad psicosomática, muy prevalente e incapacitante si no se trata de modo efectivo, y en consecuencia se precisa realizar un diagnóstico precoz. (Gilbert 2004).

La definición académica sitúa esta enfermedad como el síndrome caracterizado por una tristeza persistente e intensa y la inhibición de casi todas las funciones psíquicas, que da lugar a seis series de síntomas: físicos, psicológicos, conductuales, cognitivos, motivacionales y sociales. El motivo no es siempre negativo, puede ser cualquier cambio, por ejemplo:

- El tiempo de aparición es hasta 6 meses después de haber experimentado el acontecimiento estresante.
- La duración e intensidad son desproporcionadas.
- El rendimiento adaptativo queda disminuido significativamente.
- Existe pérdida de energía, enlentecimiento psicomotor e incapacidad de experimentar placer (anhedonia).
- La experiencia subjetiva de la tristeza es corporalizada, persistente, incontrolable e incomprensible psicológicamente (Rojas 2006).

La persona con depresión pierde la capacidad de regular su autoestima y de un funcionamiento adaptativo eficaz, y se siente inundada por diferentes emociones negativas como angustia patológica, ira inapropiada y culpabilidad inmotivada. El llanto es constante, los cambios de humor bruscos y la capacidad de reaccionar, casi inexistente, aunque también puede existir la incapacidad de llorar en el enfermo depresivo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como alteraciones biográficas, el estrés y sentimientos derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte.

Aunque la mayoría de las personas que sufren depresión tiene un agente causante anterior, no todas las que sufren un agente estresante padecen depresión. Una marcada dificultad por sí sola es insuficiente para producirla salvo que existan factores de vulnerabilidad dentro de un modelo multifactorial complejo. (Brown y Harris 1989).

5.3 FACTORES CAUSALES DE DEPRESION

5.3.1 Factores biológicos: hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores (aminas biógenas), citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad.

La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con varias citoquinas pro-inflamatorias como interleukina-1, inteleukina-6 y factor de necrosis tumoral que se incrementan en la depresión, así como alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en el trastorno depresivo mayor por ejemplo, se reducen el número de transportadores de serotonina en plaquetas y linfocitos de sangre periférica. (Machado y Garcia 1997).

Inmediatamente antes del parto, los niveles de estrógenos y de progesterona son unas 50 veces más altos que antes del embarazo. En el curso de pocos días estos niveles bajan bruscamente hasta los valores normales. Al mismo tiempo, empieza a segregarse en abundancia prolactina. En todo caso, tales oscilaciones hormonales no son mayores en las madres deprimidas que en las sanas, por lo que no se puede considerar factor desencadenante de la depresión. El dramático descenso hormonal que ocurre en el periodo posnatal juega un papel significativo en la etiología de la depresión posparto, pero la exacta naturaleza de estas influencias permanecen desconocidas aunque sí se conoce la implicación de la subunidad delta de los receptores GABAérgicos. (Corwin y Pajer 2008).

5.3.2 Alteraciones cerebrales: las diferencias entre el cerebro de la mujer y del hombre se refieren al volumen y distribución de las neuronas. El cuerpo calloso es mayor en la mujer, así como la comisura anterior y mientras en el

hombre predomina el hemisferio cerebral derecho, en la mujer es el izquierdo.

Las diferencias son muy marcadas, sobre todo en el llamado cerebro emocional, como el sistema límbico y el hipotálamo y en otras regiones, de la corteza cerebral. Una alteración en el funcionamiento de dos áreas del cerebro (área frontal y área límbica) motivan la aparición de un trastorno depresivo, pero no existe una lesión anatómica visible con técnicas de neuroimagen. (Maes *et al* 2000).

5.3.3 Alteraciones en neurotransmisores: para que el cerebro funcione correctamente debe existir una comunicación correcta entre los diversos circuitos y redes neuronales. Existe una estrecha relación entre las hormonas, los neurotransmisores (serotonina, dopamina, noradrenalina, GABA-ácido gamma-aminohidroxibutírico, acetilcolina, ácido glutámico y péptidos opioides) y los trastornos depresivos.

En la depresión la conexión neuronal mediante neurotransmisores no funciona bien y los antidepresivos ayudan a normalizar estas alteraciones. Se han detectado anomalías en los transportadores de serotonina a nivel plaquetario consistentes en un número reducido y un déficit en el transporte del neurotransmisor. Por lo tanto se sospecha que los pacientes deprimidos presentan una deficiencia funcional de la actividad serotoninérgica presináptica.

Se ha encontrado una disminución en el número de receptores b-adrenérgicos a nivel de los linfocitos y del hipocampo en algunos pacientes deprimidos. Un desbalance en el tono de los sistemas serotoninérgicos y catecolaminérgicos son responsables del cuadro clínico de la depresión, más que una anomalía de uno u otro. La hipótesis serotoninérgica de la depresión ha tenido y tiene aún una gran relevancia, aunque no se sabe

todavía si las alteraciones en la serotonina son suficientes para causar depresión o son sólo un factor de riesgo. El funcionamiento inapropiado de receptores 5-HT_{1C} o 5-HT₂ se ha postulado como un marcador biológico promisorio. (Maguire y Mody 2008).

5.3.4 Alteraciones genéticas: mediante diversos estudios durante años los autores concluyen que los hallazgos son compatibles con la transmisión de un gen dominante, pero el hecho de encontrar antecedentes familiares positivos tanto en pacientes con inicio temprano como en aquellos con inicio tardío, sugieren o un grado de penetrancia variable del gen o más bien, un patrón de herencia de tipo poligénico.

Durante décadas el mayor riesgo de depresión en mujeres llevó a suponer la participación de un gen dominante en el cromosoma X, pero estudios con marcadores del DNA no lo pudieron confirmar y la transmisión de padre a hijo(a) frecuente tanto en trastorno unipolar como bipolar. Los estudios sobre la susceptibilidad genética a la depresión parecen ser más consistentes en personas con ciertos subtipos de trastorno bipolar, con nueve veces más probabilidad de padecer este trastorno si se tienen antecedentes familiares. (Rapkin y Mikacich 2002).

5.3.5 Factores psicosociales: la hipótesis inmunológica de la depresión considera que factores externos como los estresores psicosociales e internos como desórdenes inflamatorios favorecen la depresión.

Los desórdenes mentales lejos de ser supuestas entidades naturales de base biológica, son entidades construidas de carácter histórico-social. Su carta de realidad sería más de tipo psicobiológico del orden de los problemas de la vida más que de la biología y de la persona más que sólo del cerebro. Personas genéticamente vulnerables al estrés, presentan

reacciones afectivas negativas al ser sometidas a dicho estrés. (Ayuso *et al* 1987).

5.3.6 Factores relacionados con la personalidad: la depresión está relacionada con el tipo de personalidad del individuo. Pacientes con determinados trastornos de la personalidad, con alteraciones en sus mecanismos de defensa y en la autoestima pueden tener una tendencia mayor a deprimirse. Presentar un carácter con alguna cualidad extrema como: inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo predispone a padecer depresiones. Las personas con poca autoestima y que se abrumen fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. (Ayuso *et al* 1987).

5.3.7 Factores ambientales: dentro de los factores ambientales se pueden distinguir los relacionados con las vivencias tempranas del individuo, y los recientes entre los cuales están los desencadenantes, que son situaciones del medio ambiente que favorecen o precipitan el cuadro depresivo.

En general se relacionan con acontecimientos relativos a situaciones de pérdida, separaciones, migraciones y crisis vitales. También es un factor de predisposición un condicionamiento paterno educativo y sufrir algún problema (económico, familiar, de salud). Se da una mayor morbilidad psiquiátrica entre mujeres, solteros, viudos, separados, divorciados y desempleados (incluyendo las bajas por enfermedad o maternal). Los individuos que reúnen criterios de pobreza tienen riesgo superior de tener nuevos episodios de enfermedad psiquiátrica. Los efectos de la pobreza sobre la salud mental son igualmente severos en jóvenes y viejos, hombre y mujeres, blancos y negros. A mayor nivel cultural y educativo se da un mejor nivel de salud mental. (Ayuso *et al* 1987).

5.4 TRASTORNOS AFECTIVOS EN EL POSPARTO

En el puerperio, hasta 85% de las mujeres padecen de algún trastorno del ánimo. En la literatura se reconocen tres clases de trastornos depresivos después del parto: nostalgia posparto (baby o pospartum blues), depresión posparto sin psicosis y psicosis posparto, siendo más comunes los dos primeros. (Ayuso *et al* 1987).

Según la cuarta edición revisada del Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales (DSM-IV TR), el especificador de inicio en el posparto se aplica a los trastornos que se manifiestan durante las primeras semanas posteriores al parto. (Ayuso *et al* 1987).

Los cambios fisiológicos pueden explicar ciertas transformaciones en la esfera mental. Sin embargo, no constituyen la única condición que explica la presencia de síntomas mentales durante el posparto. También otros factores, como los psicosociales y ambientales, condicionan a la mujer a presentar dichos síntomas.

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo o en el posparto son de gran importancia, no sólo por su asociación con los indicadores de morbi-mortalidad, sino también, por las consecuencias y sus posibles complicaciones. De ahí que en los últimos años se viene intentando optimizar el diagnóstico y poner a disposición tratamientos tempranos y eficientes para prevenir y tratar estos trastornos.

A pesar de estas estrategias, ciertas patologías como la depresión posparto son aún subdiagnosticadas y consecuentemente, mal tratadas o no atendidas.

5.4.1 Clasificación de los trastornos depresivos en el posparto

5.4.1.1 Pospartum blues

Este trastorno se define como una forma leve y transitoria de depresión que aparece entre el primer y el tercer día posparto, con una duración generalmente corta (aproximadamente 10 días). Se trata de la alteración del estado de ánimo en el posparto más común, con una prevalencia de 75 a 80%. Se caracteriza por irritabilidad, tristeza, fatiga, accesos de llanto y labilidad emocional. (Henshaw 2000).

El pospartum blues es un fenómeno común en este período y puede durar hasta dos semanas. Por lo general, no requiere tratamiento farmacológico. Algunos estudios revelan que una mujer que presenta pospartum blues tiene una probabilidad de 20% de desarrollar depresión mayor. (Beck 2001).

No se conoce cuánto se asocia el pospartum blues a cambios hormonales posnatales; algunos estudios han sugerido que se relaciona con la caída en los picos de estrógenos y progesterona en el momento del parto. Se han desarrollado dos hipótesis que intentan explicar este fenómeno. La primera se orienta a relacionar los síntomas con la supresión hormonal abrupta. Durante el embarazo es observable el bajo nivel de progesterona y sus metabolitos, principalmente de alopregnanolona. Este bajo nivel se ha asociado con síntomas depresivos, por cuanto estas sustancias poseen gran afinidad por los receptores GABA, razón por la que poseen efectos ansiolíticos y anestésicos. Se ha observado que presentan un mayor aumento de los niveles de progesterona en las últimas semanas del embarazo y durante el posparto, así como disminución de otras sustancias como el colesterol y los triglicéridos, que también se han asociado con cambios en el ánimo. La segunda hipótesis se fundamenta en la activación

del sistema biológico mamífero que relaciona a la madre con su hijo, regulado por la oxitocina. En situaciones normales, la oxitocina colabora con la conducta de apego entre madre e hijo. Sin embargo, ante la presencia de tensión emocional y pobre apoyo ambiental, puede relacionarse con síntomas depresivos y ansiosos, en especial, en mujeres más sensibles al estrés psicosocial. (Spinelli 2004).

El tratamiento consiste en tranquilizar a la madre, promover el acompañamiento por parte de la familia, vigilar la evolución de los síntomas y realizar psicoterapia de apoyo breve. (Nonacs y Cohen 2002).

5.4.1.2 Depresión posparto sin psicosis

Se estima que este trastorno se presenta en 10 a 15% de las mujeres en el período de posparto; este síndrome dura más tiempo que el pospartum blues y tiene un mayor impacto en la familia. Se ha calculado que, en países como Estados Unidos, una de cada ocho mujeres presenta en su posparto tal patología. Esto significa que del total de mujeres en posparto, aproximadamente, un millón de mujeres por año presenta este tipo de depresión. (Winser, Parry y Piontek 2002).

5.4.1.2.1 Prevalencia

La prevalencia varía según los criterios evaluados y el área geográfica. Estudios internacionales reportan diferentes prevalencias en diversas áreas geográficas: 13.5% en China, 23% en India, 27% en Turquía y 10 a 15% en Europa y América Latina 22 a 38%. (Winser, Parry y Piontek 2002).

5.4.1.2.2 Factores de predicción de depresión posparto sin psicosis

Los síntomas depresivos graves que se manifiestan de manera temprana (dos o tres días) sugieren el inicio de una depresión posparto. Estos síntomas incluyen anhedonia, ideas de minusvalía y culpa, llanto fácil, fatiga, insomnio o hipersomnias, dificultad para concentrarse e incapacidad para realizar las tareas maternas. Las mujeres con depresión posparto sin psicosis pueden tener ideación suicida e ideas obsesivas comúnmente relacionadas con la posibilidad de hacerle daño al lactante. (Winser, Parry y Piontek 2002).

Se ha observado que la incidencia de depresión posparto presenta variaciones en función de la cultura. Es así que, en países y en situaciones en las cuales se provee apoyo psicosocial durante el embarazo, el parto y el posparto, la incidencia de este trastorno es baja.

Entre los factores de riesgo y predicción que explican la aparición de la depresión posparto sin psicosis, se encuentran los siguientes:

- Eventos estresantes previos al embarazo.
- Historia de trastorno depresivo mayor o de trastorno disfórico premenstrual.
- Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, embarazo no deseado.
- Historia de amenaza de aborto, parto pretérmino y parto por cesárea.
- Ser madre soltera o la disfunción de pareja.
- Baja autoestima materna.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Embarazos no deseados o no planeados.
- La imposibilidad de lactar o el cese temprano de la lactancia (Winser, Parry y Piontek 2002).

Además de la influencia de los factores ya mencionados, el inicio de los síntomas durante el embarazo, el temperamento del recién nacido, el bajo nivel educativo de la madre y anomalías o enfermedades del hijo o de la madre, se han relacionado con la presencia de síntomas depresivos persistentes después de seis meses de posparto. Esta situación ocurre hasta en el 50% de los casos. (Winser, Parry y Piontek 2002).

Desde el punto de vista biológico, es posible que se presente una excesiva fatigabilidad, piel seca, intolerancia al frío y caída reciente del pelo. Sin embargo, debe descartarse hipotiroidismo, el cual se presenta en 5 a 10% de las mujeres en el primer año posparto. En cuanto a la causa de la depresión posparto sin psicosis, las teorías más acertadas hasta el momento son las que se relacionan con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas durante este período. (Kent *et al* 1999).

Entre los aspectos hormonales, se debe resaltar que el período posparto se caracteriza por un rápido cambio en los niveles circulantes de diferentes hormonas. Durante el embarazo, los niveles de estrógenos (estradiol, estriol, y estrona) y de progesterona presentan un aumento constante que, en parte, es el resultado de la producción placentaria de estas hormonas. Con la pérdida de la placenta durante el parto, los niveles de progesterona y estrógenos caen de manera abrupta y alcanzan los niveles previos al embarazo hasta el quinto día del posparto.

Esteroides gonadales. El estradiol y el estriol son las formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos en la placenta y aumentan durante el embarazo entre 100 y 1.000 veces, respectivamente.

La síntesis del estriol resulta de la actividad metabólica del hígado fetal; éste se produce en altas concentraciones durante el embarazo. (Kent *et al* 1999).

Los estudios en animales han demostrado que el estradiol incrementa la acción neurotransmisora de la serotonina, al aumentar su síntesis y disminuir su recaptación. La brusca disminución en los niveles de estradiol posterior al parto, podría explicar teóricamente la depresión posparto. Sin embargo, si se comparan las mujeres con depresión con aquéllas sin depresión, algunos estudios no han mostrado una asociación significativa entre los niveles de estradiol total y estriol libre entre el final del embarazo y el puerperio.

Los niveles de B endorfina, hormona gonadotropina coriónica humana y cortisol también aumentan durante el embarazo y alcanzan su pico máximo cerca al término del embarazo y declinan en el parto. Los niveles elevados de estrógenos durante el embarazo estimulan la producción de la globulina fijadora de hormona tiroidea, lo que conduce a un aumento en la fijación de T3 (triyodotironina) y T4 (tiroxina), así como a una caída simultánea de T3 y T4 libre. En consecuencia, la hormona estimulante de la tiroides (TSH) aumenta para compensar la baja cantidad de hormonas tiroideas libres. (Pop *et al* 1993).

Los niveles de prolactina aumentan durante el embarazo y presentan un pico máximo en el momento del parto; en las mujeres que no lactan, éstos regresan a los niveles previos al embarazo a las tres semanas posparto.

Hormonas tiroideas. La incidencia de la función tiroidea anormal aumenta levemente después del parto. En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23% comparado con un 3 a 4% en la población general. Aunque la

disfunción tiroidea no ha sido identificada como un factor determinante en la mayoría de mujeres que desarrollan depresión posparto sin psicosis, puede jugar un papel importante en un subgrupo de mujeres. Un estudio prospectivo de 303 mujeres embarazadas, eutiroideas, muestra que 21 mujeres (7%) desarrolló trastornos tiroideos posparto. La depresión posparto sin psicosis se identificó en 38% de esas mujeres y se resolvió con posterioridad al tratamiento. Durante el puerperio, algunas mujeres sin una clara disfunción tiroidea pueden tener algún grado de patología tiroidea. Se han encontrado anticuerpos tiroideos en 11,6% de las mujeres en el posparto. El efecto inmunosupresor de los niveles altos de cortisol durante el embarazo puede ser seguido de un fenómeno inmune de rebote después del parto, lo cual produce una alta incidencia de anticuerpos antitiroideos. (Pop *et al* 1993).

En un estudio doble ciego, de 145 mujeres positivas y 229 mujeres negativas para anticuerpos, se encontró una relación entre la depresión y el estado de anticuerpos posparto. La disminución de la función tiroidea puede afectar el estado de ánimo en el posparto debido a su asociación con la disminución de los niveles de la actividad de la serotonina central. Los niveles de serotonina se han correlacionado positivamente con los niveles de hormonas tiroideas. (Pop *et al* 1993).

Hormonas hipofisarias. Los niveles de prolactina alcanzan valores hasta de 140 ng/ml al final del embarazo y declinan a las tres semanas posteriores al parto. Se ha sugerido que la prolactina juega un papel en esta entidad, por cuanto, como resultado de observaciones a mujeres no embarazadas que presentan síntomas de ansiedad y depresión, se ha encontrado una relación con estados de hiperprolactinemia patológica. Sin embargo, diversos estudios muestran resultados contradictorios. (Pop *et al* 1993).

Cortisol. Los niveles de cortisol registran su pico máximo al final del embarazo debido a la producción placentaria de corticoliberina (CRH), niveles que caen bruscamente en el momento del parto. Diversos estudios no han podido demostrar la asociación entre el cortisol plasmático o urinario y la depresión posparto, por cuanto estas mediciones carecen de valor diagnóstico dado que dichos niveles se encuentran fisiológicamente elevados en el embarazo y en el posparto.

Algunos autores sugieren que los altos niveles de cortisol que se registran durante el embarazo, como resultado de la producción de CRH, después del parto producen supresión en la glándula suprarrenal y, si ésta es demasiado sostenida y grave, puede contribuir a los cambios en el estado de ánimo. Además, no hay una correlación en los resultados de la prueba de supresión de la dexametasona en el posparto, ya que esta prueba está alterada hasta en 80% de estas mujeres, posiblemente por la hipercortisolemia.

Finalmente, también se encuentran estudios que señalan que, durante el quinto y el sexto día posparto, se registra una reducción de los niveles plasmáticos de triptófano, principalmente en las madres con pospartum blues y que dicha reducción persiste hasta por seis meses en las madres deprimidas. Sin embargo, el administrar triptófano en el embarazo no previene la aparición de pospartum blues ni de depresión posparto sin psicosis. (Pop *et al* 1993).

5.4.1.2.3 Evaluación y diagnóstico de depresión posparto sin psicosis

Para realizar el diagnóstico se requiere sospechar la presencia de depresión posparto sin psicosis, además de seguir de cerca a las madres con factores de riesgo y realizar un tamizaje.

La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, fue diseñada por Cox y colaboradores en Edimburgo en el año de 1987, específicamente para detectar estados depresivos en el período posnatal. 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 Posnatal de Edimburgo es una encuesta desarrollada para la detección de síntomas depresivos en mujeres que hayan dado a luz recientemente. Inicialmente en su año de creación constaba de 23 ítems los cuales evaluaban estados de tristeza, ansiedad e ira, luego se depuro y constaba de 13 ítems, luego al ser reevaluada se encontró que 3 ítems de esta escala evaluaban únicamente estados de ira y que no concordaban con los síntomas principales de depresión en el postparto por lo que fueron anulados. Actualmente consta de 10 preguntas de selección múltiple.

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 se califican 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 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 11 o mayor la puntuación. Los autores proponen el punto de corte 9 a 10 para la clasificación de estado depresivo, pero el más utilizado en la actualidad es el puntaje expuesto anteriormente.

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 reemplaza el diagnóstico clínico, sino que únicamente es un instrumento para detectar el riesgo a padecer el desorden. 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 posnatal de Edimburgo son de la siguiente manera:

1. Se le pregunta a la 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 primera semana posparto.
6. El cuestionario puede ser utilizado en el ámbito hospitalario y de atención primaria, en el examen posnatal. (Surt *et al* 2001).

5.4.1.3 Depresión posparto con psicosis

Se encuentra presente en 1 a 2 por 1.000 mujeres. Generalmente, los síntomas inician entre la segunda y la tercera semana posparto, con una correlación con los trastornos bipolares de 70 a 80% y una tasa de recurrencia de 30 a 50%. (Reed *et al* 2009).

Entre sus características clínicas, se encuentran: labilidad afectiva, alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, lenguaje desorganizado, desorientación, confusión, delirios y trastornos de sueño. Las ideas delirantes generalmente tienen relación con el bebé e incluyen aspectos sobre malformaciones de éste, así como contenido místico-religioso. De manera frecuente, se observan conductas autoagresivas y violentas que pueden terminar en suicidio o filicidio.

Los factores de riesgo más importantes son: la historia de psicosis posparto previa, el trastorno afectivo bipolar y la historia familiar de psicosis posparto. Algunos estudios han encontrado relación entre la depresión posparto con psicosis y una respuesta exagerada de la hormona del crecimiento, cuando se aplica apomorfina durante el cuarto día posparto. (Reed *et al* 2009).

El tratamiento es básicamente farmacológico; se recomienda iniciar antipsicóticos típicos o atípicos, como el uso de moduladores del afecto. Se ha documentado la eficacia del carbonato de litio en la psicosis posparto. En esta alternativa, la lactancia debe interrumpirse. La terapia electroconvulsiva es bien tolerada y rápidamente efectiva. (Reed *et al* 2009).

VI. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio fue descriptivo.

6.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa, departamento de Zacapa

6.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Para la presente investigación se utilizó una muestra la cual fue obtenida mediante la aplicación de la siguiente fórmula para población infinita:

$$n = Z_{\alpha}^2 \frac{p \cdot q}{i^2}$$

En donde, n= al tamaño de la población que se desea obtener; Z_{α}^2 = valor correspondiente a la gráfica de Gauss en donde a es el nivel de confianza elegido siendo $Z_{\alpha}=1.96$ para un 95% de confiabilidad. i^2 = error de estimación (5%); p y q= probabilidad de que la patología este presente y probabilidad de que no esté presente 0.5 cada una respectivamente. Por lo anterior, la muestra “n” de la población para la presente investigación, y en donde se tomaron los criterios de inclusión y exclusión determinados fue de 400 pacientes ingresadas en el servicio de maternidad.

Considerando la naturaleza de la presente investigación, el diseño muestral a aplicarse fue aleatorio simple; y su forma de selección fue un muestreo dirigido, debiendo seleccionarse a aquella paciente que cumplió con las características representativas de la población en estudio.

6.4 SUJETO U OBJETO DE ESTUDIO

Mujeres comprendidas entre las edades de 15 a 40 años ingresadas en el servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa para control de puerperio, las cuales resolvieron su embarazo dentro del hospital.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- i. Pacientes comprendidas edades de 15 a 40 años de edad.
- ii. Pacientes que estén ingresadas en el servicio únicamente para control del puerperio.
- iii. Pacientes que estén en la disponibilidad voluntaria de participar en el estudio por medio de una autorización verbal

6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- i. Pacientes cuyo bebé se encuentren ingresados en alguno de los servicios del departamento de pediatría
- ii. Pacientes cuyo bebé haya fallecido durante o luego del parto o bien que haya nacido con malformaciones físicas.

6.7 VARIABLES ESTUDIADAS

(1) Variable Independiente:

- Pacientes ingresadas en el servicio de maternidad para manejo y control del puerperio

(2) Variable Dependiente:

- Riesgo de depresión posparto
 - Presencia o ausencia del riesgo de padecer el desorden evaluando los factores biológicos y psicológicos mediante la Escala de Depresión posnatal de Edimburgo y los factores sociales asociados al riesgo de depresión posparto mediante la boleta de recolección de datos creada para ese fin.

6.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Mujeres en periodo de puerperio	Período en el que se producen, transformaciones progresivas de orden anatómico, funcionales y emocionales, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas, esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pre grávido.		Cualitativa	Ordinal

VARIABLE DEPENDIENTE				
Riesgo de depresión posparto	Es riesgo de padecer un desorden del estado del ánimo de origen biológico, psicológico y social que aparece luego del parto.	<p>Presencia o ausencia del desorden clasificado mediante puntaje establecido o por la Escala de Depresión posnatal de Edimburgo que evalúa factores biológicos y psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ansiedad ○ Tristeza <p>Factores de riesgo sociales de padecer depresión posparto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Edad ○ Paridad ○ Vía de resolución del parto ○ Estado civil ○ Escolaridad ○ Embarazo planeado o no 	Cualitativa	Ordinal

6.9 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como instrumentos de recolección de datos se contó con una boleta, en donde se registró la información específica para evaluar los parámetros sociales presentes en las pacientes y que además predisponen a padecer dicho trastorno, constando esta de 6 preguntas. Además se utilizó la Escala de depresión posnatal de Edimburgo para evaluar los factores psicológicos y biológicos de las pacientes, esta consta de 10 preguntas directas y de fácil interpretación las cuales se realizaron de manera directa a las pacientes; las preguntas tienen una ponderación de 0 a 30 puntos y tomándose como punto de corte 11 puntos para interpretar positiva la prueba.

6.10 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se solicitó autorización al director del Hospital Regional de Zacapa y al Jefe del Departamento de Gineco-obstetricia por medio de una carta para poder ingresar al servicio de maternidad y para poder trabajar con la población ingresada, además se solicitó autorización verbal a las pacientes ingresadas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para ser aplicada en ellas la escala antes mencionada y la boleta de recolección de datos diseñada para la medición de los riesgos existentes.

6.11 PLAN DE ANÁLISIS

Para la realización de la presente investigación, el método a seguir fue sujeto al análisis específico de los indicadores asociados a las variables. Se evaluará y describirá su análisis a continuación.

Indicadores de medición de riesgo de depresión posparto

VARIABLES cualitativas dadas mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, la cual lleva como punto de corte el puntaje de 11 puntos, esta escala evalúa los indicadores de tristeza y ansiedad en las pacientes, siendo estos los factores de riesgo biológico y psicológico.

Se aplicó la boleta de recolección de datos la cual evalúa factores de riesgo social como: edad, paridad, número de gesta, estado civil, si el embarazo es planificado o no, vía de resolución del parto y escolaridad.

Se recolectaron los datos de manera directa abordando a las pacientes en el periodo de puerperio en el servicio de maternidad aplicando la escala y la boleta de recolección de datos antes mencionada a cada paciente de forma individual.

Se procedió a realizar la suma de los resultados obtenidos mediante la Escala de Edimburgo y se clasificaron las pacientes que obtuvieron un resultado positivo tabulando los resultados de la boleta de recolección de datos de dichas pacientes. Después se procedió a agrupar mediante medidas de tendencia central y tabular datos mediante el programa de Microsoft Excel.

6.12 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se solicitó el consentimiento verbal a las pacientes ingresadas para control de puerperio en el servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa previa explicación del procedimiento y de para que será realizado.

6.13 CRONOGRAMA

Actividad		Año 2012																															
		Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1)	Elección del problema																																
2)	Solicitud y aprobación de la investigación																																
3)	Elaboración del protocolo de investigación																																
4)	Elaboración del marco teórico																																
5)	Recolección de Datos y trabajo de campo																																
6)	Tabulación y análisis de los resultados																																
7)	Elaboración del informe final																																
8)	Revisión final																																
9)	Impresión y reproducción del informe final																																
10)	Entrega y presentación del informe final																																

VII. RECURSOS

7.1 HUMANOS

- Investigadores
- Asesores de Investigación
- Revisores de investigación

7.2 FÍSICOS

- Computadoras
- Impresora
- Boleta de recolección de datos
- Encuesta
- Copias de boleta de recolección de datos y encuesta
- Lapiceros
- Papel de escritorio
- Escritorios

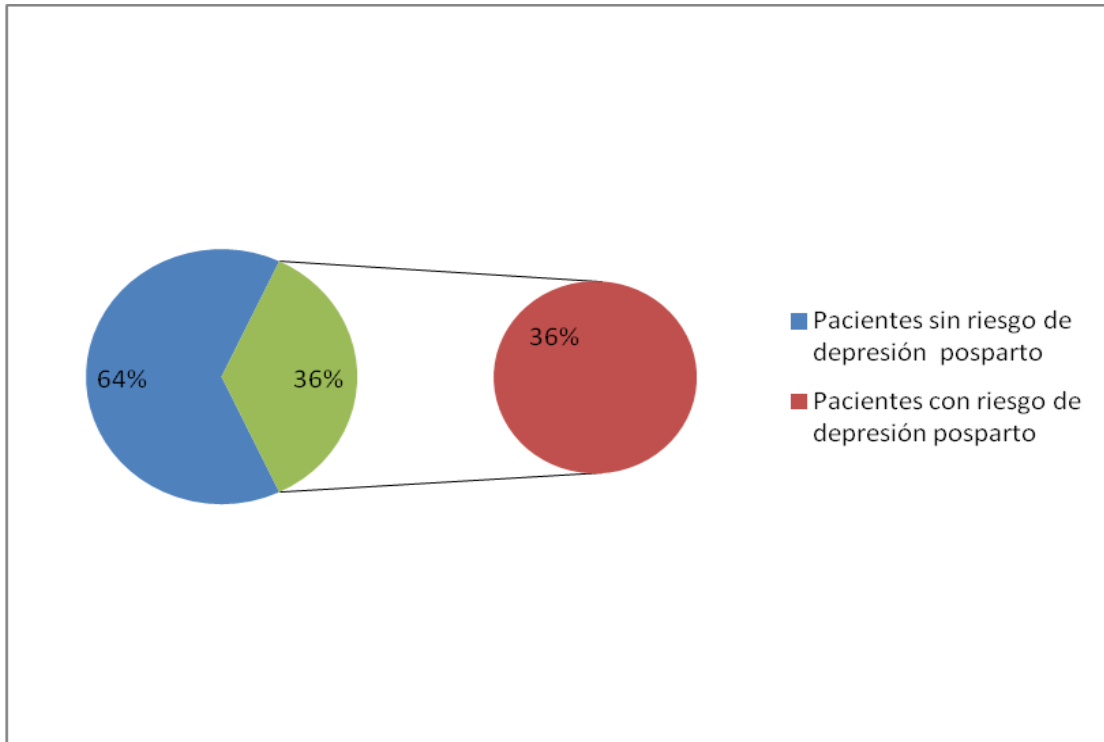
7.3 FINANCIEROS

	Recurso	Inversión en Q.
1.	Fotocopias	400.00
2.	Impresiones	600.00
3.	Empastados	300.00
4.	Servicio de Internet	500.00
5.	Transporte	1000.00

6.	Alimentación	800.00
7.	Lápices y lapiceros	40.00
	TOTAL	Q. 3640.00

VIII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

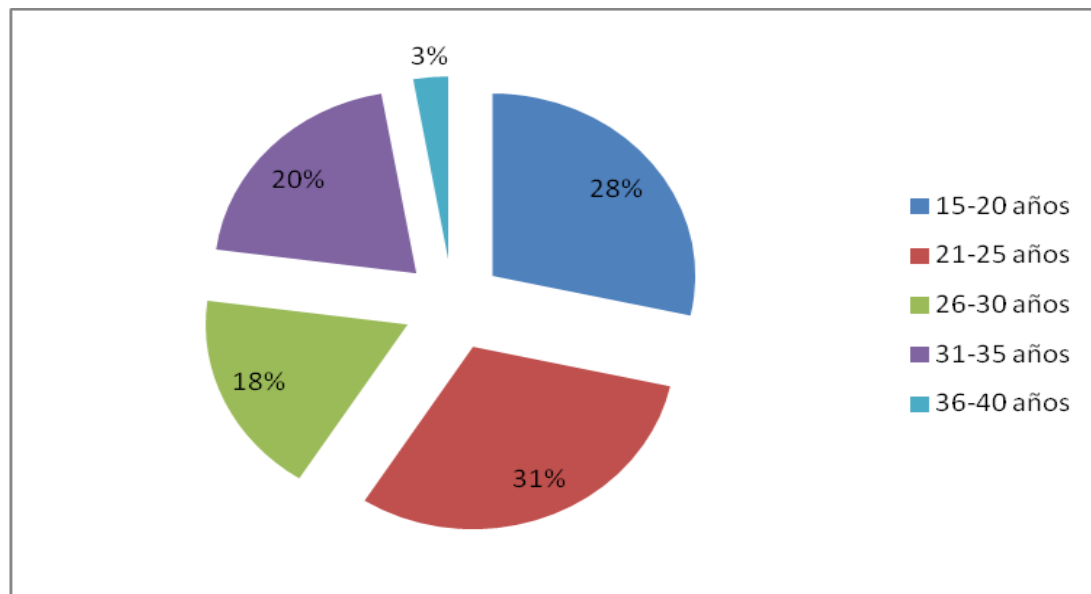
Gráfico 1. Distribución de pacientes con riesgo de depresión posparto entre las edades de 15 a 40 años, ingresadas en el servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa, durante el período comprendido entre el 10 de agosto al 14 de septiembre de 2012.



Fuente: Boleta de recolección de datos

De la muestra total del estudio que fueron 400 pacientes, se determinó a través de la escala de Edimburgo que el 36% de la muestra, es decir 144 pacientes presentaron riesgo de depresión posparto en el Hospital Regional de Zacapa.

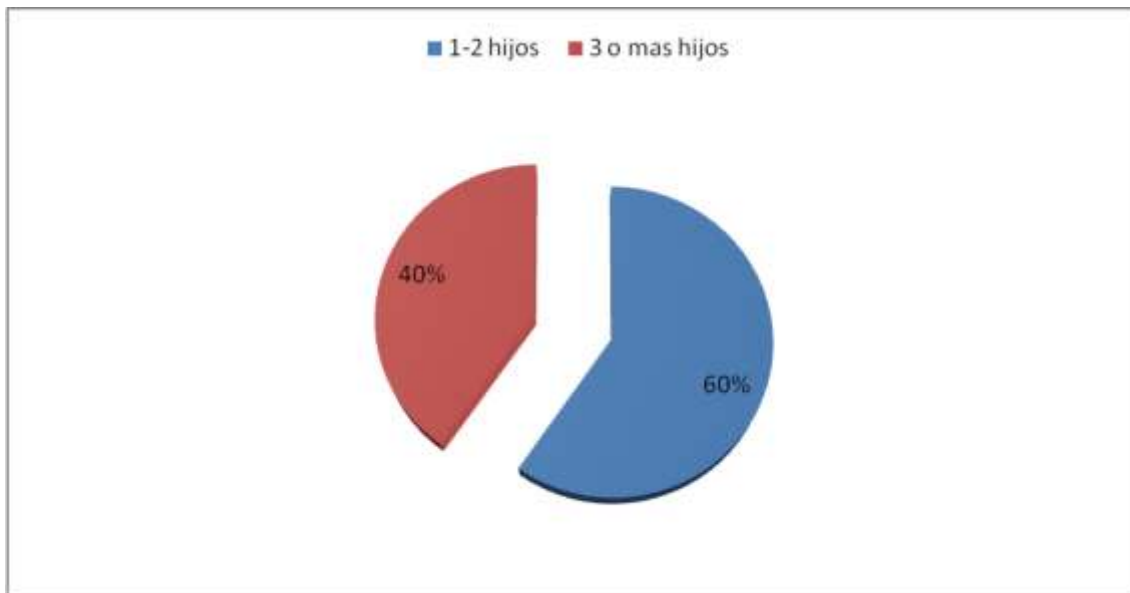
Gráfico 2. Distribución según grupo etario de las pacientes con riesgo de depresión posparto entre las edades de 15 a 40 años, ingresadas en el servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa, durante el período comprendido entre el 10 de agosto al 14 de septiembre de 2012.



Fuente: Boleta de recolección de datos

Según el gráfico 2, respecto a la distribución etaria se determinó que 41 pacientes, el equivalente al 28% pertenecía al grupo comprendido entre las edades de 15 a 20 años, 44 pacientes correspondientes a un 31% se encontraban entre las edades de 21 a 25 años, un 18% (26 pacientes) a las edades de 26 a 30 años, un 20% (29 pacientes) a las edades de 31 a 36 años y únicamente un 3% (4 pacientes) correspondiente al grupo etario de 36 a 40 años.

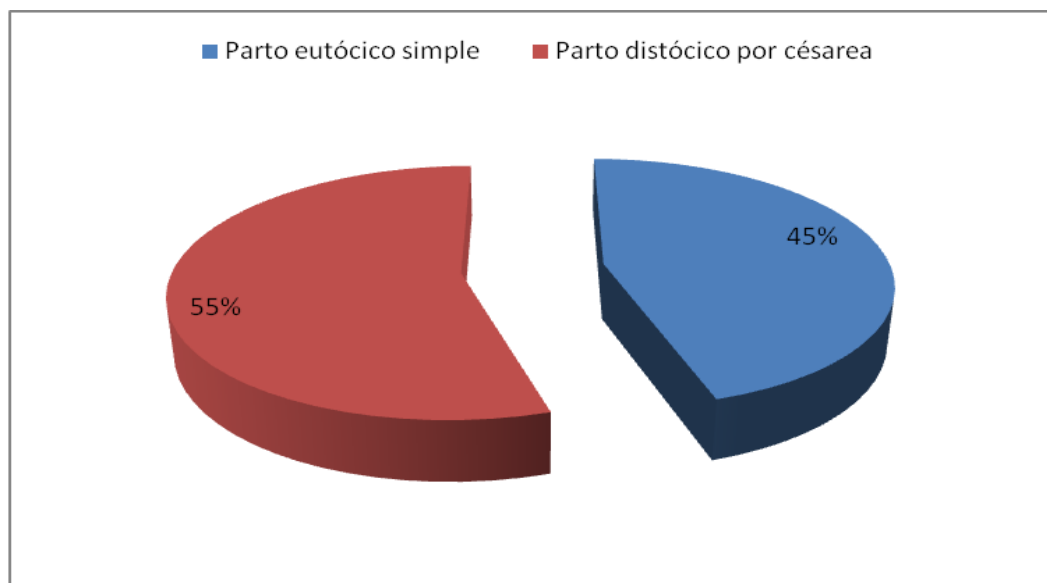
Gráfico 3. Distribución del número de paridad de las pacientes con riesgo de depresión posparto entre las edades de 15 a 40 años, ingresadas en el servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa, durante el período comprendido entre el 10 de agosto al 14 de septiembre de 2012.



Fuente: Boleta de recolección de datos

En el gráfico 3 se puede observar que el 60% de las pacientes (86 pacientes), con riesgo de dicho desorden tienen una paridad entre 1 y 2 hijos únicamente, mientras que el resto ha tenido 3 o más hijos con un 40% (58 pacientes) respectivamente.

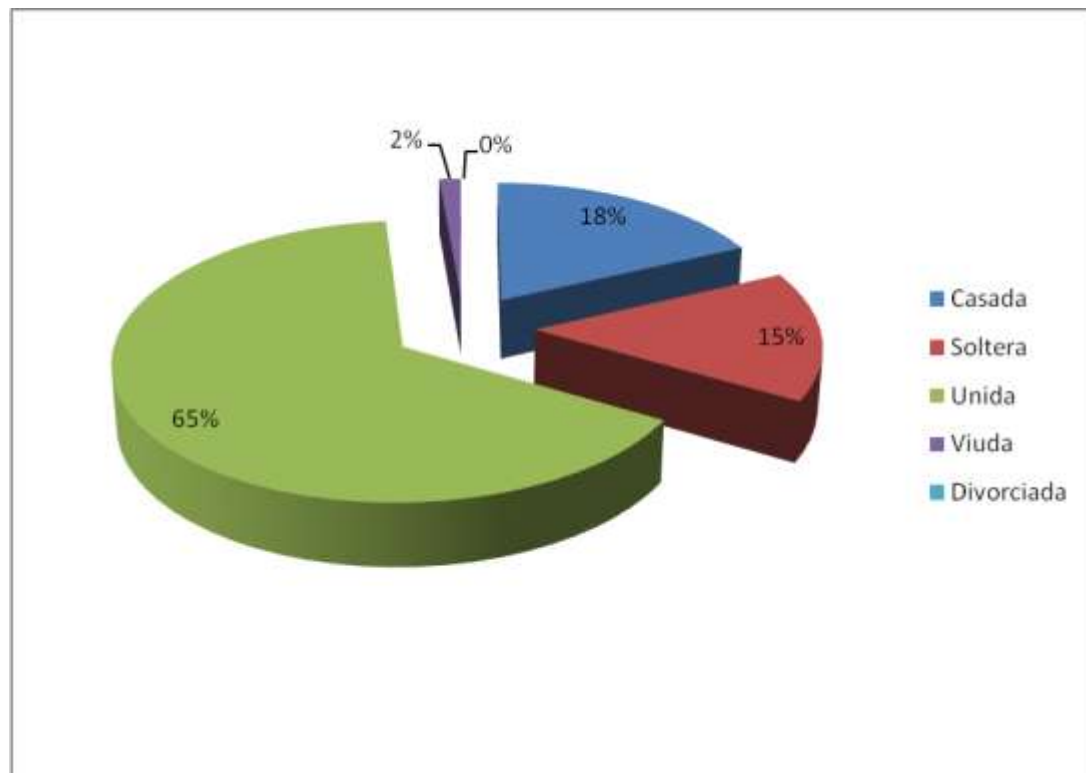
Gráfico 4. Distribución según vía de resolución del último embarazo de las pacientes con riesgo de depresión posparto entre las edades de 15 a 40 años, ingresadas en el servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa, durante el período comprendido entre el 10 de agosto al 14 de septiembre de 2012.



Fuente: Boleta de recolección de datos

El gráfico número 4 muestra que un 55% (79 pacientes) de las pacientes estudiadas resolvió su último embarazo por vía de una cesárea segmentaria transperitoneal, mientras que el 45% (65 pacientes) restante resolvió su último embarazo por vía de un parto eutócico simple. La diferencia total en las pacientes que presentaron riesgo de depresión posparto según la vía de resolución no es mayor al 10%.

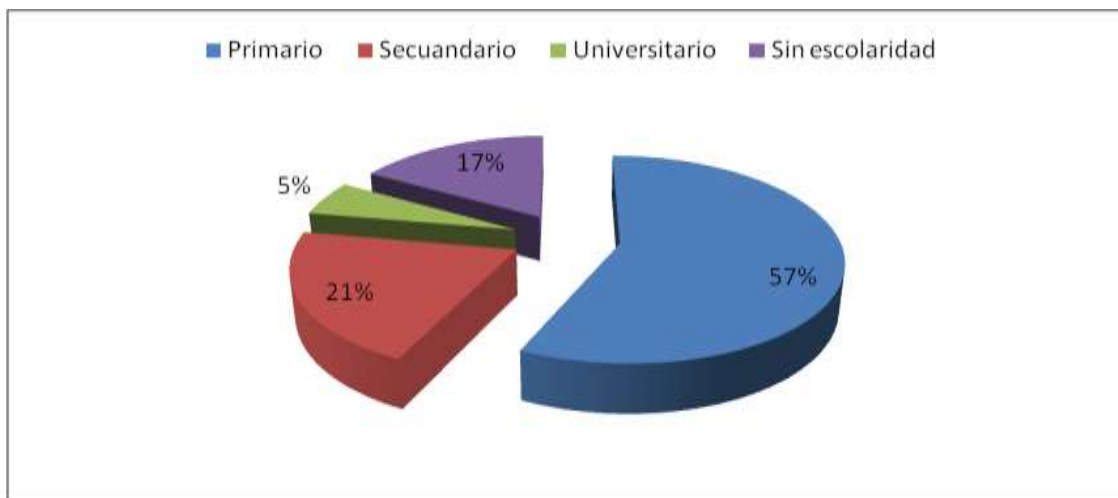
Gráfico 5. Distribución según estado civil de las pacientes con riesgo de depresión posparto entre las edades de 15 a 40 años, ingresadas en el servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa, durante el período comprendido entre el 10 de agosto al 14 de septiembre de 2012.



Fuente: Boleta de recolección de datos

En el gráfico 5 se observa que el 65% (94 pacientes) de la población se encuentra viviendo en unión libre con su pareja, un 18% (26 pacientes) se encuentra casada, un 15% (22 pacientes) se encuentra soltera, un 2% (2 pacientes) enviudó (desconociéndose el tiempo de ausencia física de la pareja) y no se encontró ninguna paciente separada legalmente de su pareja.

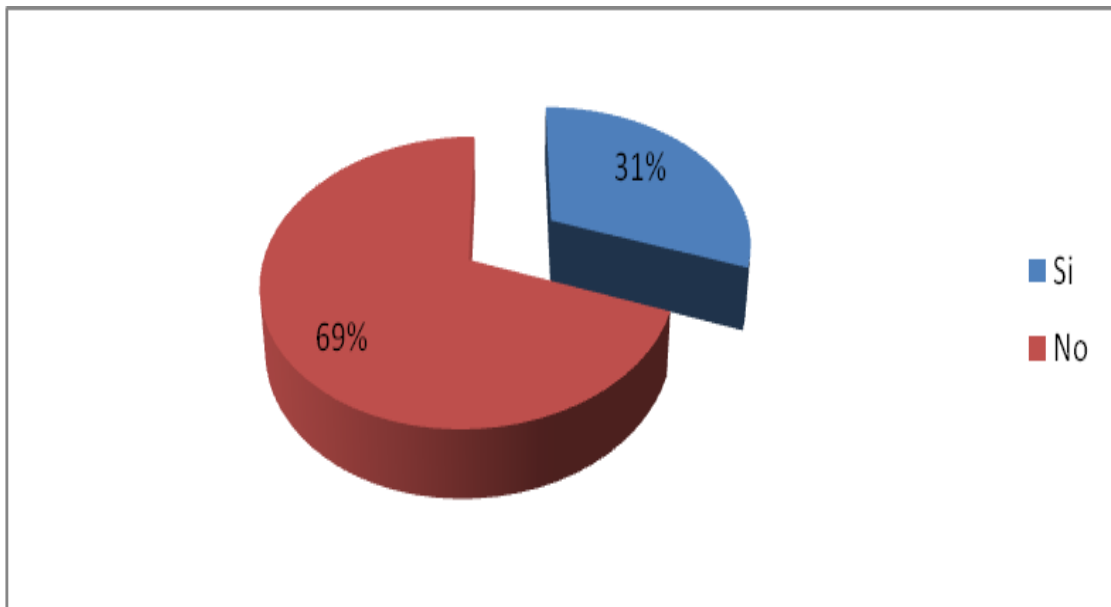
Gráfico 6. Distribución según nivel de escolaridad de las pacientes con riesgo de depresión posparto entre las edades de 15 a 40 años, ingresadas en el servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa, durante el período comprendido entre el 10 de agosto al 14 de septiembre de 2012.



Fuente: Boleta de recolección de datos

Según el gráfico 6 se observa que el 57% (82 pacientes) de las pacientes presentan un nivel de escolaridad primaria, el 21% (30 pacientes) asistió a instituciones donde recibió educación secundaria, el 5% (8 pacientes) asistió o actualmente asiste a una universidad, mientras que el 17% (24 pacientes) de las pacientes con riesgo de depresión posparto no presentan ningún tipo de escolaridad.

Gráfico 7. Distribución de embarazos planificados versus no planificados en las pacientes con riesgo de depresión posparto entre las edades de 15 a 40 años, ingresadas en el servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa, durante el período comprendido entre el 10 de agosto al 14 de septiembre de 2012.



Fuente: Boleta de recolección de datos

En el gráfico numero 7 se muestra que de las pacientes estudiadas el 69% (100 pacientes) no deseaba o no planificaba tener otro embarazo cuando fueron informadas que se encontraban embarazadas, mientras que el 31% (44 pacientes) de las pacientes si habían planificado un embarazo en ese período de sus vidas.

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Al finalizar el estudio se logró conocer que de 400 pacientes que cumplían con criterios de inclusión, 36 % (144 pacientes) tienen riesgo de depresión posparto mediante la Escala de depresión posnatal de Edimburgo, mostrando que el riesgo es similar en comparación con el estudio de mayor impacto realizado a nivel nacional en el Hospital General San Juan de Dios que constaba con 500 pacientes el cual arrojó un resultado de 36 a 42%.

Al referirnos propiamente a las pacientes con riesgo de depresión posparto se observó que la edad de mayor riesgo fueron las comprendidas entre 15 a 25 años, dando a conocer el hecho de que presentar embarazos a edades tempranas de la vida implica un riesgo para este desorden, sabiendo que muchos de estos embarazos no son planificados. Estos datos podrían ser útiles para que sea ésta la principal población etaria tomada en cuenta al momento de ser evaluadas tanto en el posparto, como durante el control prenatal y de estar en riesgo estas pacientes ser reportadas para iniciar psicoterapia y tratamiento oportuno.

De las 144 pacientes que presentaron test de rastreo positivo se observó que el 60% (86 pacientes) se encontraban en el puerperio de su primer o segundo embarazo, resolviendo su embarazo el 55% (79 pacientes) por medio de una cesárea segmentaria transperitoneal. Se encontró que solo existe una variación del 10% en la vía de resolución del embarazo por cesárea versus parto. Estos datos sugieren que la vía de resolución del embarazo no demuestra ser un factor influyente en aumentar o disminuir el riesgo de padecer depresión posparto, es decir el riesgo es similar en pacientes que resuelven su embarazo vía parto o vía cesárea.

Se observó que un gran porcentaje de las pacientes evaluadas se encontraban viviendo en unión libre con la actual pareja y en un menor porcentaje se encontraba casada o era madre soltera. Por lo que según esta clasificación las pacientes que se encontraban viviendo en unión libre son las que mayor

prevalencia de riesgo de depresión posparto presentan. Respaldo esta información, los datos obtenidos a nivel internacional donde se da a conocer que las pacientes que conviven en un ambiente con inestabilidad emocional en relación a su actual pareja, al igual que inestabilidad económica y con nivel académico bajo, son las que mayor riesgo de depresión presentan.

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

X. CONCLUSIONES

1. Se determinó que de las 400 pacientes evaluadas en el Hospital Regional de Zacapa entre las edades de 15 a 40 años, el riesgo de depresión posparto es de 36%.
2. La edad con mayor riesgo de depresión posparto son las comprendidas en el intervalo de 15 a 25 años.
3. Se observó que las pacientes que se encuentran en puerperio de su primero o segundo hijo presentan un mayor riesgo de depresión posparto.
4. Se determinó que la escolaridad de las pacientes con mayor riesgo de depresión posparto corresponde a las que cursaron solo el nivel educativo de primaria (57%) y quienes cursaron nivel educativo de secundaria 21% de casos.
5. El enfrentarse a situaciones no esperadas o no deseadas como un embarazo no planeado (69%) y no contar con el apoyo estable de una pareja (65% correspondiente a pacientes que viven en unión libre) es un factor importante que aumenta el riesgo de padecer depresión posparto.

XI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la Jefatura de Ginecología y Obstetricia en conjunto con el Departamento de Psicología del Hospital Regional de Zacapa, establecer el uso rutinario de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo en la sala de posparto y en pacientes en control prenatal para la detección oportuna de los casos de depresión de las pacientes atendidas en el hospital. Además de crear un programa de manejo de dichas pacientes para mejor tratamiento en el cual se les imparta plan educacional e información oportuna sobre los síntomas, periodo de presencia y duración de los mismos.
2. Ya que una tercera parte de la población que está en su posparto presenta riesgo de depresión según el presente estudio descriptivo, se recomienda la realización de un estudio de tipo analítico (casos y controles) para evaluar los factores de riesgo que pueden producir depresión posparto en la población del nororiente.

XII. PROPUESTA

1. Brindar psicoeducación a cada madre ya sea durante su evaluación prenatal en las salas de consulta externa o bien durante el puerperio inmediato en la sala de maternidad por medio de un trifoliar en el cual se den a conocer los principales signos y síntomas de la depresión posparto, el período de aparición y la duración de los mismos, para que por este medio las madres reciban la información apropiada para poder identificar por sí mismas la sintomatología y poder así buscar ayuda calificada.

SI ENCUENTRAS QUE ESTOS SÍNTOMAS TE AQUEJAN PIDE AYUDA.

EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA CUENTA CON UN DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA, QUIENES AMABLEMENTE PUEDEN BRINDARTE LA AYUDA Y LA INFORMACIÓN QUE NECESITAS.



DEPRESIÓN POSPARTO



DULCE ROCÍO PAZ VILLELA
MÉDICO Y CIRUJANO
CUNORI CHIQUIMULA

HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA

DEPRESIÓN POSPARTO



¿Qué es la depresión posparto?

Luego del parto es normal que la mujer experimente cambios en su estado de ánimo. Del 75 % al 80% de las mamás pueden adquirir una leve forma de

depresión llamada tristeza posparto, que comienza a los pocos días de haber nacido el bebé, pero que no dura más de 2 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 haya descansado lo suficiente y se adapte al cuidado del bebé, la tristeza posparto desaparece. Sin embargo, si esta etapa se extiende más allá de las 2 semanas puede ser un indicio de depresión posparto. Alrededor de 10 a 30% de las mamás pueden experimentar este estado clínico de depresión que puede durar hasta un año.

¿Cuáles son los síntomas de depresión posparto?

Puedes estar sufriendo de depresión posparto si experimentas los siguientes síntomas:

- Tristeza persistente
- Cambios repentinos de humor
- Sentimientos de culpa
- Ataques de pánico
- Pensamientos suicidas
- Sentir que nada es divertido
- Falta de concentración
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Problemas para dormir
- Cansancio extremo
- Trastornos en tu alimentación
- Rechazo hacia tu bebé

¿Por qué se produce la depresión posparto?

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. También las responsabilidades que aparecen con respecto al cuidado del bebé derivan el estado de ansiedad y felicidad asociado al 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.

¿Cómo puedo evitarla?

Lo primero que debes hacer es serenarte y tratar de no pensar demasiado en los problemas o en el futuro del bebé. Sólo disfruta de tu hijo recién nacido y de tu tiempo libre, tratando de limitar el vuelo de ideas y ocupándote también de ti. Descansa y trata de no sobreexigirte, cuando veas que no puedes pide ayuda. Si te sientes bien y animada, tendrás mejores oportunidades de cuidar a tu bebé y realizar de mejor manera tus oficios.



XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Arévalo, A; Rámila, CG; Robles Pemuelier, R. 2007. Prevalencia de depresión posparto. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco Marroquín 1(5): 13-22.
2. Ayuso Gutierrez, JL *et al.* 1987. La depresión desde la perspectiva psicobiológica. Madrid, ES, JARPYO Editores. 350 p.
3. Beck, CT. 2001. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. Nursing Research 45: 297-303.
4. Brown, GW; Harris, TO. 1989. Life events and illness. Saint Louis, US. Guildford Press. Guildford publications Inc. 496 p.
5. Corwin, EJ; Pajer, K. 2008. The psychoneuroimmunology of postpartum depression. Journal of Women's Health 17(9): 15-29.
6. Gelder, MG; López Ibor, JJ Junior; Andreasen, NC. 2007. An introduction to an historial review of mood disorders. Estados Unidos de America, Oxford University Press. 204 p.
7. Gibert Rahola, J. 2004. Estrés y depresión: nuevas perspectivas en la depresión. Aula médica 1: 10-35.
8. Henshaw, C. 2000. Clinical and biological aspects of postpartum blues and depression. Journal of Psychiatry 13: 635 – 638.

9. Kent, G *et al.* 1999. Postpartum thyroid dysfunction: clinical assessment and relationship to psychiatric affective morbidity. *Clinic Endocrinological* 51: 429-38.
10. Luna, E. 2011. Reseña histórica del hospital regional de Zacapa (en línea). Zacapa, GT, HRZ. Consultado 30 jul. 2011. Disponible en: <http://www.hrz.bravehost.com/informaciongeneral.html>
11. Machado Ramírez, F; García Serrano, T. 1997. Depresión puerperal: factores relacionados. *Atención Primaria* 20(4): 161-166.
12. Maes, M *et al.* 2000. Immune activation in the early puerperium is related to postpartum anxiety and depressive symptoms. *Depression in New Mothers* 25(2): 121-37.
13. Maguire, J; Mody, I. 2008. GABAAR plasticity during pregnancy: relevance to postpartum depression. *Neuron* 59: 207-213.
14. Martinez, E *et al.* 2001. La depresión posparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres Valencianas. *Revista Psicología Clínica* 6: 37-48.
15. Michael, B *et al.* 2005. DSM-IV-TR: guía de uso. Barcelona, ES, Masson. 576 p.
16. Moreno, A; Casulari da Motta,L; Franca, PS. 2004. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brazil. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 69: 2003-2013.
17. Nonacs, R; Cohen, LS. 2002. Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options. *Journal of clinical psychiatry* 63 (7): 24-30.

18. Paz Sandoval, AC. 2008. La escala de depresión postnatal de Edimburgo como herramienta para la detección de depresión posparto en las pacientes de la sala de posparto del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios. Tesis en Psicología. Guatemala, USAC. 156 p.
19. Pinillos Guevara, SV *et al.* 2009. Depresión posparto en pacientes entre las edades de 15-45 años de edad en el Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Tesis MC. Guatemala, USAC. 98 p.
20. Pop, VJ *et al.* 1993. Microsomal antibodies during gestation in relation to postpartum thyroid dysfunction and depression. *Acta Endocrinology* 129(1): 26-30.
21. Rapkin, AJ; Mikacich, JA. 2002. The clinical nature and formal diagnosis of premenstrual, postpartum, and perimenopausal affective disorders". *Journal affective disorders* 4: 419-428.
22. Reed, P *et al.* 1999. Paroxetine in human milk. *British journal clinic pharmacology* 54(3): 255.
23. Rojas, E. 2006. Adiós depresión: en busca de la felicidad razonable. Madrid, ES, Elsevier. 426 p.
24. Spinelli, M. 2004. Depression and hormone therapy. *Clinical Obstetrics & Gynecology* 47: 428-436.
25. Surt, VK *et al.* 2001. The use of psychotropic medication during breast-feeding. *American Journal of Psychiatry* 158: 1,001-1,009.
26. Urdaneta, J *et al.* 2011. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de depresión posnatal de Edimburgo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 76: 102-112.

27. Winser, K; Parry, S; Piontek, C. 2002. Postpartum depression. New England Journal of Medicine 347: 194-199.

28. World Health Report. 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva, CH. 14-46 p.

29. World Health Report. 2012. Mental health: depression. Geneva, CH. 12-33 p.



XIV. ANEXOS

Anexo No. 1

DEPRESION POSPARTO

Encuesta creada para la recolección de características sociales asociadas a Depresión posparto en las pacientes ingresadas en el servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa

1. Edad:
 - a. 15-20 a _____
 - b. 21-25 a _____
 - c. 26-30 a _____
 - d. 31-35 a _____
 - e. 36-40 a _____
2. No. De paridad:
 - a. 1- 2 hijos: _____
 - b. 3 o más hijos: _____
3. Vía de resolución del último embarazo:
 - a. Parto eutócico simple:

 - b. Parto distócico por cesárea: _____
4. Estado civil:
 - a. Casada: _____
 - b. Soltera: _____
- c. Unida: _____
- d. Divorciada: _____
- e. Viuda: _____
5. Escolaridad:
 - a. Primario: _____
 - b. Secundaria: _____
 - c. Universitario: _____
 - d. Sin escolaridad: _____
6. Embarazo Planeado:
 - Si: _____
 - No: _____

Anexo No. 2

ESCALA DE DEPRESION POSNATAL DE EDIMBURGO

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.

Or

Por favor haga un círculo alrededor de 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:
 - 0 Sí, casi siempre
 - 1 Sí, algunas veces
 - 2 No muy a menudo
 - 3 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:
 - 0 Sí, bastante
 - 1 Sí, a veces
 - 2 No, no mucho
 - 3 No, nada

En los últimos 7 días:

6. Las cosas me oprimen o agobian:
 - 0 Sí, casi siempre
 - 1 Sí, a veces
 - 2 No, casi nunca
 - 3 No, nada
7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
 - 0 Sí, casi siempre
 - 1 Sí, a menudo
 - 2 No muy a menudo
 - 3 No, nada
8. Me he sentido triste y desgraciada:
 - 0 Sí, casi siempre
 - 1 Sí, bastante a menudo
 - 2 No muy a menudo
 - 3 No, nada
9. He estado tan infeliz que he estado llorando:
 - 0 Sí, casi siempre
 - 1 Sí, bastante a menudo
 - 2 Sólo ocasionalmente
 - 3 No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma:
 - 0 Sí, bastante a menudo
 - 1 Sí, a menudo
 - 2 Casi nunca
 - 3 No, nunca

INTERPRETACION

Un puntaje de 0 a 10 puntos indica no sospecha de depresión posparto

Una puntuación de 11 ó más puntos indica sospecha de depresión posparto.

Cualquier puntaje distinto de "0" en la pregunta 10, requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas.