



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DEPRESION POSTPARTO EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL (UCIN) Y NO HOSPITALIZADOS, EN LOS HOSPITALES UN CANTO A LA VIDA Y MATERNIDAD NUEVA AURORA, UN SEGUIMIENTO DESDE LA ETAPA GESTACIONAL.

Informe final de tesis, como requisito para optar por el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Autores: Isaac Hernán Casillas Peña.

Paola Lorena Tite Mallitasig.

Directora de tesis: Dra. Daniela Mejía.

Tutora Metodológica: Mtr. Patricia Ortiz.

Tercera Lectora: Dra. Carmen Cabezas

2017

QUITO – ECUADOR

DECLARACION Y AUTORIZACIÓN


Nosotros, Isaac Hernán Casillas Peña y Paola Lorena Tite Mallitasig en calidad de autores del trabajo de investigación titulado:

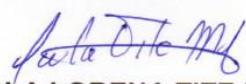
DEPRESION POSTPARTO EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL (UCIN) Y NO HOSPITALIZADOS, EN LOS HOSPITALES UN CANTO A LA VIDA Y MATERNIDAD NUEVA AURORA, UN SEGUIMIENTO DESDE LA ETAPA GESTACIONAL.

En la Facultad de Medicina.

1. Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para ser integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador, para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Firma:

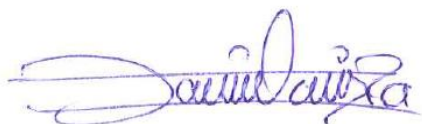

ISAAC HERNÁN CASILLAS PEÑA
C.C. Nro. 1803146313


PAOLA LORENA TITE MALLITASIG
C.C. Nro. 1720017928

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS PARA LA TITULACIÓN

Yo, Daniela Mejía Miño, en calidad de tutora del trabajo de titulación, modalidad Proyecto de Investigación, elaborado por **ISAAC HERNÁN CASILLAS PEÑA** y **PAOLA LORENA TITE MALLITASIG**; cuyo título es: **DEPRESION POSTPARTO EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL (UCIN) Y NO HOSPITALIZADOS, EN LOS HOSPITALES UN CANTO A LA VIDA Y MATERNIDAD NUEVA AURORA, UN SEGUIMIENTO DESDE LA ETAPA GESTACIONAL**, previo a la obtención de Grado de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, considero que el presente trabajo reúne los requisitos y méritos necesarios tanto en el campo metodológico y epistemológico, para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal examinador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Pontificia Universidad Católica.

En la ciudad de Quito a los 10 días del mes de octubre del año 2017.



DRA. DANIELA MEJÍA MIÑO
TUTORA DE TESIS.
C.C. Nro. 1718489410

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a todas aquellas personas que han estado a mi lado apoyándome de una u otra manera, que gracias a sus palabras de aliento me han ayudado a crecer profesionalmente.

Dedico también a las pacientes de los Hospitales “Un Canto a la Vida” y a la Maternidad de la Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”, que me colaboraron con toda su buena voluntad para la realización de esta tesis.

Isaac Casillas.

AGRADECIMIENTO

Es fácil manifestar un agradecimiento por cumplir con estatutos protocolarios, pero el agradecimiento sincero que venga del corazón a aquellas personas que fueron parte de mi crecimiento profesional, es muy difícil; sin embargo, pidiendo disculpas a aquellas personas que no las nombre que también fueron parte fundamental, mi especial agradecimiento.

Primero quiero mencionar a un ser supremo, invisible que de una u otra manera, la mayoría de seres humanos creen en EL, es DIOS, un ser Omnipotente, Omnipresente, que ha estado a mi lado en cada paso de mi carrera profesional brindándome fortaleza, sabiduría, paciencia, levantándome en cada caída, estando a mi lado en los momentos difíciles.

Un especial agradecimiento a las Instituciones de Salud, al Hospital “Un Canto a la Vida” y a la Maternidad de la Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”, con todas sus Autoridades, Médicos, Enfermeras, Personal Administrativo por brindarme las facilidades para realizar esta tesis, que con su apoyo y colaboración lo he podido culminar.

Agradezco a la Dra. Daniela Mejía, Mtr. Patricia Ortiz, Dra. Carmen Cabezas; por su guía, apoyo y aportación de conocimientos para la realización de esta tesis, además excelentes profesionales y tutoras.

A mi amada esposa Paola Tite y a mi hijo Sebastián Casillas, seres indescriptibles que Dios me ha dado, son mis héroes en esta lucha, han sido mi inspiración diaria para seguir adelante, mi eterno agradecimiento.

A mis suegros Cecilia Mallitasig y Luis Tite, gracias por su comprensión, colaboración desinteresada en todos los sentidos, han sido parte fundamental en este logro.

A mis Padres Sara Peña y Hernán Casillas, por haberme inculcado muchos valores de esfuerzo, dedicación y trabajo, además a todos mis hermanos/as (Cosbi, David, Germán, Keyla, Zulay) por sus palabras de ánimo que nunca faltaron.

Isaac Casillas.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mí amado hijo Sebastián como muestra de que la perseverancia todo lo alcanza, y cuando existe un objetivo en la vida no existe fuerza alguna que lo impida; por eso hijito de mi vida quiero que mi ejemplo te inspire, para que un día llegues lejos, alcances tus metas, seas feliz y una vez más seas el orgullo de tu madre y de tu familia.

Paola Tite.

AGRADECIMIENTO

Primero quiero agradecer a Dios por la vida, la salud, por todo lo que me ha prodigado con su infinita misericordia y porque su divina presencia ha guiado siempre mi camino.

A mí amado hijo Sebastián, por ser mi fuente de fortaleza y motivación, para continuar en este trajinar por la vida, por aguardar mi llegada tras eternas horas de ausencia durante toda esta etapa de preparación académica.

A mi padre Luis por su amor incondicional, su apoyo y consejos oportunos, a mi madre Martha quiero hacer un especial agradecimiento por la ayuda y el apoyo que me ha dado en la medida de sus posibilidades por haber inculcado en mí, la perseverancia, el deseo de superación y porque sin su ayuda nada habría sido posible. A mi hermano Bryan por su presencia y cariño.

A mi esposo Isaac, que no solo ha sido mi compañero de Tesis, sino también mi compañero de vida, por su apoyo, por su amor incondicional, por su paciencia y por su ayuda.

A mí queridos tíos Guillermo, Graciela y Susana por sus palabras de aliento, porque a pesar de la distancia siempre me demostraron su cariño, y siempre creyeron en mí y en mi capacidad.

A mis tutoras Dra. Daniela Mejía, Mtr. Patricia Ortiz y Dra. Carmen Cabezas por su ayuda para la culminación de este trabajo.

Paola Tite.

ÍNDICE GENERAL

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN.....	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS PARA LA TITULACIÓN.....	ii
DEDICATORIA (AUTOR 1).....	iii
AGRADECIMIENTO (AUTOR 1).....	iv
DEDICATORIA (AUTOR 2).....	v
AGRADECIMIENTO (AUTOR 2).....	vi
ÍNDICE GENERAL.....	vii
LISTA DE TABLAS.....	xi
LISTA DE GRÁFICOS.....	xii
LISTA DE ANEXOS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY.....	xvi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. Descripción del problema:	3
1.2 Formulación del problema.....	4
1.3 Preguntas de investigación.....	4
CAPITULO II	
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 Definición de Depresión.....	5
2.2 Etiopatogenia de los Trastornos Depresivos.....	6
2.2.1 Factores biológicos.....	6
2.2.2 Factores genéticos.....	8
2.3 Epidemiología de los trastornos depresivos.....	8
2.4 Clasificación de los trastornos depresivos.....	9
2.5 Factores de Riesgo para la Depresión.....	10
2.6 Sintomatología de los Trastornos Afectivos.....	11
2.7 Curso Clínico de la Depresión.....	13
2.8. Abordaje Diagnostico.....	13
2.8.1 Criterios Diagnósticos del episodio depresivo.....	15
2.9 Diagnóstico Diferencial.....	16
2.10 Cribado de Depresión.....	17
2.11 Instrumentos de Evaluación de los Trastornos Depresivos.....	18
2.12 Manejo de la Depresión.....	24
2.12.1 Intervención Psicológica.....	25
2.12.2 Tratamiento Farmacológico.....	26
2.12.2.1 Fármacos Antidepresivos.....	27
2.13 Depresión en el Embarazo.....	30

2.13.1 Introducción.....	30
2.13. 2 Definición.....	31
2.13.3 Epidemiología.....	31
2.14.4 Factores de Riesgo.....	32
2.13.4.1 Factores Biológicos.....	32
2.13.4.2. Factores Psicosociales.....	32
2.13.5 Cuadro Clínico.....	33
2.13.6 Diagnóstico.....	34
2.13.7 Cribado de Depresión.....	35
2.13.8 Instrumentos de Evaluación de Depresión en el Embarazo.....	35
2.13.9 Tratamiento de la Depresión en el Embarazo.....	35
2.13.9.1 Tratamiento según la severidad del cuadro.....	36
2.13.10 Riesgos de no Tratar la Depresión en el Embarazo.....	37
2.14 Trastornos Afectivos del Postparto – clasificación.....	38
2.14.1 Depresión Postparto.....	38
2.14.1.1 Introducción	38
2.14.1.2 Definición.....	39
2.14.1.3 Epidemiología.....	39
2.14.1.4 Etiología.....	40
2.14.1.4.1 Factores Biológicos.....	40
2.14.1.4.2 Factores Psicológicos.....	41
2.14.1.4.3 Factores Psicosociales.....	41
2.14.1.4.4 Factores Sociodemográficos.....	41
2.14.1.5 Cuadro Clínico.....	41
2.14.1.6 Diagnóstico de la Depresión Postparto.....	43
2.14.1.7 Cribado para la Depresión Postparto.....	44
2.14.1.8 Instrumentos de Evaluación.....	44
2.14.1.9 Tratamiento de la Depresión Postparto.....	45
2.14.1.9.1 Tratamiento según la Severidad de la Sintomatología.....	46
2.14.1.10 Riesgos de no Tratar la Depresión Postparto.....	46
2.14.2 Psicosis Posparto.....	47
2.14.2.1 Definición.....	47
2.14.2.2 Epidemiologia.....	47
2.14.2.4 Etiología.....	47
2.14.2.4 Cuadro Clínico.....	48
2.14.2.6 Tratamiento.....	48
2.14.2.6 Riesgos de no Tratar la Psicosis Posparto.....	48
2.14.3 Tristeza Posparto.....	49
2.14.3.1 Introducción.....	49
2.14.3.2 Definición.....	49

2.14.3.3 Epidemiología.....	49
2.14.3.4 Etiología.....	49
2.14.3.5 Cuadro clínico.....	50
2.14.3.6 Tratamiento.....	51
2.14.3.7 Riesgos de no Reconocer Oportunamente la Tristeza Postparto.....	51
2.15 Depresión en Madres con Hijos Hospitalizados en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.....	51
2.15.1 Introducción.....	51
2.15.2 Terminología.....	52
2.15.2.1 Neonato Crítico.....	52
2.15.2.2 Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.....	52
2.15.3 Datos estadísticos.....	52
2.15.4 Factores que Favorecen el Aparecimiento de Trastornos Depresivos en Madres de Neonatos Hospitalizados en UCIN.....	52
2.15.5 Factores que Reducen los Niveles de Depresión en Madres de Neonatos Hospitalizados en UCIN.....	53
2.15.6 Manejo de los Trastornos Depresivos en Madres de Hijos Hospitalizados en UCIN.....	54
2.15.7 Riesgos de no Detectar Oportunamente los Trastornos Afectivos Maternos en Mujeres con Hijos Hospitalizados en UCI.....	54
CAPÍTULO III	
3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	56
CAPÍTULO IV	
4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	58
4.1 Planteamiento de la Hipótesis.....	58
4.2 Objetivos de Investigación.....	58
4.2.1 Objetivo General.....	58
4.2.2 Objetivos Específicos.....	58
CAPÍTULO V	
5. METODOLOGÍA.....	59
5.1 Tipo de Estudio.....	59
5.2 Variables.....	59
5.3 Operacionalización de Variables.....	59
5.4 Universo.....	60
5.5 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	61
5.6 Procedimiento de Recolección de Información.....	62
5.7 Procesamiento de los Datos.....	62
5.8 Aspectos Bioéticos.....	64
CAPÍTULO VI	
6. RESULTADOS.....	65
6.1 Descripción y Análisis.....	65

CAPÍTULO VII

7. DISCUSIÓN.....	81
LIMITACIONES.....	84

CAPÍTULO VIII

8. CONCLUSIONES.....	85
----------------------	----

CAPÍTULO IX

9. RECOMENDACIONES.....	87
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	88
ANEXOS.....	94

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Relación entre síntomas somáticos y afectivos de Depresión.....	12
Tabla 2. Terminología del curso de la depresión.....	13
Tabla 3. Abordaje Diagnóstico de la Depresión.....	14
Tabla 4. Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo según CIE -10.....	15
Tabla 5. Criterios Diagnósticos de Trastorno Depresivo mayor según DSM-5.....	16
Tabla 6. Diagnóstico Diferencial de Episodio Depresivo con Enfermedades Orgánicas y Psiquiátricas.....	17
Tabla 7. Recomendaciones de los programas USPSTF y Task Force Canadiense.....	18
Tabla 8. Ítems de la sintomatología que se evalúa en la EDPS.....	20
Tabla 9. Fármacos Antidepresivos según su mecanismo de acción.....	28
Tabla 10. Riesgo fetal del uso de algunos psicofármacos durante la gestación.....	37
Tabla 11. Operacionalización de variables.....	59
Tabla 12. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	61
Tabla 13. Categorización de las variables.....	62
Tabla 14. Porcentajes y frecuencias según las características de los factores sociodemográficos y psicosociales.....	65
Tabla 15. Neonatos admitidos a UCIN.....	66
Tabla 16. Relación entre la depresión en el embarazo y la depresión postparto.....	68
Tabla 17. Depresión Postparto y su relación con el ingreso hospitalario del neonato a UCIN.....	69
Tabla 18. Depresión postparto y su relación con la edad.....	70
Tabla 19. Depresión postparto y su relación con el estado civil.	71
Tabla 20. Depresión postparto y su relación con el nivel de instrucción.....	71
Tabla 21. Depresión postparto y su relación con la ocupación.....	72
Tabla 22. Depresión postparto y su relación con la condición socioeconómica.....	73
Tabla 23. Depresión postparto y su relación con el apoyo familiar.....	74
Tabla 24. Depresión postparto y su relación con la admisión del neonato a UCIN y la edad.....	75
Tabla 25. Depresión postparto y su relación con la admisión del neonato a UCIN y el estado civil.....	76
Tabla 26. Depresión postparto y su relación con la admisión del neonato a UCIN y el nivel de instrucción.....	77
Tabla 27. Depresión postparto y su relación con la admisión del neonato a UCIN y la ocupación.....	78
Tabla 28. Depresión postparto y su relación con la admisión del neonato a UCIN y la condición socioeconómica.....	79
Tabla 29. Depresión postparto y su relación con la admisión del neonato a UCIN y el apoyo familiar	80

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Manejo escalonado de la depresión.....	24
Gráfico 2. Incidencia de Depresión en el embarazo según resultados obtenidos con la Escala de Edimburgo.....	67
Gráfico 3. Incidencia de Depresión postparto según los resultados obtenidos con la Escala de Goldberg.....	67

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA 1. CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN EDIMBURGO.....	95
ANEXO 2. ENCUESTA 2. ESCALA DE GOLDBERG PARA DEPRESIÓN.....	97
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	99

TITULO: “DEPRESION POSTPARTO EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL (UCIN) Y NO HOSPITALIZADOS, EN LOS HOSPITALES UN CANTO A LA VIDA Y MATERNIDAD NUEVA AURORA, UN SEGUIMIENTO DESDE LA ETAPA GESTACIONAL”

Autores: Isaac Hernán Casillas Peña
Paola Lorena Tite Mallitasig.

Directora de Tesis: Dra. Daniela Mejía.
Tutora Metodológica: Mtr. Patricia Ortiz

RESUMEN

La depresión postparto (DPP) es una patología que muchas veces es subdiagnosticada y si no se trata oportunamente, conlleva graves consecuencias afectivas a corto o largo plazo en la diada madre e hijo y en el entorno familiar. Presenta una alta prevalencia global, según los datos reportados en la literatura se estima entre el 13,8 al 32%. Con respecto a la depresión postparto que tiene como antecedente un episodio depresivo desde el embarazo, la literatura menciona una prevalencia entre el 22,6 al 65%. Por otro lado según los autores mundiales, el porcentaje de DPP en madres cuyos hijos se encuentran hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) se sitúa entre el 28 y 67%.

El propósito de este trabajo investigativo, fue determinar la incidencia de depresión postparto en madres de neonatos hospitalizados y no hospitalizados en la UCIN en el Hospital Un Canto a la Vida y Maternidad Nueva Aurora, además realizar un seguimiento desde la etapa gestacional y también determinar la relación entre la depresión postparto con factores de riesgo sociodemográficos y psicosociales, esto se realizó mediante la aplicación de la Escala de Edimburgo en el embarazo y la Escala de Goldberg en el postparto.

En este estudio descriptivo analítico longitudinal realizado en 150 mujeres puérperas a quienes se les realizó un seguimiento desde las 30 semanas de gestación, se encontró que la frecuencia de depresión postparto en las mujeres que tuvieron a sus hijos hospitalizados en UCIN fue del 90% (n=63) mientras que en las madres cuyos hijos no fueron admitidos en UCIN fue del 50% (n=40). En lo que respecta a la depresión postparto teniendo como antecedente un episodio depresivo desde el embarazo se encontró una frecuencia del 81% (n=51). Estos resultados obtuvieron asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Con respecto a los factores sociodemográficos como son la instrucción, la condición socioeconómica y su relación con la depresión postparto se obtuvieron asociaciones fuertes y estadísticamente significativas ($p < 0,05$); mientras entre el estado civil, la ocupación, la edad, el apoyo familiar y su relación con la depresión postparto se lograron asociaciones débiles, sin significancia estadística ($p > 0,05$)

El riesgo de que una mujer desarrolle DPP se incrementa si a los factores de riesgo se añade el ingreso neonatal a UCIN, por tanto la admisión hospitalaria del neonato es un factor concluyente y con una fuerte asociación estadística ($p < 0,05$) para el desarrollo de depresión en el postparto. Asimismo la DPP guarda estrecha relación cuando ha existido un antecedente de depresión previo en el embarazo, por lo que son necesarios más estudios sobre este tema para poder desarrollar intervenciones preventivas adecuadas.

Palabras clave: Depresión postparto / Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal / Gestación / Factores de riesgo.

TITLE: “POSTPARTUM DEPRESSION IN MOTHERS OF NEONATOS HOSPITALIZED IN THE INTENSIVE CARE UNIT NEONATAL (NICU) AND NON-HOSPITALIZED, IN THE HOSPITALS UN CANTO A LA VIDA AND MATERNIDAD NUEVA AURORA, A MONITORING FROM THE STAGES GESTACIONAL”.

Authors: Isaac Hernán Casillas Peña.
Paola Lorena Tite Mallitasig.

Director: Dra. Daniela Mejía.
Methodological Tutor: Mtr. Patricia Ortiz

SUMMARY

Postpartum depression (PPD) is a pathology that is often underdiagnosed and, if left untreated, has serious short- or long-term affective consequences in the mother and child dyad and in the family environment. It presents a high overall prevalence, according to the data reported in the literature it is estimated between 13.8 to 32%. With regard to postpartum depression, which has a history of depressive episodes since pregnancy, the literature mentions a prevalence between 22.6% and 65%. On the other hand, according to the world authors, the percentage of PPD in mothers whose children are hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) is between 28% and 67%.

The purpose of this research was to determine the incidence of postpartum depression in mothers of hospitalized and non-hospitalized neonates in the NICU at Hospital A Canto a la Vida and Maternidad Nueva Aurora, as well as follow up from the gestational stage and also determine the relationship between postpartum depression with sociodemographic and psychosocial risk factors, this was done by applying the Edinburgh Scale in pregnancy and the Goldberg Scale in the postpartum period.

In this descriptive longitudinal analytical study of 150 postpartum women who were followed up at 30 weeks of gestation, the frequency of postpartum depression in the women who had their children hospitalized in the NICU was found to be 90% (n = 63) whereas in mothers whose children were not admitted to the NICU was 50% (n = 40). With regard to postpartum depression, having a depressive episode since pregnancy, a frequency of 81% (n = 51) was found. These results obtained statistically significant associations (p <0.05).

Concerning sociodemographic factors such as education, socioeconomic status and its relation to postpartum depression, strong and statistically significant associations were obtained (p <0.05); while between marital status, occupation, age, family support and its relation to postpartum depression, weak associations were achieved, with no statistical significance (p > 0.05)

The risk that a woman develops PPD increases if risk factors are added to neonatal admission to the NICU, so the hospital admission of the neonate is a conclusive factor and with a strong statistical association (p <0.05) for the development of postpartum depression. DPP is also closely related when there has been a history of previous depression in pregnancy, so further studies are needed to develop appropriate preventive interventions.

Key words: Postpartum Depression / Neonatal Intensive Care Unit / Gestation / Risk Factors.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad mental que se encuentran en ascenso y según las estadísticas globales hasta el 2013 se estima que ha afectado aproximadamente a 615 millones de personas, es decir, casi el 10 % de la población ha presentado depresión en algún momento de su vida, se considera que la depresión es un problema que afecta a 1 de cada 5 personas a nivel mundial (OMS, 2016). Y debido a su alta prevalencia actualmente se considera a los trastornos depresivos como un problema de salud pública (Medina, 2013)

En cuanto al sexo, se ha visto que las mujeres son las más afectadas en relación a los hombres y el grupo etario más perjudicado son las mujeres en edad fértil (OMS, 2016)

La prevalencia de depresión durante el embarazo es cercana al 10%, afecta tanto a la madre como al futuro bebé y se ha vinculado a la depresión gestacional con desenlaces obstétricos desfavorables como son parto pretérmino, preeclampsia, bajo peso al nacimiento, además se ha establecido que la depresión gestacional engendra también conflictos intrafamiliares (Ceballos et al., 2010) (Jadresic, 2014)

Los hijos de madres que padecieron depresión durante el embarazo tienen más riesgo de sufrir secuelas tanto en el período fetal, en la etapa preescolar, así como también en las etapas posteriores de la vida; manifestado como trastornos conductuales, déficit cognitivo y problemas de adaptación escolar (Ceballos et al., 2010)

La depresión gestacional sin el tratamiento adecuado, incrementa el riesgo de desarrollar depresión posparto hasta en un 50 a 65 % y también tristeza posparto (TPP) hasta en un 80 % (Ceballos et al., 2010)

Está demostrado que, la presencia de depresión en cualquier momento de la etapa perinatal incide a corto y a largo plazo en el vínculo afectivo madre – neonato (Jadresic, 2010).

Por lo expuesto anteriormente es prioritario el reconocimiento y diagnóstico pertinente de la depresión gestacional desde el primer nivel de atención, con el objetivo de prevenir complicaciones tanto para la madre como para el niño (Durán, Téllez, Velasco, 2015)

Al igual que en el embarazo, la etapa postparto también se caracteriza por una susceptibilidad emocional incrementada en la mujer, se ha identificado que hasta un 40% de las mujeres puérperas padece síntomas depresivos, y de ellas un 10 a 15% termina desarrollando enfermedad depresiva propiamente dicha (Jadresic, 2014)

En general, en la etapa perinatal existen variaciones hormonales, bioquímicas, psicológicas y sociales que aunadas a la presencia de factores de riesgo predisponen a una vulnerabilidad psíquica en la mujer, generando de esa manera un conflicto interno por las nuevas aspiraciones individuales, las necesidades que surgen y el reto de adaptarse a nuevas responsabilidades en esta etapa, todo aquello puede finalmente derivar en trastornos mentales en este período vital (Jadresic, 2014) (Navas, 2013)

Por otro lado, la presencia de síntomas depresivos en la madre constituye un elemento de riesgo para el futuro desarrollo social, conductual y funcional del recién nacido (Botto, Acuña y Jiménez, 2014)

La depresión postparto se correlaciona con una distorsión de la percepción materna hacia el neonato creando una falsa apreciación y una crianza más complicada que se vincula con la posibilidad de violencia hacia el infante (Giraldo, Lopera, Duque, Gaviria y Restrepo, 2012)

Para una madre, la llegada del neonato implica la supresión del vínculo intrauterino con el feto, la exclusión del padre de la nueva diada madre – hijo, exigencia de tiempo y demás recursos; todo lo cual genera definitivamente una transformación en todas las facetas de su vida que conlleva a cambios en el aspecto físico, social y psicológico, constituyéndose en un acontecimiento agobiante y en general para los padres, supone un verdadero reto acondicionarse a la nueva situación (Durán et al., 2015)

Por otra parte la presencia de un nuevo ser en el seno de la familia provoca en los progenitores sentimientos de confusión, labilidad, desvanecimiento del utópico del niño ideal y crea a su vez un nuevo enfoque en la situación real (Martín, Pérez y Riquelme, 2016)

Cuando nace un niño con alguna patología que obliga su ingreso a UCIN, existe un elevado grado de estrés, angustia, por la pérdida del imaginario hijo perfecto, lo que puede deteriorar el lazo afectivo madre/hijo y a su vez el asentamiento de un apego seguro para el adecuado desarrollo tanto físico como psicológico del neonato (Villanova, Flores, Emil, y Palacios, 2013)

Por lo tanto, el ingreso hospitalario a UCIN crea inseguridad en los padres con relación a la condición de salud futura del niño, a su calidad de vida, autonomía, temor a la muerte del infante, pérdida de la conectividad madre-hijo, la disociación física de ambos, lo que constituye un factor estresor y predisponente para el desarrollo de trastornos emocionales variados, que pueden expresarse con bloqueo o euforia (Ruíz, Ceriani, Cravedi y Rodríguez, 2005)

Wormald et al. (2015) afirma que la adecuación materna a las condiciones tensionantes de la hospitalización del neonato, está relacionada con la situación socioeconómica, nivel de instrucción y la condición laboral; lo cual supedita a la mujer para acoplarse a la situación adversa, engendra también dificultad para entender la información recibida por parte del personal médico y si a ello se suma la sensación de un menor apoyo por parte del personal de enfermería, genera en las madres un mayor grado de depresión.

Cuando una madre visita a su hijo en unidad de cuidados intensivos neonatales por primera vez, se desencadena una variedad de emociones de diversa intensidad debido a que está enfrentado un mundo desconocido, en donde la tecnología, los equipos médicos, el ir y venir de los profesionales, generan en la mujer una situación confusa, que puede repercutir en el contacto con el neonato (Ruíz et al., 2005). Es por eso que la experiencia de una madre con su hijo en sala de UCIN es altamente tensionante, en especial con respecto a la postergación de su rol materno (Wormald et al., 2015)

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del Problema

La depresión es un problema que afecta a 1 de cada 5 personas a nivel mundial, con relación al sexo se ha visto una mayor prevalencia en las mujeres en relación a los hombres y el grupo etario más afectado son las mujeres en edad fértil (OMS, 2016)

Actualmente se considera que los trastornos depresivos ocupan el cuarto lugar de entre las enfermedades incapacitantes y se prevé que para el 2020 ocupará cómodamente el segundo lugar a nivel mundial (Zarragoitia, 2011)

En última edición del DSM-V, se introduce el término “Depresión Perinatal”, tomando como precedente, que hasta un 50% de los episodios de depresión postparto tendrían su origen real en el embarazo (Jadresic, 2014)

El postparto constituye un período de gran variabilidad hormonal, que contribuye fácilmente a la vulnerabilidad mental en la madre y por tanto predispone al desarrollo de sintomatología depresiva (Navas, 2013)

Es necesario entonces trabajar frente al estigma que pueden sentir las pacientes deprimidas, sin minimizar el hecho de que la madre puede sentir temor a ser juzgada como incapaz de cuidar a sus hijos y más bien motivarlas, a confesar sus sentimientos para la búsqueda de atención profesional oportuna (Ministerio de Salud Chile, 2014). Si se toman las acciones necesarias, se puede sortear o al menos disminuir las consecuencias nefastas que acarrea la depresión perinatal tanto en la madre, el entorno familiar y principalmente en los hijos; no solo en la etapa postnatal propiamente dicha, sino también a largo plazo (Jadresic, 2014)

La DPP también afecta a la relación conyugal, ya que se ha visto que las parejas de mujeres deprimidas tienen un riesgo incrementado de hasta un 50 % más que en el resto de la población masculina de padecer también depresión (Rementería y Ponce, 2013)

Haciendo referencia entonces al término de Depresión Perinatal, es indispensable que todos los profesionales de la salud que mantienen contacto con las mujeres embarazadas y las mujeres puérperas, se enfoquen en esta etapa; como una única oportunidad para diagnosticar y tratar oportunamente la depresión materna, tanto en el pre como en el postparto (Jadresic, 2014)

Por lo mencionado anteriormente, es evidente entonces, que el médico de familia en su rol preventivo y considerando que es el profesional que mantiene el primer contacto con la mujer embarazada o en puerperio, debe conocer esta problemática, estar en la capacidad de identificar la sintomatología para poder ofrecer la ayuda necesaria y de no der posible aquello, estar preparado para la derivación oportuna. Por todo lo anteriormente mencionado, es conveniente el planteamiento de la presente investigación.

1.2 Formulación del Problema

¿La depresión postparto en las madres de neonatos hospitalizados en UCIN, tiene relación con la admisión hospitalaria del neonato y en sentido general, el desarrollo de depresión postparto tiene relación con factores de riesgo maternos psicosociales y sociodemográficos?

1.3 Preguntas de Investigación

¿Cuántas de las mujeres puérperas, que son atendidas en el Hospital Un Canto a la Vida y Maternidad Nueva Aurora presentan depresión?

¿La admisión de un neonato a UCIN, se considera como factor de riesgo para el desarrollo de depresión postparto en la madre?

¿Cuántas mujeres desarrollaron depresión exclusivamente en el postparto y cuántas ya desarrollaron depresión desde el embarazo?

¿La depresión postparto que se identifica en las madres con sus hijos ingresados en UCIN, surge por la admisión hospitalaria del neonato, o se trata de un cuadro depresivo preexistente desde la etapa gestacional?

¿Existe relación entre las características sociodemográficas (edad, nivel de instrucción y estado civil), con la depresión postparto en mujeres que acuden al Hospital Un Canto a la Vida y Maternidad Nueva Aurora?

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Definición de Depresión

Etimológicamente la palabra depresión, deriva del latín *de* y *premere* (oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo) (Zarragoitía, 2011) (Botto et al., 2014)

Frecuentemente el término depresión trae confusión, es mal interpretado y usado de manera inadecuada para describir un estado anímico que muchas veces puede ser normal (Zarragoitía, 2011)

A continuación se mencionan algunas definiciones:

Según la Real Academia Española de la Lengua, la depresión es un “Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas a veces con trastornos neurovegetativos” (Real Academia Española, 2017)

El último boletín de la OMS, refiere que la depresión es una patología caracterizada por una tristeza permanente, anhedonia, e incapacidad para la realización de las actividades cotidianas de la vida y se considera que dicha sintomatología debe estar presente por al menos dos semanas seguidas (OMS, 2017)

La depresión constituye un evento de adaptación normal, que se traduce como método de defensa innato de la especie humana ante alguna situación que implique una amenaza afectiva relacionada con dolor o pérdida; esta condición genera en la persona sentimientos de tristeza y variación del estado anímico (Botto et al., 2014)

La depresión es una alteración primaria del estado anímico, caracterizada por desaliento el mismo que afecta todos los aspectos de la vida de la persona que la padece, es considerada como una alteración mayor que genera gran impacto económico y una alta morbilidad (Zarragoitía, 2011)

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. (Sistema Nacional de Salud, 2014, p.35)

Aún existe controversia acerca de considerar a la depresión como un síntoma, un síndrome, un trastorno o una enfermedad, pero lo que sí está claro es que la depresión presenta rasgos bien definidos que deben ser manejados en conjunto (Zarragoitía, 2011)

2.2 Etiopatogenia de los Trastornos Depresivos

En la génesis de la depresión están involucrados factores biológicos (genéticos, moleculares, bioquímicos), que en conjunción con estímulos estresores (apropiados en cantidad y calidad), producen alteraciones del funcionamiento del eje hipotálamo, hipófisis e incluso suprarrenal, que a la postre ocasionan una alteración de la homeostasis corporal. (Guadarrama et al., 2008) (Navas, 2012)

Seguidamente se detallan los factores involucrados en la etiopatogenia de los trastornos depresivos:

2.2.1 Factores biológicos

Dentro de los factores biológicos se considera la alteración de los neurotransmisores, de las estructuras anatómicas cerebrales y teorías que explican las alteraciones moleculares y bioquímicas cerebrales que se mencionan a continuación:

Neurotransmisores

Esta claramente descrito que los neurotransmisores aminérgicos como serotonina, adrenalina y noradrenalina intervienen en la etiopatogenia de los trastornos depresivos. (Guadarrama, Escobar y Zhang, 2008)

Serotonina

Esta neurohormona juega un papel fundamental en la patogenia del trastorno depresivo, ya que entre sus acciones está la regulación del humor, el temperamento, aunque también ejerce acción sobre la apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardíacas, ciclo sueño vigilia, de este contexto parte el hecho de que los fármacos que aumentan la neurotransmisión serotoninérgica, son eficaces para tratar los trastornos mentales. (Guadarrama et al., 2008)

Dopamina

Este neurotransmisor endógeno juega un rol importante en la regulación de las funciones motoras, cognitivas, emocionales, cambios sinápticos específicos observados en ciertos estados de aprendizaje y memoria, así como también de la plasticidad sináptica. Es por ello que se la ha asociado a los trastornos mentales con deficiencia de memoria como por ejemplo la enfermedad de Parkinson. (García y Navarro, 2005)

Con respecto al trastorno depresivo se han encontrado que los receptores dopaminérgicos D1, D2 y D4 se expresan en mayores cantidades en individuos que padecen depresión mayor. (Díaz y González, 2012)

Norepinefrina

Esta neurohormona que posee actividad semejante a marcapasos en la actividad neuronal, se incrementa ante situaciones de estrés y vigilia, de este modo el organismo está preparado para la sobrevivencia. Se sostiene entonces la teoría de que un desbalance entre las concentraciones de norepinefrina en conjunto con serotonina, generan un estado de depresión reactiva frente a situaciones estresantes de duración crónica. Por ello el blanco del mecanismo de acción de los fármacos antipsicóticos es precisamente el transportador de norepinefrina, ya que estos bloquean la vía de transporte dando lugar a la potenciación de la actividad sináptica de la norepinefrina. (Díaz y González, 2012)

Hipótesis de Glutamatérgica y Gabaérgica de la Depresión

La actividad del GABA permite la adecuada sincronización eléctrica, condición que es indispensable para el procesamiento neural de las funciones ejecutivas y cognitivas superiores complejas como es la memoria (Morales y Pérez, 2015)

La glutamina sintetasa, es la enzima responsable del reciclaje desde glutamato a GABA, y según las investigaciones realizadas; esta se encuentra disminuida en varias áreas prefrontales y parietales de pacientes postmortem con diagnóstico de depresión mayor. De las investigaciones realizadas se ha llegado a la conclusión de que en pacientes con trastorno depresivo mayor existe una disminución de las concentraciones totales de glutamina (Díaz y González, 2012)

Hipótesis Neurotrófica de la Depresión

El factor neurotrófico, es una proteína, que actúa como factor de crecimiento y según los estudios experimentales se considera que una disminución de dicho factor contribuye a la atrofia del hipocampo y la corteza cerebral, en respuesta al estrés en pacientes con trastornos depresivos (Díaz y González, 2012)

Hipótesis inflamatoria de la Depresión

En la génesis de los trastornos depresivos se han implicado también a los mediadores inflamatorios, es así que se ha considerado que las emociones negativas como las experiencias estresantes en un individuo, aumentan la producción de citocinas proinflamatorias y estas a su vez, se han relacionado fuertemente como mediadores de ciertos estados patológicos en el sistema nervioso central, como la depresión mayor. También se ha evidenciado una asociación positiva entre la PCR, IL-6 e IL-1 y la presencia de depresión. Por su parte la depresión como tal, promueve y mantiene la inflamación mediante el descenso de la sensibilidad del sistema inmunitario a los glucocorticoides, responsables del cese de la respuesta inflamatoria. Por otro lado el factor liberador de corticotropina (CRH) implicado en la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) induce el incremento de la hormona adenocorticotropa (ACTH) y por tanto el incremento de los valores de cortisol en el plasma; partiendo de este concepto, se sustenta la hipótesis de que el tratamiento con antagonistas de los receptores de factor liberador de corticotropina podrían abolir la sintomatología depresiva (Díaz y González, 2012)

Teoría de la diátesis-estrés o interacción herencia-medio ambiente

Esta teoría intenta explicar cómo interactúan los factores ambientales en un individuo con cierta predisposición genética, aduciendo que la presencia de factores estresantes en la vida temprana interacciona con el genotipo e incrementa el riesgo de padecer depresión a futuro. (Díaz y González, 2012)

Alteraciones morfofuncionales cerebrales implicadas en la depresión

Estudios de imagen en pacientes con trastorno depresivo mayor, han revelado alteraciones estructurales en ciertas áreas cerebrales, como hipocampo, amígdala, corteza prefrontal dorso lateral y ventral, dichas alteraciones corresponden básicamente a disminución del volumen con alteraciones de la función sináptica y la neurotransmisión, y por tanto una alteración en estas zona se traducen en alteraciones en los procesos mentales superiores (Díaz y González, 2012)

2.2.2 Factores genéticos

Estos factores se han establecido gracias a los estudios relacionados con los genes implicados en el desarrollo de la depresión y el papel de las monoaminas. Se han identificado marcadores genéticos potenciales para los trastornos depresivos en los cromosomas X 4, 5, 10, 11, 18, 21, también se ha identificado que individuos que poseen el gen SIRT1 del transportador de serotonina, presentan más riesgo de padecer depresión (Guadarrama et al., 2008)

2.3 Epidemiología de los trastornos Depresivos

La Organización Mundial de la Salud afirma que la depresión afecta a un promedio de 4,4 % de la población en todo el planeta (OMS, 2016)

A nivel regional en América Central y América del Sur la OMS reporta que el país con mayor prevalencia de depresión es Brasil con 5,8 %, le sigue Cuba con 5,5%, en tercer lugar Paraguay con 5,2 %, Chile y Uruguay ocupan el cuarto lugar con el 5 %, Perú con el 4,8, % en tanto que Argentina, Costa Rica, República Dominicana y Colombia tienen el 4,7 %, seguido de Ecuador con el 4,6%, Bolivia, El Salvador y Panamá tienen el 4,4% mientras que en México, Nicaragua y Venezuela se registra el 4,2%, Honduras 4 % y Guatemala es el último país con una prevalencia de depresión estimada del 3,7%.(OMS, 2016).

La depresión afecta a 1 de cada 6 personas (16,6%) en un año determinado y de ellas, las mujeres en edad fértil son las más propensas a sufrir esta patología (American Psychiatric Association, 2017)

Según The American Journal of Psychiatry la estimación de la prevalencia de la depresión mayor en la población global es del 17,1%, con una distribución demográfica similar en ambos sexos (American Journal of Psychiatry, 2010)

En el documento revelado en Ginebra el año pasado por la OMS, también se reconoce que la depresión es más frecuente en tres grupos poblacionales vulnerables y bien definidos como son los jóvenes, mujeres embarazadas y mujeres en posparto (OMS, 2016)

Los trastornos depresivos constituyen una de las patologías más subdiagnosticadas o sobrediagnosticadas, por lo tanto quienes la padecen, no reciben un tratamiento acertado y adecuado, lo que a su vez incrementa el costo de esta enfermedad en comparación con otras enfermedades. Zarragoitía (2011) afirma: “En estudios en atención primaria se plantea que es infradiagnosticada en el 31 hasta el 50 % de los casos”. Además que la depresión: “Se presenta entre en el 5 y 8 % de la población, pero en comorbilidad con otras enfermedades puede alcanzar el 25 y 30 %”.

“Se ha estimado que en 2020 la depresión se convertirá en la segunda causa principal de discapacidad” (Cepoiu, McCusker, Cole, Sewitch y Ciampi, 2008)

2.4 Clasificación de los trastornos Depresivos

En forma general para la clasificación estadística de las patologías mentales hay dos sistemas reconocidos internacionalmente que son:

1. Clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas de salud (**CIE – 10**) publicada por la OMS y
2. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (**DSM IV TR.**) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) este sistema clasificatorio para los trastornos mentales fue publicado por primera vez en el año 1994 por la Asociación Americana de Psiquiatría cuyo objetivo fue detallar las categorías diagnósticas, se usa tanto con fines clínicos como investigativos (Sistema Nacional de Salud, 2014) (Zarragoitía, 2011)

Primero es preciso identificar los síntomas de un episodio depresivo

Síntomas Típicos	{ Animo depresivo Anhedonia Disminución de la vitalidad, fatiga, cansancio extremo
---------------------	---

- Déficit de la atención y concentración
- Pérdida de la autoconfianza, sensación de inferioridad
- Ideas de culpa
- Perspectiva sombría del futuro
- Ideación suicida o de autoagresión
- Trastornos del sueño
- Pérdida del apetito (Zarragoitía, 2011) (Gobierno de Canarias, 2008)

Episodio Depresivo (F32) según CIE -10

De acuerdo a la presencia de criterios, se clasifica en:

- **Episodio depresivo leve:** presencia de por lo menos 2 de los 3 síntomas típicos, dichos síntomas tienen que estar presentes cuanto mínimo 2 semanas y ninguno debe estar presente en grado intenso, pero pueden manifestarse, si coexisten varios síntomas a la vez (Gobierno de Canarias, 2008)

La persona afectada puede tener algún grado de dificultad para realizar sus actividades laborales, sin embargo en ningún caso las abandonará completamente (Zarragoitía, 2011)

Existen situaciones que pueden ocultar alteraciones del estado anímico como son: la ira, ingesta de sustancias tóxicas, intensificación de aversiones, o patologías hipocondríacas (Sistema Nacional de Salud, 2014).

- **Episodio depresivo moderado:** Deberán estar presentes al menos 2 de los 3 síntomas típicos o 3 de preferencia 4 de los síntomas restantes. La persona afectada tendrá inconvenientes para la realización de sus actividades cotidianas. (Zarragoitía, 2011)
- **Episodio depresivo grave:** Característicamente, la persona afectada presentará gran angustia y agitación, pérdida de la autoestima e incremento de los sentimientos de culpa. (Gobierno de Canarias, 2008)

Para el diagnóstico son necesarios los tres síntomas típicos ya mencionados y mínimo 4 de los demás síntomas, las personas que padecen esta patología son incapaces de continuar realizando sus actividades labores cotidianas y si lo hacen, es de forma muy limitada. (Sistema Nacional de Salud, 2014)

Trastorno Depresivo Recurrente (F33)

Está caracterizado por la presencia de episodios depresivos a repetición con peculiaridades de episodios depresivos leves o moderados, esta patología tiene un pico de presentación entre la quinta década de vida y una duración de 3 a 12 meses con un promedio de duración de 6 meses. (Zarragoitía, 2011)

2.5 Factores de riesgo para la depresión

El desarrollo de los trastornos depresivos es de causa multifactorial y la probabilidad de su apareamiento depende de una amplia gama de variables considerados como factores de riesgo, sin embargo, hasta ahora no ha sido posible establecer la interacción entre estos. Así mismo no se conoce la jerarquía de cada uno de ellos (Sistema Nacional de Salud España, 2014)

Cabe recalcar que debe existir una conjunción de estos factores, los mismos que operan a través del tiempo para potenciar su capacidad patogénica. (Navas, 2013) (Guadarrama et al., 2008)

Los factores de riesgo para depresión se clasifican en:

- Factores genéticos
- Factores personales
- Factores sociales
- Factores familiares
- Factores cognitivos (Sistema Nacional de Salud España, 2014)

Factores Genéticos y Familiares

El factor genético juega un papel importante en el apareamiento de los trastornos depresivos graves independientemente de la influencia ambiental, es así que el riesgo de que los parientes de primer grado de una persona afectada la padezcan esta incrementado. Sin embargo se habla de que el componente genético como tal, no es exclusivo para el apareamiento de la depresión sino que depende también del componente ambiental. Entonces se estableció la interacción genéticoambiental según la cual, la respuesta de un individuo a los estímulos ambientales es influenciada por la carga genética. (Guadarrama et al., 2008)

Factores Personales y Sociales

Dentro de este grupo existen ciertos factores que predisponen a una mayor prevalencia como son en el sexo femenino, el padecimiento de enfermedades crónicas físicas o mentales, el consumo de alcohol y tabaco, pacientes con rasgos neuróticos de personalidad, antecedentes de trastornos de ansiedad personales y familiares, también se ha descrito una asociación entre el padecimiento de migraña, la coexistencia de patologías endocrino metabólicas y depresión. En cuanto a las circunstancias sociales se menciona el bajo nivel socioeconómico y la condición laboral, el estado civil (soltero, divorciado o viudo) y la edad (Sistema Nacional de Salud España, 2014)

Factores cognitivos

Se basa principalmente en las investigaciones de Beck, y se contemplan: esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas (Sistema Nacional de Salud España, 2014)

2.6 Sintomatología de los trastornos afectivos

Manifestaciones inespecíficas como anergia, tristeza, alteraciones del sueño se pueden presentar en cualquier trastorno afectivo, incluso como parte de una respuesta normal ante situaciones vitales estresantes, por tanto en la depresión se han agrupado de forma didáctica en: síntomas afectivos, cognitivos, conductuales, somáticos (Dayan et al., 2010) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008)

Sintomatología Afectiva

Tristeza Patológica: Constituye uno de los síntomas cardinales aunque no muchas veces claramente identificable, se expresa como desilusión, desmoralización.

Ansiedad: Se traduce como un miedo intenso e injustificado ante una situación vital, es capaz de inducir un estado de alerta y angustia que se perpetúa en el tiempo.

Disforia: Expresada como una emoción desagradable que se acompaña de ideas negativas.

Anhedonia: Es otro síntoma cardinal se trata de una situación en la cual el individuo es incapaz de sentir placer frente a situaciones que normalmente le generaban esta sensación (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008)

Sintomatología Somática

Sobre todo en las primeras etapas de la enfermedad, cuando el paciente acude a las unidades de primer nivel, la sintomatología somática constituye la primera manifestación y entre las principales se pueden mencionar bradispsiquia, bradicinesia, trastornos del sueño, trastornos del apetito, alteraciones del ritmo gastrointestinal, cefalea, astenia, mialgias (Sistema Nacional de Salud, 2014) Ver Tabla 1

Tabla 1.

Relación entre síntomas somáticos y afectivos de Depresión

Síntomas emocionales	Síntomas físicos
Tristeza	Dolores vagos
Falta de interés o satisfacción	Dolor de cabeza
Abrumado	Trastornos del sueño
Ansiedad	Fatiga
Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, indecisiones	Dolor de espalda
Culpa excesiva o inapropiada	Cambios significativos en el apetito, que pueden resultar en una ganancia o pérdida de peso

Tomado de: Zarragoitia, Ignacio. Depresión: generalidades y particularidades. 2011

Sintomatología Cognitiva

Se considera que la sintomatología cognitiva y conductual sería el resultado de la presencia de síntomas somáticos y afectivos previos, ante esta situación el enfermo trata de condicionar su situación y finalmente se termina desarrollando sintomatología cognitiva conductual. Dentro de la sintomatología cognitiva se destacan alteraciones del curso y contenido del pensamiento como bradispsiquia, ideas con contenido negativo, falta de confianza propia, ideas de inferioridad, trastornos de la atención que pueden causar amnesia de eventos recientes además de trastornos intelectuales en sentido general (Sistema Nacional de Salud, 2014)

Sintomatología Conductual

Se puede mencionar a la inhibición, aislamiento social, apatía, ideas de autoagresión; los mismos que pueden conllevar al suicidio (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008)

2.7 Curso clínico de la Depresión

Se atribuye que el curso clínico de la enfermedad suele presentarse en periodos y sigue un curso longitudinal (Madrid, 2015). Ver tabla 2.

Tabla 2.

Terminología del curso de la depresión.

Situación	Características
No respuesta	Descenso <25% en la intensidad de los síntomas respecto al nivel basal.
Respuesta parcial	Reducción en la intensidad de los síntomas del 25-49% respecto al nivel basal. Síntomas todavía evidentes.
Respuesta	Reducción en la intensidad de los síntomas > 50% respecto al nivel basal.
Remisión parcial	La mayoría de los síntomas ya no son evidentes, pero aún quedan síntomas residuales. No se cumplen criterios de depresión mayor pero aún no han pasado 2 meses.
Remisión	Ausencia de síntomas por un periodo superior a 2 meses con recuperación de la capacidad funcional normal.
Recaída	Retorno del paciente al estado sintomático del episodio depresivo perdiendo la fase de remisión alcanzada.
Recuperación	Remisión completa y mantenida durante un periodo superior a 4-6 meses.
Recurrencia	Aparición de un episodio depresivo nuevo, en un paciente que tiene una recuperación completa de un episodio depresivo previo y del que lleva asintomático de 4 a 6 meses.

Tomado de: Madrid Servicio Madrileño de Salud. Criterios de utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor en Atención Primaria. 2015

2.8 Abordaje diagnóstico

La piedra angular para el diagnóstico de los trastornos depresivos constituye la entrevista clínica mediante la anamnesis, tanto al propio paciente como también a los familiares cercanos; ésta deberá caracterizarse por mantener un ambiente de cordialidad, empatía, respeto mutuo, una escucha activa, es necesario el uso tanto del lenguaje verbal y no verbal por parte del médico, quien en todo momento deberá mostrar interés por la situación del paciente, para que a su vez capte, que su médico no pretende únicamente recoger la información necesaria, sino que también le podrá ofrecer comprensión y compromiso; es importante recalcar además que no se recomienda emitir juicios de valor, el lenguaje usado no deberá ser técnico sino más bien sencillo y pueda ser asimilado fácilmente (Sistema Nacional de Salud, 2014)

No existe un algoritmo específico para establecer al diagnóstico; sin embargo se podría realizar el siguiente abordaje. Ver tabla 3.

Tabla 3.

Abordaje Diagnóstico de la Depresión

ESTRATEGIA	POBLACION/OBJETIVO
Identificación de grupos vulnerables para realización de screening en:	<ul style="list-style-type: none">- Pacientes con antecedentes personales o familiares de depresión.- Pacientes con enfermedad física incapacitante o causante de dolor- Pacientes con otros trastornos mentales como demencia.- - Cuidadores de pacientes con elevada dependencia.- Mujeres embarazadas y en postparto
Anamnesis enfocada Aplicación de Instrumentos de evaluación	<ul style="list-style-type: none">- Práctica de escucha activa.- Para identificar posibles antecedentes psiquiátricos personales o familiares- Establecer las redes de apoyo disponibles.- Para identificar posibles casos positivos
Examen físico minucioso y adecuado	<ul style="list-style-type: none">- Para descartar etiología orgánica del cuadro depresivo
Exámenes complementarios <ul style="list-style-type: none">- Hemograma- Bioquímica- Función tiroidea- Serología- TAC: si se sospecha patología cerebral.	<ul style="list-style-type: none">- Para descartar alguna condición médica preexistente

Fuente: Gobierno de Canarias Salud Mental en Atención Primaria Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes. 2008.

Elaborado por: Casillas Isaac y Tite Paola.

Una vez que se ha identificado un posible caso positivo, es necesario evaluar los siguientes parámetros:

- Característica del episodio depresivo: Número, duración, e intensidad de los síntomas, comorbilidades asociadas.
- Aspecto psicosocial: Relaciones interpersonales, apoyo social.
- Disfunción o discapacidad asociada.
- Riesgo de suicidio.
- Respuesta a tratamientos previos (GPC México, 2014).

Ante un paciente con riesgo de depresión, se deberá hacer 2 preguntas de despistaje (con relación al último mes): (Sistema Nacional de Salud, 2014)

“¿Ha perdido interés o placer por las cosas que antes disfrutaba?”

“¿Tiene problemas para conciliar el sueño, o no puede permanecer dormido?” (GPC México, 2014).

Después de haber realizado las preguntas de despistaje, se deberá averiguar si el paciente presenta alguno de los siguientes síntomas; por cuestiones didácticas se emplea la mnemotecnica PSICACES.

P: Psicomotricidad (aumento o disminución)

S: Sueño alterado (aumentado o disminuido)

I: Interés (disminución de la capacidad de disfrutar)

C: Concentración (disminuida)

A: Apetito y peso (aumento o disminución)

C: Culpa

E: Energía (disminuida)

S: Suicidio (ideas) (GPC México, 2014)

Si se obtienen respuestas positivas es necesario establecer los criterios diagnósticos.

2.8.1 Criterios diagnósticos del episodio depresivo (según la CIE-10)

Al igual que para la clasificación; para los criterios diagnósticos se basa fundamentalmente en el CIE -10 y el DSM -5. Ver Tabla 4

Tabla 4.

Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo según CIE -10.

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none">– Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras– Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta– Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual– Empeoramiento matutino del humor depresivo– Presencia de enlentecimiento motor o agitación– Pérdida marcada del apetito– Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes– Notable disminución del interés sexual

Tomado de: Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad de España
Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. 2014

El DSM-5 en su última edición con respecto a la IV no introduce cambios mayores con respecto a los criterios diagnósticos del episodio de depresión mayor, sino breves especificaciones alusivas al estado clínico actual, la característica más importante continúa siendo la presencia de sintomatología por un periodo de al menos 2 semanas consecutivas, con manifestación de un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 involucra disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades rutinarias (Sistema Nacional de Salud, 2014) Ver tabla 5

Tabla 5.

Criterios Diagnósticos de Trastorno Depresivo mayor según DSM-5

1. Ánimo deprimido	<p>Al menos 5 síntomas (de los recogidos en la primera columna) durante un periodo de al menos 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa. Al menos 1 de ellos debe ser ánimo deprimido o pérdida de interés o placer.</p> <p>Estos síntomas deben permanecer la mayor parte del día, con un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos.</p>
2. Pérdida de interés o placer	
3. Cambios de peso o apetito	
4. Alteraciones del sueño	
5. Alteraciones de la actividad psicomotora	
6. Falta de energía	
7. Sentimientos de infravaloración o culpa	
8. Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones	
9. Pensamientos recurrentes relacionados con el suicidio y la muerte	

Tomado de: Madrid Servicio Madrileño de Salud. Criterios de utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor en Atención Primaria. 2015

2.9 Diagnóstico diferencial

Muchas veces no resulta clínicamente fácil el diagnóstico y diferenciación de los estados depresivos de otras enfermedades mentales y enfermedades orgánicas propiamente dichas, ya que suelen compartir rasgos clínicos en común, es oportuno mencionar que el consumo de fármacos u otras sustancias o su abandono, también pueden desencadenar sintomatología depresiva; de allí la necesidad de diferenciar a cada una de ellas. Existen varias entidades nosológicas que pueden cursar y semejar a un cuadro depresivo (Sistema Nacional de Salud, 2014) Ver tabla 6.

Tabla 6.

Diagnóstico Diferencial de Episodio Depresivo con Enfermedades Orgánicas y Psiquiátricas

ENFERMEDADES ORGANICAS	ENFERMEDADES MENTALES
Endocrino/Metabólicas: Hipo e hipertiroidismo Diabetes Enfermedades paratiroides Anemia severa, Enfermedad de Cushing Enfermedad de Adisson Porfiria	Trastorno angustia/ansiedad Trastorno obsesivo compulsivo Trastorno bipolar Trastorno adaptativo
Infecciosas: Tuberculosis Infección por virus del Epstein-Bar VIH Sífilis	Distimia Trastornos adaptativos Síntomas negativos de la Esquizofrenia
Neurológicas: Enfermedad de Alzheimer Esclerosis múltiple Enfermedad de Parkinson Enfermedad cerebrovascular Epilepsia.	Demencia De base afectiva:
Otros: Neoplasias Lúes Dolor crónico	Duelo no complicado

Adaptado de: Sistema Nacional de Salud Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad de España. 2014.
Realizado por Casillas Isaac y Tite Paola

2.10 Cribado de Depresión

Primero es conveniente especificar el término “cribado” el cual hace alusión a la identificación exclusivamente de casos nuevos de depresión (Joffres, Jaramillo y Dickinson, 2013)

No existe un acuerdo claramente definido con respecto a la realización de cribados para la identificación de trastornos depresivos, pero existen algunas recomendaciones como:

En el USPSTF del 2016 (U.S. Preventive Services Task Force), se sugiere la identificación de depresión en la población adulta en sentido general, incluyendo mujeres gestantes, mujeres en periodo posparto y que dicha detección debe realizarse mediante un sistema apropiado; para de

esa manera garantizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiado, ya que la detección oportuna y el consiguiente manejo con antidepresivos, psicoterapia o ambos disminuyen la morbilidad clínica (Grado de Recomendación B). (Sui, Bibbins, y Grossman, 2016)

Es necesario indicar que no se sugiere el cribado si es que no se va a garantizar un seguimiento posterior, esta recomendación se fundamentó en una revisión de ensayos controlados, donde se evaluó la eficacia del cribado rutinario de depresión seguido de una intervención posterior, en comparación, con el cribado sin intervención posterior (Sistema Nacional de Salud, 2014)

Según el Task Force Canadiense, no se recomienda la realización de cribado rutinario para trastornos depresivos en una población asintomática aparente, aun cuando existan factores de riesgo establecidos. Por otro lado se manifiesta que los médicos clínicos deben estar atentos ante la posibilidad de un cuadro depresivo, sobre todo cuando el paciente presenta factores de riesgo y además presente síntomas como insomnio, anhedonia, bajo estado de ánimo, e ideación suicida. (Joffres, et al., 2013).

En conclusión tanto el U.S. Preventive Services Task Force Americano y Canadiense y según la evidencia concuerdan en que no resulta nociva la realización del cribado rutinario de depresión (Sistema Nacional de Salud, 2014) Ver tabla 7

Tabla 7.

Recomendaciones de los programas USPSTF y Task Force Canadiense

Recomendación de USPSTF	Recomendación de Task Force Canadiense
Se debe realizar el cribado de rutina para depresión en la población adulta en el sistema de Atención Primaria, siempre que exista la garantía de: la confirmación diagnóstica, el tratamiento y el seguimiento necesarios.	No realizar el cribado rutina para depresión en una población sin sintomatología depresiva aparente, aun cuando existan factores de riesgo. Si se deberá realizar el cribado para depresión en pacientes con antecedentes previos de depresión.

Adaptado de: Sistema Nacional de Salud Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad de España. 2014.
Realizado por Casillas Isaac y Tite Paola

2.11 Instrumentos de evaluación de los trastornos Depresivos

Para la evaluación e identificación de la gravedad de los trastornos depresivos, así como la respuesta al tratamiento se emplean escalas y entrevistas con diferente grado de estructuración. Es necesario considerar que siempre se partirá de la evaluación clínica (Sistema Nacional de Salud, 2014)

Los cuestionarios de autorreporte no diagnostican la patología depresiva, pero si son sensibles a la presencia de sintomatología depresiva, lo que permite detectar posibles casos positivos para depresión. (Lam et al, 2009)

Existen algunas escalas, a continuación se mencionan las más importantes.

Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS).

La EPDS fue desarrollada por primera vez por los autores Cox, Holden, Sagovsky inicialmente se aplicó en centros de salud de Livingston y Edimburgo; de allí su nombre. El objetivo de este instrumento fue la evaluación de la sintomatología depresiva durante el postparto. (Lam et al., 2009).

Actualmente esta escala constituye un instrumento de tamizaje para la detección de depresión perinatal; es una encuesta auto aplicable, sencilla que se usa desde el primer nivel de atención, consta de diez incisos, inicialmente comenzó aplicándose en el periodo postnatal a partir de las seis a ocho semanas del puerperio, sin embargo dada su gran utilidad y eficacia, Cox y Murray determinaron su validez y se comenzó a aplicar a partir de las 28 semanas de gestación; por lo que se ha sugerido el cambio de nombre de escala de depresión postparto por el de Escala de depresión perinatal. (Oquendo, Lartigue, González, y Méndez 2008) (Lam et al., 2009) ((Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008) (Jadresic, 2010)

La escala aporta información de cómo la madre se sentía durante la semana anterior y en caso de duda diagnóstica se puede repetir después de dos semanas (Sistema Nacional de Salud, 2014)

Instrucciones para la aplicación:

1. Se pide a la mujer que escoja la respuesta que más se acerque a la manera de cómo se sintió en los 7 días previos.
2. Deberá que responder las diez preguntas.
3. Se deberá evitar la posibilidad de que la mujer converse sobre sus respuestas con personas ajenas.
4. La mujer deberá responder la escala ella misma, a excepción de que sea analfabeta.
5. El momento propicio para la aplicación de la escala constituye en el primer contacto con la paciente (Sistema Nacional de Salud, 2014). Ver tabla 8.

Tabla 8.

Ítems de la sintomatología que se evalúa en la EDPS

ÍTEM	SINTOMATOLOGÍA
1.	Risa
2.	Disfrute
3.	Culpa
4.	Ansiedad
5.	Pánico
6.	Desesperanza
7.	Infelicidad
8.	Tristeza
9.	Llanto
10.	Ideación Suicida

Adaptado de: Lam, N., Contreras, H., Mori, E., Cuesta, F., Gutiérrez, C., Neyra, M., Lima, M. Comparison of two self-report questionnaires for depressive symptoms detection in pregnant women. 2009.

Realizado por Casillas Isaac y Tite Paola

Modelo para la evaluación:

En forma general a cada pregunta se confiere un puntaje de 0, 1, 2 y 3 según se incrementa la gravedad del síntoma; este orden aplica únicamente para las preguntas 1, 2, y 4.

En cambio para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 el orden de puntuación es inverso; es decir 3, 2, 1, 0 en función de la gravedad de la sintomatología.

Se suman todos los ítems para obtener la puntuación total, la escala tiene una sumatoria total de 30 puntos.

Con respecto a la pregunta 10, si se obtiene cualquier puntaje diferente de 0, será necesario hacer evaluaciones complementarias inmediatas (Sistema Nacional de Salud, 2014)

En el embarazo se considera como punto de corte un puntaje ≥ 11 - 12 y durante el postparto se considera como corte un puntaje de 9 - 10. Posee una sensibilidad de 90 %, una especificidad de 82% para depresión perinatal, un valor predictivo positivo de 77 % y un valor predictivo negativo de 94 %. Por lo que se considera a la EPDS como un instrumento seguro y válido para el tamizaje de trastorno depresivo en la etapa perinatal, tomando en cuenta además que ha sido traducido y se usa como instrumento de evaluación en más de 23 países a nivel mundial. (Oquendo et al., 2008) (Guajardo, 2012)

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. (E.A.D.G)

La EADG fue ejecutada por Goldberg y colaboradores en el año de 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule como instrumento de cribaje para trastornos psiquiátricos con componente ansioso depresivo, con el objetivo de obtener una entrevista de duración breve y que pueda ser manejada por médicos que no necesariamente sean especialistas.

Es una escala para autoevaluación de sintomatología ansiosa depresiva, está compuesta por 2 subescalas con un listado de síntomas de autopercepción, una para ansiedad y otra para depresión, cada una de ellas consta de 9 ítems para una respuesta simple de Si / No, lo cual significa que en algunos casos el entrevistador debe interpretar la intensidad de la respuesta en función de su significación clínica. Se contemplan 4 ítems iniciales que sirven para el despistaje, para de esa manera poder determinar la probabilidad de existencia de un trastorno mental, a continuación existe un segundo bloque de 5 ítems que se deben realizar únicamente si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje previas, que serán más de 2 para el caso de ansiedad y más de 1 para depresión. La sumatoria total de la puntuación se realiza por separado en cada sub escala (Sistema Nacional de Salud, 2014) (Carrascón, García, Ceña, Fornés y Fuentelsaz, 2006)

Esta escala es considerada una herramienta diagnóstica de gran validez, con un VPP adecuado para el pesquise de trastornos psicopatológicos como son la ansiedad y la depresión, la importancia de su uso radica en que puede ser usado tanto por médicos psiquiatras especialistas como por los médicos del primer nivel de atención debido a su simplicidad y al hecho de que proporciona información general a cerca de trastornos psicológicos, la información que puede ser usada tanto con propósitos clínico como epidemiológicos. “Posee una sensibilidad del 83.1%, una especificidad del 81.8% y un valor predictivo positivo del 95.3%” (Martín et al., 2016).

Mediante la aplicación de la Escala de Goldberg, se ha podido determinar que la prevalencia de depresión a cualquier edad, es mayor en comparación con la ansiedad y además la sensibilidad de esta escala es menor cuando se aplica en personas de edad avanzada, ya que la sintomatología en esta etapa de la vida es menos pronunciada en relación con la edad adulta. (Koloski, Smith y Pachana, 2008).

Beck Depression Inventory. (BDI-II)

Este cuestionario fue creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck y se fundamentó en las explicaciones cognitivas de la depresión, cuya teoría se basó en un patrón de vulnerabilidad ante situaciones de estrés, en donde se activan esquemas de pensamiento distorsionado, el cual contribuye a que el individuo perciba y codifique de forma negativa dicha información, lo cual inicia y perpetua la sintomatología depresiva. Su primera versión se realizó en el año de 1961, el propósito de este instrumento es identificar la existencia de síntomas depresivos así como la cuantificación de su gravedad tanto en adolescentes como en adultos (Beltrán, Freyre y Hernández, 2012)

El BDI-IA en su primera edición consideró seis de los nueve criterios diagnósticos establecidos en el DSM-III., por lo que fue revisada en 1978 y la segunda edición se actualizó en 1996 (BDI-II) en donde ya se incluyeron los nueve síntomas depresivos del DSM-IV, a diferencia de la primera versión; esta se ha usado mayormente para estudio con adultos mayores o con capacidades diferentes; por lo que sus propiedades psicométricas no se han definido adecuadamente.(Beltrán et al., 2012).

Esta escala ha sido traducida a varios idiomas entre ellas al español. Es una escala autoaplicada que consta de 21 ítems, al final la puntuación máxima total es de 63 puntos y cuyo punto de corte está establecido como > 13 puntos (Sistema Nacional de Salud, 2014).

Según NICE la severidad del cuadro depresivo de acuerdo al puntaje obtenido en la escala de Beck, se clasifica de la siguiente manera:

Depresión leve: 10 -16 puntos

Depresión moderada: 17 - 29 puntos

Depresión severa: > 30 puntos (Sistema Nacional de Salud, 2014).

Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS).

Hamilton Depresión Rating Scale, es una escala heteroaplicada, que ha sido elaborada para su uso en pacientes con diagnóstico previo de depresión; con el propósito de realizar una evaluación cuantitativa de la gravedad de los síntomas en el ámbito clínico, valorar la evolución de la sintomatología del paciente deprimido, además de la respuesta al tratamiento; esto según el momento en que se aplica la escala, este instrumento se valora con la información obtenida en la entrevista clínica y tiene la versatilidad de que además se abastece de información complementaria, que no sea necesariamente proveniente del paciente; es decir de fuentes secundarias (Purriños, s. f.)

Su primera edición que fue publicada en 1960 y estaba compuesta por 21 ítems, posteriormente se hizo una revisión con reducción a 17 ítems, la cual es la que se recomienda por parte del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. La validación de la versión castellana de la HDRS fue realizada en 1986, de allí varias evaluaciones han permitido confirmar la validez discriminante, la sensibilidad de la escala varia, según se aplique en poblaciones de pacientes ambulatorios u hospitalizados. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE sugiere emplear como puntos de corte: 8 – 13 (Sistema Nacional de Salud, 2014)

Según el puntaje obtenido se estadifica de la siguiente manera:

Depresión leve: 8-13 puntos

Depresión moderada: 14-18 puntos

Depresión severa: 19-22 puntos

Depresión muy severa: >23 puntos (Purriños, s. f.)

En cuanto a la evaluación de la respuesta al tratamiento en esta escala, se ha descrito algunos parámetros:

Respuesta: una disminución \geq al 50% en comparación con la primera puntuación obtenida en la escala.

Respuesta parcial: una disminución entre 25-49% en comparación con la primera puntuación obtenida en la escala.

No respuesta: una disminución de menos del 25% en comparación con la primera puntuación obtenida en la escala.

Remisión: cuando la puntuación es menor a 7 en comparación con la primera puntuación obtenida en la escala (Sistema Nacional de Salud, 2014)

Montgomery Asberg Depression Rating Scale. (MADRS)

Esta escala fue publicada por Stuart Montgomery y Marie Åsberg en 1979 y surgió en la realización de ensayos clínicos de fármacos antidepresivos tomando como punto de partida un instrumento publicado por el mismo autor en 1978. La validación de la versión en español se realizó en el 2002.

Posee cierta similitud con la escala de Hamilton, ya que también es una escala heteroaplicada; el objetivo de este instrumento de cribaje es estadificar la gravedad de los síntomas depresivos y evaluación de los mismos durante la última semana. MADRS incluye la evaluación del aspecto afectivo, cognitivo y somático con la ventaja de que no confiere prioridad a este último aspecto, por lo que se considera más útil para su aplicación en pacientes adultos mayores o con comorbilidades asociadas, lo que la aventaja en comparación con la escala de Hamilton. (Cano y Gomez, 2015)

La información para la puntuación de la escala, no solo se puede obtener del propio paciente sino también de otras fuentes externas (Sistema Nacional de Salud, 2014)

El inconveniente de la escala, es que posee varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su aplicabilidad en pacientes con sintomatología física preponderante (Sistema Nacional de Salud, 2014)

La escala posee 10 ítems de opción múltiple con una puntuación máxima total de 60 y se ha planteado como punto de corte los siguientes puntajes:

Depresión leve 7 puntos.

Depresión moderada 20 puntos.

Depresión grave 34 puntos (Cano y Gomez, 2015)

En cuanto a la respuesta al tratamiento, con esta escala, se la define de la siguiente manera:

Respuesta: disminución $\geq 50\%$ con respecto a la puntuación inicial.

Respuesta parcial: entre 25 y 49% con respecto a la puntuación inicial.

No respuesta: reducción $\leq 25\%$ con respecto a la puntuación inicial.

Remisión: cuando la puntuación obtenida es entre 8-12 puntos. (Sistema Nacional de Salud, 2014).

Finalmente, se sugiere que el profesional de salud, sea quién valore el mejor instrumento de evaluación; según el contexto y las características del paciente, así como sus preferencias personales, ya que no existe clara evidencia de la efectividad de una determinada herramienta de evaluación en comparación con las diferentes opciones existentes (Sistema Nacional de Salud, 2014)

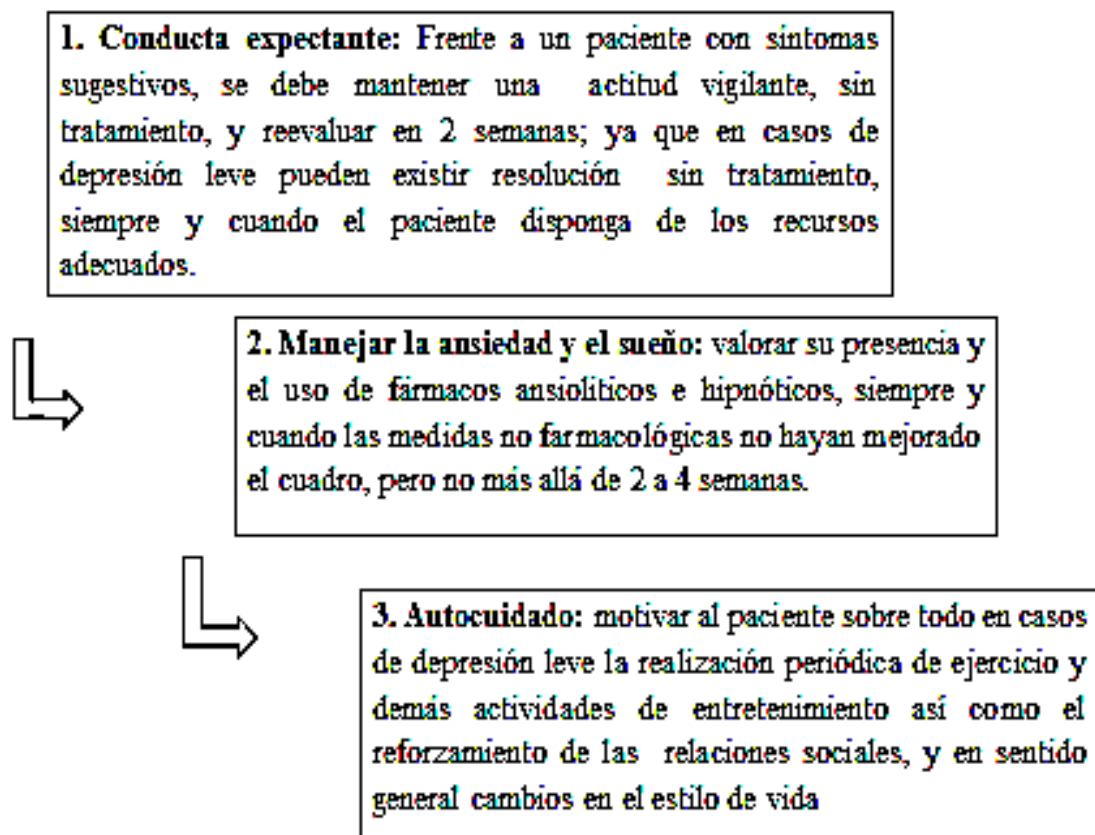
2.12 Manejo de la Depresión

El principio que ha motivado la investigación del manejo de la depresión, es que se ha reconocido que es una enfermedad crónica e incapacitante, por ello surge la necesidad de promover un enfoque asistencial adecuado entre atención primaria y especializada (Sistema Nacional de Salud, 2014)

No existe un consenso sobre el manejo del trastorno depresivo, sin embargo se puede hacer uso de un método escalonado. Ver Gráfico 1

Gráfico 1.

Manejo escalonado de la depresión



4. Autoayuda: consiste en entregar al paciente información impresa acerca de la enfermedad, para educarlo sobre la misma



5. Intervención Psicológica: constituye la piedra angular e imprescindible, tanto como monoterapia o como complemento a los fármacos antidepresivos. Existen dos modalidades: Psicoterapia de apoyo (de uso en primer nivel) Psicoterapia reglada (Realizada por psicólogo, como coadyuvante del tratamiento farmacológico)



6. Tratamiento farmacológico: Se basa en el uso de fármacos y su uso se restringe a casos de depresión moderada a severa y bajo condiciones específicas de cada paciente.

Adaptado de: Gobierno de Canarias. Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes 2008.

Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola.

2.12.1 Intervención psicológica

La psicoterapia se define como una intervención holística y programada con fines terapéuticos basada en las necesidades del desarrollo personal, los factores psicosomáticos y psicosociales dirigida al tratamiento de las alteraciones del comportamiento (Sistema Nacional de Salud, 2014)

Psicoterapia de Apoyo.

Villalba (2010) afirma: “Hace unos años la preocupación central era no dejar a un paciente deprimido sin medicación; actualmente debe considerarse no dejarlo sin psicoterapia” (p 169).

Es un tipo de terapia no sistemática que está implícita en toda atención médica afín. El objetivo de esta, es frenar la depresión que presenta el paciente, brindando un tiempo de escucha de los problemas para orientar a una posible solución (Gobierno de Canarias, 2008)

Psicoterapia reglada

- Psicoterapia Cognitivo – Conductual

Constituye el tratamiento psicológico de elección en casos de depresión moderada, severa y resistente, está indicada cuando prevalece la sintomatología cognitiva. Esta modalidad de terapia debe ser suministrada por un profesional experto en el tema, por lo general consta de 16 a 20 sesiones durante un periodo de 6 a 9 meses. (Gobierno de Canarias, 2008).

El propósito de la terapia, es la modificación dirigida de los pensamientos irreales acerca del evento precipitante de la depresión, del comportamiento y también de la perspectiva del futuro. Otro de los propósitos es el ofrecimiento de pautas de conducta, en base al análisis funcional del comportamiento (Navas, 2012)

Navas (2012) afirma: “El énfasis de este tipo de terapia está puesto más en el qué tengo que hacer para cambiar” (p 31).

- Psicoterapia Interpersonal

Se dirige a identificar los factores causales del inicio y mantenimiento de los síntomas depresivos, además aborda los problemas en las relaciones interpersonales del paciente dentro del contexto social. Es una psicoterapia breve de aplicación individual. (Gobierno de Canarias, 2008).

El profesional ejerce un rol activo de apoyo, esperanzador y no es un ente neutral.(Navas, 2012)

- Psicoterapia dinámica

Se origina del psicoanálisis, consiste en una entrevista empática en donde se investiga conflictos pasados del individuo que actuarían como factores desencadenantes del episodio depresivo presente. El propósito es lograr la autonomía del paciente, en esta psicoterapia se considera que el cambio se produce a través de un vínculo terapeuta – paciente (Orozco, 2012)

2.12.2 Tratamiento farmacológico

Las drogas de elección son los antidepresivos.

Depresión Leve: La indicación prioritaria es la psicoterapia; los antidepresivos no se indican como primera línea de tratamiento tomando en cuenta la pobre relación riesgo-beneficio (Gobierno de Canarias, 2008).

Sin embargo existen indicaciones precisas para el uso de antidepresivos previa valoración del riesgo beneficio:

- Si el episodio persiste a pesar de la psicoterapia.
- Antecedentes de depresión moderada o severa.

- No disponibilidad del profesional idóneo para la realización del tratamiento psicoterapéutico.
- Agitación psicomotriz y alteración importante del apetito y el sueño.
- Problemas psicosociales claramente identificados.
- Preferencia del paciente (Madrid, 2015)

Depresión moderada - severa: se indica como primera línea de tratamiento la terapia combinada (Psicoterapia + tratamiento farmacológico) (Gobierno de Canarias, 2008).

Fases del tratamiento farmacológico

El tratamiento del cuadro depresivo con fármacos consta de 3 fases.

Fase aguda: el objetivo es la remisión del episodio, dura de 6 a 12 semanas.

Fase de continuación: el objetivo es la supresión de los síntomas residuales en casos de remisión parcial, prevención de recaídas y dura de 4 a 9 meses desde la remisión de la sintomatología.

Fase de mantenimiento: el objetivo es la prevención de las recurrencias así como el retorno a la función social y ocupacional completa. El hecho de continuar con esta fase está determinado por el número de episodios previos y la persistencia de síntomas residuales que causen deterioro funcional significativo. Según el caso la duración de esta fase puede ser indefinida. (Madrid, 2015) (BCGuidelines, 2013)

2.12.2.1 Fármacos antidepresivos. (AD)

Los fármacos antidepresivos son drogas diseñadas para recuperar la sintomatología depresiva, según su estructura química y su mecanismo de acción, existen varias clases; desde los AD clásicos hasta los de nueva generación (Madrid, 2015). Ver Tabla 9

Tabla 9.

Fármacos Antidepresivos según su mecanismo de acción.

MECANISMO DE ACCIÓN		NOMBRE DEL ANTIDEPRESIVO
Inhibición de la recaptación del neurotransmisor	Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas, serotonina, noradrenalina Antidepresivos tricíclicos(ADT)	Amitriptilina, Clomipramina, Doxepina, Imipramina, Nortriptilina y Trimipramina
	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):	Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Fuvoxamina, Paroxetina y Sertralina.
	Inhibidores de la recaptación de noradrenalina:	Maprotilina y Reboxetina.
	Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina:	Desvenlafaxina, Duloxetina y Venlafaxina.
	Inhibidor de la recaptación de noradrenalina y dopamina	Bupropión
Inhibición de la degradación del neurotransmisor	Inhibidores de la enzima monoamino oxidasa	moclobemida, tranilcipromina.
Bloqueo de los autorreceptores α_2 , de los receptores serotoninérgicos o de ambos	Mianserina, Mirtazapina Trazodona.	
Agonismo de los receptores melatoninérgicos	Agomelatina	

Adaptado de: Madrid Servicio Madrileño de Salud. Criterios de utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor en Atención Primaria. 2015
Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola.

Criterios para la selección del antidepresivo

Al igual que para cualquier fármaco se debe valorar principalmente: Eficacia, seguridad y costo.(Madrid, 2015). Además se deberán tomar en cuenta algunas consideraciones:

Sintomatología predominante: somática o psiquiátrica.

Antecedente de respuesta a tratamiento antidepresivo en algún evento previo tanto personal como familiar.

Tolerancia a efectos secundarios, considerar y eventual toxicidad por sobredosis.

Interacción medicamentosa.

Riesgo de suicidio.

Comorbilidad médica o psiquiátrica asociada.

Preferencia del paciente.

Grupo etario.

Valorar riesgo de embarazo (BCGuidelines, 2013) (Ruiz y Montes, 2005) (Madrid, 2015)

En sentido general los antidepresivos tricíclicos o de primera generación presentan mayor cantidad de efectos adversos que son mal tolerados por los pacientes, además tienen mayor grado de interacción con otros fármacos, por lo que actualmente y según los estudios, los antidepresivos de segunda generación son los más recomendados y dentro de estos, los ISRS constituyen el grupo farmacológico de primera elección en todos los casos de depresión, ya que poseen un perfil riesgo - beneficio adecuado, carece de los efectos indeseables y toxicidad de los ADT. No existe un consenso de preferencia de un ISRS en específico en comparación con otro (Sistema Nacional de Salud, 2014) (American Psychiatric Association, 2010) (Ruiz y Montes, 2005)

Monitoreo del fármaco

Existen algunos parámetros que deben ser monitoreados una vez iniciado el tratamiento farmacológico:

Estado sintomático, estado funcional, calidad de vida del paciente.

Riesgo de peligro para sí mismo y para los demás.

Signos que sugieran tendencia a la manía.

Otros trastornos mentales asociados.

Trastornos inducido por abuso de sustancias incluidos el alcohol.

Respuesta al tratamiento.

Efectos secundarios del tratamiento.

Adherencia al plan de tratamiento (American Psychiatric Association, 2010)

Evaluación de la respuesta

La respuesta a los fármacos antidepresivos es evidente a las 2 semanas de haberlo iniciado; sin embargo algunos autores señalan que la mejoría comienza incluso a la primera semana, y mientras más rápido sea el inicio de la respuesta, éste se asocia con una pronta remisión de los síntomas tras 6 semanas de tratamiento en la mayoría de los pacientes (Madrid, 2015)

Si a las 4 semanas de iniciado el tratamiento antidepresivo hay mejoría de la sintomatología, se sugiere continuar el tratamiento, por el contrario si no se evidencia respuesta clínica o si esta es mínima, siempre y cuando, la dosis y el período de administración sea el adecuado, se deberá considerar el incremento de la dosis, cambio o combinación con otro antidepresivo; esta premisa es aplicable solo cuando se ha producido una respuesta parcial y los efectos secundarios son tolerados de forma adecuada (Madrid, 2015)

El cambio de antidepresivo puede ser la mejor opción en relación a la combinación con otro antidepresivo, sea de la misma familia o de otra, para evitar el incremento de efectos adversos (Madrid, 2015)

Efectos secundarios

Al igual que cualquier droga, los antidepresivos también generan varios efectos secundarios, pero lo más reconocidos son principalmente:

Efectos anticolinérgicos (causados por los ADT): Caracterizados por sequedad de mucosas, estreñimiento, visión borrosa retención urinaria y efectos serotoninérgicos (causados por los ISRS): Caracterizados por náusea, vómito, sudoración, diarrea, cefalea, disfunción sexual. (Gobierno de Canarias, 2008)

Se evidencian más abandonos con los ATC, en comparación con los ISRS.

Continuación del tratamiento

Está indicado continuar con el tratamiento antidepresivo durante al menos 6 meses posterior a la remisión del episodio, se deberá valorar la posibilidad de prolongar el tiempo de tratamiento considerando factores como el número de episodios previos, comorbilidades o persistencia de síntomas residuales.

Posterior a la remisión del cuadro depresivo la suspensión del tratamiento debe realizarse de forma paulatina para disminuir el riesgo de síndrome de retirada, se indica realizarlo en un periodo de 4 semanas, la única excepción es la fluoxetina que, debido a su larga vida media puede ser retirado sin precaución alguna (Madrid, 2015)

2.13 Depresión en el Embarazo

2.13.1 Introducción

Debido a la antigua creencia popular de que el embarazo suele ser un período de bienestar, se dio mayor énfasis al estudio los trastornos mentales que tienen lugar en el período postparto, dejando de lado la atención a los trastornos mentales de la mujer gestante (Kassada, Miasso y Marcon, 2015)

Hasta la década de los años 80 se creía, de forma errónea que, durante la etapa gestacional las mujeres no cursaban con ningún trastorno mental y que esta era una etapa de absoluto bienestar, no fue sino hasta que, la psiquiatra Gisela B. Oppenheim, se convirtió en una de las pioneras en

refutar este antecedente; se empezó entonces a investigar a cerca de las patologías mentales durante la etapa gestacional y las consecuencias de estos trastornos tanto en la madre, como en sus hijos. (Pérez et al., 2013) (Jadresic, 2010).

En la actualidad se considera que el embarazo y el período posparto son períodos de mayor vulnerabilidad a los trastornos psiquiátricos (Vesga et al., 2008)

La mujer gestante es un grupo poblacional que requiere especial atención y cuidado, ya que durante este periodo existe una gran variedad de cambios tanto físico, psicológicos, hormonales y sociales, que en conjunción con determinados factores externos pueden precipitar la presencia de un episodio depresivo, que dará como resultado variaciones del estado de ánimo en la mujer; si a ello se suma un antecedente depresivo previo, la mujer presenta mayor riesgo de padecer una exacerbación del episodio depresivo. (Pérez et al., 2013) (Navas, 2013)

Un episodio depresivo puede afectar el curso normal de las actividades tanto laborales, como educativas en la mujer que la padece, a más de ello se debe considerar que algunas manifestaciones típicas de la depresión, como la inapetencia, pueden perturbar el curso normal del embarazo y contribuir al desarrollo de resultados obstétricos desfavorables, tales como riesgo de parto pretérmino y productos con bajo peso al nacimiento. (Jadresic, 2014).

2.13.2 Definición

Antes de definir esta patología como tal, es primordial reconocer que la respuesta psicológica de la mujer durante el embarazo, pasa de la incertidumbre y la vacilación hacia una sensación de vulnerabilidad y preparación para el nacimiento del bebé (Gondim et al., 2014)

Actualmente, bajo el término de Depresión Perinatal se define a un episodio de depresión mayor, que ocurre durante el embarazo (depresión prenatal) y también al que se produce después del nacimiento (depresión posparto) (Secretaría de Salud, 2014)

La definición de depresión en el embarazo no difiere de la que se usa para describir a los trastornos depresivos que se presentan en cualquier otra época de la vida de una mujer; por tanto se considera que la depresión como tal, implica una serie de alteraciones de la salud mental entre las que figuran la anhedonia, alteraciones del estado de ánimo y una gama de síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y físicos que se manifiestan de forma continua y severa (Ministerio de Salud Chile, 2014)

2.13.3 Epidemiología.

La prevalencia mundial de depresión durante el embarazo se ha reportado en alrededor del 10 y 16 % de la población gestante (Sharma et al., 2017, p2).

En Estados Unidos la incidencia de trastornos depresivos prenatales estuvo presente en el 9,9%, el 5,1% cumplía los criterios de probable depresión mayor y el 4,8% cumplía los criterios de probable depresión menor” (Sharma et al., 2017, p2).

La depresión en el embarazo es una patología frecuente y según la epidemiología en la población mexicana, la prevalencia es del 10 al 25 % y de no ser identificada y tratada de forma pertinente puede persistir hasta el período puerperal (Ceballos et al., 2010).

En Sudamérica, específicamente en Chile se ha reportado que la sintomatología depresiva en el embarazo afecta alrededor del 30 % de las mujeres gestantes (Jadresic, 2010), esta prevalencia puede variar de un país a otro, es así que Perú registra una prevalencia del 40. 1% (Pérez et al., 2013)

2.13.4 Factores de riesgo

Si bien cualquier mujer puede presentar trastorno depresivo en el embarazo, la presencia de factores de riesgo o situaciones vitales agobiantes conllevan a un riesgo incrementado de desarrollo de depresión en el embarazo (Ceballos et al., 2010).

Entre los factores de riesgo se consideran dos tipos: biológicos y psicosociales (Lam et al., 2010)

2.13. 4.1 Factores biológicos

- Antecedentes personales de trastornos depresivos.
- Neuroticismo
- Antecedentes de Depresión postnatal.
- Desorden disfórico premenstrual.
- Antecedente familiar de trastorno psiquiátrico.
- Falta de atención médica prenatal
- Nutrición inadecuada
- Complicaciones en embarazo previo
- Abortos previos
- Parto prolongado o instrumental previo
- Obesidad materna. (Navas, 2013) (Ceballos et al ., 2010) (Sharma, Singh, Tempe y Malhotra, 2017)

2.13. 4.2 Factores psicosociales:

- Eventos estresantes de la vida.
- Historia de abuso en la infancia.
- Edad temprana del embarazo.
- Embarazo no planificado.
- Ambivalencia de sentimientos en relación al embarazo.
- Estado civil (maternidad soltera).
- Apoyo social inadecuado.
- Violencia intrafamiliar o de género.
- Mala relación de pareja.
- Parejas sexuales múltiples.
- Bajo grado de escolaridad.

- Ama de casa a tiempo completo.
- Situación laboral.
- Abuso de sustancias.
- Hábito de fumar.
- Cuidado inadecuado en el embarazo (Lam et al., 2010) (Navas, 2013) (Jadresic, 2014) (Ceballos et al., 2010) (Sharma et al., 2017)

2.13.5 Cuadro clínico

Primero, es necesario recalcar que el embarazo es un periodo crítico en relación a la adaptación psicológica de la mujer, generalmente se acompaña de trastornos del sueño, anergia, disminución de la libido e ideas ansiosas en relación al nuevo ser; por lo que en este escenario surgen cambios en el estado mental que pueden ser considerados normales; sin embargo estos sucesos estresantes pueden incrementar el riesgo de convertirse en un trastorno mental, que a su vez puede producir una recaída en mujeres con antecedentes psiquiátricos previos. (Ministerio de Salud Chile, 2014)

En la mujer gestante que vive en un estado de agitación emocional, los cambios que se presentan en el embarazo pueden ser atribuidos como fisiológicos, de ahí la necesidad de identificarlos oportunamente para identificar trastornos afectivos (Sharma et al., 2017)

El cuadro clínico de la depresión prenatal es similar a los episodios depresivos que se presentan en otras épocas de la vida, se manifiesta con las características clínicas típicas mencionadas en acápite anteriores y se valora según los criterios DSM V y CIE-10, teniendo en cuenta los síntomas cardinales como ánimo bajo, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, trastornos del sueño o del apetito, baja energía y falta de concentración. (Pérez et al., 2013)

Por tanto, es necesario definir si se trata de una situación normal y esperable de la gestación versus una situación patológica, lo cual es posible mediante la identificación de la perpetuidad del cuadro clínico, intensidad, sintomatología acompañante y nivel de deterioro funcional presente (OMS, 2016)

En la depresión gestacional se presenta sintomatología afectiva, cognitiva, somática y conductual:

Sintomatología afectiva

Es la más prevalente y se manifiesta como tristeza patológica, tendencia a la ira, abatimiento e impotencia frente a los desafíos de la vida cotidiana (OMS, 2016)

Sintomatología somática

Por lo general no es muy bien identificada ya que es inespecífica, pero en sentido general se caracteriza por cefalea, fatiga crónica, y dolores no específicos, según investigaciones las náuseas, el vómito, la fatiga que podrían ser considerados fisiológicos en el contexto del

embarazo; en realidad podrían tener relación con sintomatología depresiva sobre todo en los primeros meses de gestación y es bajo este cuadro clínico, que se ha realizado el diagnóstico de episodio depresivo a mujeres gestantes (Quezada, 2011)

Sintomatología cognitiva

Al igual que en la depresión en general, prevalecen las alteraciones del curso y contenido del pensamiento como bradispsiquia, ideas con contenido negativo, falta de autoconfianza, ideas de inferioridad e ideas de incapacidad de cuidar a la descendencia (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008) (Ministerio de Salud Chile, 2014)

Sintomatología Conductual

La depresión en la mujer gestante puede manifestarse con cambios conductuales como abandono de los controles médicos prenatales, desatención del cuidado propio del embarazo, inadecuada adhesión a las prescripciones sanitarias e incluso inicio del consumo de sustancias tóxicas; lo cual puede generar un desenlace obstétrico desfavorable (Jadresic, 2014)

2.13.6 Diagnóstico

Pese a que la depresión prenatal es una patología psiquiátrica frecuente, continúa siendo subdiagnosticada y obviamente no tratada de forma adecuada en el control prenatal; a pesar de que el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia hizo una fuerte recomendación desde el 2006 con respecto al hecho de investigar a las mujeres embarazadas, para identificar cuadros de depresión, esto no se cumple de forma rutinaria y comúnmente no se abordan los problemas psicológicos (Sharma et al., 2017) (Melville, Gavin, Yuqing, Ming-Yu, y Wayne, 2010)

Es fundamental, que durante el primer contacto con una mujer gestante, en cualquier nivel de atención se realice el abordaje diagnóstico para depresión (Ministerio de Salud Chile, 2014)

El abordaje se lo realiza de manera similar que en la población general.

- Anamnesis detallada para:
 - Identificar los síntomas, determinar la gravedad y duración de un eventual episodio depresivo.
 - Detectar antecedentes psiquiátricos personales y familiares.
 - Identificar abuso de sustancias.
 - Determinar comorbilidades.
 - Determinar antecedentes de intentos de suicidio.
 - Identificar grupos de apoyo y recursos disponibles.
 - Valorar deterioro funcional.
 - Definir acontecimientos vitales factores estresantes.
 - Evaluación del riesgo de suicidio.
 - Evaluar riesgo de daño a otras personas.
- Examen físico: Con el objetivo de excluir condiciones médicas y hacer énfasis en examen del estado mental, incluyendo evaluación de eventuales síntomas.

- Exámenes complementarios: Si es necesario descartar condiciones médicas desencadenantes (Ministerio de Salud Chile, 2014)

Después es fundamental realizar las 2 preguntas de despistaje (Ministerio de Salud Chile, 2014) (Ya abordadas en el capítulo de depresión)

Criterios diagnósticos.

Se usan los criterios según DSM V y CIE -10 (Ya enunciados)

2.13.7 Cribado de Depresión

El USPSTF 2016 recomienda que en la identificación de trastornos depresivos se debe incluir a mujeres gestantes y en período posparto para garantizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiado (Sui et al., 2016)

2.13.8 Instrumentos de evaluación de depresión en el embarazo

A diferencia de la población general, en el embarazo se dispone de limitados instrumentos psicométricos validados para la detección de depresión, es así que el instrumento de tamizaje más utilizado a nivel mundial por su alta sensibilidad de hasta un 90%, es la EPDS, en el embarazo se considera como punto de corte un puntaje $\geq 11 - 12$ (Jadresic, 2014) (Oquendo et al., 2008)

La ventaja de la EPDS es que únicamente evalúa presencia de sintomatología cognitiva y no considera el componente somático del cuadro depresivo, porque como se ha mencionado anteriormente dicha sintomatología puede confundirse con las manifestaciones normales del embarazo, por este hecho, ésta es la escala preferencial para su uso en el periodo perinatal (Lam, Contreras, Mori, Torrejón y Hinostroza, 2009) (Lena, Matos y Piélagos, 2009)

2.13.9 Tratamiento de la depresión en el embarazo

Los trastornos mentales prenatales se relacionan con consecuencias adversas para el producto, incluyendo desarrollo cognitivo inadecuado, trastornos del comportamiento durante la infancia y adolescencia, alteraciones del desarrollo nutricional (Vesga et al., 2008)

La depresión materna se asocia a un riesgo mayor de embarazos pretérmino, productos pequeños para la edad gestacional o peso bajo. Por lo referido anteriormente es evidente la importancia del adecuado tratamiento de la depresión en el embarazo, el objetivo del tratamiento es mejorar la salud mental de la mujer y minimizar los riesgos para el feto. (Jadresic, 2010)

En el manejo de pacientes con depresión prenatal es fundamental una consejería con respecto a:

- Promover el autocuidado.
- Promover estilos de vida saludable.
- Restricción del uso de alcohol, cafeína y drogas.
- Dieta y comportamientos alimentarios.
- Reforzar las redes sociales de apoyo.
- Promover actividades personales significativas.
- Manejo de problemas de sueño.
- Descanso adecuado (Ministerio de Salud Chile, 2014)

Según las investigaciones y estudios, es preferible evitar en lo posible el uso de fármacos sobre todo durante las 10 primeras semanas post concepción y como primera opción siempre se debe considerar a la psicoterapia (Ruiz, s, f)

Tratamiento farmacológico

De ser necesaria la farmacoterapia, es importante tener en cuenta que:

Informar a la mujer sobre los efectos secundarios.

Realizar un adecuado control durante el embarazo y después del parto.

Informar sobre posibles déficits en el neonato (Ruiz, s, f)

2.13.9.1 Tratamiento según la severidad del cuadro

Depresión leve a moderada

Se sugiere como primera alternativa la psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia individual o interpersonal. (Jadresic, 2014)

Depresión moderada a severa

Está indicada la terapia combinada (psicoterapia y antidepresivos), con respecto a estos, su eficacia aún está discutida por motivo de que la mayoría cruzan la barrera placentaria, sin embargo, si es necesario el uso de fármacos, debe evaluarse primero la relación riesgo - beneficio tomando en consideración las consecuencias deletéreas de su uso (Jadresic, 2014)

Se ha descrito un síndrome de supresión por el antidepresivo en los hijos de madres que tomaron continuamente antidepresivos hasta antes del parto; este síndrome se caracterizaba por sintomatología similar a un cuadro de resfriado común, acompañado de temblores y llanto persistente (Lartigue, Maldonado, Gonzalez y Saucedo, 2008)

Como recomendación general aún se sugiere evitar el uso de fármacos durante el periodo de organogénesis, es decir durante las primeras doce semanas de gestación (Jadresic, 2014)

Entre los fármacos más efectivos y recomendados para el tratamiento de la depresión en el embarazo se encuentran los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) (Pérez et al., 2013). Entre estos figuran la fluoxetina, sertralina y citalopram, sin embargo se ha descrito que la paroxetina produce malformaciones cardíacas congénitas relacionadas con el septum ventricular, aunque otros estudios descartan estos efectos, por lo que finalmente se sugiere que la paroxetina no es una buena opción durante el embarazo (Jadresic, 2010)

Es por eso que la Food and Drug Administration (FDA) de los EEUU ha establecido el nivel de riesgo de los fármacos durante el embarazo (Jadresic, 2010) ver tabla 10

Tabla 10.

Riesgo fetal del uso de algunos psicofármacos durante la gestación.

		Riesgo en el embarazo según la FDA*
<i>Antidepresivos</i>		
ISRS	Citalopram	C
	Escitalopram	C
	Fluoxetina	C
	Paroxetina	D
	Sertralina	C
Tricíclicos y aminas secundarias	Amitriptilina	C
	Clomipramina	C
	Desipramina	C
	Imipramina	C
Otros	Bupropion	B
	Duloxetina	C
	Mirtazapina	C
	Venlafaxina	C
<i>Estabilizadores del ánimo</i>		
	Carbamacepina	D
	Carbonato de litio	D
	Lamotrigina	C
	Oxcarbamacepina	C
	Ácido Valproico	D
<i>Antipsicóticos</i>		
Atípicos	Aripiprazole	C
	Clozapina	B
	Olanzapina	C
	Quetiapina	C
	Risperidona	C
Convencionales	Clorpromazina	C
	Haloperidol	C
	Flufenacina	C
	Tioridacina	C
<i>Ansiolíticos</i>		
Benzodicepinas	Alprazolam	D
	Clordicepóxido	D
	Clonacepam	D
	Cloracepato	D
	Diacepam	D
	Loracepam	D
	Oxacepam	D

Tomado de: Jadresic, Enrique. Depresión en el embarazo y el puerperio. 2010

Consideraciones con respecto al tratamiento farmacológico

Es mejor el uso de un solo medicamento a una dosis alta, versus, el uso de múltiples medicamentos para el tratamiento trastornos psiquiátricos durante el embarazo (Ministerio de Salud Chile, 2014)

Al igual que en la mujer no embarazada, la suspensión de los antidepresivos debe ser gradual, para reducir los efectos secundarios de su retiro (Ministerio de Salud Chile, 2014)

2.13.10 Riesgos de no tratar la depresión en el embarazo

Al no tratar oportunamente la depresión, existe un potencial riesgo tanto para el feto como para la madre (Madrid, 2015)

Por otro lado, cuando la depresión prenatal no ha sido tratada oportunamente, constituye un factor de riesgo concluyente para presentar depresión posparto en un 50 a 65 %. En el Reino Unido un estudio de la relación entre la depresión prenatal y depresión posparto, indica que el 22,6% de las mujeres con depresión posparto la habían padecido desde la gestación. En Suiza, en una cohorte de mujeres embarazadas un 17% padeció síntomas depresivos en el tercer trimestre y más tarde durante el puerperio, el 45% de estas mujeres fueron diagnosticadas con depresión posparto (Pérez et al., 2013).

Por otra parte, en algunos estudios prospectivos recientes se afirma que un gran porcentaje de mujeres que presentaron depresión en el embarazo tuvieron una mayor incidencia de cesárea, analgesia epidural, además persistió la depresión en el posparto con un mayor riesgo de que el recién nacido sea admitido a una unidad de cuidados neonatales, lo que afecta al vínculo madre – hijo. También los hijos de madres que padecieron depresión gestacional pueden tener afectación en el desarrollo cognitivo, trastornos del lenguaje y del comportamiento emocional (Dayan et al., 2010)

Por lo enunciado, es importante reconocer que el personal de salud que está en contacto con mujeres gestantes, debe estar capacitado para identificar los trastornos mentales y ofrecer la atención oportuna (Ministerio de Salud Chile, 2014)

Y por último, es preciso insistir en la necesidad de detectar la depresión así como sus factores de riesgo durante el embarazo; para prevenir las complicaciones posteriores. (Pereira, Lovisi, y Pilowsky, 2009)

2.14 Trastornos afectivos del Postparto

Al igual que en el embarazo, en el posparto se presentan trastornos del estado mental, los mismos que tienen su respectiva clasificación.

Clasificación

En el postparto hay tres tipos de trastornos depresivos identificados: (Navas, 2013)

- Depresión Postparto (DPP)
- Tristeza Posparto, Disforia Postparto o Maternity Blues. (TPP)
- Psicosis Postparto (PPP)

2.14.1 Depresión Postparto (DPP)

2.14.1.1 Introducción

Históricamente hablando, se conoce que el estudio del cuadro depresivo postparto inició por el siglo XVIII, en donde parecen los primeros reportes sistemáticos de casos en los que se usó la denominación de locura puerperal, para el año 1818 se describió sobre casos de psicosis puerperal, posteriormente en 1856 se determinaron los trastornos mentales del postparto, por el año 1969 se menciona un tipo de depresión leve asociada al posparto y no es sino hasta la década de los setenta, en donde se describe una identidad psiquiátrica, que actualmente se conoce como Depresión Post Parto (Rementería y Ponce, 2013)

Al igual que en el embarazo, en el puerperio también existen variaciones hormonales, bioquímicas, psicológicas y sociales que generan en la mujer una vulnerabilidad psíquica, aunado a ello la presencia de factores de riesgo, pueden finalmente derivar en trastornos mentales. (Navas, 2013) (Jadresic, 2014) (Medina, 2013)

2.14.1.2 Definición

La depresión postparto es un trastorno mental que forma parte de la depresión perinatal; muchas veces este trastorno representa la prolongación de una respuesta emocional después del parto y considerando que dicho suceso se caracteriza por un estado de vulnerabilidad psíquica, es habitual que la mujer perciba alteraciones momentáneas de su temperamento en el post parto, pero si esta alteración persiste más allá de 2 a 4 semanas e interfiere en la calidad de vida de la madre con su hijo o su entorno, se considera entonces como depresión postparto (Navas, 2013) (Menezes, Oliveira, Lemos, Kerber y Silva, 2012)

Por lo tanto la DPP es un trastorno mental, sin sintomatología psicótica, que presenta una elevada prevalencia y se caracteriza por trastornos emocionales, alteraciones cognitivas, conductuales y trastornos físicos con una presentación insidiosa (Navas, 2013)

2.14.1.3 Epidemiología

No existen cifras exactas emitidas por organismos internacionales oficiales con respecto a la depresión postparto a nivel mundial, por lo que solo se disponen de cifras y datos epidemiológicos obtenidos de estudios en América.

La depresión post-parto no psicótica afecta de 1 a 2 por cada 1000 mujeres lo que significa aproximadamente del 10 al 15% de la población de mujeres postparto (Sharma et al., 2017)

En estudios Centroamericanos la prevalencia mundial aproximada de DPP se ha establecido entre 11 y 37% (Navarrete, Lara, Navarro, Gómez y Morales, 2012)

En México prevalencia de depresión posparto es del 17 a 22 % (Ceballos et al., 2010), mientras que otros autores señalan que la DPP en mujeres mexicanas tiene una prevalencia de 13, 8 a 32% (Medina, 2013)

Lamentablemente en nuestro país no existen estudios que reflejen datos estadísticos propios con respecto a la depresión postparto en el Ecuador, y únicamente se cuenta con datos de estudios realizados en países cercanos en la región.

En América Latina, específicamente hablando en estudios chilenos, se estima que alrededor del 40% de las madres puérperas padece sintomatología depresiva inespecífica durante el período postparto, y de ellas aproximadamente un 10 a 15% finalmente desarrolla un cuadro depresivo postparto. (Jadresic, 2014). En Brasil se encontró una prevalencia de DPP del 19 % (Lartigue et al., 2008)

2.14.1.4 Etiología

La depresión posparto podría tener su origen desde el periodo gestacional, ya que se estima que aquellas mujeres que padecen DPP ya presentaban el trastorno desde la época gestacional (Ceballos et al., 2010)

Se consideran en la DPP como factores de riesgo los biológicos, psicosociales, psicológicos, sociodemográficos (Rementería y Ponce, 2013) (Navas, 2013)

2.14.1.4.1 Factores Biológicos

- Patología Tiroidea.
- Antecedentes psiquiátricos previos (Episodios depresivos previos tanto personales como familiares).
- Antecedente de depresión gestacional.
- Antecedentes de depresión posparto anterior.
- Enfermedades crónicas.
- Enfermedad o malformación en el neonato.
- Complicaciones médicas relacionadas con el embarazo.
- Abortos previos.
- Edad al momento de la maternidad (Rementería y Ponce, 2013) (Jadresic, 2010)

2.14.1.4.2 Factores Psicológicos

- Sobrecarga en el cuidado de los hijos.
- Percepción de la imagen corporal posterior al parto.
- Niveles de estrés durante el embarazo.
- Nivel de estrés doméstico.
- Pérdidas en la infancia (orfandad).
- Número de hijos (el nacimiento del primer hijo se asocia con más estrés y riesgo de depresión en comparación con el segundo hijo).
- Imagen de la madre ideal.
- Mala relación materna.
- Baja autoestima.
- Ansiedad prenatal.
- Temperamento infantil difícil (Medina, 2013) (Sui et al., 2016) (Rementería y Ponce, 2013) (Chávez y González, 2008)

2.14.1.4.3 Factores Psicosociales

- Mala relación de pareja (especialmente durante el embarazo).
- Antecedente de violencia sexual.
- Antecedente de maltrato en la infancia
- Apoyo inadecuado tanto familiar como conyugal.
- Conflictos familiares.
- Embarazo no planificado.
- Violencia conyugal o intrafamiliar.
- Supresión temprana de la lactancia (Medina, 2013) (Rementería y Ponce, 2013)

2.14.1.4.4 Factores Sociodemográficos

- Edad.
- Grado de escolaridad.
- Estado civil (Soltería).
- Condición socioeconómica (ingresos económicos bajos).
- Sexo del recién nacido.
- Situación laboral.
- Etnia racial.
- Creencias culturales y deseo de maternidad (Medina, 2013) (Rementería y Ponce, 2013) (Chávez y González, 2008)

2.14.1.5 Cuadro clínico

Habitualmente esta patología se presenta en cualquier momento durante de las primeras 4 semanas postparto, registra una duración de 4 a 6 semanas, la sintomatología alcanza su pico máximo entre las 8 y las 12 semanas, y de no recibir tratamiento puede incluso perdurar más de

un año; en cuanto a la presentación clínica, es similar a la que se describe en episodios de depresión mayor en cualquier otra época de la vida, (Jadresic, 2014)

Según otros autores la DPP puede presentarse dentro de las primeras seis semanas postparto, por lo que se debería considerar la ampliación del rango para explicar el inicio del episodio dentro de los primeros seis meses postparto. Además, a pesar de los criterios actuales del DSM-5, muchos investigadores utilizan un marco de tiempo de hasta un año después del parto para el inicio de la sintomatología depresiva (Pope y Mazmanian, 2016)

La presentación clínica en la DPP varía con la edad; es así que a menor edad es más evidente la sintomatología conductual, mientras que a mayor edad prevalece la sintomatología somática inespecífica (Gobierno de Canarias, 2008) (Ceballos et al., 2010) (Melville et al., 2010)

Como ya se ha mencionado, el cuadro clínico de la depresión postnatal es similar a los episodios depresivos que se presentan en otras épocas de la vida de la mujer e igualmente se debe valorar bajo los criterios DSM V y CIE-10, considerando los síntomas más representativos que incluyen la baja de ánimo, anhedonia, sentimientos de culpa, trastornos del sueño y del apetito, anergia (Pérez et al., 2013)

Por lo tanto, en la DPP existe también sintomatología afectiva, cognitiva, somática y conductual.

Sintomatología afectiva

Es la más representativa; se expresa como anhedonia, tristeza patológica, llanto fácil, sentimientos de ambivalencia hacia el recién nacido, lo que genera dificultad para el establecimiento del vínculo afectivo madre - hijo, ambivalencia hacia la pareja y al círculo familiar, ideas de minusvalía y autoreprobación con respecto al cumplimiento del rol de madre principalmente en lo que respecta al cuidado y crianza de los hijos (Jadresic, 2014) (Rementería y Ponce, 2013)

Sintomatología somática

Se expresa como cefalea, anergia crónica, dificultad para dar de lactar, dolores no específicos y lentitud psicomotriz (Jadresic, 2014)

Sintomatología cognitiva

Se puede evidenciar déficit de atención, dificultades para la concentración y memoria, además trastornos de auto percepción, ideación pesimista, reticencia en la búsqueda de ayuda profesional (Jadresic, 2014) (Rementería y Ponce, 2013) (Lartigue et al., 2008)

Igualmente pueden existir alteraciones del curso y contenido del pensamiento, ideas con contenido negativo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008)

Sintomatología conductual

Suele manifestarse con variaciones del patrón del sueño y del apetito, descuido de la apariencia personal, pensamientos de autocensura, irritabilidad exagerada, abuso de sustancias, pérdida de autoestima, ideas de inferioridad con comportamientos obsesivos compulsivos, ideas de culpabilidad, ansiedad excesiva por la salud del infante, ideas de incapacidad del cumplimiento de las tareas domésticas, trastornos psicosociales (Jadresic, 2014) (Lartigue et al., 2008) (Medina, 2013)

2.14.1.6 Diagnóstico de la Depresión Postparto

A causa de la falta de información, muchas veces los trastornos afectivos del postparto pueden no ser considerados una enfermedad y pueden ser atribuidos como una incapacidad de la madre en asumir su rol, o su falta de fortaleza para sobreponerse al difícil período de la maternidad, sumado a ello los profesionales sanitarios pueden subdiagnosticar hasta en un 50% de los casos o confundir con otras patologías (Medina, 2013)

Por lo mencionado, es importante que entre las 4 a 6 semanas posteriores al parto y a los 3 a 4 meses posparto; a todas las mujeres sin excepción, se debería realizar un abordaje del ámbito psicosocial (Ministerio de Salud Chile, 2014). Esto considerando de que la DPP genera un impacto negativo con consecuencias en la salud de la madre, del recién nacido, de la pareja y del entorno familiar. (Rementería y Ponce, 2013) (Ministerio de Salud Chile, 2014)

Investigaciones chilenas encontraron que los hijos de madres deprimidas, tenían una prevalencia incrementada de trastornos conductuales y emocionales de hasta un 49,8% en comparación con los hijos de madres no deprimidas (Rementería y Ponce, 2013)

Es evidente la necesidad de detectar oportunamente los trastornos mentales en el puerperio desde los primeros indicios de sintomatología materna expresados como tristeza, preocupación, temor, o quejas psicósomáticas (Medina, 2013)

En el postparto, al igual que en el embarazo, no existe un algoritmo definido, sin embargo para facilitar el proceso diagnóstico es necesario seguir el siguiente orden:

- Anamnesis completa: Que incluya los antecedentes para identificar posibles problemas psiquiátricos personales y familiares, establecer además las redes de apoyo disponibles, búsqueda de sintomatología por abuso de sustancias, identificar comorbilidades, descubrir ideación suicida, definir acontecimientos vitales y factores estresantes.
- Examen físico minucioso y adecuado: Con el objetivo de excluir condiciones médicas, y hacer énfasis en examen del estado mental, incluyendo evaluación de eventuales síntomas.
- Exámenes complementarios están justificados para descartar alguna condición médica preexistente. (Sistema Nacional de Salud, 2014) (Rementería y Ponce, 2013) (Medina, 2013)

Posteriormente se realizará las 2 preguntas de despistaje.

El DSM - V no incluye criterios diagnósticos específicos para este trastorno mental, sin embargo el diagnóstico puede hacerse cuando la sintomatología se presenta en relación con el nacimiento del niño y se lo realiza mediante la entrevista clínica directa (Sistema Nacional de Salud, 2014)

2.14.1.7 Cribado para la Depresión Postparto

Como ya se comentó en el capítulo de Depresión en el embarazo, el USPSTF 2016, recomienda que en la identificación de trastornos depresivos se incluya a mujeres gestantes y en periodo postparto para garantizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiado. (Sui et al., 2016)

En el caso de mujeres consideradas de alto riesgo es decir aquéllas con antecedente de trastorno depresivo, la búsqueda de los síntomas depresivos debe realizarse en cada contacto con el profesional de salud (Ministerio de Salud Chile, 2014)

2.14.1.8 Instrumentos de evaluación

Para la evaluación de la gravedad y la respuesta al tratamiento de los trastornos depresivos en el postparto se emplean escalas y entrevistas con diferente grado de estructuración, los instrumentos que se usan en la DPP, son los mismos que se usan para la detección de depresión en la población general (Ministerio de Salud Chile, 2014)

Debido a que previamente en el capítulo de Depresión general, se detalló cada uno de los instrumentos de evaluación más frecuentemente usados, en este acápite únicamente se insiste en el uso de la escala de EPDS.

Escala de depresión de Edimburgo

Actualmente su uso se ha extendido al periodo postnatal dada su vigencia y utilidad (Sistema Nacional de Salud, 2014) (Jadresic, 2010)

En el postparto se considera como punto de corte un puntaje de 9 – 10 y es un instrumento seguro y válido para el tamizaje de trastorno depresivo en la etapa perinatal tanto en el pre y postparto (Guajardo, 2012) (Jadresic, 2014)

Es preciso insistir que la ventaja de la EPDS sobre otros instrumentos, es que únicamente evalúa la sintomatología cognitiva y discrimina el componente somático del cuadro depresivo, que como ya se ha explicado puede dar lugar a confusión con síntomas propios del periodo postparto, por este motivo esta es la escala de uso preferencial (Lam et al., 2010) (Lena et al., 2009)

En términos generales para la DPP, se puede usar cualquiera de las escalas antes mencionadas, pero finalmente la preferencia dependerá del profesional y de las características de la paciente (Madrid, 2015)

2.14.1.9 Tratamiento

Una vez establecida la probabilidad diagnóstica es necesario orientar a la paciente a la búsqueda de un profesional especializado (psicólogo o psiquiatra) para complementar la evaluación y obtención del tratamiento específico que deberá ser multidisciplinario e integral. Para la DPP también existen dos pilares que son la psicoterapia y la farmacoterapia (Medina, 2013)

Psicoterapia

Dentro de las modalidades de psicoterapia se plantea: terapia individual, psicoterapia interpersonal, terapia cognoscitivo conductual, psicoterapia breve psicodinámica, psicoterapia madre-hijo o psicoterapia padres- hijo (Ministerio de Salud Chile, 2014)

Farmacoterapia

En el manejo farmacológico de la DPP están indicados los Antidepresivos, Ansiolíticos y Terapia hormonal (Rementería y Ponce, 2013)

En la selección del fármaco en la DPP, se debe ponderar en lo posible la menor exposición del niño durante la lactancia, sin excluir el hecho de que el uso de psicotrópicos no constituye una contraindicación para el inicio o la continuación de la lactancia y se debe además considerar el riesgo beneficio de un fármaco, teniendo como conocimiento previo de que en general todos los fármacos llegan al niño mediante la leche materna, pero sólo en 1% a 2% de la concentración total; es decir la transmisión es mínima y hablando específicamente de los antidepresivos, estos no generan problemas clínicos para el bebé. Sin embargo si el infante presenta sintomatología compatible con la ingesta materna del antidepresivo, la lactancia debe ser suprimida lo antes posible (Jadresic, 2010)

Los ISRS son una alternativa para el tratamiento de la DPP, pero con ciertas observaciones durante la lactancia, dentro de estos la fluoxetina y la sertralina son los más estudiados y los que presentan la menor concentración en el plasma infantil (Jadresic, 2010)

Debido a que presentan niveles bajos en la leche materna y en la circulación del niño, además generan menos efectos secundarios, la paroxetina o sertralina son fármacos de primera elección.

El tiempo de duración del tratamiento farmacológico debe durar por lo menos de 4 a 6 semanas.

En pacientes con primer episodio y sin sintomatología psicótica el tratamiento debe continuar de 6 a 9 meses después de la remisión.

En pacientes con segundo episodio o antecedente de DPP está indicado iniciar el tratamiento inmediatamente después del parto, para prevenir recaídas y este debe continuar por 1 a 2 años, la decisión de continuidad dependerá de los factores de riesgo y de la recurrencia.

En pacientes con más de dos episodios de depresión el tratamiento debe continuar 2 años o más, o incluso de forma crónica.

En cuanto al uso rutinario de terapia con estrógenos y progesterona para la DPP, se dispone de limitada evidencia, pese a ello se ha visto un efecto beneficioso, pero la inquietud y el recelo en cuanto al uso de los estrógenos surge por los conocidos efectos adversos como son los eventos trombóticos, hiperplasia endometrial entre otros; lo cual limitan su uso de forma protocolizada (Ministerio de Salud Chile, 2014)

No está indicado el uso de estrógenos en la DPP (Ministerio de Salud Chile, 2014)

2.14.1.9.1 Tratamiento según la severidad de la sintomatología

Depresión leve

El tratamiento de primera elección es la psicoterapia (Medina, 2013)

Independientemente del tipo de terapia que se establezca, esta debe fundamentarse en los siguientes aspectos:

- Educación a la paciente, la pareja y el círculo familiar cercano para concienciar que la DPP no es un desacierto de la madre en su nuevo rol, sino que se trata de una enfermedad.
- Remisión de la sintomatología.
- Dialogar sobre el rol materno, las dificultades que este genera, escuchar las dudas y aclarar los mitos.
- Fomentar las habilidades para mantener y fortalecer el vínculo madre-hijo.
- Promover el mejoramiento de la relación de pareja (esto mediante espacios de calidad sin el niño).
- Incentivar la armonía y funcionalidad familiar.
- Promover y reducir las situaciones estresantes.
- Búsqueda y fortalecimiento de las distintas redes de apoyo.
- Manejo del componente ambiental.
- Erradicación del uso de cafeína, nicotina, alcohol (Rementería y Ponce, 2013) (Medina, 2013)

Depresión moderada a severa

El manejo se fundamenta en la psicoterapia más tratamiento farmacológico (Rementería y Ponce, 2013)

2.14.1.10 Riesgos de no tratar la Depresión Postparto

Normalmente si la DPP es tratada a tiempo, es un padecimiento temporal, pero sin el tratamiento pertinente se puede cronificar y persistir como una depresión estable o episodios de depresión sin remisión completa (Pope y Mazmanian, 2016)

Según los estudios una mujer que ha sufrido DPP presenta hasta un 50% de riesgo de presentar recidivas en el siguiente puerperio (Jadresic, 2014)

Se ha visto que las mujeres deprimidas tuvieron menos interacciones positivas con el niño; esto sobre todo cuando ha existido depresión de larga duración (Medina, 2013)

Por otro lado los infantes tendrán mayor riesgo de presentar déficits cognitivo conductuales, inadecuado desarrollo emocional a largo plazo, inseguridad traducida como menor grado de sociabilidad incluso con personas extrañas al círculo familiar, además se ha evidenciado mayor riesgo de muerte súbita del lactante, también estos niños presentan una inadecuada ganancia de peso, llanto excesivo y persistente con dificultad para conciliar el sueño (Fernández y Sánchez s, f) (Medina, 2013)

En la etapa escolar se ha evidenciado en estos niños conductas agresivas, hiperactividad y dificultades para la atención y el aprendizaje (Lartigue et al., 2008)

Las consecuencias negativas persisten hasta épocas tardías, tal es así que en un estudio se encontró que los preadolescentes hijos de madres que tuvieron un cuadro depresivo postparto tenían coeficientes intelectuales más bajos comparados con los grupos controles (Jadresic, 2014)

Por lo citado se concluye la importancia de realizar un tratamiento efectivo y oportuno a fin de evitar consecuencias negativas en el vínculo materno infantil (Navarrete et al., 2012)

2.14.2 Psicosis Postparto (PPP)

2.14.2.1 Definición

La psicosis postparto es la forma más grave de presentación de los trastornos depresivos con sintomatología psicótica, que tiene un inicio súbito, abrupto y es considerada una emergencia psiquiátrica y obstétrica (Medina, 2013) (Sharma et al., 2017)

2.14.2.2 Epidemiología

La incidencia de la PPP es aproximadamente de 0,1 a 0,2%, es decir afecta a 1 - 2 de cada 1000 mujeres que dan a luz, y se ha observado que es más frecuente en mujeres primíparas con una relación de 2:1 (Medina, 2013)

El riesgo de recurrencia de PPP para el siguiente postparto, cuando aparece por primera vez, es de hasta un 50 a 60 %, mientras que para las mujeres que ya han presentado un episodio psicótico previo, el riesgo de un nuevo cuadro, se reduce a 35% (Medina, 2013)

2.14.2.3 Etiología

A pesar de que no existe un factor específico identificado, se mencionan algunos factores de riesgo:

Factores de riesgo para Psicosis Postparto

Antecedentes de Trastornos afectivos diagnosticados.

Antecedente de trastorno afectivo bipolar.

Antecedente de Esquizofrenia.

Antecedente de Psicosis Postparto.

Historia familiar de psicosis postparto u otros trastornos afectivos.

Primiparidad.

Complicaciones obstétricas en cualquier momento de la etapa perinatal (Sharma et al., 2017) (Medina, 2013) (Navas, 2013) (Jadresic, 2014)

2.14.2.4 Cuadro clínico

El cuadro psicótico postparto tiene una presentación trágica y abrupta durante la fase inicial que suele durar una semana, se presentan síntomas como: irritabilidad, inquietud, trastornos del sueño, alteraciones del estado de ánimo que puede ser deprimido o exaltado, comportamientos reticentes y angustia excesiva por cosas banales; luego tiene lugar la fase aguda en la que aparecen los síntomas psicóticos propiamente dichos como trastornos de conducta, trastornos en la percepción del tiempo, ausencia de contacto con la realidad, delirios, alucinaciones visuales y auditivas, lenguaje desordenado que varía de la verborrea al mutismo, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, ideación suicida y despersonalización que pueden desencadenar en actos que atentan contra la vida del infante, ocasionalmente infanticidio esto dado por las alucinaciones maternas auditivas o visuales (Navas, 2013) (Sharma et al., 2017) (Jadresic, 2014) (Ministerio de Salud Chile, 2014) (Medina, 2013)

2.14.2.5 Tratamiento

Varios autores indican que por la dramática presentación del cuadro, estas pacientes deben ser derivadas inmediatamente a psiquiatría (Jadresic, 2010)

La primera opción es el manejo farmacológico enérgico y según la severidad de la presentación está indicada la hospitalización. En cuanto a los fármacos, se consideran los antipsicóticos típicos o atípicos, estabilizadores del ánimo ya que estos reducen la probabilidad de una recaída, entre ellos el más estudiado es el litio, también están indicadas las benzodiacepinas como carbamazapina, valporato sódico, y lamotrigina para contener los episodios de agitación y ansiedad. Si no existe una adecuada respuesta a los fármacos se puede considerar la terapia electroconvulsiva que puede ser bien tolerada y rápidamente efectiva (Sharma et al., 2017) (Medina, 2013) (Navas, 2013)

2.14.2.6 Riesgos de no tratar la PPP

Como se ha mencionado durante el desarrollo del capítulo una de las consecuencias más graves y trágicas de no tratar de forma oportuna la psicosis postparto es el riesgo de infanticidio (Pope y Mazmanian, 2016)

Con respecto a la salud mental de la madre, después de un episodio de PPP, existe la posibilidad de recaída que se traduce como episodios maníacos o depresivos (Medina, 2013)

Y por último se debe considerar que hasta un 70% de mujeres que tuvieron un episodio de PPP, tienen el riesgo de sufrir un nuevo episodio en el siguiente puerperio (Jadresic, 2014)

2.14.3 Tristeza posparto (TPP), Maternity Blues, Baby Blues o Disforia Postparto

2.14.3.1 Introducción

Continuando con los trastornos afectivos postparto, es conveniente primero hacer referencia al hecho de que la tristeza postparto no es una enfermedad propiamente dicha sino únicamente un trastorno pasajero del estado de ánimo (Lartigue et al., 2008)

La palabra “blues”, es un término introducido por los descendientes afroamericanos, para hacer referencia a una clase de música que ocasiona nostalgia, de ahí el nombre alternativo de la TPP (Rementería y Ponce, 2013)

Por los años 60 se describió un tipo de depresión leve, con características atípicas, que se presentaba entre la primera y la segunda semana después de dar a luz y para distinguirla de la DPP se designó como “tristeza maternal”. La tristeza materna, también llamada maternity blues, baby blues, o disforia postparto se considera como una afectación pasajera y benigna, sin embargo si presenta signos de gravedad es considerada como factor de riesgo para el desarrollo de DPP (Romero, Dueñas, Regalado y Ponce, 2010)

2.14.3.2 Definición

Es una perturbación emocional transitoria, benigna, considerada como un prototipo leve de depresión con presentación atípica considerada como una alteración pasajera y simple (Jadresic, 2014)

La TPP es un desorden sin gravedad que cede espontáneamente sin tratamiento alguno (Lartigue et al., 2008)

2.14.3.3 Epidemiología

Esta entidad se presenta en alrededor del 40 a 60% de las pacientes puérperas (Jadresic, 2014)

Se considera que esta situación es esperable hasta en un 80 % de las mujeres puérperas, es así que se ha encontrado que hasta 4 de cada 5 mujeres en los días siguientes al postparto presentan tristeza materna (Pope y Mazmanian, 2016)

2.14.3.4 Etiología

Pese a que no se ha determinado la existencia de una causa específica, se mencionan algunas circunstancias que pueden predisponer a la TPP; entre ellas, se considera las variaciones hormonales, cambios psicológicos, sociales y además factores considerados de riesgo (Medina, 2013)

Factores de riesgo para TPP

Se ha visto que entre los factores que incrementan la probabilidad de sufrir TPP están:

- Antecedentes de depresión antenatal.
- Antecedentes de depresión gestacional.
- Antecedentes de Síndrome premenstrual.
- Antecedente de mortinatos.
- Trastornos del sueño.
- Aumento de peso mayor al esperado durante el embarazo.
- Supresión súbita de progesterona en el postparto.
- Variaciones de la autoestima.
- Situaciones estresantes en el embarazo.
- Haber tenido una recién nacida de sexo femenino.
- Culminación del embarazo por vía alta.
- Sentimientos depresivos en la víspera del parto.
- Ansiedad el día del parto.
- Hipocondriasis.
- Convivencia en unión libre (Jadresic, 2014) (Lartigue et al., 2008)

2.14.3.5 Cuadro clínico

Esta complicación se hace presente alrededor del tercer día después del parto, generalmente dura tan sólo unas cuantas horas y en el peor de los casos, un día o dos (Jadresic, 2014)

Otros autores afirman que la sintomatología aparece entre los primeros dos a cuatro días del puerperio, tiene una duración menor a 14 días, y por lo general remite dentro de los 10 días después del parto (Pope y Mazmanian, 2016) (Navas, 2013)

La sintomatología de esta perturbación es breve y se manifiesta con síntomas de ansiedad, labilidad emocional, ocasionalmente ánimo depresivo, disforia, variaciones del humor, ira, pánico por la situación futura, dudas, incertidumbre por el ejercicio del rol materno, síntomas hipocondriacos, trastornos del sueño, cansancio, hiporexia, falta de concentración, ocasionalmente cefalea (Jadresic, 2014) (Pope y Mazmanian, 2016) (Lartigue et al, 2008)

Sin embargo la sintomatología de la TPP no es lo suficientemente intensa como para afectar la calidad de vida de la madre (Rementería y Ponce, 2013)

2.14.3.6 Tratamiento

La Disforia Posparto por tratarse de un cuadro leve, benigno y autolimitado, cede por si solo y no amerita tratamiento; sin embargo si la paciente acude a consulta profesional, únicamente se considera útil educación a la paciente, para aclarar que sus sentimientos son completamente normales y estos se imputan a los cambios hormonales propios de la etapa postparto, se debe indicar además que la situación se resolverá sin tratamiento alguno, también es importante sosegar a la madre y a su entorno familiar (Jadresic, 2014) (Navas, 2013) (Lartigue et al., 2008)

2.14.3.7 Riesgos de no reconocer oportunamente la TPP

Como se ha relatado a lo largo del capítulo, es útil mencionar la importancia del reconocimiento oportuno de la tristeza postparto, para de ese modo prevenir la complicación más grave que en este caso es el apareamiento de DPP (Romero et al., 2010)

Queda claro entonces la importancia de los trastornos psicoafectivos durante todo el periodo perinatal, y la necesidad de reconocerlos oportunamente para evitar las complicaciones que ya se han mencionado.

2.15 Depresión en madres con hijos hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN)

2.15.1 Introducción

Cuando nace un hijo surge un sentimiento de incertidumbre en sus progenitores más aún si este presenta algún compromiso en su supervivencia, por lo que la familia tiene que asumir roles inesperados como la pérdida del contacto físico con el infante, lo cual genera en los padres sentimientos de culpa, temor, falta de control de ánimo, sensación de incapacidad e incompetencia para la crianza de los hijos. Desde el año 1955, se han publicado trabajos concernientes al vínculo afectivo que debería existir entre madres e hijos hospitalizados en cuidados neonatales, pese a ello es común la existencia de barreras de separación entre el recién nacido hospitalizado y su familia, considerado como normas de los Servicios de Neonatología, restringiendo el contacto afectivo natural que debería existir; por tanto la familia se ve obligada a adoptar una posición pasiva en la participación de los cuidados del pequeño y muchas veces es tan solo un mero observador, omitiendo los derechos del neonato a recibir todos los cuidados necesarios de su familia (Ministerio de Sanidad, 2010)

Cuando una mujer ha tenido un trastorno depresivo en el periodo perinatal, este puede exacerbarse cuando nace un neonato cuyas probabilidades de vida son baja y amerita hospitalización en UCIN, lo cual genera desgaste emocional, humano y económico que a la postre influirá negativamente en el estado anímico y afectivo de la madre (Miles, 2012)

En diversas investigaciones se ha concluido que las madres que tienen a sus hijos hospitalizados en UCIN tienen riesgo de desarrollar trastornos anímicos aversivos con emotividad negativa, lo que conlleva a un riesgo incrementado de presentar algún episodio depresivo (Segre, Cabe y Chuffo, 2015) (Segre et al., 2015)

2.15.2 Terminología

2.15.2.1 Neonato crítico: Es todo aquel recién nacido menor a 28 días de edad (contados desde el nacimiento) quien presenta alguna patología que pone en riesgo su vida, compromete uno o más sistemas, posiblemente es reversible y que necesita una monitorización permanente con vigilancia y manejo médico estricto (Ministerio de Salud, 2012)

2.15.2.2 Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN): Es el Servicio intrahospitalario que presta atención médica y de enfermería especializada para neonatos críticos e inestables, bajo vigilancia permanente y estricta, con tecnología de punta para varias patologías de alta complejidad. (Ministerio de Salud, 2012)

2.15.3 Datos estadísticos

No existen datos epidemiológicos establecidos por organismos internacionales debido a la falta de estudios con respecto al tema y únicamente se han encontrados datos de estudios aislados.

Aproximadamente un 9% de la totalidad de recién nacidos anualmente son ingresados a UCIN en los Estados Unidos, de ellos, cerca de 480.000 niños es decir un 12% corresponden a niños prematuros. En un estudio longitudinal realizado por la Universidad de Iowa se encontró que un 63 % de madres cuyos hijos fueron hospitalizados en UCIN presentaron síntomas tempranos de depresión (Segre et al., 2015)

En estudios asiáticos realizados en neonatos hospitalizados han demostrado que estas madres tienen altos niveles de depresión, por la situación vivencial en relación con aquellas madres de neonatos no hospitalizados, es así que se ha encontrado una prevalencia de depresión materna entre 27% y 70% en las madres de los neonatos hospitalizados en UCIN (Bostanabad, Namdarareshtanab, y Balila, 2017)

Lamentablemente no se cuenta con estudios nacionales ni tampoco de países vecinos y solo se dispone de datos de dos estudios realizados en dos países en América Latina. En un estudio realizado en Uruguay por Acosta et al en el año 2014 usando como instrumento de evaluación a la escala de Goldberg, encontraron una incidencia de depresión en el 80 % de madres que tenían a sus hijos ingresados en el servicio de UCIN por diversas causas.

En Brasil en un estudio publicado en la revista de psiquiatría por Pereira et al se evidencia una prevalencia de depresión del 44% en la primera evaluación en madres con hijos hospitalizados en UCIN.

Pese a que la mayor parte de las investigaciones acerca de los trastornos depresivos se han realizado en las madres se debe considerar también que los padres pueden también presentar síntomas depresivos durante este período. La incidencia de la DPP paterna es aproximadamente entre el 2-5%, pero puede llegar al 10% (Gönülal et al., 2014)

2.15.4 Factores que favorecen el aparecimiento de trastornos depresivos en madres de neonatos hospitalizados en UCIN

Existen algunas circunstancias que favorecen el desarrollo de trastornos depresivos en mujeres con niños hospitalizados en UCIN:

- Antecedente de trastorno depresivo perinatal
- Falta de apoyo psicológico
- Mala relación con el equipo de salud
- Miedo intenso que experimentan estas mujeres acerca de la enfermedad de su hijo
- Ambiente y medio físico estresante propio de la terapia intensiva
- Separación del vínculo madre hijo
- Nivel socioeconómico
- Escolaridad
- Actividad laboral
- Diagnósticos de ingreso del neonato a UCIN (especialmente apoyo ventilatorio, bajo peso al nacimiento)
- Apoyo inadecuado y discriminación por parte del equipo médico
- Calidad de comunicación de los profesionales con las madres
- Medidas terapéuticas empleadas en los infantes (colocación de sondas, catéteres endovenosos, tubos endotraqueales, aparatos de monitoreo) influyen en la depresión materna, ya que cambia la representación imaginaria del niño deseado a una realidad inesperada (Gönülal et al., 2014) (Segre et al., 2015) (Wormald et al., 2015) (Godoy y Morán, 2010)

2.15.5 Factores que reducen los niveles de Depresión en madres de neonatos hospitalizados en UCIN

- El apoyo familiar durante la hospitalización del neonato en UCIN, es un factor clave para las madres, el entorno familiar tiene el reto de brindar a la madre afecto y apoyo con un ambiente emocionalmente equilibrado para poder afrontar el momento difícil que implica la hospitalización del neonato (Margaret, Shetty y Lewis, 2014)
- El apoyo conyugal, la comprensión y una adecuada relación de pareja es indispensable para fomentar y fortalecer una interacción saludable a largo plazo entre la madre y el bebé, ya que esto genera resultados positivos para el niño en su desarrollo (Margaret et al., 2014)
- El personal de enfermería puede desempeñar un papel vital, incentivando a los miembros de la familia sobre la necesidad del apoyo familiar a la madre durante la estancia hospitalaria del niño (Margaret et al., 2014)
- En un ensayo clínico Iraní, se concluyó que las madres que acudieron en compañía de sus parejas a visitar a sus hijos en horarios adicionales que no correspondían

precisamente a los de visita, presentaron reducción de los niveles de depresión (Bostanabad et al., 2017)

- Se considera también que el contacto físico conjuntamente con la cercanía emocional entre la madre y el neonato hospitalizado en UCIN, son de suma importancia para el bienestar tanto físico como emocional de ambos y ello origina resultados positivos, como la disminución de los niveles de depresión materna y también el mejoramiento de las relaciones afectivas posterior al alta domiciliaria (Wormald et al., 2015)

2.15.6 Manejo de los Trastornos Depresivos en madres de hijos hospitalizados en UCIN

Desde el momento de la concepción, a la futura madre hay que prepararle biológica y psicológicamente para el nacimiento de su hijo, esta preparación psicológica supone un proceso adaptativo cognitivo para poder afrontar posibles complicaciones que podrían presentarse (Villanova et al., 2013)

Son muchos los enfoques terapéuticos a aplicarse en las madres de hijos hospitalizados en UCIN, y desde el punto de vista psicoterapéutico, esta terapia puede ser individual (madre) o familiar (mamá y papá) (Villanova et al., 2013)

Objetivos del manejo

Las madres y las familias que tienen neonatos hospitalizados constituyen un grupo vulnerable, por tanto los factores de riesgo deben ser detectados a tiempo para de esta manera intervenir oportunamente, aplicar las medidas adecuadas y así garantizar un adecuado desarrollo del neonato y fomentar un vínculo afectivo de calidad en la diada madre hijo (Wormald et al., 2015)

Dentro de los objetivos del tratamiento psicológico están: apoyar la adaptación, funciones y relaciones interpersonales de calidad; para ello hay que tener en cuenta los siguientes acápites (Villanova et al., 2013)

Potenciar las redes de apoyo para las madres.

Brindar capacitaciones permanentes en cuanto a las diferentes necesidades del neonato como son guías anticipatorias relacionadas con su crecimiento y desarrollo.

Brindar capacitaciones permanentes a los padres del neonato en relación a estimulación emocional del menor (Villanova et al., 2013)

2.15.7 Riesgos de no detectar oportunamente los trastornos afectivos maternos en mujeres con hijos hospitalizados en UCIN

La depresión materna de mujeres con hijos ingresados en UCIN generalmente es subdiagnosticada o subtratada y ello trae consigo efectos negativos en la relaciones de pareja y

en el desarrollo infantil a corto, mediano y largo plazo por lo que su evaluación, diagnóstico y tratamiento oportuno es primordial para que de esta manera se pueda prevenir dichos efectos negativos (Gönülal et al., 2014)

CAPÍTULO III

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Según la OMS, cada año se suicidan más de 800,000 personas como consecuencia del padecimiento de trastornos depresivos y este diagnóstico constituye a su vez la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2016)

A nivel mundial se considera que 2 de cada 10 mujeres embarazadas presentan alguna sintomatología depresiva (Ceballos et al., 2010)

En Chile en un estudio de depresión perinatal, se encontró que hasta un 15 % de las mujeres puérperas sin antecedentes establecidos presentaron un episodio depresivo en esta etapa de la vida (Jadresic, 2014).

Cuando la depresión en el embarazo no ha sido tratada, es un factor de riesgo determinante para presentar depresión posparto en un 50 a 65 % de los casos. En el Reino Unido un estudio de la relación entre depresión prenatal y depresión posparto indica que el 22,6. % de las mujeres con depresión posparto habían padecido ya depresión desde la gestación. En Suiza, en una cohorte de mujeres embarazadas se encontró que un 17 % de las mujeres padeció síntomas depresivos en el tercer trimestre y más tarde en el puerperio el 45 % de estas mujeres fueron diagnosticadas con depresión posparto (Pérez et al., 2013).

En nuestro medio no se dispone de estudios que revelen datos epidemiológicos nacionales de la depresión posparto por lo que tampoco hay planteamientos de esquemas de intervención para este grupo de riesgo.

Tampoco se dispone de estudios que comparen el comportamiento de los trastornos depresivos entre la etapa gestacional y la etapa puerperal, para en función de ello orientar las medidas necesarias por parte del personal sanitario, encaminadas a ofrecer el apoyo oportuno a las madres, a los neonatos, y a sus familias.

En la etapa posparto es importante el reconocimiento e intervención adecuada, ante la evidencia de un trastorno depresivo, para optimizar el correcto desenvolvimiento del rol materno, y finalmente permitir el apropiado desarrollo del binomio madre – hijo (Navarrete et al., 2012)

Anualmente en EE.UU cerca de un 9 % de la totalidad de los recién nacidos ingresan a UCIN y ante este evento inusitado, las madres de estos infantes necesitan del apoyo tanto de la familia, personas del círculo cercano y también de los profesionales médicos (Segre et al., 2015)

En nuestro medio no se encontraron estudios con respecto a la depresión en madres que tienen a sus hijos ingresados en el servicio de UCIN.

En cambio a nivel mundial y en América Latina existen muy pocos estudios relacionados a la problemática de la depresión en madres de hijos hospitalizados en UCIN, es así que en Uruguay, Acosta y cols encontraron una incidencia de depresión en el 80 % de las madres que tenían a sus hijos ingresados en el servicio de UCIN.

Para el personal de salud que interactúa con mujeres gestantes, puérperas y con sus familias, es imprescindible el reconocimiento de los factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión, para poder actuar de forma específica y oportuna desde la gestación y en sentido general durante toda la etapa perinatal, ya que este tiempo constituye un periodo vital para garantizar el adecuado desarrollo del vínculo afectivo madre hijo y también asegurar un desenlace obstétrico favorable (Jadresic, 2014) (Durán et al., 2015)

Por lo expuesto previamente y debido a la falta de datos que expongan la realidad nacional acerca de la depresión postparto y de la depresión en madres con hijos admitidos en el servicio de UCIN, consideramos la necesidad de levantar un estudio que posibilite identificar la existencia de depresión en este grupo vulnerable como son las mujeres en postparto, para comparar los resultados encontrados en la misma mujer en el embarazo y en el puerperio, considerando además un eventual ingreso hospitalario del neonato; además determinar la relación entre la depresión y factores de riesgo específicos.

De los resultados finales obtenidos se espera que sirvan de referencia, para que en posteriores estudios se propongan estrategias encaminadas a intervenir en la medida de lo posible sobre los factores de riesgo, dar apoyo a las madres con el objetivo de superar el episodio desde el momento mismo de la detección del problema, con seguimiento y apoyo ulterior; más aun considerando una posible hospitalización del neonato, para evitar que el episodio se prolongue y llegue a constituirse en una patología que a la larga puede afectar la calidad de vida tanto de la madre, del niño y del entorno familiar.

CAPÍTULO IV

4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

4.1 Planteamiento de la hipótesis

La depresión postparto en las madres de neonatos hospitalizados en UCIN tiene relación con la admisión hospitalaria del neonato, y en sentido general el desarrollo de depresión postparto tiene relación con factores de riesgo maternos psicosociales y sociodemográficos.

4.2 Objetivos de Investigación

4.2.1 Objetivo General

Determinar la incidencia de episodio depresivo postparto en madres de neonatos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y no hospitalizados, y establecer además la relación de la depresión postparto con factores de riesgo asociados.

4.2.2 Objetivos Específicos

Identificar la incidencia de depresión postparto en madres de neonatos hospitalizados en UCIN y no hospitalizados.

Determinar si la admisión del neonato a UCIN incrementa el riesgo materno de desarrollar depresión postparto.

Determinar la relación entre depresión postparto y factores de riesgo sociodemográficos como son estado civil, nivel de instrucción, situación laboral, condición socioeconómica y edad.

Identificar la relación entre depresión postparto y factores de riesgo psicosociales como son el apoyo familiar o conyugal.

CAPITULO V

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de Estudio

La presente investigación se realizó bajo el prototipo de un estudio de cohorte prospectivo, descriptivo, longitudinal cuyo universo fueron las mujeres gestantes a partir de las treinta semanas, reconocidas como usuarias de Consulta Externa del Servicio de Ginecología del Hospital Un Canto a la Vida y Maternidad Nueva Aurora; con un seguimiento en el post parto hasta las primeras 2 a 4 semanas.

5.2 Variables

Variable Dependiente

- Episodio depresivo postparto

Variable Independiente

- Ingreso neonatal a UCIN
- Factores sociodemográficos: estado civil, nivel de instrucción, ocupación, condición socioeconómica, edad
- Factores psicosociales: apoyo familiar

5.3 Operacionalización de Variables

Tabla 11.

Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA
Estado civil.	Clase o condición legal en la cual se encuentra sujeta la vida de una	Porcentaje de cada uno de los estados civiles, en relación al	Soltera. Casada. Unión libre.

	persona.	total de pacientes encuestadas.	Viuda. Divorciada.
Nivel de instrucción.	Numero cursos (o ninguno) de educación académica en la cual un estudiante ha logrado superarse.	Totalidad de grados escolares aprobados.	Primaria completa. Primaria incompleta. Secundaria completa. Secundaria incompleta. Superior.
Situación Laboral	Actividad laboral que una persona desempeña como un sustento de sobrevivencia.	Actividad laboral que realiza la persona	Ama de casa Empleo dependiente: Público. Privado. Empleo independiente. Estudiante
Condición socioeconómica	Catalogada como una medida, según la posición económico-social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.	Total del ingreso económico con el que cuenta una persona con relación al sueldo básico.	Buena Regular Mala
Edad	Se considera a cada uno de los períodos de edad en que se encuentra dividida la vida humana.	Años cumplidos.	De 13 a 45años
Apoyo familiar	Ayuda de cualquier índole que una recibe para su beneficio	Apoyo económico Apoyo emocional	Pareja. Familiar. Ninguno.

Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

5.4 Universo

El estudio se llevó a cabo en total de 150 mujeres embarazadas desde las 30 semanas de gestación, que asistieron a demanda espontánea a la consulta externa de Gineco Obstetricia de los Hospitales Un Canto a la Vida y Maternidad Nueva Aurora, y que cumplieron con los

criterios de inclusión establecidos. Cabe recalcar que no se seleccionó ninguna muestra sino que se tomaron a todas las mujeres que se pudieron.

5.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

Tabla 12.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Al inicio del estudio:	
Criterios de inclusión.	Criterios de exclusión.
Mujeres embarazadas con una EG de 30 semanas en adelante confirmado por FUM o por ecografía.	Mujeres embarazadas con una EG menor a 30 semanas confirmado por FUM o por ecografía.
Mujeres gestantes alfabetas.	Mujeres gestantes analfabetas.
Mujeres gestantes sin antecedentes psiquiátricos.	Mujeres que presenten antecedente de depresión previo al embarazo.
Mujeres que acepten de forma voluntaria participar en el estudio.	Mujeres que no deseen participar en el estudio.
Para la ejecución final del estudio:	
Criterios de inclusión.	Criterios de exclusión.
Totalidad de las madres que tras el seguimiento, tengan su parto en el HUCV y HGONA, independientemente de si su hijo es dado de alta sin complicaciones o si es admitido en UCIN.	Mujeres que por cualquier eventualidad, lleguen a tener un óbito fetal o mortinato.
Mujeres que deseen continuar participando en el estudio.	Mujeres que desistan de continuar participando en el estudio.

Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

5.6 Procedimiento de Recolección de la información

1. Visita a la sala de consulta externa del servicio de Ginecología para la captación de las mujeres gestantes que cumplieran con los criterios de inclusión.
2. Explicación detallada a las pacientes seleccionadas, acerca del objetivo del estudio y confirmación de su participación voluntaria mediante la firma del consentimiento informado.
3. Información y explicación a las participantes acerca del llenado de la encuesta y hoja de datos informativos.
4. A las mujeres gestantes \geq a 30 semanas que fueron captadas en el primer contacto en la consulta externa ginecológica, se les aplicó la escala de Edimburgo con el objetivo de detectar un eventual episodio depresivo en esta etapa.
5. En el momento en que las participantes llenaron la encuesta de Edimburgo, los investigadores estuvimos atentos a las inquietudes, y evitamos en lo posible que nuestra presencia influya en las respuestas de las participantes. Ver anexo 1
6. Una vez concluido el llenado de la encuesta se estableció con las participantes un contacto periódico aproximadamente cada 15 o 30 días (dependiendo del caso) vía telefónica para el seguimiento del embarazo hasta su finalización ante la expectativa de un eventual ingreso del neonato a sala de UCIN posterior al parto.
7. A todas las mujeres que fueron captadas inicialmente y que después del parto acudieron al control ginecológico, se les aplicó la segunda encuesta (Escala de Goldberg) ente 2 a 4 semanas del postparto con el objetivo de identificar un posible cuadro de depresión en esta etapa. Ver anexo 2

5.7 Procesamiento de los Datos

El universo del estudio fueron 150 mujeres en postparto a quienes se les realizó un seguimiento desde la gestación, los datos de las variables obtenidas fueron categorizados y agrupados según su similitud. Ver tabla 13

Tabla 13.

Categorización de las variables

Variable	Características	Categorización

Edad	Adolescentes (entre 10 y 20 años) Adultas jóvenes (entre 20 y 30 años) Adultas medias (entre 31 y 40 años) Adultas maduras (más de 40 años)	Categoría 1: Mujeres adolescentes Categoría 2: Mujeres adultas (jóvenes, medias, maduras)
Estado civil	Solteras Unión libre Casadas	Categoría 1: Mujeres sin estabilidad conyugal (solteras) Categoría 2: Mujeres con estabilidad conyugal (uniones libres y casadas)
Nivel de instrucción	Primaria Secundaria Superior	Categoría 1: Mujeres con instrucción primaria Categoría 2: Mujeres con instrucción secundaria y superior
Ocupación	Ama de casa Estudiantes Empleadas (públicas o privadas)	Categoría 1: Mujeres sin remuneración económica (amas de casa y estudiantes) Categoría 2: Mujeres con remuneración económica (empleadas)
Condición Socioeconómica	Mala Regular Buena	Categoría 1: Mujeres en condición socioeconómica mala y regular Categoría 2: Mujeres en condición socioeconómica buena
Apoyo familiar	Con apoyo familiar: De esposo, pareja (en las mujeres en unión libre) padres o abuelos (en las mujeres solteras) Sin apoyo familiar	Categoría 1: Mujeres sin ningún apoyo familiar Categoría 2: Mujeres con apoyo familiar (esposo, pareja, padres, abuelos)

Fuente: Datos obtenidos de la investigación
Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

A continuación se creó una base de datos y se inició la codificación y tabulación en excel, posteriormente para el procesamiento de los mismos se utilizó el paquete del programa paquete en su versión número 24 al cual se importó la información, para el análisis se estableció un nivel de confianza del 95% para todos los casos y un error de muestreo del 5%.

La exposición de la información se realizó de acuerdo a los objetivos planteados, empleándose para la presentación descriptiva tablas univariadas con su respectivo gráfico, para el análisis bivariado se usaron tablas bivariadas para la relación de la depresión postparto con depresión en

el embarazo, factores de riesgo e ingreso neonatal a UCIN, y se utilizaron tablas triple capa para el análisis estratificado de la comparación entre depresión factores de riesgo e ingreso a UCIN.

Con las variables cuantitativas se realizó un análisis descriptivo, utilizando parámetros de centralización como son: moda, media, mediana, desviación estándar, varianza, rango intercuartil, cuartosis y asimetría.

Mientras que con las variables cualitativas se realizó un análisis con frecuencias absolutas y porcentajes de cada una de las categorías.

Se describió además la asociación entre las variables asignadas, sin asumir una relación causal entre ellas.

Para la comparación de depresión y las variables se realizó el análisis utilizando la prueba de chi cuadrado, con un intervalo de confianza del 95% y para el análisis de asociación se utilizó el valor de P.

5.8 Aspectos Bioéticos

Este estudio no ha vulnerado ningún principio de la bioética ni tampoco ha realizado intervenciones que pongan en riesgo la integridad de las participantes ya que no se realizó ningún tipo de intervención o modificaciones intencionadas de las variables del estudio, se garantizó la confidencialidad de las pacientes mediante la asignación de códigos. Cada participante aceptó participación en el estudio mediante la firma previa del consentimiento informado. Ver anexo 3.

Finalmente los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en la presente investigación.

CAPÍTULO VI

6. RESULTADOS

Este estudio se realizó en la consulta externa del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Un Canto a la Vida donde se captó a 38 participantes y en la Maternidad Nueva Aurora en donde se captó a 112 participantes, con lo cual se conformó un universo de 150 mujeres, a todas las pacientes se les realizó un seguimiento a partir de las 30 semanas de gestación hasta el postparto.

6.1 Análisis Descriptivo

Factores sociodemográficos y psicosociales

Las frecuencias y porcentajes encontradas en el universo fueron. Ver tabla 14.

Tabla 14.

Porcentajes y frecuencias según las características de los factores sociodemográficos y psicosociales

Factores Sociodemográficos y Psicosociales		Número (n)	Porcentaje (%)
Edad: Rango: 15 y 43 años Promedio: 26,56 años Edad mínima:15 años Edad máxima:43 años Edad más frecuente: 22 años	Adolescentes	24	16%
	Adultas	126	84%
Estado Civil	Sin estabilidad conyugal	32	21,3%
	Con estabilidad conyugal	118	78,7%
Nivel de Instrucción	Primaria	14	9,3%
	Secundaria y Superior	136	90,7%
Ocupación	Sin remuneración económica	104	69,3%

	Con remuneración económica	46	30,7%
Condición Socioeconómica	Mala y regular	67	44,7%
	Buena	83	55,3%
Apoyo Familiar	Sin apoyo familiar	4	2,7%
	Con apoyo familiar	146	97,3%

Fuente: Datos obtenidos de la investigación
Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

Neonatos admitidos a UCIN

Del total de recién nacidos (n=150) el 46,7% fue admitido en el servicio de UCIN por diferentes patologías entre las principales se encontró: dificultad respiratoria 31,4% (n=22), prematuridad 20% (n=14), ictericia neonatal 12,8% (n=9), hipoglicemia 8,7% (n=6), riesgo de sepsis 7,1% (n=5), peso bajo 4,3% (n=3), otros diagnósticos 15,7% (n=11). En tanto que el 53,3% permaneció en alojamiento conjunto con sus madres. Ver tabla 15.

Tabla 15.

Neonatos admitidos a UCIN

Neonatos	Número (n)	Porcentaje (%)
Ingresaron a UCIN	70	46,7%
Alojamiento conjunto	80	53,3%
Total	150	100%

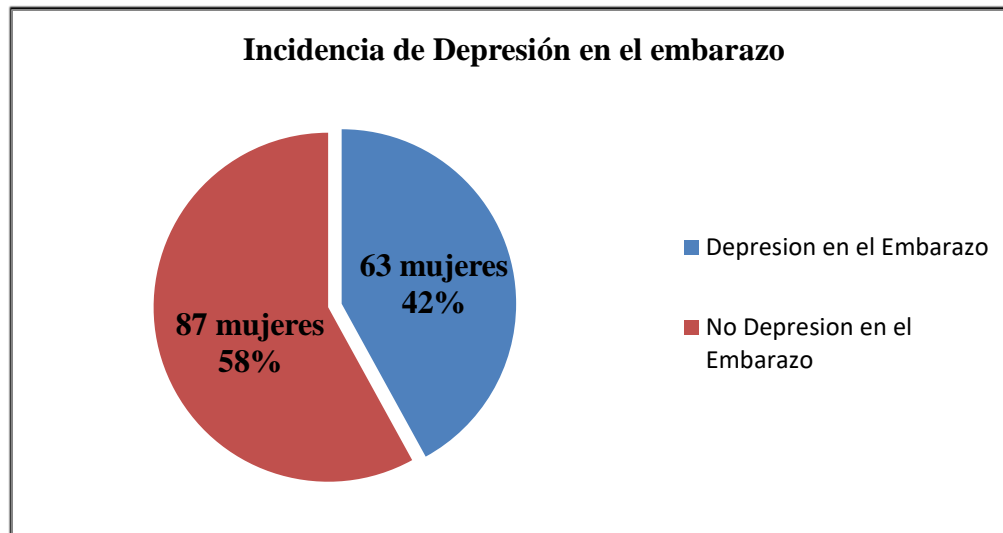
Fuente: Datos obtenidos de la investigación
Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

Incidencia de Depresión en el embarazo

En este estudio, la incidencia de depresión en el embarazo fue del 42% (n=63) en tanto que el restante 58% (n=87) no presentó dicha patología. Ver gráfico 2.

Gráfico 2.

Incidence of Depression in pregnancy according to results obtained with the Edinburgh Scale



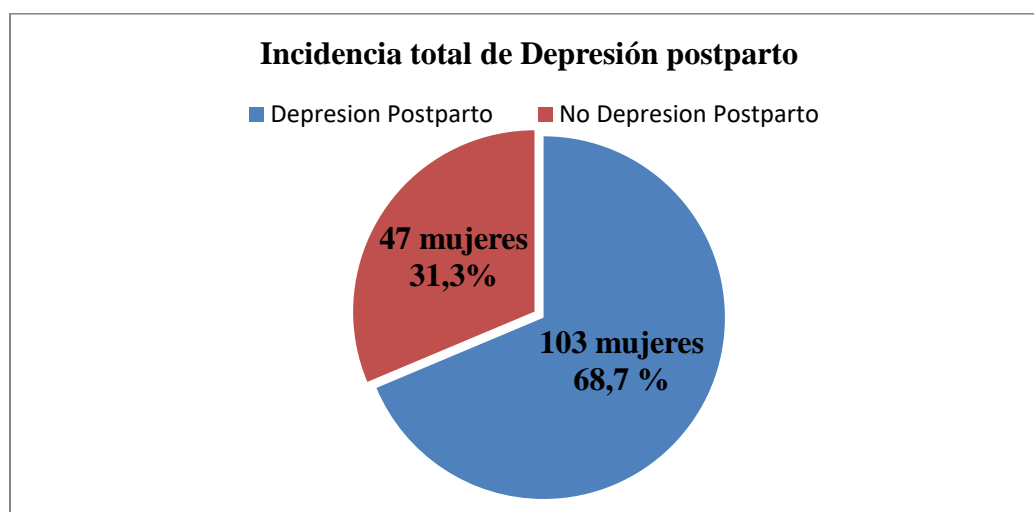
Fuente: Datos obtenidos de la investigación
 Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

Incidencia de Depresión postparto

Del universo de 150 mujeres a quienes se les dio seguimiento desde la etapa gestacional, se encontró que la incidencia total de depresión postparto (madres con hijos hospitalizados y no hospitalizados) fue del 68,7 %, mientras que el 31,3% no presentó DPP. Ver gráfico 3.

Gráfico 3.

Incidencia de Depresión postparto según los resultados obtenidos con la Escala de Goldberg



Fuente: Datos obtenidos de la investigación
 Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

Depresión postparto y depresión en el embarazo

Del 68,7% de mujeres (n=103) que presentaron DPP, se encontró que la prevalencia fue del 34% (n=51) mientras que la incidencia fue del 34,7% (n=52). Ver tabla 16.

6.2 Análisis Bivariar

Relación entre la depresión en el embarazo y la depresión postparto

Al relacionar los antecedentes de depresión en el embarazo con la depresión postparto se encontró que el 81% de las mujeres presentaron depresión en el embarazo y la patología se mantuvo hasta el postparto, en relación con el 59,8% quienes tuvieron depresión únicamente en el postparto, por tanto estos son considerados casos nuevos; se obtuvo una $p = 0,006$ OR 2,86 IC 95 % (1,33-6,12) que es estadísticamente significativo y se infiere por tanto que las mujeres que padecieron depresión en el embarazo, tuvieron mayor riesgo de desarrollar depresión en el postparto. Ver tabla 16.

Tabla 16.

Relación entre la depresión en el embarazo y la depresión postparto

Relación entre la depresión en el embarazo y la depresión postparto								
			Depresión Postparto		Total	OR	IC	P
			Si	No				
Depresión en el Embarazo	Si	Frecuencia	51	12	63	2,86	1,33-6,12	0,006
		% de Depresión en el Embarazo	81,0%	19,0%	100,0%			
		% del total	34,0%	8,0%	42,0%			
	No	Frecuencia	52	35	87			
		% de Depresión en el Embarazo	59,8%	40,2%	100,0%			
		% del total	34,7%	23,3%	58,0%			
Total		Frecuencia	103	47	150			
		% de Depresión en el Embarazo y total	68,7%	31,3%	100,0%			

Fuente: Datos obtenidos de la investigación
Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

Depresión Postparto y su relación con el ingreso hospitalario del neonato a UCIN

Al relacionar el ingreso neonatal a UCIN con la depresión postparto, se observó que en el grupo de madres cuyos hijos fueron hospitalizados en UCIN, el 90% desarrolló depresión postparto, mientras que en el grupo de madres que no tuvieron a su hijo hospitalizado el 50% manifestó DPP, se obtuvo una $p = 0,000$ OR 9,0 IC 95% (3,67-22,03), que es estadísticamente significativo, por tanto se admite que las madres que tuvieron a su hijo hospitalizado en UCIN tuvieron un riesgo considerablemente mayor de desarrollar depresión en el postparto. Ver tabla 17.

Tabla 17.

Depresión Postparto y su relación con el ingreso hospitalario del neonato a UCIN

Depresión postparto y su relación con el ingreso neonatal a UCIN								
			Depresión Postparto		Total	OR	IC	P
			Si	No				
Ingreso UCI	Si	Frecuencia	63	7	70	9,0	3,67-22,03	0,000
		% de Ingreso UCI	90,0%	10,0%	100,0%			
		% del total	42,0%	4,7%	46,7%			
	No	Frecuencia	40	40	80			
		% de Ingreso UCI	50,0%	50,0%	100,0%			
		% del total	26,7%	26,7%	53,3%			
Total		Frecuencia	103	47	150			
		% de Ingreso UCI y total.	68,7%	31,3%	100,0%			

Fuente: Datos obtenidos de la investigación

Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

Depresión postparto y su relación con la edad

Al relacionar la edad con la DPP; se observó que en el grupo de adolescentes el 79,2% presentó DPP, mientras que en el grupo de adultas el 66,7% se manifestó depresión postparto, se obtuvo una $p = 0,22$ OR 1,90 IC 95% (0,66-5,44) lo cual no es estadísticamente significativo, no se encontró asociación, por lo tanto se establece que la edad no constituye un factor de riesgo para padecer depresión postparto. Ver tabla 18.

Tabla 18.

Depresión postparto y su relación con la edad

Depresión postparto y su relación con la edad								
			Depresión Postparto		Total	OR	IC	P
			Si	No				
Grupo Etario	Adolescentes	Frecuencia	19	5	24	1,90	0,66-5,44	0,22
		% de Grupo Etario	79,2%	20,8%	100,0%			
	Adultas	Frecuencia	84	42	126			
		% de Grupo Etario	66,7%	33,3%	100,0%			
	Total	Frecuencia	103	47	150			
		% de Grupo Etario	68,7%	31,3%	100,0%			

Fuente: Datos obtenidos de la investigación
Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

Depresión postparto y su relación con el estado civil

Al relacionar el estado civil con la depresión postparto, se observó que en el grupo de madres sin estabilidad conyugal el 65,6 % presentó DPP, comparado con el grupo de las madres con estabilidad conyugal en donde el 69,5 % presentó depresión postparto, se obtuvo una p 0,17 OR 0,83 IC 95 % (0,36-1,91) cuyo valor no es estadísticamente significativo, no se encontró asociación, por lo tanto se deduce que el desarrollo de DPP es independiente del estado civil. Ver tabla 19.

Tabla 19.

Depresión postparto y su relación con el estado civil

Depresión postparto y su relación con el estado civil								
			Depresión Postparto		Total	OR	IC	P
			Si	No				
Estado Civil	Sin Estabilidad Conyugal	Frecuencia	21	11	32	0,83	0,36-1,91	0,17
		% de Estado Civil	65,6%	34,4%	100,0%			
	Con Estabilidad Conyugal	Frecuencia	82	36	118			
		% de Estado Civil	69,5%	30,5%	100,0%			
Total		Frecuencia	103	47	150			
		% de Estado Civil	68,7%	31,3%	100,0%			

Fuente: Datos obtenidos de la investigación
Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

Depresión postparto y su relación con el nivel de instrucción

Al relacionar el nivel de instrucción con la depresión postparto, se observó que en el nivel primario el 100% presentó depresión postparto, mientras que en el nivel de instrucción secundaria y superior el 65,4% presentó DPP, se obtuvo una $p = 0,008$ OR 1,52 IC 95 % (1,35 – 1,72) resultando ser estadísticamente significativo, por lo tanto las madres con menor nivel de instrucción, tienen un mayor riesgo de desarrollar DPP. Ver tabla 20.

Tabla 20.

Depresión postparto y su relación con el nivel de instrucción

Depresión postparto y su relación con el nivel de instrucción								
			Depresión Postparto		Total	OR	IC	P
			Si	No				
Nivel de Instrucción	Primaria	Frecuencia	14	0	14	1,52	1,35-1,72	0,008
		% de Nivel de Instrucción	100,0%	0,0%	100,0%			
	Secundaria y Superior	Frecuencia	89	47	136			
		% de Nivel de Instrucción	65,4%	34,6%	100,0%			

Total	Frecuencia	103	47	150			
	% de Nivel de Instrucción	68,7%	31,3%	100,0%			

Fuente: Datos obtenidos de la investigación

Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

Depresión postparto y su relación con la ocupación

Al relacionar la ocupación con la depresión postparto, en la categoría de mujeres sin remuneración económica el 73,1% presentó DPP, comparado con el grupo de mujeres con remuneración económica en donde el 58,7 % presentó DPP; se obtuvo una $p = 0,080$ OR 1,91 IC 95 % (0,92-3,96) resultado no estadísticamente significativo, sin asociación, por tanto se concluye que no existe relación entre la ocupación y el desarrollo de depresión en el postparto. Ver tabla 21.

Tabla 21.

Depresión postparto y su relación con la ocupación

Depresión postparto y su relación con la ocupación								
			Depresión Postparto		Total	OR	IC	P
			Si	No				
Ocupación	Sin Remuneración Económica	Frecuencia	76	28	104	1,91	0,92-3,96	0,080
		% de Situación Laboral	73,1%	26,9%	100,0%			
	Con Remuneración Económica	Frecuencia	27	19	46			
		% de Situación Laboral	58,7%	41,3%	100,0%			
Total		Frecuencia	103	47	150			
		% de Situación Laboral	68,7%	31,3%	100,0%			

Fuente: Datos obtenidos de la investigación

Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

Depresión postparto y su relación con la condición socioeconómica

Al comparar la condición socioeconómica y depresión postparto, se encontró que en las mujeres pertenecientes a la categoría mala y regular, el 80,6% presentó DPP en comparación con el grupo de la condición socioeconómica buena en donde la DPP se manifestó en el 59 %, se obtuvo una $p = 0,005$ OR 2,88 IC 95 % (1,36-6,08), resultado estadísticamente significativo por tanto se concluye que las mujeres pertenecientes a la condición socioeconómica mala y regular tienen mayor riesgo de desarrollar DPP. Ver tabla 22.

Tabla 22.

Depresión postparto y su relación con la condición socioeconómica

Depresión postparto y su relación con la condición socioeconómica								
			Depresión Postparto		Total	OR	IC	P
			Si	No				
Condición Socioeconómica	Mala y Regular	Frecuencia	54	13	67	2,88	1,36-6,08	0,005
		% de Condición Socioeconómica	80,6%	19,4%	100,0%			
	Buena	Frecuencia	49	34	83			
		% de Condición Socioeconómica	59,0%	41,0%	100,0%			
Total		Frecuencia	103	47	150			
		% de Condición Socioeconómica	68,7%	31,3%	100,0%			

Fuente: Datos obtenidos de la investigación
Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

Depresión postparto y su relación con las redes de apoyo familiar

Al relacionar el apoyo familiar con la depresión postparto, se encontró que en grupo de mujeres sin apoyo familiar el 100% presentó DPP, en relación con el grupo de mujeres que si disponían de apoyo familiar en donde el 67,8% manifestó sintomatología depresiva, se obtuvo una $p = 0,17$ OR 1,47 IC 95%(1,31-1,64) no hubo asociación, por lo cual se deduce que el desarrollo de depresión postparto es independiente del apoyo familiar. Ver tabla 23.

Tabla 23.
Depresión postparto y su relación con el apoyo familiar

Depresión postparto y su relación con el apoyo familiar								
			Depresión Postparto		Total	OR	IC	P
			Si	No				
Apoyo Familiar	Sin Apoyo	Frecuencia	4	0	4	1,47	1,31-1,64	0,17
		% de Apoyo Familiar	100,0%	0,0%	100,0%			
	Con Apoyo	Frecuencia	99	47	146			
		% de Apoyo Familiar	67,8%	32,2%	100,0%			
	Total		Frecuencia	103	47			
% de Apoyo Familiar			68,7%	31,3%	100,0%			

Fuente: Datos obtenidos de la investigación
Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

6.3 Análisis estratificado de la depresión postparto en relación con el ingreso neonatal a UCIN y los factores sociodemográficos y psicosociales

Depresión postparto y su relación con la admisión del neonato a UCIN y la edad

En la relación entre la depresión postparto con el ingreso neonatal a UCIN y la edad se obtuvo una $p = 0,000$ OR 2,66 IC 95 % (1,09-6,52) lo cual indica una asociación estadísticamente significativa, por tanto si al factor edad se añade el ingreso neonatal a UCIN, esta asociación incrementa 2 veces el riesgo materno de padecer DPP. Ver tabla 24.

Tabla 24.

Depresión postparto y su relación con la admisión del neonato a UCIN y la edad

Depresión postparto y su relación con la admisión del neonato a UCIN y la edad						
Grupo Etario				Depresión Postparto		Total
				Si	No	
Adolescentes	Ingreso UCI	Si	Frecuencia	16	0	16
			% de Ingreso UCI	100,0%	0,0%	100,0%
		No	Frecuencia	3	5	8
			% de Ingreso UCI	37,5%	62,5%	100,0%
	Total		Frecuencia	19	5	24
			% de Ingreso UCI	79,2%	20,8%	100,0%
Adultas	Ingreso UCI	Si	Frecuencia	47	7	54
			% de Ingreso UCI	87,0%	13,0%	100,0%
		No	Frecuencia	37	35	72
			% de Ingreso UCI	51,4%	48,6%	100,0%
	Total		Frecuencia	84	42	126
			% de Ingreso UCI	66,7%	33,3%	100,0%
Total	Ingreso UCI	Si	Frecuencia	63	7	70
			% de Ingreso UCI	90,0%	10,0%	100,0%
		No	Frecuencia	40	40	80
			% de Ingreso UCI	50,0%	50,0%	100,0%
	Total		Frecuencia	103	47	150
			% de Ingreso UCI	68,7%	31,3%	100,0%
	Grupo Etario		OR	IC	P	
			2,66	1,09-6,52	0,000	

Fuente: Datos obtenidos de la investigación
Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

Depresión postparto y su relación con la admisión del neonato a UCIN y el estado civil

En la relación entre la depresión postparto con el ingreso neonatal a UCIN y el estado civil se obtuvo una $p = 0,001$ OR 19,12 IC 95 % (2,91-125,31) lo cual indica una asociación estadísticamente significativa, por tanto si al estado civil se añade el ingreso neonatal a UCIN, esta asociación incrementa 19 veces el riesgo materno de padecer DPP. Ver tabla 25

Tabla 25.

Depresión postparto y su relación con la admisión del neonato a UCIN y el estado civil

Depresión postparto y su relación con la admisión del neonato a UCIN y el estado civil						
Estado Civil				Depresión Postparto		Total
				Si	No	
Sin Estabilidad Conyugal	Ingreso UCI	Si	Frecuencia	17	2	19
			% de Ingreso UCI	89,5%	10,5%	100,0%
		No	Frecuencia	4	9	13
			% de Ingreso UCI	30,8%	69,2%	100,0%
	Total		Frecuencia	21	11	32
			% de Ingreso UCI	65,6%	34,4%	100,0%
Con Estabilidad Conyugal	Ingreso UCI	Si	Frecuencia	46	5	51
			% de Ingreso UCI	90,2%	9,8%	100,0%
		No	Frecuencia	36	31	67
			% de Ingreso UCI	53,7%	46,3%	100,0%
	Total		Frecuencia	82	36	118
			% de Ingreso UCI	69,5%	30,5%	100,0%
Total	Ingreso UCI	Si	Frecuencia	63	7	70
			% de Ingreso UCI	90,0%	10,0%	100,0%
		No	Frecuencia	40	40	80
			% de Ingreso UCI	50,0%	50,0%	100,0%
	Total		Frecuencia	103	47	150
			% de Ingreso UCI	68,7%	31,3%	100,0%
	Estado civil	OR		IC	P	
		19,12		2,91-125,31	0,001	

Fuente: Datos obtenidos de la investigación

Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

Depresión postparto y su relación con la admisión del neonato a UCIN y el nivel de instrucción

En la relación entre la depresión postparto con el ingreso neonatal a UCIN y el nivel de instrucción se obtuvo una $p = 0,000$ OR 9,00 IC 95 % (3,66-22,03) lo cual indica una asociación estadísticamente significativa, por tanto si al nivel de instrucción se añade el ingreso neonatal a UCIN, la mujer tiene 9 veces más riesgo de padecer DPP. Ver tabla 26

Tabla 26.

Depresión postparto y su relación con la admisión del neonato a UCIN y el nivel de instrucción

Depresión postparto y su relación con la admisión del neonato a UCIN y el nivel de instrucción						
Nivel de Instrucción				Depresión Postparto		Total
				Si	No	
Primaria	Ingreso UCI	Si	Frecuencia	9		9
			% de Ingreso UCI	100,0%		100,0%
		No	Frecuencia	5		5
			% de Ingreso UCI	100,0%		100,0%
	Total		Frecuencia	14		14
			% de Ingreso UCI	100,0%		100,0%
Secundaria y Superior	Ingreso UCI	Si	Frecuencia	54	7	61
			% de Ingreso UCI	88,5%	11,5%	100,0%
		No	Frecuencia	35	40	75
			% de Ingreso UCI	46,7%	53,3%	100,0%
	Total		Frecuencia	89	47	136
			% de Ingreso UCI	65,4%	34,6%	100,0%
Total	Ingreso UCI	Si	Frecuencia	63	7	70
			% de Ingreso UCI	90,0%	10,0%	100,0%
		No	Frecuencia	40	40	80
			% de Ingreso UCI	50,0%	50,0%	100,0%
	Total		Frecuencia	103	47	150
			% de Ingreso UCI	68,7%	31,3%	100,0%
	Nivel de Instrucción		OR	IC	P	
			9,00	3,66-22,03	0,000	

Fuente: Datos obtenidos de la investigación
Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

Depresión postparto y su relación con la admisión del neonato a UCIN y la ocupación

En la relación entre la depresión postparto con el ingreso neonatal a UCIN y la ocupación materna se obtuvo una $p = 0,000$ OR 51,92 IC 95 % (6,67-403,90) lo cual indica una asociación estadísticamente significativa, por tanto si a la situación laboral se añade el ingreso neonatal a UCIN, la mujer tiene 51 veces más riesgo de padecer DPP. Ver tabla 27.

Tabla 27.

Depresión postparto y su relación entre el ingreso a UCIN y la situación laboral

Depresión postparto y su relación entre el ingreso a UCIN y la situación laboral						
Situación Laboral				Depresión Postparto		Total
				Si	No	
Sin Remuneración Económica	Ingreso UCI	Si	Frecuencia	50	1	51
			% de Ingreso UCI	98,0%	2,0%	100,0%
		No	Frecuencia	26	27	53
			% de Ingreso UCI	49,1%	50,9%	100,0%
	Total		Frecuencia	76	28	104
			% de Ingreso UCI	73,1%	26,9%	100,0%
Con Remuneración Económica	Ingreso UCI	Si	Frecuencia	13	6	19
			% de Ingreso UCI	68,4%	31,6%	100,0%
		No	Frecuencia	14	13	27
			% de Ingreso UCI	51,9%	48,1%	100,0%
	Total		Frecuencia	27	19	46
			% de Ingreso UCI	58,7%	41,3%	100,0%
Total	Ingreso UCI	Si	Frecuencia	63	7	70
			% de Ingreso UCI	90,0%	10,0%	100,0%
		No	Frecuencia	40	40	80
			% de Ingreso UCI	50,0%	50,0%	100,0%
	Total		Frecuencia	103	47	150
			% de Ingreso UCI	68,7%	31,3%	100,0%
	Situación laboral		OR	IC	P	
			51,92	6,67-403,90	0,000	

Fuente: Datos obtenidos de la investigación
Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

Depresión postparto y su relación con la admisión del neonato a UCIN y la condición socioeconómica

En la relación entre la depresión postparto con el ingreso neonatal a UCIN y la condición socioeconómica se obtuvo una $p = 0,009$ OR 5,66 IC 95 % (1,39-23,05) lo cual indica una asociación estadísticamente significativa, por tanto si a la condición socioeconómica se añade el ingreso neonatal a UCIN, la mujer tiene 5 veces más riesgo de padecer DPP. Ver tabla 28.

Tabla 28.

Depresión postparto y su relación entre el ingreso a UCIN y la condición socioeconómica

Depresión postparto y su relación entre el ingreso a UCIN y la condición socioeconómica						
Condición Socioeconómica				Depresión Postparto		Total
				Si	No	
Mala y Regular	Ingreso UCI	Si	Frecuencia	34	3	37
			% de Ingreso UCI	91,9%	8,1%	100,0%
		No	Frecuencia	20	10	30
			% de Ingreso UCI	66,7%	33,3%	100,0%
	Total		Frecuencia	54	13	67
			% de Ingreso UCI	80,6%	19,4%	100,0%
Buena	Ingreso UCI	Si	Frecuencia	29	4	33
			% de Ingreso UCI	87,9%	12,1%	100,0%
		No	Frecuencia	20	30	50
			% de Ingreso UCI	40,0%	60,0%	100,0%
	Total		Frecuencia	49	34	83
			% de Ingreso UCI	59,0%	41,0%	100,0%
Total	Ingreso UCI	Si	Frecuencia	63	7	70
			% de Ingreso UCI	90,0%	10,0%	100,0%
		No	Frecuencia	40	40	80
			% de Ingreso UCI	50,0%	50,0%	100,0%
	Total		Frecuencia	103	47	150
			% de Ingreso UCI	68,7%	31,3%	100,0%
	Condición socioeconómica		OR	IC	P	
			5,66	1,39-23,05	0,009	

Fuente: Datos obtenidos de la investigación
Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

Depresión postparto y su relación con la admisión del neonato a UCIN y el apoyo familiar

En la relación entre la depresión postparto con el ingreso neonatal a UCIN y el apoyo familiar se obtuvo una $p = 0,000$ OR 9,00 IC 95 % (3,67-22,03) lo cual indica una asociación estadísticamente significativa, por tanto si al apoyo familiar se añade el ingreso neonatal a UCIN, la mujer tiene 9 veces más riesgo de padecer DPP. Ver tabla 29.

Tabla 29.

Depresión postparto y su relación entre el ingreso a UCIN y el apoyo familiar

Depresión postparto y su relación entre el ingreso a UCIN y el apoyo familiar						
Apoyo Familiar				Depresión Postparto		Total
				Si	No	
Sin Apoyo familiar	Ingreso UCI	Si	Frecuencia	4		4
			% de Ingreso UCI	100,0%		100,0%
	Total		Frecuencia	4		4
			% de Ingreso UCI	100,0%		100,0%
Con Apoyo familiar	Ingreso UCI	Si	Frecuencia	59	7	66
			% de Ingreso UCI	89,4%	10,6%	100,0%
		No	Frecuencia	40	40	80
			% de Ingreso UCI	50,0%	50,0%	100,0%
	Total		Frecuencia	99	47	146
			% de Ingreso UCI	67,8%	32,2%	100,0%
Total	Ingreso UCI	Si	Frecuencia	63	7	70
			% de Ingreso UCI	90,0%	10,0%	100,0%
		No	Frecuencia	40	40	80
			% de Ingreso UCI	50,0%	50,0%	100,0%
	Total		Frecuencia	103	47	150
			% de Ingreso UCI	68,7%	31,3%	100,0%
	Apoyo familiar		OR	IC		P
			9,00	3,67-22,03		0,000

Fuente: Datos obtenidos de la investigación
Realizado por: Casillas Isaac y Tite Paola

CAPÍTULO VII

7. DISCUSION

A partir de un universo conformado por 150 participantes, se inició el estudio de seguimiento de sintomatología depresiva a las mujeres desde aproximadamente las 30 semanas de embarazo hasta el puerperio.

Según la literatura mundial, la prevalencia de depresión en el postparto oscila entre el 13, 8 a 32% % (Medina, 2013) (Navarrete et al., 2012) (Ceballos, 2010) (Jadresic, 2014)

Del universo de este estudio y considerando únicamente a aquellas mujeres que no tuvieron a sus hijos ingresados en el servicio de UCIN en el Hospital Un Canto a la Vida y Maternidad Nueva Aurora, se encontró una frecuencia de positividad en los test para depresión postparto de 26,7 % que concuerda con la incidencia encontrada en algunas publicaciones como por ejemplo en la del Ministerio de Salud de Chile en el año 2014, en donde se reporta una prevalencia de depresión postparto del 40,5%. (Ministerio de Salud de Chile, 2014). Los hallazgos de este estudio también guardan relación con la publicación realizada por Enrique Jadresic en Chile en 2014, donde menciona que el 40% de las mujeres en puerperio padecen síntomas depresivos y de ellas un 10 a 15 % termina finalmente desarrollando depresión postparto. (Jadresic, 2014). Igualmente, comparando con los resultados publicados por Navarrete et al en el 2012 en México, donde se observó que un 36.4% de las mujeres presentaron sintomatología depresiva en el postparto (Navarrete et al., 2012).

Así mismo, los resultados de este estudio concuerdan con lo que menciona Medina en su publicación en México en el año 2013, donde indica una prevalencia de depresión postparto del 13.9 a 32.6% en dicho país. (Medina, 2013). También al comparar lo encontrado en este estudio, con las conclusiones de Rementería y Ponce en Chile en el año 2013, se encuentra una similitud, ya que dichas autoras señalan en su estudio una incidencia del 41 % de DPP (Rementería y Ponce, 2013)

La bibliografía menciona que la presencia de depresión postparto en madres con hijos hospitalizados en UCIN se estima entre el 28 y 67 %. (Segre et al., 2015) (Durán et al., 2015)

En este estudio considerando a las mujeres puérperas del universo que tuvieron a sus hijos ingresados en el servicio de UCIN en el Hospital Un Canto a la Vida y Maternidad Nueva Aurora se encontró una frecuencia de positividad en los test para depresión postparto del 42 % que concuerda con el estudio publicado por Segre et al en el año 2015 en Estados Unidos, con el estudio transversal de Durán et al en Colombia en el mismo año, y también con los resultados de Acosta et al, en Uruguay en el año 2014 en los cuales se evidenció que el porcentaje de depresión postparto en madres con hijos hospitalizados en UCIN oscila entre el 28 y 67 %. (Segre et al., 2015) (Durán et al., 2015). Asimismo se estableció que el ingreso de un neonato al servicio de UCIN si tiene una relación de asociación estadísticamente significativa con el desarrollo de depresión materna $p < 0,000$ OR 9,0 IC 95% (3,67-22,03), tal es así que este hallazgo se compara con la afirmación que realiza Medina en su artículo de revisión en México en el 2013 donde señala la relación existente entre una mala condición de salud del neonato con la presencia de depresión en el postparto (Medina, 2013). En Argentina Ruiz y cols en su estudio

también indican que la internación de un recién nacido en la UCIN genera en las madres niveles considerables de depresión (Ruiz et al., 2005) lo que igualmente coincide con los resultados de este estudio. Del mismo modo Pereira et al en Brasil en su estudio realizado en madres con sus hijos hospitalizados en la UCIN, revelan altos niveles de sintomatología depresiva en estas mujeres de hasta el 44%, por lo tanto esta cifra es comparable con los hallazgos de este estudio (Pereira et al., 2004)

En el Reino Unido, en un estudio de la relación entre la depresión prenatal y depresión postparto indica que el 22,6. % de las mujeres con depresión postparto la habían padecido ya, desde la gestación. En Suiza en una cohorte de mujeres embarazadas se encontró que un 17 % padeció síntomas depresivos en el tercer trimestre y más tarde en el puerperio, el 45 % de estas mujeres fueron diagnosticadas con depresión posparto (Pérez et al., 2013). Del universo estudiado, en la comparación de depresión postparto con depresión en el embarazo se encontró una frecuencia del 34 %, se obtuvo un resultado de asociación estadísticamente significativo $p = 0,006$ OR 2,86 IC 95 % (1,33-6,12), este hallazgo se ajusta a los estudios de Pérez et al en Colombia en el 2013 y Ceballos et al en México en el año 2010 quienes establecen una asociación estadísticamente significativa entre la depresión prenatal sin tratamiento como factor de riesgo concluyente para el desarrollo de depresión en el posparto con un porcentaje entre 22,6 y 65 % (Pérez et al., 2013) (Ceballos et al., 2010).

En cuanto al hecho de que la mujer tenga pareja conyugal es decir su estado civil y la relación con el desarrollo de depresión en el postparto, en este estudio no se encontró una relación estadísticamente significativa $p = 0,17$ OR 0,83 IC 95 % (0,36-1,91), lo cual coincide con los hallazgos de Lartigue y cols en México en el 2008 quienes llegaron a la conclusión de que el tener o no pareja, no tiene relación con el desarrollo de depresión postparto, de la misma manera Rementería y Ponce en el año 2013 en Chile refieren que el hecho de tener o no estabilidad conyugal no tiene una asociación estadísticamente significativa con la DPP (Lartigue et al., 2008) (Rementería y Ponce, 2013). Por otro lado los resultados no guardan congruencia con la revisión de Navarrete et al quienes aducen que el estado civil si se relaciona con el riesgo de presentar DPP (Navarrete et al, 2008).

El nivel de instrucción resultó tener asociación estadísticamente significativa $p = 0,008$ OR 1,52 IC 95 % (1,35 – 1,72) con la depresión postparto según los resultados de este estudio concordando con el estudio de Almanza et al en el año 2011 en México quienes en su análisis correlacional también demostraron que mientras más alto es el nivel académico de la mujer, este se convierte en un factor protector para el desarrollo de depresión (Almanza et al., 2011). Igualmente los hallazgos del presente estudio coinciden con la referencia que realiza el Ministerio de Salud de Chile en su protocolo de detección de depresión en el embarazo y postparto en donde menciona a la baja escolaridad materna como factor predictor de depresión postparto ((Ministerio de Salud Chile, 2014).

El presente estudio arrojó que no existe una relación de asociación estadísticamente significativa entre la ocupación y la DPP $p = 0,080$ OR 1,91 IC 95 % (0,92-3,96), lo cual es pertinente comparado con los estudios de Chávez y González en el año 2008 en México, Carrascón et al en el año 2006 en España, en los cuales concluyen que la ocupación o la condición laboral, no se asocia con la presencia de depresión postparto (Chávez y González, 2008) (Carrascón et al., 2006)

La condición socioeconómica, fue otro de los factores que si tuvo una asociación estadísticamente significativa con la depresión postparto $p = 0,005$ OR 2,88 IC 95 % (1,36-6,08), este hallazgo coincide con el análisis correlacional realizado en el estudio de Almanza y cols en el año 2011 en México en donde señala a la condición socioeconómica como factor de riesgo para depresión en el postparto (Almanza et al., 2011). También Sharma et al, en el presente año en el Journal of Pregnancy and Child Health hindú refieren que el bajo nivel socioeconómico tiene una relación predictiva aunque pequeña pero significativa con la aparición de depresión postparto. (Sharma et al., 2017) Del mismo modo Enrique Jadresic en su publicación chilena en el año 2014 también hace referencia a otros estudios realizados en dicho país en los que se encontró una asociación significativa entre la depresión perinatal y el nivel socioeconómico bajo (Jadresic, 2014). La frecuencia de depresión perinatal presenta un incremento cuando la mujer se expone a determinados factores de riesgo específicos como por ejemplo subsistir en condiciones de pobreza es lo que menciona Lartigue et al en el 2008 en el Instituto mexicano de Perinatología (Lartigue, 2008) esta afirmación también apoya y corrobora los resultados arrojados en este estudio en relación a que el mayor porcentaje de depresión se situó en la categoría de mujeres con condición socioeconómica regular y mala.

Con respecto a la variable edad, en este estudio, no se encontró una asociación estadísticamente significativa con la depresión postparto $p = 0,22$ OR 1,90 IC 95% (0,66-5,44), esto concuerda con los resultados publicados en el estudio de Rementería y Ponce en Chile en el año 2013, en donde las autoras también afirman que no existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y la DPP. (Rementería y Ponce, 2013). El rango etario de las participantes de esta investigación fue de 15 y 43 años, se evidencia entonces la similitud con el estudio de Melville et al publicado en Estados Unidos en donde las edades de las mujeres del universo de dicho estudio oscilan entre los 15 y 51 años (Melville et al., 2010), lo cual indica la semejanza etaria de las poblaciones estudiadas.

En el análisis del apoyo familiar y su relación con la depresión postparto en este estudio obtuvo un resultado no estadísticamente significativo $p = 0,17$ OR 1,47 IC 95%(1,31-1,64), lo cual discrepa con la publicación de Navas en Costa Rica en el año 2013, donde se menciona que la falta de apoyo familiar especialmente por parte de la pareja incrementa el riesgo de depresión postparto (Navas, 2013), también Navarrete et al, en México en el año 2012 señalan a la falta de apoyo familiar como factor de riesgo para depresión postparto (Navarrete et al., 2012). Sin embargo es conveniente aclarar que en el presente estudio en el pequeño grupo de mujeres que no tenían apoyo familiar, absolutamente todas sufrieron depresión, lo que concuerda con las afirmaciones de los autores, pero esto no se pudo concluir afirmativamente debido a que las medidas de asociación no alcanzaron una significancia estadística apropiada.

Finalmente, se puede afirmar que la depresión postparto, en este estudio tuvo una asociación con: un antecedente de depresión en el postparto, con el ingreso neonatal a UCIN, con el nivel de instrucción y con la condición socioeconómica, esto se respalda por la significancia alcanzada en las pruebas estadísticas.

Igualmente si a cualquiera de los factores de riesgo sean estos sociodemográficos o psicosociales, se añade el ingreso neonatal a UCIN, produce en la madre un incremento

exponencial del riesgo de padecer DPP, esto se ha comprobado y se respalda con la significancia lograda en las pruebas estadísticas.

Según los datos obtenidos en esta investigación, se puede evidenciar que la presencia de depresión en la población estudiada, es semejante a la depresión en poblaciones de otros lugares del mundo.

LIMITACIONES

Se reconoce como una de las limitaciones en esta investigación, la falta de heterogeneidad en el universo ya que es por ello que no se pudo realizar una estratificación más equitativa en lo que respecta a los grupos etarios, a la ocupación y al apoyo familiar. Asimismo se admite que la falta de homogeneidad entre el universo de la una institución comparado con el universo de la otra institución de salud en donde se realizó el estudio, fue lo que posiblemente no permitió lograr una asociación estadísticamente significativa entre algunas de las variables implicadas.

Por lo tanto, se sugiere que en futuras investigaciones se considere estas limitantes al momento de la selección del universo.

CAPÍTULO VIII

8. CONCLUSIONES

- La depresión postparto evidentemente es un problema de salud pública lo cual está reflejado en su elevada frecuencia a nivel mundial, sin dejar de considerar que lamentablemente en nuestro país no existen datos oficiales que revelen la realidad de esta problemática.
- Del universo del estudio realizado en el Hospital Un Canto a la Vida y Maternidad Nueva Aurora se encontró que la presencia de depresión postparto en las mujeres que tuvieron a sus hijos hospitalizados en UCIN fue del 42 % mientras que en las madres cuyos hijos no fueron admitidos en UCIN fue del 26,7 %, por tanto la frecuencia total de DPP alcanzó el 68,7 %.
- Con respecto al ingreso neonatal a UCIN con la DPP se encontró una asociación estadísticamente significativa $p = 0,000$ OR 9,0 IC 95% (3,67-22,03). Estos resultados permiten inferir que cuando un neonato es admitido a UCIN, predice en las madres un riesgo incrementado de desarrollar un cuadro depresivo, cosa que no ocurre cuando el niño no es ingresado a hospitalización.
- En forma general, si a cualquiera de los factores sean estos sociodemográficos o psicosociales, se añade el ingreso neonatal a UCIN, esta asociación incrementa de forma exponencial el riesgo de padecer depresión en el postparto, esto se respalda por los resultados favorables obtenidos en las pruebas estadísticas ya detalladas en el capítulo anterior.
- Del universo del estudio en el Hospital Un Canto a la Vida y Maternidad Nueva, en la relación de la depresión postparto teniendo como antecedente un episodio depresivo desde el embarazo se encontró una prevalencia del 34 %, con una asociación estadísticamente significativa $p = 0,006$ OR 2,86 IC 95 % (1,33-6,12). Por tanto se concluye que las mujeres con antecedente de depresión en el embarazo tienen mayor riesgo de sufrir un cuadro depresivo en el postparto. El porcentaje obtenido es alto pero comparable con las cifras encontradas en la literatura.
- Se encontró además que la incidencia de depresión postparto cuando no ha existido un antecedente de depresión desde el embarazo, es decir los casos de depresión que se presentaron exclusivamente después del parto correspondió al 34,7 %.
- La depresión postparto y el estado civil en este estudio no obtuvieron una asociación estadísticamente significativa, entendiéndose por lo tanto que la depresión en estas

mujeres no depende de la estabilidad conyugal que tengan, esto probablemente se debió al tamaño del universo y a su homogeneidad.

- La depresión postparto con el nivel de instrucción presentó una relación estadísticamente significativa $p 0,008$ OR 1,52 IC 95 % (1,35 – 1,72), por lo tanto se concluye que cuando una mujer tiene un mayor nivel académico, ello se convierte en un factor protector para el desarrollo de depresión postparto, mientras que las mujeres que tienen un menor nivel académico presentan mayor riesgo de desarrollar DPP.
- La relación entre depresión postparto y la ocupación no alcanzó una asociación estadísticamente significativa, lo que indica que la aparición de depresión postparto no depende de la existencia de una remuneración económica establecida según la ocupación.
- El presente estudio, la depresión postparto y la condición socioeconómica obtuvieron una relación estadísticamente significativa $p 0,005$ OR 2,88 IC 95 % (1,36-6,08), evidenciándose que las mujeres pertenecientes a la categoría de condición socioeconómica regular y mala tuvieron mayor riesgo de desarrollar DPP, comparado con las mujeres de la condición socioeconómica buena quienes tuvieron menor riesgo, por lo tanto esta relación indica que el hecho de pertenecer a la condición socioeconómica buena es un factor protector para la aparición de depresión en el postparto.
- En la relación de la edad materna con la DPP no se obtuvo una asociación estadísticamente significativa $p 0,22$ OR 1,90 IC 95% (0,66-5,44), esto probablemente debido al tamaño y homogeneidad del universo en relación a la categoría de mujeres adultas, por lo tanto este hallazgo indica que la presencia de depresión postparto es independiente de la edad materna.
- El apoyo familiar relacionado con la depresión postparto no alcanzó una relación estadísticamente significativa $p 0,17$ OR 1,47 IC 95%(1,31-1,64), posiblemente por el tamaño y homogeneidad del universo, ya que este, se conformó mayoritariamente por mujeres que contaban con un apoyo familiar, sin embargo es preciso mencionar que en el grupo de mujeres sin ningún apoyo familiar, todas ellas presentaron depresión aunque esto no llegó a ser estadísticamente significativo, ni concluyente debido a que las pruebas estadísticas de asociación no alcanzaron una significancia apropiada.

CAPÍTULO IX

9. RECOMENDACIONES

- Los investigadores creemos que es necesario continuar con la realización de más estudios sobre la depresión postparto con un apropiado seguimiento desde la etapa gestacional, involucrando a todas las instituciones de salud para poder obtener una base de datos nacional y con las cifras logradas, emprender las acciones pertinentes.
- La elaboración de una guía nacional sería indispensable para la de detección y manejo de depresión perinatal, por parte de profesionales expertos en el tema, para de esta forma poder garantizar un adecuado desarrollo afectivo entre la madre, el hijo y su entorno familiar.
- Recomendamos la capacitación permanente y efectiva al personal sanitario que interactúa con las mujeres durante la etapa perinatal para lograr el conocimiento oportuno de la sintomatología depresiva, con el fin de brindar el tratamiento psicológico necesario y de no ser posible aquello, realizar la derivación pertinente al especialista capacitado y así evitar las consecuencias nefastas de esta patología tanto en la madre como en el niño.
- Se precisa enfatizar en la necesidad de que la información suministrada por el médico de la sala de UCIN a las madres postparto, debe ser comprensiva y la relación entre el médico y la madre debe ser cálida y amable, más aun considerando que de esta puede depender a corto o largo plazo el desarrollo de síntomas depresivos en las madres.
- Sugerimos menester la presencia de profesionales capacitados en el tema, que podrían ser psicólogos, psiquiatras, médicos de familia, médicos generales o residentes; tanto en los servicios de Gineco obstetricia como en las salas de UCIN, para que sean ellos quienes valoren la salud mental de las mujeres antes de ser dadas de alta y en función de los hallazgos puedan brindar el soporte necesario a esta población vulnerable.
- Incentivar a las mujeres gestantes y puérperas a la búsqueda de ayuda, cuando perciban la presencia de alteraciones afectivas, para así evitar el desarrollo final de depresión.
- Considerando la elevada frecuencia de esta patología en el postparto, los múltiples factores de riesgo involucrados y las consecuencias negativas que esta patología genera, nosotros como especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria tenemos la misión de dar una atención integral a la mujer y a su familia, y debemos estar preparados para poder actuar correctamente cuando nos enfrentemos a esta patología, sobre todo con el objetivo de garantizar un adecuado vínculo afectivo entre la madre y su hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Acosta, N., Alves, J., Baladon, D., Di Pietro, P., Ferreira, S., & Oliveira, S. (2014). *Factores de riesgo de depresión en Madres con hijos neonatos Hospitalizados en una unidad de Cuidados intensivos neonatales* (Tesis de Grado). Universidad de la República, Uruguay.
- Alberdi, J., Taboada, O., Dono, C., Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, 6(11), 1-6. Recuperado de <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Almanza, José., Salas C., Olivares, A. (2011). Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. *Revista Sanidad Militar Mexicana*; 65(3), 78 – 86. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2011/sm113b.pdf>
- American Psychiatric Association. (2010). *Treatment of Patients With Major Depressive Disorder* (107). Recuperado de https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf
- American Psychiatric Association. (2017). *What Is Depression?* (6). Recuperado de <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
- BC, Guidelines, Recommendations. (2013). *Major Depressive Disorder in Adults : Diagnosis & Management* (Mdd). Recuperado de http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/depression_full_guideline.pdf
- Beltrán, M., Freyre, M., y Hernández, L. (2012). The Beck Depression Inventory : Its validity in adolescent population. *Rev Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 30(3004), 5-13. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art%2001.pdf>
- Bostanabad, M. A., Namdarareshtanab, H., y Balila, M. (2017). Effect of Family-centered Intervention in Neonatal Intensive Care Unit on Anxiety of Parents. *Int J Pediatr*, 5(42), 5101–5111. doi.org/10.22038/ijp.2017.22174.1854
- Botto, A., Acuña, J., y Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Rev Med Chile*, 9(142) 1297-1305. Recuperado de
- Cano, J., y Gomez, C. (2016). Validación en Colombia del instrumento para evaluación de la depresión Montgomery - Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Rev Colomb Psiquiat*, 5(3), 146-155. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.08.006> (1119), doi: 10.1542/peds.2008-2174.
- Carrascón, A., García, S., Ceña, B., Fornés, M., y Fuentelsaz, C. (2006). Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. *Matronas Prof*, 7(4), 5-11. Recuperado de <http://www.federacion-matronas.org/rs/252/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/e3d/rclang/es-ES/filename/vol7n4pag5-11.pdf>
- Ceballos, I., Sandoval L., Mundo, E., Peralta, G., Gamboa, J., Fernández, Y. (2010). Depresión durante el embarazo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 48(1), 71-74. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im101m.pdf>
- Cepoiu, M., McCusker, J., Cole, M. Sewitch, M. y Ciampi, A. (2008). Recognition of Depression by Non-psychiatric Physicians—A Systematic Literature Review and Meta-analysis. *Society of General Internal Medicine*, 23(1), 25–36. Doi: 10.1007/s11606-007-0428-5
- Chávez, M., y González, I. (2008). Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología Instituto Nacional de Perinatología*

- México, 4(17), 101-111. Recuperado de <http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/viewFile/196/309>
- Dayan, J., Creveuil, C., Dreyfus, M., Herlicoviez, M., Baleyte, J., y Keane, V. O. (2010). Developmental Model of Depression Applied to Prenatal Depression : Role of Present and Past Life Events , Past Emotional Disorders and Pregnancy Stress. *Plos One* 5(9), 1-8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0012942>
- Díaz, B., y González , C. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. *Rev Lationam Psiquitría*, 11(3), 106-115. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123i.pdf>
- Durán, M., Téllez, J., Velasco, N. (2015). Factores asociados a síntomas Depresivos en madres con hijos Hospitalizados en una unida de neonatos. *Rev. Médica. Sanitas*, 18(4), 198-205. doi: 10.13140/RG.2.1.5169.4246
- Fernández, L., y Sánchez, A. (s, f). *La Depresión en la Mujer Gestante y su Influencia en el Proceso de Vinculación Afectiva Prenatal* (Título de Maestría Psicología). Universidad Pontificia de Salamanca, España.
- García, A., Morente, D. (s, f). Guía De Seguimiento Fármaco terapéutico Sobre Depresión. *Rev Universidad de Granada*, 13(1), 1- 47. Recuperado de http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_DEPRESION.pdf
- García, F. B., y Navarro, C. F. (2005). Implicación de la dopamina en los procesos cognitivos del aprendizaje y la memoria. *Psiqu Biol*, 12(6), 20-24. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-implicacion-dopamina-los-procesos-cognitivos-13082689>
- Giraldo, D., Lopera, F., Duque, Y., Gaviria., Restrepo, A. (2012). Estrés y factores relacionados en padres con niños en unidad de cuidados intensivos neonatales. *Horiz Enferm*, 23(3), 13. Recuperado de http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/23-3/estres_factores.pdf
- Gobierno de Canarias. (2008). *Salud Mental en Atención Primaria Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes*. Recuperado de <http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/index.jsp>.
- Gobierno de la Republica de México, D. E. L. T. Secretaria de Salud. (2015). *Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el adulto*. (06600). Recuperado de <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>.
- Gobierno de la República de México. Secretaria de Salud. (2014). *Prevención, Diagnóstico y manejo de la Depresión Prenatal y Posparto en el Primero y Segundo Niveles de Atención* (4). Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogomaestro/ss-666-14-depre-postparto/grr_integracion_dpp_definitiva.pdf
- Godoy, A., & Morán, R. (2010). *Estrés en padres con hijos hospitalizados en Neonatología* (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Córdoba, Argentina
- Gondim, C., Calou, P., Karina, A., Pinheiro, B., Christina, R., Barbosa, M., y Oliveira, M. F. (2014). Health Related Quality of Life of Pregnant Women and Associated Factors. *Department of Nursing*, 6 (25), 2375-2387. doi.org/10.4236/health.2014.618273
- Gönülal, D., Yalaz, M., Altun-köroğlu, Ö., & Kültürsay, N. (2014). Both parents of neonatal intensive care unit patients are at risk of depression. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 56(14), 171–176. Recuperado de http://www.turkishjournalpediatrics.org/uploads/pdf_TJP_1315.pdf
- Guadarrama, L., Escobar, A., y Zhang, L. (2008). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 49(2), 7. Recuperado de

- <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>
- Guía de Práctica Clínica Gobierno de la República de México. (2014). *Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto* (161-09). Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GPC_TRASTORN_O_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf.
- Jadresic, E. (2010). Depression in Pregnancy and the Puerperium. *Rev. Med. Clin. Condes*, 48 (4): 269-278. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v48n4/art03.pdf>
- Jadresic, E. (2014). Perinatal Depression: Detection and Treatment. *Rev. Med. Clin. Condes*, 25(6) 1019-1028. DOI: 10.1016/S0716-8640(14)70651-0
- Joffres, M., Jaramillo, A., y Dickinson J. (2013). Recommendations on screening for depression in adults. *CMAJ Canadian Task Force on Preventive Health Care*, 185(9), 775-82. doi: 10.1503/cmaj.130403
- Kassada, D., Miaso, A., Marcon, S.(2015). Prevalence of mental disorders and associated factors in pregnant women. *Acta Paul enf*, 28(6), 495-502.doi. org/10.1590/1982-0194201500084
- Kirsti, A. (2005). Identifying, Understanding, and Working with Grieving Parents in the NICU, Part I: Identifying and Understanding Loss and the Grief Response. *Neonatal Network*, 24(3), 35-39. doi: 10.1891/0730-0832.24.4.27
- Koloski, N., Smith, N., Pachana, N. (2008). Performance of the Goldberg Anxiety and Depression Scale in older women. School of Psychology, *University of Queensland*, 12(4072), 465, 467.doi:10.1093/ageing/afn091
- Lam, N., Contreras, H., Mori, E., Cuesta, F. (2009). Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. *An Fac med*, 70(1), 28-32. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/983/806>
- Lam, N., Contreras, H., Mori, E., Torrejón, E., y Hinostroza, W. (2010). Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. *Revista Peruana de Epidemiología* 14 (3) ,8-13.Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/epidemiologia/v14_n3/pdf/a05v14n3.pdf
- Lartigue, T., Maldonado, J., González, I. y Saucedo, J.(2008). Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum*, 22 (2), 111-131.Recuperado de <http://www.inper.mx/descargas/pdf/Depresionenlaetapaperinatal.pdf>
- Lena, M., Matos, L., y Piélagos, J. S. (2009). Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*, 26(4), 310-314. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a04.pdf>
- Madrid Servicio Madrileño de Salud. (2015). *Criterios de utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor en Atención Primaria*, Recuperado de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017808.pdf>
- Margaret, B., Shetty, S., Lewis, L. (2014). Maternal anxiety and family support among mothers of neonates admitted in Neonatal Intensive Care Unit. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 3(5), 40–43. Recuperado de <http://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol3-issue5/Version-1/H03514043.pdf>
- Martín, M., Pérez, R., y Riquelme, A. (2016). Diagnostic usefulness of Anxiety and Depression Scale Goldberg (EAD-G) in Cuban adult. *Univ. Psychol*, 1(15), 177-191.doi: 10.11144/Javeriana.upsy15-1.vdea.
- Medina, E. (2013).Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la

- Tristeza Postparto. *Rev Perinatología y Reproducción humana*, 27(3), 185- 187. <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133h.pdf>.
- Melville, J., Gavin, A., Yuqing, G., Ming-Yu, F., y Wayne J. (2010). Depressive Disorders During Pregnancy Prevalence and Risk Factors in a Large Urban Sample. *Obstetrics & Gynecology*, 116 (5), 1064-1069. Recuperado de http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2010/11000/Depressive_Disorders_During_Pregnancy__Prevalence.11.aspx
- Menezes, L., Oliveira, N. De, Lemos, P., Kerber, C., y Silva, S. (2012). Frecuencia de la depresión puerperal en la maternidad de un hospital universitario de la Región del Sur. *Revista electronica de Enfermería*. 408-418. doi.org/10.4321/S1695-61412012000300023.
- Miles, M. (2012). Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Revista Ciencia y Cuidado*, 9 (1), 43-53. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3986747>
- Ministerio de Salud Hospital San Juan de Dios la Serena. (2012). *Guías de Tratamiento Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal*. Recuperado de http://www.manuelosses.cl/BNN/gpc/Guias%20NN%20La%20Serena_2012.pdf
- Ministerio de Salud Chile - Dpto. Salud Mental. (2014). *Protocolo de Detección de la Depresión Durante el Embarazo y Posparto y Apoyo al Tratamiento (07)*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
- Ministerio de Sanidad. (2010). Cuidados desde el nacimiento *Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*. Recuperado de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2008). *Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad*. Recuperado de https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion_ansiedad_2_edicion.pdf
- Morales, C., y Pérez, M. (2015). Papel de la transmisión gabaérgica en la fisiopatología de la esquizofrenia. *Rev. Farmacol. Chile*, 8(1), 26-34. Recuperado de <http://www.sofarchi.cl/medios/revistas/neurofarmacologia2015/marco.pdf>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE Clinical Guideline Depression in adults. (2009). *The treatment and management of depression in adults*. (90). Recuperado de <http://www.nice.org.uk/guidance/CG90#>
- Navas, W. (2012). Abordaje de la Depresión Intervención En Crisis. *Revista Cúpula*, 26(2), 19-35. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art3.pdf>
- Navas, W. (2013). Depresión Postparto. *Revista Médica de Costa Rica Centroamérica*, 70 (608), 639- 645. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>
- Navarrete, L., Lara, M. A., Navarro, C., Gómez, M., y Morales, F. (2012). Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto. *Revista de Investigación Clínica*. 64(Parte II), 625-633. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn126Ih.pdf>
- Oquendo, C., Lartigue, B., González I., y Méndez, C. (2008). Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reproduc Hum*, 22(800), 195-202. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip083d.pdf>

- OMS. (2016). *La depresión y la ansiedad están en aumento*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Pereira, P. K., Lovisi, G. M., y Pilowsky, D. L. (2009). Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 25(12), 2725-2736. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n12/19.pdf>
- Pérez, M. B., Forero, C., Cabarcas, N. A., Hinestrosa, C., Lobo, S. P., Garavito, M. S., y Mejía, M. V. (2013). Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia), 29(3), 394-404. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n3/v29n3a07.pdf>
- Pope, J. y Mazmanian, D. (2016). Review Article Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research. *Department of Psychology, Lakehead University*, 16(476), 1-9. doi.org/10.1155/2016/4765310
- Quezada, L. (2011). *Relación entre depresión, estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil* (Tesis de Maestría). Universidad autónoma de nuevo leon, México
- Purriños, M. J. (s. f.). Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). *Servicio Gallego de Salud*. Recuperado de <http://meiga.info/Escalas/Depresion-Escala-Hamilton.pdf>
- Rementería, S. B., y Ponce, N. J. (2013). Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica – Chile. *Psiquiatría y Salud Mental*, (51), 38-49. Recuperado de http://www.schilesaludmental.cl/pdf_revistas/2013_01/05_factores_de_riesgo_asociados_a_la_depresion_post_parto.pdf
- Romero, G., Dueñas, M., Regalado, A., y Ponce, A. (2010). Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. *Ginecol Obstet Mex*, 78(1), 53-57. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom101i.pdf>
- Ruiz, A. Ceriani, J., Cravedi, D., Rodríguez, D. (2005). Estrés y depresión en madres de prematuros: Un programa de intervención. *Arch Argent Pediatr*, 103(1) ,36-45. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/262706766>
- Ruiz, J. S., y Montes, J. M. (2005). Tratamiento farmacológico de la depresión. *Rev Clin Esp*, 205(5) ,233-40. doi: 10.1157/13075575
- Ruiz, P. (s, f). Tratamiento de la Depresión durante el embarazo: perspectivas clínicas. *An. R. Acad. Med. Comunitat Valenciana*, 13(10)130-136. Recuperado de http://www.uv.es/ramcv/2012/IV_01_Dr._Ruiz.pdf
- Segre, L., Cabe, J., Chuffo, R. (2015). Depression and Anxiety Symptoms in Mothers of Newborns Hospitalized on the Neonatal Intensive Care Unit. *College of Nursing, University of Iowa*, 63(5), 320–332. doi.org/10.1097/NNR.0000000000000039
- Sharma, P., Singh, N., Tempe, A., y Malhotra, M. (2017). Psychiatric Disorders during Pregnancy and Postpartum. *Journal of Pregnancy and Child Health*, 4(2), 2-7. <https://doi.org/10.4172/2376-127X.1000317>
- Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad de España. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

- Sui, A., Bibbins, D., y Grossman, DC. (2016). Screening for Depression in Adults. *JAMA PUBLISHED ONLINE FOR PAGES 11 FROM THE JAMA JOURNAL ARCHIVE*. doi: 10.1001/jama.2015.18392.
- Universidad de Chile. (2012). *Informe Final Validación de la Escala de Edimburgo*.(29). Recuperado de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/InformeFinalproyectovalidacionEPDSembarazadasV2.pdf>
- Vesga, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Bridget, F., Hasin, S. (2008). Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 65(7), 805-815. Recuperado de <https://katherinekeyes.wikischolars.columbia.edu/file/view/9.pdf>
- Villalba, L. (2010). Tratamiento de los trastornos depresivos desde una perspectiva psicodinámica. *Rev Psiquiatr Urug* 74(2),169-178. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/dic2010/09_villalba.pdf
- Villanova, F., Flores, I., Emil, B., Palacios, I. (2013). Maternal Stress in the Organization of the Mother-Baby Attachment in Low Weight Prematures, *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 4 (2), 172, 174, 175. doi: 10.5093/cc2013a14.
- Ward, F. R. (2004). Parents and Professionals in the NICU Communication within the Context of Ethical Decision Making — An Integrative Review. *Neonatal Network*, 24(3) 25-33. doi:10.1891/0730-0832.24.3.25
- Wormald, F., Tapia, J., Torres, G., Cánepa, P., González, M., Rodríguez, D., Escobar, M.(2015). Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. *Arch Argent Pediatr*, 113(4),303-309. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v113n4/v113n4a05.pdf>
- Zarragoitia, I. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. http://www.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf

ANEXOS

ANEXO 1.

ENCUESTA

DATOS INFORMATIVOS:

Nombre:.....
Fecha:.....
Teléfono: CelFijo.....
Edad gestacional:.....FUM.....

CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN EDIMBURGO (EPDS)

Queremos saber cómo se siente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.

Tanto como siempre. No tanto ahora. Mucho menos. No, no he podido.

2. He mirado el futuro con placer.

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

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

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

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo.

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

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.

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

6. Las cosas me oprimen o agobian.

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

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

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

8. Me he sentido triste y desgraciada.

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

9. Me he sido tan infeliz que he estado llorando.

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

10. He pensado en hacerme daño a mí misma.

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

PUNTUACION TOTAL:.....

GRACIAS POR SU COLABORACION.

ANEXO 2.

ENCUESTA

DATOS PERSONALES:

Fecha: HCL: Edad:

Nombre:

Estado Civil: Vive con:

Recibe apoyo emocional de:

Condición socioeconómica: Buena. Regular. Mala.

Teléfono: Cel..... Fijo..... Nivel de instrucción:.....

Ocupación:.....

Información del Recién nacido:

Edad del RN (días):.....

Su hijo está en Cuidados Intensivos:

Si

No

ESCALA DE GOLDBERG PARA DEPRESION.

1. Se ha sentido con poca energía?

SI

NO

2. Ha perdido usted el interés por las cosas?

SI

NO

3. Ha perdido la confianza en sí mismo?

SI

NO

4. Se ha sentido usted sin esperanza?

SI

NO

Total de respuestas afirmativas:

Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando...

5. Ha tenido dificultades para concentrarse?

SI

NO

6. Ha perdido de peso? (a causa de su falta de apetito).

SI

NO

7. Se ha estado despertando demasiado temprano?

SI

NO

8. Se ha sentido usted enlentecida?

SI

NO

9. Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor en las mañanas?

SI

NO

PUNTUACION TOTAL:.....

≥2: Depresión probable.

GRACIAS POR SU COLABORACION.

ANEXO 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre de los investigadores:

Casillas Peña Isaac Hernán

Tite Mallitasig Paola Lorena

DEPRESION POSTPARTO EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL (UCIN) Y NO HOSPITALIZADOS, EN LOS HOSPITALES UN CANTO A LA VIDA Y MATERNIDAD NUEVA AURORA, UN SEGUIMIENTO DESDE LA ETAPA GESTACIONAL.

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a mujeres que son atendidas en Consulta Externa de Ginecología de los Hospitales Un Canto a la Vida y Hospital Ginecoobstetrico de Nueva Aurora y se les invita a participar en la investigación para detección de depresión postparto con un seguimiento previo desde las treinta semanas de gestación.

Nombre de la Organización:

Pontificia Universidad Católica

Nombre del Patrocinador:

- Hospital Un Canto a la Vida.
- Hospital Gineco Obstétrico Nueva Aurora.

Nombre de la Propuesta:

Episodio depresivo post parto en madres de neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN).

PARTE I: Información.

Introducción.

Nosotros: Paola Tite e Isaac Casillas, somos médicos posgradistas R3 del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, Becarios del Hospital Padre Carollo.

Estamos investigando sobre la Depresión en Madres gestantes a partir de 30 semanas con un seguimiento en el postparto entre las 2 a 4 semanas. Le vamos a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómoda sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, cuando lo considere le explicaremos. Si tiene preguntas puede realizarlas directamente a nosotros.

Propósito.

El objetivo del estudio es identificar la frecuencia de depresión en el postparto y si tiene o no su origen durante la gestación, y además determinar cuáles son los factores que influyen en el apareamiento de depresión en el postparto.

La depresión en el postparto es una enfermedad que afecta a las mujeres después de dar a luz, y muchas veces la enfermedad puede originarse desde el embarazo. Entonces averiguar si el ingreso del recién nacido a UCI, es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión, es la razón por lo que deseamos hacer el estudio.

Tipo de Intervención de Investigación.

Esta investigación incluirá una encuesta directa inicial, posteriormente se mantendrá un contacto semanal o quincenal por cualquier medio (contacto personal, vía telefónica) o hasta la finalización del embarazo. Después del parto se aplicará una segunda encuesta para determinar la presencia o ausencia de depresión en esta etapa.

Selección de participantes.

Estamos invitando a todas las mujeres embarazadas desde las 30 semanas de gestación que son atendidas en el Hospital Un Canto a la Vida y Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora, para participar en la investigación sobre la identificación de depresión postparto en madres de Neonatos, con un seguimiento previo a partir de las treinta semanas de gestación.

Participación Voluntaria.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que usted recibe en esta casa de salud y nada cambiará. Si usted cambia de idea posteriormente y desea dejar de participar aun cuando haya aceptado antes, lo puede hacer libremente.

Procedimientos y Protocolo.

A. Procedimiento.

A las mujeres gestantes \geq a 30 semanas, se les aplicará una encuesta inicial directa en el momento que acuden a su control prenatal (Escala de Edimburgo).

Posteriormente se realizará seguimiento quincenal de forma directa o por cualquier medio indirecto (vía telefónica).

Finalmente a todas las mujeres puérperas se les volverá a realizar una segunda encuesta directa (Escala de Goldberg). Entre 2 a 4 semanas después del parto

B. Descripción del proceso.

La encuesta inicial a las embarazadas es para el llenado de un cuestionario en el que constan los datos informativos y a continuación se detalla 10 preguntas sencillas con respecto al tema, que son de opción múltiple (Escala de Edimburgo).

Se hará seguimiento quincenal o mensual de forma personal o vía telefónica, para mantener el contacto, durante el tiempo que dure el embarazo hasta su finalización.

Al término del embarazo, se volverá a aplicar una segunda encuesta personal para el llenado de otro cuestionario con 9 preguntas, con opción de SI o No (Escala de Goldberg).

Duración.

La investigación durará aproximadamente dos meses. Durante ese tiempo, será necesario que acuda al hospital a los controles prenatales y postnatal indicados por su Ginecólogo, después del primer contacto con nosotros, nos gustaría realizarle un seguimiento de forma personal o vía telefónica para permanecer en contacto, hasta que concluya su embarazo; y después del parto se le realizará una segunda encuesta para el reconocimiento final.

En total, estaremos en contacto por 3 veces (una para el llenado de la Escala de Edimburgo, una para el seguimiento durante el embarazo y una para el llenado de la Escala de Goldberg). Al concluir los dos meses, se finalizará la investigación.

Efectos Secundarios.

Por tratarse de una investigación que se basa exclusivamente en el llenado de las encuestas, usted no padecerá ningún efecto secundario.

Riesgos.

Al participar en esta investigación no existe la posibilidad de que usted se exponga a ningún riesgo.

Molestias.

Al participar en esta investigación no existe la posibilidad de que usted experimente molestia alguna.

Beneficios.

Si usted participa en esta investigación y se detecta depresión durante el embarazo o en el postparto; usted será referida para que reciba atención de un profesional especializado; es probable que no encuentre beneficio inmediato, queremos que con su participación nos ayude a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación. Puede que no haya beneficio para la sociedad en el momento mismo de la investigación, pero es probable que las generaciones futuras se beneficien.

Incentivos.

Usted no recibirá dinero o regalos por formar parte de esta investigación.

Confidencialidad.

Nosotros no compartiremos la identidad de las mujeres que participen en la investigación. La información que recojamos en esta investigación se mantendrá confidencial, será puesta fuera de alcance y nadie sino únicamente los investigadores tendrán acceso a conocerla.

Compartiendo los Resultados.

El conocimiento que se obtenga al finalizar la investigación se compartirá con usted antes de que se haga pública, no se compartirá información confidencial. Finalmente los resultados obtenidos servirán para que otros profesionales interesados puedan aprender de nuestra investigación.

Derecho a negarse o retirarse.

Usted no está obligada a participar en esta investigación si es que no desea hacerlo y el hecho de negarse a participar no le afectará de ninguna forma con respecto a su atención y tratamiento en esta casa de salud, usted conservará todos los beneficios de la atención médica. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como paciente.

Alternativas a la Participación.

No existen alternativas, ya que el estudio se basa en la realización de encuestas y no administración de ningún fármaco.

A Quién Contactar.

Si usted tiene alguna duda, puede despejarla ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas se puede contactar con cualquiera de las siguientes personas: Isaac Casillas, Hospital Un Canto a la Vida, 0992673189, isaacbarce@hotmail.com o Paola Tite Hospital Un Canto a la Vida, 0992901846, pao0929@hotmail.com.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité de Bioética de la PUCE, que es un Comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre éste Comité, contáctese con la PUCE: Av. 12 de Octubre 1076 y Roca, teléfono: 2991638.

PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He sido invitada a participar en la investigación acerca de **DEPRESION POSTPARTO EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL (UCIN) Y NO HOSPITALIZADOS, EN LOS HOSPITALES UN CANTO A LA VIDA Y MATERNIDAD NUEVA AURORA, UN SEGUIMIENTO DESDE LA ETAPA GESTACIONAL.** Entiendo que inicialmente llenaré un cuestionario y me harán un promedio de dos visitas de seguimiento durante mi embarazo y una más después del parto. He sido informada de que no tengo riesgo alguno. Sé que probablemente no tenga beneficios personales inmediatos y que no tendré ninguna compensación. Se me ha proporcionado el nombre de los investigadores, que pueden ser fácilmente contactados usando el nombre y la dirección que se me ha dado de estas personas.

He recibido la información necesaria. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha respondido satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante:.....

Firma del Participante:.....

Fecha:.....