



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

**“VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK COMO  
PRUEBA DE TAMIZAJE PARA LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES  
CURSANDO EL PUERPERIO TARDÍO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL  
SAN FRANCISCO DE QUITO EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2015 –  
ENERO 2016”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**DANIELA ACUÑA PAZ Y MIÑO**

Director de tesis: Dr. Alexander Guerrero Espín

Ginecólogo- Obstetra

Tutor Metodológico: Msc. Ana María Troya Zuleta

QUITO- ECUADOR

2015-2016

## DEDICATORIA

*“Las palabras nunca alcanzan cuando lo que hay que decir  
desborda el alma...”*

*Julio Cortazar*

Este trabajo está dedicado a todos los que me acompañaron y creyeron en mi a lo largo de este hermoso camino, en especial a mis padres y a mi hermano que siempre estuvieron para llevarme hacia adelante.

## AGRADECIMIENTOS

*\*La gratitud toma tres formas: un sentimiento en el corazón, una expresión en palabras, y una entrega a cambio\*.*

*Proverbio*

Al culminar nuestra formación médica, muchos de nosotros nos encontramos ansiosos por saber cual será el siguiente paso. Es importante comprender que el siguiente paso es dar las gracias.

En esta oportunidad agradezco a todos los docentes que participaron en nuestra formación. Ellos son nuestro ejemplo, muchos de ellos son modelos a seguir. Nos educan sin intereses, con completa entrega a su labor. Como resultado de ello, el día de hoy podemos decir con certeza que somos los mejores estudiantes de Medicina de nuestro país.

Es indispensable agradecer a la PUCE, que me abrió las puertas, me acogió y me permitió vivir momentos y experiencias inolvidables. Gracias por permitirme estar orgullosa de decir que soy Médico de la Universidad Católica.

Como en todo buen momento, esperamos que el final sea lo mejor. Este caso no será la excepción, pues finalmente quiero agradecer a mi familia. Principalmente a mis padres, porque más allá de darnos la oportunidad de una educación superior, fueron ellos quienes me dieron la capacidad de soñar sin límites. Ellos me enseñaron que si uno cree en lo que puede hacer y confía en que Dios siempre nos acompaña, todo es posible. Hoy esos sueños me llevan a ser un Médico, lleno de energía y listo para seguir con una buena formación. Junto a ellos y a mi hermano los sueños no son suficientes, porque la realidad que ellos me han brindado siempre ha sido perfecta.

A todos, simplemente, GRACIAS.

## TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
TABLA DE CONTENIDOS.....	iv
LISTA DE FIGURAS .....	viii
LISTA DE TABLAS .....	ix
LISTA DE GRÁFICOS.....	xiii
TABLA DE ABREVIACIONES .....	xiv
RESUMEN .....	16
1. CAPÍTULO I .....	19
INTRODUCCIÓN.....	19
2. CAPÍTULO II .....	21
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	21
2.1 El Posparto.....	21
2.2 Depresión Posparto .....	24
2.2.1 Definición .....	24
2.2.2 Epidemiología .....	27
2.2.3 Fisiopatología .....	30
2.2.4 Manifestaciones Clínicas .....	36

2.2.5 Efecto en la Madre Y el Recién Nacido .....	37
2.2.6 Diagnóstico .....	39
2.2.7 Las Escalas .....	44
2.2.8 Manejo .....	50
2.3 Justificación .....	54
2.4 Problema de Investigación .....	55
2.5 Objetivos .....	56
2.6 Hipótesis .....	57
3. CAPÍTULO III.....	58
METODOLOGÍA .....	58
3.1 Tipo de proyecto.....	58
3.2 Tipo de estudio realizado .....	58
3.3 Periodo y lugar donde se llevó a cabo la investigación .....	58
3.4 Universo y Muestra .....	58
• Criterios de Inclusión.....	60
• Criterios de Exclusión .....	60
3.5 Métodos de recolección de datos .....	61
3.6 Operacionalización de Variables.....	61
1. Variables Sociodemográficas.....	62
2. Variables Biopsicosociales .....	63
3.7 Método de Análisis Estadístico .....	64

4.11 Aspectos Bioéticos .....	70
3.8 Aspectos Administrativos .....	71
Recursos Humanos .....	71
Materiales .....	71
4. CAPÍTULO IV.....	72
RESULTADOS.....	72
5. CAPÍTULO V.....	78
DISCUSIÓN.....	78
6. CAPÍTULO VI.....	86
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	86
6.1 Conclusiones .....	86
6.2 Recomendaciones .....	88
CAPÍTULO VII.....	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	89
8. CAPÍTULO VIII.....	99
FIGURAS .....	99
9. CAPÍTULO IX.....	107
TABLAS .....	107
10. CAPÍTULO X.....	130
GRÁFICOS .....	130
11. ANEXOS .....	133

11.1 Consentimiento Informado .....	133
11.2 Herramientas utilizadas.....	138
11.3 Criterios del DSM-5 para la depresión posparto .....	145
11.4 Criterios del CIE-10 para depresión posparto .....	148
11.5 Teoría de la fisiopatología .....	149

## LISTA DE FIGURAS

<b>1. Distribución de Variables Demográficas.....</b>	<b>99</b>
Figura 1. Distribución por la Edad en Años.....	99
Figura 2. Distribución por el Tipo de Parto.....	99
Figura 3. Distribución por el Estado Civil. ....	100
Figura 4. Distribución por el Periodo Intergenésico. ....	100
Figura 5. Distribución por el Número de Hijos. ....	101
Figura 6. Distribución por la Ocupación. ....	101
Figura 7. Distribución por la Convivencia. ....	102
Figura 8. Distribución por el Nivel de Instrucción.....	102
Figura 9. Distribución por Embarazo Planificado.....	103
Figura 10. Distribución por 4 Grupos etéreos.....	103
Figura 11. Distribución por 2 Grupos etéreos y planificación del embarazo....	104
Figura 12. Distribución por 4 Grupos etéreos y planificación del embarazo....	104
<b>2. Distribución de las Variables Biopsicosociales - Escalas ..</b>	<b>105</b>
Figura 13. Distribución por APGAR Familiar.....	105
Figura 14. Distribución por Cuestionario de DUKE.....	105
Figura 15. Distribución por Inventario de Depresión de Beck.....	106

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencias de las variables demográficas analizadas en el estudio.	107
Tabla 2. Frecuencias de las escalas analizadas en el estudio. ....	109
Tabla 3. Resumen de la tabulación cruzada entre la escala APGAR Familiar y la variable grupos étnicos.....	110
Tabla 4. Resumen de la tabulación cruzada entre el Cuestionario de Duke y la variable grupos étnicos.....	110
Tabla 5. Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y la variable grupos étnicos.....	111
Tabla 6. Resumen de la tabulación cruzada entre la escala APGAR Familiar y la variable tipo de parto.....	111
Tabla 7. Resumen de la tabulación cruzada entre el Cuestionario de Duke y la variable tipo de parto.....	112
Tabla 8. Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y la variable tipo de parto.....	112
Tabla 9 . Resumen de la tabulación cruzada entre la escala APGAR Familiar y la variable estado civil.....	113
Tabla 10. Resumen de la tabulación cruzada entre el Cuestionario de Duke y la variable estado civil.....	113

Tabla 11. Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y la variable estado civil.....	114
Tabla 12. Resumen de la tabulación cruzada entre la escala APGAR Familiar y la variable periodo intergenésico. ....	114
Tabla 13. Resumen de la tabulación cruzada entre el Cuestionario de Duke y la variable periodo intergenésico. ....	115
Tabla 14. Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y la variable periodo intergenésico. ....	115
Tabla 15. Resumen de la tabulación cruzada entre la escala APGAR Familiar y la variable número de hijos. ....	116
Tabla 16. Resumen de la tabulación cruzada entre el Cuestionario de Duke y la variable número de hijos. ....	116
Tabla 17. Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y la variable número de hijos .....	117
Tabla 18. Resumen de la tabulación cruzada entre la escala APGAR Familiar y la variable ocupación. ....	117
Tabla 19. Resumen de la tabulación cruzada entre el Cuestionario de Duke y la variable ocupación. ....	118
Tabla 20. Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y la variable ocupación. ....	118

Tabla 21. Resumen de la tabulación cruzada entre la escala APGAR Familiar y la variable convivencia.....	119
Tabla 22. Resumen de la tabulación cruzada entre el Cuestionario de Duke y la variable convivencia.....	119
Tabla 23. Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y la variable convivencia.....	120
Tabla 24. Resumen de la tabulación cruzada entre la escala APGAR Familiar y la variable nivel de instrucción.....	120
Tabla 25. Resumen de la tabulación cruzada entre el Cuestionario de Duke y la variable nivel de instrucción.....	121
Tabla 26. Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y la variable nivel de instrucción.....	121
Tabla 27. Resumen de la tabulación cruzada entre la escala APGAR Familiar y la variable embarazo planificado.....	122
Tabla 28. Resumen de la tabulación cruzada entre el Cuestionario de Duke y la variable embarazo planificado.....	122
Tabla 29. Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y la variable embarazo planificado.....	123
Tabla 30. Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y el APGAR Familiar.....	123

Tabla 31. Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y el Cuestionario de Duke. ....	124
Tabla 32. Resumen de la tabulación cruzada entre la variable Grupos Etéreos (2) y la variable embarazo Planificado .....	124
Tabla 33. Frecuencias de los grupos etéreos estudiados.....	125
Tabla 34. Resumen de la tabulación cruzada entre la variable Grupos Etéreos (4) y la Variable Embarazo Planificado .....	125
Tabla 35. Resumen de la tabulación cruzada entre el punto de corte de ocho puntos y el punto de corte de nueve puntos en la Escala de Edimburgo. ....	126
Tabla 36. Resumen de la tabulación cruzada entre el punto de corte de ocho puntos y el punto de corte de siete puntos en la Escala de Edimburgo. ....	127
Tabla 37. Resumen de la frecuencia de los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck, Sensibilidad, Especificidad, VPP y VPN.....	128
Tabla 38. Resumen de la tabulación cruzada entre la Escala de Edimburgo, Punto de Corte Siete, y el Inventario de Depresión de Beck .....	128
Tabla 39. Resumen del Coeficiente de Eta y el Índice de Acuerdo de Kappa entre el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Edimburgo .....	129

## LISTA DE GRÁFICOS

### 1. MARCADORES DEMOGRÁFICOS ESTUDIADOS POR LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN (2012)...130

Gráfico 1. Distribución de las mujeres en edad fértil según zona geográfica. ....130

Gráfico 2. Distribución de las mujeres en edad fértil que cuentan con educación secundaria o superior, según zona geográfica. .... 130

Gráfico 3. Distribución de las mujeres en edad fértil que trabajan en alguna actividad económica remunerada. ....131

Gráfico 4. Distribución de las mujeres en edad fértil que no desean tener hijos. .  
.....131

Gráfico 5. Distribución de las mujeres en edad fértil que reciben control posnatal antes de los 41 días posteriores al parto. ....132

## TABLA DE ABREVIACIONES

<b>ABREVIACIÓN</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
EPDS	Escala de Depresión de Edimburgo
BDI-II	Inventario de Depresión de Beck
DPP	Depresión Posparto
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
RN	Recién Nacido
APA	Asociación Americana de Psiquiatría
DSM-IV / 5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ta y 5ta Edición.
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
OMS	Organización Mundial de la Salud
CDC	Centro de Control y Prevención de Enfermedades
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
MAO	Monoaminoxidasa
ARNm	Ácido Ribonucleico mensajero
GABA	Ácido Gamma-Amino Butírico
NMDA	N- metil- D- Aspartato
T-H	Triptofano-hidroxilasa
SNC	Sistema Nervioso Central
CRH	Hormona Liberadora de Corticotropina
AMPc	Adenosin Mono Fosfato cíclico
T3f	Triyodotironina libre

T4	Tiroxina
TSH	Hormona Estimulante de la Tiroides
5-HT	5 hidroxitriptamina
5-HTT	Transportador de Serotonina
RDC	Research Diagnostic Criteria for Depression
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
IRSS	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
VPP	Valor Predictivo Positivo
VPN	Valor Predictivo Negativo
S	Sensibilidad
E	Especificidad
VP	Verdaderos Positivos
FP	Falsos Positivos
FN	Falsos Negativos
VN	Verdaderos Negativos
TE	Total de Enfermos
TS	Total de Sanos
TP	Total Positivos
TN	Total Negativos
IY	Índice de Youden
LR +	Likelihood ratio; Razón de Verosimilitud positiva
LR-	Likelihood ratio; Razón de Verosimilitud negativa

## RESUMEN

**Título:** Validación del Inventario de Depresión de Beck como prueba de tamizaje para la depresión posparto en mujeres cursando el puerperio tardío, atendidas en el Hospital San Francisco de Quito en el periodo Noviembre 2015 – Enero 2016.

**Autor:** Daniela Acuña Paz y Miño

**Lugar y Fecha:** Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Francisco de Quito. 2015- 2016

**Objetivo:** Determinar la precisión del Inventario de Depresión de Beck como herramienta de tamizaje para la depresión posparto y analizar la asociación de los factores de riesgo prenatal y perinatal con la variación en la precisión de la escala mencionada.

**Método:** Se realizó un Estudio Descriptivo Analítico Transversal Prospectivo que involucró a 290 pacientes que cursaban su puerperio tardío después de ser atendidas en el Centro Obstétrico del HSFQ- IESS, en el periodo comprendido entre Noviembre 2015 a Enero 2016.

Previa firma voluntaria de un consentimiento informado, por parte de la paciente. Se implementaron cuatro cuestionarios: Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS), Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), APGAR Familiar y Cuestionario de DUKE. Adicionalmente se solicitó información demográfica que permitió identificar factores de riesgo para la Depresión Posparto (DPP).

Para el procesamiento de la información se utilizó el programa SPSS, Versión 22. Mediante el cual pudimos determinar asociaciones, correlaciones y dependencia entre las variables de estudio.

**Resultados:** La muestra final fue de 281 pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital San Francisco de Quito. Del análisis de datos realizado se obtuvo que el 56.23% de las mujeres pertenecían a una familia muy funcional. El 3.2% pertenecían a familias gravemente disfuncionales. La valoración del Apoyo Social

Percibido, realizada mediante el Cuestionario de Duke dio como resultado que 94.31% de las pacientes tenían una adecuada percepción del apoyo social. El inventario de Depresión de Beck reportó una prevalencia de 5.69% de DPP en la población estudiada mientras que con la EPDS con un punto de corte de diez puntos no se logró identificar ningún caso de depresión; con el punto de corte de 7 puntos se encontró una prevalencia del 1.4%. En el análisis cruzado entre variables sociodemográficas y biopsicosociales se obtuvo que únicamente la ocupación, la convivencia, el nivel de instrucción y el embarazo planificado tenían una asociación significativa con alguna de las escalas empleadas.

Se realizó un análisis cruzado entre los valores obtenidos en el APGAR Familiar y el Cuestionario de Duke en relación al Inventario de Beck, encontrándose una asociación altamente significativa. El análisis realizado acerca del punto de corte más apropiado de la Escala de Edimburgo para su aplicación en nuestra población, indicó que el valor igual o mayor a siete es el que más sensibilidad y especificidad presenta (100% y 98.5% respectivamente), con una razón de verosimilitud positiva de 1.01 y negativa de 1.02. Para el Inventario de Depresión de Beck encontramos una sensibilidad y especificidad del 100%, con valores predictivos positivos y negativos del 100%. La razón de verosimilitud calculada corresponde a  $LR+=1$  y  $LR-=0.9$ .

El Coeficiente de Eta calculado para la correlación del BDI-II y la EPDS fue de 0.512 y el índice de acuerdo de Kappa fue  $\leq 0.001$ .

**Conclusiones:** La Depresión posparto es una patología de alta prevalencia que se presenta frecuentemente asociada a factores de riesgo prevenibles. La presencia de uno o más de estos factores puede predisponer a la aparición de DPP, sin embargo, no influyen directamente en la eficacia de las pruebas de tamizaje estudiadas. El único factor de riesgo sociodemográfico que mostró asociación significativa con el puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck fue la convivencia. El apoyo social percibido y la funcionalidad familiar tuvieron una asociación altamente significativa con el puntaje obtenido en el BDI-II. La Escala de Depresión de Edimburgo, con un punto de corte de 7 puntos, y el Inventario de Depresión de Beck presentan una sensibilidad y especificidad

altas para el tamizaje de la depresión posparto. Sin embargo, la razón de verosimilitud carece de significancia, por lo que es importante un juicio clínico adecuado y una valoración integral de la paciente el momento de emplear esta herramienta de tamizaje para la depresión posparto.

**Palabras Clave:** Depresión posparto, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Depresión de Edimburgo, Factores de riesgo.

# 1. CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

La Depresión Posparto (DPP) se define como cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento.<sup>1</sup>

Esta patología se presenta con mayor frecuencia entre las cuatro y seis semanas posparto y se manifiesta como un trastorno mental caracterizado por alteraciones emocionales, cognitivas, comportamentales y físicas de inicio insidioso. Alrededor de 10-15% de mujeres presentará episodios depresivos en los tres primeros meses posteriores al parto.<sup>2,3</sup>

Tanto el embarazo como el parto causan sentimientos inesperados y en muchos casos contradictorios, los mismos afectan a la madre, al recién nacido (RN) y al resto de la familia. Así mismo, el posparto representa un importante periodo de adaptación emocional, psicológica y física que regularmente cursa con gran entusiasmo y alegría. Sin embargo, esta nueva experiencia produce en muchas mujeres sensación de tristeza, variaciones del estado de ánimo, labilidad emocional, llanto fácil y ansiedad. Este periodo de adaptación fisiológicamente dura alrededor de una a dos semanas, pero en los casos que este se prolonga o se presenta de manera inhabitual pueden haber complicaciones como los trastornos del estado del ánimo.

Es importante tener presente que toda depresión posparto pertenece a un proceso francamente patológico, y que no toda depresión de la madre es causa directa de depresión en el RN.<sup>4</sup>

Para el desarrollo de DPP se han identificado algunos factores de riesgo específicos que se pueden determinar previo al parto para un mejor manejo de la nueva madre y el RN. En varias literaturas se mencionan como factores de riesgo los siguientes: relación marital inestable, depresión durante el embarazo, enfermedad del hijo, nivel socioeconómico bajo, nivel de instrucción bajo, embarazo no deseado, antecedente de depresión previa al embarazo, ambivalencia de los futuros padres.<sup>4,5,6</sup>

Los trastornos del ánimo que se presentan en el periodo posparto se clasifican de la siguiente manera:

- Disforia posparto o Maternity Blues
- Depresión posparto
- Psicosis posparto <sup>1, 2, 3</sup>

Es de gran importancia la identificación del trastorno depresivo durante el posparto dado el doble impacto negativo que presenta, afectando la salud de la madre y poniendo en riesgo la vida y desarrollo posterior del neonato.

Hay que tomar en cuenta que las complicaciones obstétricas y de la lactancia no parecen estar asociadas a la depresión posparto. <sup>1</sup>

Dada la importancia de esta patología, su identificación y posterior manejo llegan a ser indispensables, es por esto que para su diagnóstico se implementan diversas escalas y se han planteado varios criterios.

En este estudio se busca determinar la utilidad y eficiencia de las distintas herramientas de tamizaje y su variación tomando en cuenta los factores de riesgo para el desarrollo de la depresión posparto.

## 2. CAPÍTULO II

### REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

#### 2.1 El Posparto

Cronológicamente se define el posparto como: el periodo que transcurre desde el parto hasta las siguientes seis semanas.<sup>7</sup>

Fisiológicamente podemos establecerlo como: el periodo inmediatamente posterior al parto, que se extiende de manera indefinida hasta que la madre se recupere de los cambios provocados por el embarazo y regrese su estado físico pre-gestacional.

A lo largo de este periodo se presentan un gran número de cambios físicos, psicológicos y hormonales, así como un incremento notable de la exigencia física y emocional para la mujer, cambios que son de suma importancia para la madre, el RN y la familia.<sup>7</sup>

En este trabajo de investigación, hacemos una breve revisión de lo que comprende el periodo puerperal, debido a que muchos de los eventos que se presentan son determinantes para la aparición de procesos patológicos como la depresión posparto.

Entre los aspectos clínicos y fisiológicos del puerperio encontramos:

Cambios uterinos: debido a la mayor demanda de aporte de oxígeno y nutrientes en el embarazo, se produce un crecimiento y proliferación vascular en las paredes uterinas. Una vez culminado el parto, llega un proceso de involución de dichas estructuras.

Cambios hialinos producen la oclusión de los grandes vasos extrauterinos, los mismos se reabsorben y posteriormente son reemplazados por vasos más pequeños.<sup>7,8</sup>

El cérvix uterino y el segmento uterino inferior también sufren cambios, sobre todo durante el trabajo de parto, en el que se produce dilatación e incluso laceración de las paredes laterales de estos segmentos. Se espera que después de la primera semana posparto el cérvix recupere su diámetro y mejore su permeabilidad. Sin embargo, su morfología no vuelve a ser igual a la de una mujer nulípara; se evidencia una remodelación importante del epitelio cervical.<sup>7</sup>

Uno de los cambios físicos más perceptibles, incluso en el puerperio inmediato, es la involución del cuerpo uterino. Se espera que inmediatamente después del alumbramiento el fondo uterino se ubique a nivel del ombligo, en las 48 horas siguientes hay una regresión uterina de aproximadamente 1 cm diario, de manera que culminadas las primeras dos semanas posparto el fondo uterino ha descendido hasta el límite de la pelvis verdadera y regresa a su tamaño pre gestacional cuatro semanas después del parto.<sup>7, 8</sup>

Uno de los aspectos del posparto que se valora de manera rigurosa es la presencia de loquios. Estos representan el desprendimiento del tejido decidual, inicialmente constituidos por eritrocitos, decidua, células epiteliales y bacterias. Presentan una coloración roja por lo que se denominan “lochia rubra”. Con el paso de los días esta secreción palidece y da lugar a la “lochia serosa” y finalmente, cerca del décimo día posparto aparece la “lochia alba”, caracterizada por una coloración blanquecina amarillenta debida al predominio de leucocitos. Los loquios pueden persistir hasta por cuatro semanas después del parto.<sup>7</sup>

A nivel endometrial se presenta una regeneración acelerada a partir de la capa basal de la decidua restante. La regeneración total del endometrio se logra en la tercera semana posterior al parto.<sup>7</sup>

Cuando el trabajo de parto culmina en parto cefalovaginal, la lesión de las paredes vaginales y los cambios morfológicos que se producen a nivel uterino dan lugar a una relajación vaginal significativa con una importante posibilidad de prolapso uterino, aquí radica la importancia de una atención del parto adecuada con restauración precisa de episiotomía y desgarros producidos.<sup>7</sup>

A nivel mamario se producen innumerables cambios morfológicos y fisiológicos que dan lugar a la formación de leche y que permiten la lactancia. Para este proceso son de suma importancia los cambios que se producen a nivel endocrinológico en los que participan la progesterona, estrógenos, lactógeno placentario, prolactina, cortisol e insulina.<sup>7, 8</sup>

Las molestias físicas que con mayor frecuencia refieren las madres son el dolor, la presencia de loquios, ingurgitación mamaria y edema vulvar.

Los cambios del estado de ánimo son frecuentes en el período posparto. Se han propuesto algunas posibilidades para su origen, entre ellas la presencia de decaimiento emocional, temores, molestias físicas del puerperio, fatiga por falta de sueño y un descanso adecuado, angustia por la capacidad de atención al RN y la sensación de ser menos atractiva.<sup>7</sup>

A pesar de ser uno de los eventos menos estudiados durante el puerperio, estos cambios emocionales son de gran importancia y se presentan con mucha frecuencia en nuestra población. Consideramos que este es un tema de importancia y de alto interés académico, por las repercusiones que tienen en la salud de la madre, del recién nacido y de la familia.

En este trabajo de investigación buscamos identificar la herramienta más adecuada para un tamizaje y diagnóstico oportuno de la depresión posparto, tema que se desarrolla más ampliamente a continuación.

## 2.2 Depresión Posparto

### 2.2.1 Definición

La depresión posparto se define como cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento.<sup>1</sup> Puede presentarse con distintos niveles de intensidad, desde un episodio con sentimiento de tristeza y angustia leve hasta episodios de depresión mayor.

Corresponde a un síndrome clínico con síntomas depresivos de intensidad moderada a severa, cuya duración e impacto sobre la familia logra superar los desórdenes del humor esperables en el puerperio.

El periodo de tiempo en el que puede presentarse dicha patología, varía de acuerdo a la fuente bibliográfica. Sin embargo, todas se encuentran incluidas en el lapso comprendido entre las primeras cuatro semanas y el primer año después del parto, con un pico de aparición entre las ocho y doce semanas posparto.<sup>5, 9, 10</sup> La discrepancia que se presenta en el tiempo de aparición de esta patología se debe a que corresponde mayoritariamente a datos obtenidos de ingresos hospitalarios por patología psiquiátrica grave asociada al posparto más que a los procesos psicopatológicos de este periodo.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) considera que el diagnóstico de depresión posparto debe considerarse a partir de la segunda semana posparto.<sup>11</sup>

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV), se define a la depresión posparto como un episodio depresivo mayor con predominio de síntomas afectivos sobre síntomas cognitivos, volitivos o somáticos, que inicia en las primeras cuatro semanas posteriores al alumbramiento.<sup>12, 13</sup>

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM 5) define la DPP como la presentación de cinco o más de los siguientes síntomas por al menos dos semanas:

- Insomnio/hipersomnia
- Agitación psicomotora o enlentecimiento
- Fatiga
- Cambios en el apetito

- Sentimientos de desesperanza o culpa
- Disminución de la concentración
- Ideamiento suicida

Estos síntomas deben empezar a partir de las cuatro primeras semanas posparto y deben durar por lo menos un año. <sup>5, 10, 11</sup>

En el periodo posparto se calcula que del 10-86% de mujeres presentan algún tipo de trastorno del estado del ánimo, los mismos que se pueden presentar de tres principales maneras: <sup>1, 5, 10, 11, 14</sup>

- **Disforia posparto o Maternity Blues:** representa el síndrome más leve y más frecuente del periodo posparto. Se presenta en el posparto mediato, con mayor frecuencia entre los dos a cuatro primeros días. La sintomatología generalmente remite en diez a catorce días, siendo por definición un cuadro transitorio auto limitado. <sup>14</sup>

La sintomatología clínica suele ser leve o incluso puede pasar desapercibida en muchas ocasiones. Clínicamente se manifiesta con labilidad afectiva, irritabilidad, llanto fácil, insomnio, rasgos hipocondriacos, insomnio, fatiga, pérdida del apetito, falta de concentración, cefalea y ansiedad. <sup>14</sup>

Se considera que si su duración se prolonga más allá de los treinta primeros días posteriores al alumbramiento o su sintomatología presenta una intensidad superior, es necesario realizar una valoración adecuada por el riesgo de cronificación.

Tiene una prevalencia del 50-86%. Varios estudios revelan que la Disforia posparto tiene una probabilidad del 20% de evolucionar hacia un cuadro depresivo mayor. <sup>15</sup>

Si conserva las características mencionadas, no es considerado un proceso patológico. <sup>4</sup>

- **Psicosis post parto:** representa la presentación clínica más severa de los trastornos psiquiátricos puerperales. Su inicio es agudo, se presenta entre las 48-72 primeras horas posteriores al parto y rara vez superan las cuatro semanas posteriores al nacimiento. <sup>4</sup>

Clínicamente representa una pérdida del contacto con la realidad. Los síntomas característicos son: ansiedad, irritabilidad, insomnio, desorientación, despersonalización y conducta desorganizada. Presentan además ideas delirantes principalmente centradas en el recién nacido, incluyendo ideas de muerte, poderes especiales, características angelicales o demoniacales. Frecuentemente se acompaña de alucinaciones auditivas que llevan a que se produzcan ideas maternas de matar al niño o a sí misma. En los casos de psicosis posparto es más frecuente encontrar lesiones maternas auto infringidas, abuso infantil e infanticidio. <sup>14,16</sup>

A pesar de tener gran similitud con la psicosis afectiva con rasgos maníacos o depresivos, se diferencia de otras psicosis porque frecuentemente se asocia a confusión o delirio.

En el 15-20% de los casos, ha habido antecedentes de episodios psicóticos previos y se calcula que las mujeres con antecedentes de trastornos psiquiátricos tienen un riesgo de hasta el 35% de presentarla. Se estima que se presenta en 1-2 /1000 nacimientos, es decir tiene una prevalencia del 0,1- 0,2%. <sup>16, 17</sup>

- **Depresión posparto:** su inicio es insidioso y se presenta a lo largo de las dos a cuatro semanas posparto. Su definición en el DSM IV está planteada como “episodio depresivo mayor de inicio en las primeras cuatro semanas después del alumbramiento de un hijo”. <sup>12</sup> Clínicamente se manifiesta como un episodio de depresión mayor indistinguible del trastorno depresivo mayor no psicótico de otros periodos de la vida. Se asocia a ansiedad excesiva, insomnio, miedo a hacer daño al bebé, sentimiento de impotencia a cumplir con los cuidados del RN y las tareas domésticas, síntomas obsesivos, síntomas neurovegetativos. <sup>12</sup>

En los casos más severos existe un gran deterioro de las actividades sociales y laborales, pérdida del apetito e inadecuada alimentación, descuido del cuidado personal diario, maltrato y abandono al neonato e incluso pensamiento infanticida<sup>18</sup>

Tiene una prevalencia de 10-20%. <sup>1, 4, 12, 13</sup>

Una particularidad de la depresión posparto que la diferencia de otras entidades psiquiátricas es la falta de asistencia a los servicios de salud, en la mayoría de los casos esto es consecuencia de que las mujeres atribuyen su sintomatología a una reacción normal y esperada de su estado, esforzándose así por continuar con sus obligaciones en el entorno familiar sin comentar sus síntomas con nadie. <sup>19</sup>

Es frecuente que cuando las mujeres logran expresar su malestar, sus allegados los silencian o los rechazan, de manera que fortalecen la consideración de normalidad sobre el caso y dificultan de manera notable el diagnóstico oportuno.

La depresión posparto es considerada como un importante problema de salud en las sociedades modernas. <sup>1, 5, 20</sup> En el año 2010, un reporte de la OMS informó que la depresión posparto junto con otros trastornos mentales representa una de las principales causas de ausentismo laboral, así como una de las causas más comunes de discapacidad. <sup>21</sup> A pesar de ello, con frecuencia pasa desapercibida y sin tratamiento, afectando de esta manera a la madre, al RN y al resto de la familia. <sup>22, 23, 24, 25</sup> Por esta razón es importante realizar más estudios que permitan mejorar el diagnóstico de esta patología.

A lo largo de este trabajo de investigación se debe mantener presente que toda depresión posparto pertenece a un proceso francamente patológico. Y que no toda depresión de la madre es causa directa de depresión en el RN. <sup>4</sup>

### **2.2.2 Epidemiología**

Es de conocimiento mundial que las patologías psicoafectivas se han convertido en una de las causas de morbilidad de mayor importancia. En el Estudio de la Carga Global de

la enfermedad, publicado hace ya más de una década, se resaltó la importancia y se priorizó a los trastornos mentales como un problema de la salud pública mundial. Se estimó que para el año 2020 la depresión ocuparía el segundo lugar en la lista de causas de discapacidad, siendo precedida únicamente por la cardiopatía isquémica.<sup>26</sup>

Se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 12 y 47% en los rangos intercuantiles de los resultados obtenidos a través de las encuestas de Salud mental y Bienestar.<sup>27</sup>

La prevalencia de la depresión posparto varía de acuerdo a la población en la que se han realizado los diferentes estudios y la escala utilizada. Existen pocos estudios en la población Asiática y Africana. Sin embargo, los reportes obtenidos indican prevalencias que varían desde el 6% hasta el 39% de los casos. En muchos de estos estudios, se ha considerado como factor de riesgo determinante el nivel socioeconómico bajo, pues es evidente que en dicha condición la patología se presenta con mayor frecuencia.<sup>5, 9, 11, 28</sup>

En la población occidental, se ha reportado una prevalencia del 10 al 15% de depresión posparto.<sup>9, 20, 25</sup> En un reporte de la CDC del año 2010 dicha cifra alcanzó hasta el 20% en la sociedad occidental.<sup>11</sup>

Un meta análisis realizado en el 2004 por Bennett et al, en el cual se compararon 21 estudios de diagnóstico de depresión posparto utilizando el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Depresión de Edimburgo, estimó que la prevalencia de la depresión en el primer trimestre representaba el 7,4% de las complicaciones. Mientras que en el segundo y tercer trimestres, la misma alcanzó cifras de 12.8% y 12% respectivamente.<sup>29</sup> Varios estudios han demostrado esta variación en la prevalencia de la patología, por esto se recomienda la aplicación oportuna de los cuestionarios entre las cuatro a doce semanas posparto y de ser posible repetir su aplicación en las consultas médicas consecutivas.

Así como en la población asiática y africana, en los estudios realizados en la población occidental, se ha encontrado que el nivel socioeconómico bajo representa un riesgo elevado para la presentación de DPP. Se han reportado prevalencias de hasta el 28% en esta condición.<sup>9</sup>

En nuestro país existen pocos estudios sobre el tema planteado. Se ha determinado que la prevalencia corresponde a la encontrada en otras partes del mundo, con un valor de 11.9%.<sup>30</sup>

No se han publicado estadísticas definitivas de esta patología en nuestro país, la información encontrada es correspondiente a varios trabajos de investigación previos a la obtención de título de Médico Cirujano en varias instituciones educativas. Entre los datos encontrados podemos referir que la depresión posparto tiene una prevalencia estimada del 34,3% y se presenta con mayor frecuencia en mujeres adolescentes con una prevalencia de alrededor del 23,2%.<sup>27,31</sup>

De los estudios encontrados, alrededor del 85% de las mujeres presentan alteraciones del estado de ánimo en el periodo consecutivo al parto. De este porcentaje, 10-20% están clasificados como trastornos depresivos mayores y de dicho porcentaje se considera que su recidiva es de 1:3 a 1:4 si la madre no ha recibido un tratamiento adecuado.<sup>4,22</sup>

Dentro de los marcadores demográficos estudiados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición "ENSANUT" del año 2012, encontramos que:<sup>32</sup>

- La población total de mujeres en edad fértil es de 17661, de las cuales 10732 se encuentran en el área urbana y 6929 en el área rural. (Ver Gráfico 1)
- Las mujeres fértiles que cuentan con educación secundaria completa y superior son el 40,7 %, de las cuales el 48,4% se encuentra en el área urbana y 21,8% en el área rural. (Ver Gráfico 2)
- 25,6% de las mujeres en edad fértil se encuentran afiliadas o son beneficiarias de un seguro médico público. 24,5% de estas mujeres se encuentran en el área urbana y 28,3 en el área rural. De la misma manera, 3,6% disponen de seguro médico privado. 4,8% de estas mujeres se encuentran en el área urbana y 0,6% en el área rural.
- 44.7% de las mujeres en edad fértil trabaja en alguna actividad económica remunerada dependiente de terceros. (Ver Gráfico 3).
- El porcentaje de mujeres que se encuentran en los quintiles económicos 1 y 2 (los más bajos), es del 39,6%. 25,6% corresponde al área urbana y 73.9% al área rural.

- La tasa global de fecundidad observada es de 3 hijos/as por mujer.
- La tasa global de fecundidad deseada es de 2,5 hijos/as por mujer.
- La mediana de edad para el primer nacimiento es de 21,2 años.
- El porcentaje de mujeres en edad fértil que forman parte de un matrimonio estable o una unión en pareja es del 55,5%.
- El porcentaje de mujeres que no desean tener hijos es del 57.2% (Ver Gráfico 4).
- La mediana del intervalo intergenésico es de 3,3 años (40 meses).
- 46% de las mujeres en edad fértil reciben control posnatal antes de los 41 días posteriores al parto. (Ver Gráfico 5).

\* La ENSANUT define mujer en edad fértil como aquella que se encuentra entre los 15 y los 49 años.

Cabe recalcar que las estadísticas logradas sobre esta patología revelan un amplio rango de prevalencia. Estas variaciones se presentan acorde a los diferentes patrones socioculturales, escala utilidad, momento en el cual se aplican las diferentes escalas y los criterios diagnósticos utilizados. <sup>33</sup>

### **2.2.3 Fisiopatología**

No se conoce el mecanismo exacto por el cual se produce depresión en el periodo posparto. Su etiología tampoco se ha determinado con exactitud, por lo que se la fundamenta en los factores de riesgo que presenta cada mujer y en los cambios propios de la etapa.

Se sabe que debido a distintos cambios fisiológicos provocados principalmente por modificaciones hormonales, es normal que durante el embarazo y el posparto se presenten trastornos temporales del humor. Los mismos se consideran patológicos cuando pierden su característica de temporalidad. <sup>1</sup>

Tanto el embarazo como el parto causan sentimientos inesperados y en muchos casos contradictorios, los mismos afectan a la madre, al recién nacido y al resto de la familia.

La asociación entre trastornos del ánimo y el periodo posterior al parto es conocida desde tiempos antiguos. Sin embargo, es reconocida oficialmente como un trastorno psiquiátrico recién en el año 1978 con la publicación del Manual Estadístico y Diagnóstico de los trastornos Mentales, cuarta edición (DSM- IV). En dicha publicación se define a la depresión posparto como “episodios de depresión mayor que comienzan hasta cuatro semanas luego del parto”. <sup>1, 12</sup>

Para el desarrollo de depresión posparto se han identificado algunos factores de riesgo específicos que se pueden determinar previo al parto para una mejor atención de la nueva madre y el RN. En varias literaturas se mencionan como factores de riesgo los siguientes:

- Psicosociales:
  - Eventos estresantes de la vida
  - Relación marital inestable
  - Ausencia de apoyo social
- Sociodemográficos:
  - Edad temprana o tardía de la madre
  - Estado civil
  - Nivel de instrucción bajo
  - Nivel socioeconómico bajo
  - Situación laboral propia y de la pareja
  - Ser primípara
  - Depresión durante el embarazo
  - Abortos anteriores
  - Embarazo no deseado
  - Enfermedad del hijo
  - Complicaciones en el parto
  - Tipo de parto
  - Antecedente personal o familiar de depresión previa al embarazo <sup>5, 4, 34</sup>

La hipótesis más estudiada sobre la etiopatogenia de la depresión posparto es la participación de las hormonas reproductivas sobre la misma. El momento del parto desencadena un descenso rápido de los niveles de hormonas gonadales. Las variaciones de los estados hormonales endometriales, humorales, ováricos, adrenales y cerebrales a las que se encuentran expuestas las mujeres durante su edad fértil, favorecen los cambios de conducta, humor, peso, apetito, lívido e incluso temperatura a lo largo del ciclo menstrual. Dichos cambios son especialmente notables en el periodo posparto, lo que hace que la mujer este más vulnerable a la aparición de patologías psiquiátricas.<sup>35</sup>

En el caso de los estrógenos, se sabe que tienen una interacción directa con neuroreceptores específicos localizados a nivel de la corteza, el sistema límbico, el hipotálamo y la hipófisis. Los estrógenos son capaces de inducir una gran plasticidad sináptica, regulan la densidad de otros neuroreceptores (como los de la serotonina), incrementan los niveles de Noradrenalina y Acetil-colina, disminuyen la acción de la Monoaminoxidasa (MAO) y aumentan los niveles de beta-endorfinas, aunque se desconoce el mecanismo de acción exacto por el cual esto pudiera vincularse con el desarrollo posterior de un cuadro depresivo, se han evidenciado variaciones en los niveles mencionados entre las mujeres que presentan depresión posparto y aquellas que no lo hacen.<sup>35</sup>

En los estudios realizados se ha evidenciado que los efectos excitatorios de los estrógenos pueden tomar lugar de dos maneras: al reducir la glutámico decarboxilasa del Ácido Ribonucleico mensajero (ARNm) que a su vez disminuye la inhibición neuronal mediada por el Ácido Gamma-amino Butírico (GABA); y, por otro lado, los estrógenos pueden actuar como agonistas del receptor NMDA (N- metil-D-aspartato). Estos cambios permiten que el estradiol actúe directamente en el citoplasma ligados con receptores nucleares específicos que le permitirán producir una modificación de la expresión génica, es por esta razón que se puede afirmar que el estradiol en sí mismo es un factor de transcripción.<sup>35</sup>

Otro de los efectos demostrados del estrógeno es la regulación que produce un aumento en la síntesis de la enzima triptofano-hidroxilasa (T-H), que normalmente representa una limitación para la síntesis de serotonina. Además, produce una disminución de la síntesis del transportador para la recaptación de serotonina. Esto convierte a los estrógenos en un agonista de la actividad serotoninérgica pues como describimos, aumentan el número de receptores transportadores e inhiben la recaptación de serotonina y disminuyen la actividad de la MAO. De esta manera podemos comprender que con el descenso brusco de estrógenos que se producen en los primeros días posteriores al parto, se produzca en la mujer un decaimiento anímico importante. <sup>35</sup>

Aunque se tiene menos conocimientos sobre el mecanismo de acción, se sabe que la progesterona ejerce un efecto directo sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). Actúa sobre receptores específicos de neuronas corticales, del sistema límbico, hipotálamo e hipófisis. Tiene también diversos efectos plásticos sobre el SNC, influye en el crecimiento, maduración, diferenciación y funcionamiento de las células nerviosas. Participa en la regeneración axonal, en la actividad cognoscitiva, entre otros procesos. Actúa como modulador positivo del GABA ya que aumenta la afinidad del receptor por el mismo e incrementa la actividad de la MAO. Adicionalmente tiene una acción sedante, hipnótica, analgésica y anticonvulsivante. <sup>36</sup>

Varios estudios han demostrado una importante correlación entre el inicio de la sintomatología depresiva en el periodo posterior al parto y el descenso brusco de las hormonas gonadales, produciendo importantes cambios bioquímicos, alteraciones en la sinapsis y disminución en el funcionamiento de ciertos neurotransmisores entre los que se encuentra incluida la serotonina. <sup>1, 35, 36</sup>

Así mismo, se ha reportado una asociación entre los niveles elevados de glucocorticoides y el estado de ánimo en el puerperio. Recordemos que normalmente la corticotropina es secretada a nivel hipotalámico en pequeñas cantidades bajo el estímulo del estrés. Sin embargo, la placenta tiene la capacidad de sintetizar por lo menos mil veces más corticotropina, sobre todo en el momento del parto, de manera fisiológica, a este incremento de la Hormona Liberadora de Corticotropina (CRH) le sigue un brusco

descenso de estas hormonas. En las mujeres que no logran disminuir adecuadamente los niveles de glucocorticoides el riesgo de sufrir un episodio depresivo es mucho más alto; la CRH produce por si misma cambios endocrinológicos que se traducen en aumento de la síntesis de hormonas del estrés como es el cortisol. <sup>1, 37</sup>

Otros aspectos biológicos que predisponen a la depresión posparto son: niveles elevados de Adenosin Monofosfato cíclico urinario (AMPC), niveles disminuidos de triptófano, ácido fólico, beta endorfinas y Triyodotironina libre (T3f). <sup>1</sup>

Entre las hipótesis biológicas que se han estudiado, la posible asociación con los niveles séricos de triptófano se ha investigado mediante la medición del mismo en los primeros días posparto. El triptófano es un neurotransmisor, precursor de la serotonina involucrado en la etiopatogenia de los trastornos del ánimo. En mujeres que cursan su posparto con normalidad, los niveles de triptófano tienden a elevarse en las primeras 48 horas después del parto. Dicho evento no se presenta en aquellas mujeres que cursan con cuadros depresivos en el periodo puerperal. <sup>10</sup> Si bien los niveles séricos de triptófano no están directamente involucrados en los cambios de humor, el índice de disponibilidad de triptófano a nivel encefálico se encuentra disminuido también y se lo ha correlacionado con sintomatología depresiva. Las consecuencias de la depleción de triptófano tienen una amplia variabilidad, posiblemente asociada a las diferencias que existen en el genotipo de las mujeres. Se considera que el posparto puede influir de manera significativa en los cambios de humor relacionados a los genes moderadores de la 5-hidroxitriptamina, es a partir de estas variaciones que se planteó el término de "vulnerabilidad serotoninérgica".

<sup>38, 39</sup>

Los estudios que se han realizado respecto al sistema serotoninérgico, han demostrado que las alteraciones pueden producirse en varios niveles: disponibilidad de triptófano, síntesis de 5- Hidroxitriptamina (5-HT), secreción, reabsorción o metabolismo, en los receptores pre y post sinápticos. <sup>17, 40</sup>

Dado que de manera fisiológica se produce un descenso brusco de los niveles séricos de triptófano en las primeras 48 horas posparto y de manera consecutiva vuelve a elevarse,

se planteó la posibilidad de que aquellos genotipos con alta expresión de receptores de serotonina (5-HTT) mantenían de manera prolongada los niveles bajos de triptófano, produciendo la clínica descrita para los cuadros depresivos asociados al puerperio.<sup>38</sup>

La conclusión final del estudio respondió de manera positiva a la hipótesis planteada. Sin embargo, no se han realizado estudios complementarios que permitan determinar claramente la fisiopatología de la depresión posparto, ni la interacción entre los niveles de triptófano, serotonina y las hormonas propias del periodo posparto.<sup>38</sup>

Respecto a la participación de los niveles de serotonina en el desarrollo de depresión posparto, en el año 2008 se publicó en el British Journal of Psychiatry un estudio que tenía como objetivo determinar el rol de las variaciones en el gen transportador 5-HTT en los cambios de humor que se producen después del parto;<sup>38</sup> en dicho estudio, se recalca la importancia de los cambios fisiológicos que ocurren en la mujer que se encuentra cursando el puerperio, y la vulnerabilidad emocional que los mismos producen.<sup>38</sup>

La teoría de las hormonas tiroideas como desencadenantes de los episodios depresivos en el posparto es poco concluyente. Se ha demostrado que el aumento de estrógenos tienen un efecto positivo directo sobre la síntesis de globulina fijadora de hormonas tiroideas, de manera que aumenta la captación de estas por los receptores y simultáneamente disminuyen los niveles de T3 y T4 libres, provocando así un funcionamiento anormal de la glándula tiroides y el consecuente aumento de Hormona Estimulante de la Tiroides (TSH) para regular la alteración. Este estado no se ha determinado como causante de depresión posparto, sin embargo, genera un estado de hipotiroidismo con sintomatología similar a la descrita para los trastornos depresivos. Se encontró que en los 6 primeros meses posteriores al parto del 7-23% de las mujeres presentaban una función tiroidea anormal vs. 3-4% que se encuentra en la población normal. Se ha reportado un 11,6% de casos de tiroiditis autoinmune en relación a la respuesta de estrés propia del embarazo, el parto y el puerperio.<sup>1, 15</sup>

Otra alteración que se ha evidenciado en las mujeres que cursan el posparto inmediato es el aumento de la respuesta inflamatoria, con la consiguiente elevación de citoquinas proinflamatorias entre las que se encuentra la Interleucina 1, Interleucina 6, Proteína C Reactiva y disminución de los factores inhibidores de las mismas. Se ha considerado que estos estresores biológicos, en conjunto con los estresores físicos y psicosociales podrían aumentar el riesgo de presentar depresión en el periodo posparto.<sup>22</sup>

Se han estudiado también los factores psicológicos que podrían estar correlacionados a la aparición de la depresión posparto, encontrando vinculación con una infancia conflictiva y con actitudes negativas hacia la maternidad, así como la asociación con trastornos del autocontrol, atribuciones externas e indebidas, cogniciones negativas acerca del futuro y de uno mismo.

Tal vez una de las determinantes de mayor importancia para la presentación de depresión posparto son los factores psicosociales, entre los que se incluye: depresión o ansiedad durante el embarazo, eventos vitales estresantes, bajos niveles de apoyo social, antecedentes de depresión.<sup>1, 4, 17</sup>

Hay que tomar en cuenta que las complicaciones obstétricas y de la lactancia no parecen estar asociadas a la depresión posparto.<sup>1</sup>

Ninguno de los estudios realizados sobre la etiopatogenia de la depresión posparto ha sido concluyente.

#### **2.2.4 Manifestaciones Clínicas**

La depresión posparto se presenta con mayor frecuencia entre las cuatro y seis semanas posparto y se manifiesta como un trastorno mental caracterizado por alteraciones emocionales, cognitivas, comportamentales y físicas de inicio insidioso.<sup>1, 17, 22</sup>

Clínicamente está caracterizado por:

- Tristeza, irritabilidad
- Ansiedad intensa
- Preocupación excesiva por la salud y alimentación del neonato
- Sensación de incapacidad para atender al recién nacido
- Cansancio
- Insomnio
- Anorexia
- Disminución de la libido. <sup>1, 17, 22</sup>

En un análisis descriptivo publicado en el año 2009 por Barra et al. Se planteó la posibilidad de que el inicio de los síntomas se encuentre asociado a diferentes eventos que ocurren a lo largo del primer año posparto, de esta manera, los resultados del estudio demostraron lo siguiente:

- 40% de las mujeres que presentan depresión posparto, debutaron su sintomatología después del primer control posnatal.
- 20% presentaron síntomas después del destete del neonato.
- 16% de los casos se vieron asociados a la reaparición de la menstruación.
- 14% de los casos se relacionaron con el inicio de anticoncepción hormonal
- Para 5% de los casos de depresión posparto no se encontró asociación específica con ningún evento. <sup>18</sup>

### **2.2.5 Efecto en la Madre Y el Recién Nacido**

El posparto representa un importante periodo de adaptación emocional, psicológica y física que regularmente cursa con gran entusiasmo y alegría. Sin embargo, esta nueva experiencia produce en muchas mujeres sensación de tristeza, variaciones del estado de ánimo, labilidad emocional, llanto fácil y ansiedad. Este periodo de adaptación fisiológicamente dura alrededor de una a dos semanas, pero alrededor de 10-15% de mujeres presentarán episodios depresivos en los tres primeros meses e incluso dentro

del primer año posterior al parto. Muchos de los síntomas de la depresión son comunes a los que regularmente presentan las mujeres en este periodo tales como cansancio, trastornos del sueño, inapetencia, falta de energía y disminución de la libido. Esta similitud hace que la patología se enmascare y se confunda con un proceso fisiológico, esto a su vez hace que las madres no consulten por este motivo. <sup>41, 42</sup>

De manera natural en esta etapa se produce un conflicto de intereses entre las necesidades y las aspiraciones individuales en conjunto con la adquisición de una nueva responsabilidad. Se acompaña de dudas sobre la capacidad personal para afrontar la responsabilidad adquirida; el conjunto de estas eventualidades convierten el posparto en un periodo de mayor vulnerabilidad para presentar episodios de depresión o ansiedad. <sup>1</sup>

Adicionalmente, Se debe tener en cuenta que dicho periodo de adaptación es de suma importancia no solo para mujer sino para la estructuración adecuada del vínculo madre hijo así como para el desarrollo posterior del neonato y la familia. <sup>1</sup>

Se han realizado diversos estudios sobre la influencia que tiene la depresión materna sobre el neonato llegando a la conclusión de que la depresión posparto es un factor de riesgo para el desarrollo cognitivo y emocional posterior del niño, incluso si la madre ya ha superado el trastorno depresivo. <sup>41</sup>

Existe evidencia de que la falta de apego entre la madre y el recién nacido y los patrones de interacción negativos en esta relación en una etapa temprana de formación de vínculos puede dar como resultado una severa alteración del desarrollo del niño. <sup>41, 42</sup>

Es frecuente encontrar recién nacidos de madres deprimidas que presentan un grado más alto de irritabilidad y baja tolerancia al estrés, estos cambios se atribuyen a la mayor reactividad fisiológica y al aumento de los niveles de cortisol encontrados en estos niños.

41

En lactantes mayores en quienes ya se pueden valorar más características respecto al ánimo se ha evidenciado un menor grado de actividad general, afecto plano, menor

desarrollo psicomotor e incluso cambios electroencefalográficos similares a los que se encuentran en adultos con depresión crónica.<sup>41</sup>

Al hablar de niños en edad preescolar los hallazgos han sido congruentes con los anteriores. Se encontró una mayor frecuencia de trastornos de conducta, agresividad, retraso del lenguaje, ansiedad y bajo desarrollo socioemocional en los hijos de madres deprimidas. En la edad escolar la repercusión de los trastornos del ánimo maternos se evidencian en una mayor dificultad de adaptación, disminución de la capacidad de concentración, abuso de sustancias, psicopatologías y agresividad.<sup>41</sup>

Los profesionales de la salud deben tener un conocimiento adecuado de esta patología de manera que logren distinguir la sintomatología normal de una puérpera y diferenciarlo de un proceso patológico. El diagnóstico y manejo adecuado de la depresión resultará en una significativa mejoría en la calidad de vida de la mujer, el neonato y su familia y una disminución en el riesgo de maltrato infantil y en las alteraciones conductuales de los hijos.<sup>1, 4, 10, 41, 42</sup>

### **2.2.6 Diagnóstico**

El diagnóstico precoz de estos trastornos es complicado dado los cambios fisiológicos que se presentan en este periodo. Esta es la principal razón por la que muchos casos pasan inadvertidos.

El abordaje de las pacientes con esta condición debe incluir: realización de una historia clínica detallada enfocada hacia las quejas somáticas inespecíficas de la mujer, en conjunto con un examen físico adecuado, identificación de factores de riesgo, detección oportuna de la patología mediante la valoración del personal de salud en cualquiera de los niveles de atención.<sup>2, 43</sup>

Debido a que la depresión es un síndrome caracterizado por signos y síntomas, el diagnóstico se lo efectúa logrando identificar los mismos mediante la entrevista clínica y diversos test que se han creado en base a los criterios descritos.

Existe una gran diversidad de herramientas para el tamizaje de la depresión posparto, la mayoría de ellas son cuestionarios auto aplicados que permiten identificar los síntomas principales del episodio depresivo mayor. El inventario de depresión de Beck y la Escala de Edimburgo son dos de las herramientas mencionadas que se utilizan con mayor frecuencia, sin embargo, el diagnóstico definitivo de la depresión posparto se lo realiza en base a los criterios propuestos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales, o a los criterios propuestos por la Clasificación Internacional de Enfermedades. <sup>12, 44, 45</sup>

### TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO CON ESPECIFICACIÓN DE INICIO EN EL POSPARTO SEGÚN EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM) Y EL CIE 10

El DSM se crea por la Asociación Americana de Psiquiatría, con la finalidad de organizar y estructurar la nomenclatura a utilizarse para el diagnóstico de los trastornos mentales, de manera que puedan agruparse en categorías y subgrupos específicos y de esta manera se puedan establecer tratamientos adecuados para los casos propuestos en el Manual. Su primera publicación se hizo como complemento y alternativa para el CIE-6 en el año 1952. A partir de esto se han realizado múltiples modificaciones con revisiones estrictas que han generado hasta el momento 5 ediciones del manual, la última publicada en el año 2013 como DSM-5.<sup>12</sup>

Es de amplio uso en la práctica clínica debido a la brevedad y precisión con la que se definen y clasifican los trastornos mentales. El DSM conceptualiza cada trastorno mental como parte de un síndrome o patrón de comportamiento clínico asociado a un malestar o a un riesgo aumentado de mortalidad. Hay que recalcar que para considerar el uso de los criterios debe descartarse una causa u origen de la sintomatología en respuesta a un evento o patrón cultural aceptado como es el caso del duelo por el fallecimiento de un ser querido. <sup>10, 12</sup>

El DSM- IV fue el primero en incluir la depresión posparto como una categoría específica separada del trastorno depresivo mayor. La cuarta edición del manual fue publicada en el año 1994 y su versión en español en el año 1995.<sup>10, 12</sup>

Se menciona lo siguiente: "La especificación con inicio en el posparto puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I ó II ó a un trastorno psicótico breve si se inicia en las primeras cuatro semanas después del alumbramiento de un hijo".<sup>12</sup>

Los criterios propuestos por el DSM IV se encuentran en los anexos.

Recalcamos que los criterios propuestos nos ayudan como guías en la evaluación clínica, debe usarse con un juicio adecuado y no de manera rígida.

En el caso de la depresión posparto, se incluye dentro del episodio depresivo mayor, por lo que requiere la presencia de los siguientes síntomas la mayor parte del día, casi todos los días, por al menos 2 semanas consecutivas.<sup>10, 12</sup>

- Estado de ánimo deprimido, pérdida del interés o placer por actividades que antes solían interesarle, aumento o disminución del apetito y del peso, alteraciones del patrón de sueño, rigidez o agitación psicomotriz, fatiga, dificultad para concentrarse, ideamiento suicida. Para el diagnóstico es indispensable la presencia de un ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer.

En el caso de un episodio maniaco la característica predominante es la presencia de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, debe presentar los siguientes síntomas por al menos una semana:<sup>10, 12</sup>

- autoestima de grandiosidad, insomnio, verborrea, fuga de ideas, pensamiento acelerado, distraibilidad, agitación psicomotora, implicación desmesurada en actividades de alto riesgo.

Por último, si el episodio tiene predominantemente un carácter hipomaniaco, esperamos un estado de ánimo anormal, con características similares a las del episodio maniaco, no lo suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o social de la persona. <sup>10, 12</sup>

Los episodios mixtos se caracterizan por presentar criterios para un episodio maniaco así como de un episodio depresivo mayor, de por lo menos una semana de duración, con importante deterioro social y laboral de la persona. Debe descartarse el origen del episodio en el uso de sustancias o la presencia de una enfermedad médica. <sup>10, 12</sup>

Consideramos que un episodio se convierte en un trastorno del estado del ánimo, cuando el mismo se ha presentado en más de una ocasión. Los trastornos del estado del ánimo se dividen de la siguiente manera:

- Trastornos depresivos
  - Trastorno depresivo mayor
  - Trastorno distímico: dos años de duración en el que han habido más días depresivos que no depresivos y que no cumplen las características de un episodio depresivo mayor.
  - Trastorno depresivo no especificado
- Trastornos bipolares
  - Tipo I: episodios maniacos mixtos que se acompañan de episodios depresivos mayores
  - Tipo II: episodios depresivos mayores que se acompañan de al menos un episodio hipomaniaco
  - Ciclotimia: al menos dos años de episodios hipomaniacos que no cumplen estrictamente los criterios acompañados de periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios de un episodio depresivo mayor
  - No especificado
- Trastornos basados en la etiología
  - Debido a enfermedad médica
  - Inducido por sustancias

- No especificado <sup>10, 12</sup>

Se considera que a pesar de que cerca del 80% de las mujeres presentan variaciones del estado de ánimo en el primer año posterior al alumbramiento, sólo del 10 al 20% cumplen con los criterios del DSM IV para un episodio depresivo mayor y solo el 0,1-0,2% presentan criterios de psicosis puerperal. <sup>46</sup>

Como se mencionó previamente, los trastornos psiquiátricos fueron incluidos recién en la sexta edición de la clasificación internacional de las enfermedades, en el año 1948 por la OMS. A partir de esta publicación se inician revisiones internacionales que determinan la inclusión de los trastornos del ánimo con origen en el periodo posparto a partir de la novena edición en el año 1975, a pesar de tener su última revisión en el año 2014, la OMS creó la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en la cual se intenta mantener la misma organización del DSM IV para evitar confusiones en la discriminación de los distintos trastornos planteados. <sup>45</sup>

A pesar de las múltiples revisiones por las que han pasado ambos manuales, existen algunas variantes en el dialecto que utilizan cada uno de ellos. Una de las diferencias más notables entre estos sistemas de clasificación es que el CIE 10 ofrece una gama más amplia de diagnósticos y especificaciones que permite un diagnóstico más específico acorde a los subtipos de los trastornos. Adicionalmente es notable el empleo de diferente terminología como por ejemplo “trastorno”, “neurótico”, etc. <sup>47</sup>

Previamente mencionamos que la entrevista clínica y el uso de las herramientas de tamizaje deben ser complementados por un examen físico analítico. Esto tiene como finalidad identificar y descartar que el trastorno pudiera ser derivado de una enfermedad física.

Algunos textos recomiendan que se realicen exámenes de gabinete para clarificar el diagnóstico diferencial de la depresión. Los exámenes que más frecuentemente se solicitan son: pruebas de función tiroidea, biometría hemática y marcadores de inflamación. <sup>15, 16</sup> Resaltamos una vez más que el diagnóstico de la depresión posparto es clínico.

En este estudio de disertación se utilizaron cuatro cuestionarios, dos para la identificación de factores de riesgo y dos para el tamizaje de depresión en el periodo posparto. La finalidad fue determinar cuál de las escalas logra un diagnóstico más oportuno y certero, en conjunto con la identificación de los factores de riesgo de mayor importancia para el desarrollo posterior de un cuadro depresivo. Los resultados obtenidos en las escalas de tamizaje fueron correlacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV y DSM-V para determinar la sensibilidad y especificidad para identificar la patología en estudio.

### **2.2.7 Las Escalas**

Se estima que el tiempo adecuado para la realización de una buena consulta de una madre cursando el periodo posparto debe ser de 45-60 minutos. Esto permite entender una de las razones por las cuales el diagnóstico de la patología se vuelve tan difícil. En base a este criterio fue que se empezaron a desarrollar herramientas que permitieran la identificación de los síntomas de manera más precisa y en un tiempo más corto, optimizando la atención para más púerperas en la atención primaria y permitiendo la identificación de aquellas madres que requieran una atención más especializada.<sup>15, 16</sup>

#### **ESCALA DE DEPRESION POSNATAL DE EDIMBURGO (EPDS)**

La escala de depresión de Edimburgo se creó como herramienta de cribado para la detección precoz de la depresión posparto en la atención primaria de salud. Se creó en los centros de salud en Livingston y Edimburgo en el año 1987 por los investigadores J.L. Cox, J.M Holden y R. Sagovsky.<sup>48</sup> Los autores de este cuestionario tenían como objetivo elaborar una herramienta que sea fácil de completar, socialmente aceptada, que sea fácilmente accequible, es decir, que no requiera a un especialista para su implementación, que sea válida , confiable y que sea satisfactoriamente sensible a los cambios en la severidad de la sintomatología a lo largo del tiempo.<sup>48</sup>

En la actualidad es considerada la herramienta de tamizaje más ampliamente utilizada para la detección temprana de depresión posparto. Ha sido traducida a más de 20 idiomas y es utilizada como patrón de oro para la detección de depresión posparto.

Consiste en un cuestionario autoaplicado de diez preguntas. Las respuestas están valoradas entre 0-3 puntos según la gravedad de síntoma. Las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 están valoradas en orden invertido.<sup>49</sup>

Sus ítems se agrupan en torno a la tristeza y la ansiedad: cinco de ellos se relacionan con disforia, dos con ansiedad, uno con sentimiento de culpa, uno con ideas suicidas y uno con dificultades de concentración. Los diez ítems fueron validados a partir de una comparación entre los puntajes obtenidos en el EPDS, de 84 madres que cursaban su 6ta semana posparto en la ciudad de Livingston Edimburgo, y los criterios diagnósticos de la Investigación de los criterios diagnósticos para depresión (RDC: Research Diagnostic Criteria for Depresión).<sup>48</sup>

Los resultados del estudio de comparación de la EPDS con la RDC demostraron que un puntaje comprendido entre 12-13 puntos tenía una sensibilidad del 86%, una especificidad del 78% y un Valor Predictivo Positivo (VPP) del 73% para la depresión posparto. Además, sugiere que con un punto de corte en los 9-10 puntos la no detección de casos podría reducirse hasta en un 10% y presentaría muy pocos falsos negativos. Afirmamos entonces que estos valores varían acorde al punto de corte utilizado.<sup>50</sup>

De forma generalizada se ha aceptado que la EPDS tiene una sensibilidad del 76,6% y una especificidad del 92,5% para la depresión posparto. La consistencia interna de la escala se midió con el estadístico Alfa de Cronbach\*, que dió como resultado 0,87).<sup>48</sup>

---

\*Alfa de Cronbach: coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida; la fiabilidad se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir y como sus ítems miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. Se calcula en base a la fórmula:  $AC = \frac{rk}{[1 + (k - 1)r]}$  donde k es el número de ítems considerados y r es la mediana de las correlaciones entre los ítems.<sup>5171</sup>

El tiempo de aplicación de esta herramienta se estimó en cinco minutos. Se recomienda utilizarla entre las cuatro a ocho semanas posparto siendo este el periodo de mayor incidencia de la patología.

El puntaje varía de 0 a 30 puntos. Según los resultados obtenidos se puede clasificar a las puérperas en tres grupos:

- EPDS menor a 10: sin riesgo de depresión posparto
- EPDS de 10-12: puntaje límite para riesgo de depresión posparto
- EPDS igual o mayor a 13: probable depresión posparto.

En una aplicación más simple y generalizada, se considera que un resultado igual o mayor a 10 sugiere la posibilidad de depresión posparto. <sup>48, 49, 50</sup>

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

El Inventario de Depresión de Beck se desarrolló en el año 1961 por los investigadores Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh con el objetivo de ofrecer una herramienta que logre una evaluación cuantitativa de la severidad de los cuadros depresivos entendiendo los mismos como síndromes más que como enfermedades. En la actualidad se han realizado traducciones a varios idiomas y su utilización está ampliamente difundida.<sup>52</sup>

Desde el inventario original se realizaron varias modificaciones hasta que en el año 2003 se presenta su última revisión bajo el título de segunda edición (BDI-II). Esta última adaptación permite una adecuación mejor a los criterios diagnósticos sintomáticos de los trastornos depresivos según el DSM IV.<sup>51</sup>

El objetivo de este instrumento es detectar los síntomas depresivos y cuantificar su gravedad, mas no realizar un diagnóstico definitivo. En varios trabajos publicados en los últimos años se plantea que esta escala supera notoriamente a la escala de Hamilton, la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D) y la escala de Zung para la valoración de la depresión.<sup>23</sup>

En un estudio descriptivo del año 2000 presentado por Sáenz et al. Se encontró que una puntuación igual o mayor a trece en el BDI-II tenía una sensibilidad y una especificidad de hasta el 99% para detectar los síntomas de la depresión. Para puntajes iguales o mayores a 21 el porcentaje de sensibilidad y especificidad disminuir hasta el 86,7% y el 92% respectivamente.<sup>51</sup>

Tiene un coeficiente de Cronbach que oscila de 0,87-0,90 dependiendo de la población en la cual es aplicada. Tiene una sensibilidad y especificidad mayor al 80% que varía de acuerdo a los puntos de corte que se utilicen.<sup>23, 51, 53</sup>

A pesar de que el cuestionario original fue de alta difusión y una de las herramientas preferentes para el tamizaje de los trastornos del estado del ánimo, su segunda versión no ha sido tan ampliamente difundida entre los prestadores de servicios de salud. El BDI-II cuenta con solo dos traducciones al español. Tiene gran precisión para identificar los síntomas y correlacionarlos con los criterios diagnósticos planteados por DSM- IV, sin

embargo, la longitud y el tiempo que tarda su aplicación son algunas de las principales razones por las que su uso se ha limitado.<sup>54</sup>

En estudios realizados, se ha establecido que cuatro de los síntomas identificados por el BDI-II son predictores significativos del estado depresivo: tristeza, pesimismo, pérdida de interés y cambios del apetito.<sup>23</sup>

El cuestionario está conformado por 21 ítems que evalúan la intensidad de la depresión. Las respuestas tienen cuatro alternativas ordenadas de acuerdo a la gravedad del síntoma. El paciente deberá seleccionar la respuesta que más se aproxima a su estado de ánimo en la última semana.

Cada opción de respuesta tiene un puntaje de 0-3 puntos de acuerdo a la intensidad de los síntomas. El puntaje total de la escala va de 0 a 63 puntos. De acuerdo al puntaje total objetivo se clasifica a los pacientes en 4 categorías:

- Normal: de 0 a 9 puntos
- Depresión leve: de 10 a 18 puntos
- Depresión moderada: de 19 a 29 puntos
- Depresión grave: de 30 a 63 puntos

De los estudios realizados se ha evidenciado que los síntomas que con más frecuencia refieren los pacientes son: sentimiento de culpa, irritabilidad, fatiga e incapacidad laboral. El desinterés por el sexo y la pérdida de peso fueron los síntomas que con menos frecuencia refirió la población general.<sup>52</sup>

Este estudio tiene como finalidad determinar la sensibilidad, especificidad y utilidad del BDI-II en mujeres que se encuentren cursando entre la cuarta y décima semana posteriores al parto. Síntomas como la disminución del interés por el sexo, la pérdida de peso, el llanto fácil y el sentimiento de tristeza son frecuentemente encontrados en la población de estudio, y no son tomadas en cuenta por la EPDS, considerada el patrón de oro para el tamizaje de la depresión puerperal. Tenemos como finalidad ofrecer una herramienta alternativa o complementaria para el tamizaje de esta patología de alta prevalencia.

## CUESTIONARIO DE DUKE- UNK11

Desarrollado por Broadheas Gehlbach, Degruy y Kaplan en el año 1988, consiste en un cuestionario autoadministrado que consta de once ítems y una escala de respuesta del uno al cinco. <sup>55</sup>

Tiene como finalidad determinar la percepción que tiene la persona respecto al apoyo social, la capacidad que tienen las personas de brindarle ayuda en un caso de dificultad, las facilidades para la relación social y para la comunicación empática con otras personas.

Comprende dos esferas principales: la afectiva y la confidencial, con preguntas específicas para cada una de ellas. Las preguntas 2, 3, 5, 9, 11 corresponden al apoyo confidencial con una puntuación total sobre 25. El apoyo afectivo está valorado por las preguntas 1, 4, 6, 7, 8, y 10 valoradas sobre un puntaje total de 30. <sup>56, 57</sup>

Presenta una consistencia interna medida con el estadístico Alfa de Cronbach de 0,82. <sup>54</sup> Su puntuación mínima es de 11 y la máxima de 55 puntos. Permite la valoración del apoyo percibido, no del real. Mientras menor sea la puntuación, menor percepción de apoyo existe. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo. <sup>55</sup>

## APGAR FAMILIAR

El APGAR Familiar es una herramienta de detección de disfunción familiar. Fue elaborada el año 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein en la Universidad de Washington. <sup>58</sup>

Es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar su grado de satisfacción respecto a algunos parámetros básicos.

Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. Incluye información sobre el estilo de vida y creencias sanitarias.

Esta herramienta permite al personal de atención de salud identificar aquellas familias que presentan algún nivel de disfunción con el objetivo de darles orientación adecuada para mejorar el funcionamiento familiar. <sup>57, 59, 60</sup>

El APGAR Familiar evaluar cinco funciones básicas de la familia:

- Adaptación: capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- Participación: implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento.
- Gradiente de recurso personal: desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- Afecto: relación de cariño y amor existente entre los miembros de la familia.
- Recursos: compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia. <sup>57</sup>

Tiene una puntuación de 0 a 20 donde: Una puntuación de 17 a 20 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 16 a 13 sugiere una familia levemente disfuncional. Una puntuación de 12 a 10 sugiere una familia con moderada disfunción y una puntuación menor o igual a 9 sugiere una familia con disfunción severa.

El índice de correlación encontrado para esta escala oscila entre 0,71 y 0,83. <sup>57, 58, 59</sup>

### **2.2.8 Manejo**

Al igual que en los otros parámetros estudiados sobre la depresión posparto, existe escasa literatura que abarque el tema. A pesar de eso, podemos mencionar algunas generalidades que son de importancia al momento de escoger la terapéutica adecuada.

Primero, recordamos que la depresión posparto puede presentarse con diferentes grados de severidad, de manera que el tratamiento debe ser personalizado y adecuado para cada mujer que presente esta sintomatología. Ha de considerarse la severidad de los síntomas como tal, la incapacidad que provoque en la mujer y las repercusiones sociales y familiares que la patología este desencadenando.

El enfoque del manejo de la depresión posparto está dirigido hacia dos puntos diferentes pero complementarios entre sí <sup>18</sup>:

- terapia farmacológica
- terapia no farmacológica:
  - medidas de manejo ambiental
  - técnicas de relajación
  - suspensión de sustancias estimulantes (cafeína, nicotina, etc.)
  - mejoramiento de redes de apoyo
  - psicoterapia, terapia cognitivo conductual

### TERAPIA NO FARMACOLÓGICA: PSICOTERAPIA

Parte del tratamiento de las puérperas que presentan depresión posparto incluye el entendimiento y la adaptación a este gran cambio que se ha presentado en su vida.

Por este lado, la psicoterapia ofrece la opción de realizar terapias interpersonales y de pareja. Estas se desarrollan a partir de un proceso de comunicación entre un especialista en psicoterapia, la madre afectada, y en algunos involucra a la pareja. Esta metodología terapéutica es la de primera elección en los casos de trastornos depresivos no psicóticos, ya que demuestran una alta eficacia y consiguen mejorar la calidad de vida de la mujer y la familia a través de un cambio conductual, de pensamiento y de afectos. <sup>61</sup>

Por su parte, la terapia cognitivo conductual ayuda a la madre a procesar su pensamiento de un modo más realista, permitiéndole adaptarse y actuar de manera más apropiada, reduciendo o eliminando los síntomas depresivos. En esta terapia se enseña a la madre a afrontar y aceptar adecuadamente sus errores, evitando el pesimismo y sentimiento de derrota por los mismos. <sup>60</sup>

Uno de los factores determinantes tanto para la aparición como para el mejoramiento de la depresión posparto son las redes sociales de apoyo. Parte fundamental del manejo de esta patología es mejorar el apoyo social percibido por la mujer así como el fortalecimiento de las relaciones interpersonales y familiares. A partir de esta necesidad

se han creado un gran número de grupos de soporte y asociaciones dirigidas al tratamiento de estos problemas. En nuestro país son escasos los centros de apoyo con esta finalidad.

En la revisión bibliográfica que se hizo para conformar este trabajo, encontramos varios artículos acerca del efecto que tienen los masajes sobre el neonato y como con esta terapia se podrían disminuir las repercusiones de los trastornos del ánimo maternos sobre el recién nacido, así como la manera en que esta terapia puede fortalecer el vínculo materno-neonatal. Los beneficios más remarcables que encontramos son: mejor ganancia de peso, mejor desarrollo neurológico, disminución de los días de hospitalización, estimulación de la interacción madre-hijo, mejora el tono vagal, efecto analgésico. <sup>62</sup> El conocimiento de esta terapia permite implementar estas medidas sencillas al tratamiento integral de la depresión posparto, con gran beneficio para madre y recién nacido.

### TERAPIA FARMACOLÓGICA

Antes de iniciar un tratamiento farmacológico es necesario agotar los recursos psicoterapéuticos disponibles, ya que gran parte de la medicación disponible para este propósito tiene repercusiones o contraindicaciones para la lactancia. Para la precedente afirmación se considera como excepción aquellos casos que presentan alto riesgo de lesión de la madre al neonato o a ella misma. En todos los casos ha de analizarse minuciosamente el riesgo beneficio de la terapia a impartirse.

Recalcamos que todos los medicamentos antidepresivos se excretan en la leche materna, por difusión pasiva del fragmento libre. La cuantificación del medicamento en la leche materna es directamente proporcional a la dosis utilizada. Dados los beneficios de la lactancia materna ampliamente estudiados, las recomendaciones más actuales sugieren utilizar la dosis más baja efectiva mas no suspender la lactancia. <sup>15, 18, 63</sup>

En múltiples estudios se ha encontrado que no existe una diferencia significativa entre la terapia farmacológica y la psicoterapia para los casos de depresión no psicótica, se

recomienda reservar el tratamiento farmacológico para los casos muy severos y para aquellos con sintomatología psicótica.<sup>62</sup>

No existe hasta el momento ningún tratamiento farmacológico aprobado sin restricción para su uso en el puerperio de aquellas mujeres que se encuentran en periodo de lactancia. Sin embargo, se han realizado múltiples estudios sobre la eficacia y los efectos secundarios de los antidepresivos de mayor uso. Entre estos, los Inhibidores Selectivos de la Receptación de Serotonina (IRSS) son considerados los de mayor eficacia con menor exposición a efectos secundarios.<sup>64</sup> Dentro de los IRSS de más amplio uso, encontramos a la sertralina que presenta una escasa excreción a través de la leche materna y una alta efectividad en el tratamiento de los síntomas de la madre. Tiene un efecto hasta 36 veces mayor que la fluoxetina en la neurotransmisión serotoninérgica. Una opción terapéutica de características similares es la paroxetina.<sup>63</sup> En el puerperio se recomienda utilizar la mitad de la dosis indicada e incrementarla paulatinamente cada cuatro días hasta lograr la respuesta esperada. Una vez alcanzado el objetivo terapéutico, se reevalúa a la paciente en cuatro semanas, si la respuesta es satisfactoria se mantiene el mismo tratamiento por los seis meses subsecuentes con un control cercano de la mujer.<sup>63</sup> Los síntomas más frecuentemente encontrados en los lactantes de madres que reciben tratamiento con IRSS son: cólicos intestinales, alteraciones del sueño, vomito, pobre ganancia de peso, diarrea.<sup>15</sup>

Se han planteado a los antidepresivos tricíclicos como alternativa farmacológica. Sin embargo, los estudios sobre el tema son escasos y en los reportes existentes se han encontrado asociaciones más severas y frecuentes de efectos adversos en el RN, por ejemplo: depresión respiratoria, hipotonía, succión deficiente y somnolencia. Estos efectos se han evidenciado sobretodo asociados al uso de Doxepina por lo que se recomienda restringir su uso durante a lactancia.<sup>15, 63</sup>

El manejo intrahospitalario se reserva para aquellas mujeres que presenten alto riesgo de suicidio, infanticidio, que presenten predisposición a autoinfligirse lesiones o lesionar al neonato.

## 2.3 Justificación

Debido a que la depresión posparto es uno de los trastornos anímicos de mayor prevalencia asociado al nacimiento y con mayor repercusión sobre la salud personal y familiar. Su identificación es crucial para un manejo adecuado y la prevención de recidivas. Sin embargo, su sintomatología inespecífica y los cambios fisiológicos que se presentan en dicho periodo dificultan su identificación.

Tomando en cuenta que las alteraciones anímicas tienen repercusión no solamente en la salud de la madre sino que representan un factor determinante en el desarrollo posterior del neonato y en la consolidación de la familia, consideramos de suma importancia la identificación de este proceso patológico mediante la utilización de una herramienta de tamizaje adecuada, que permita discernir entre procesos fisiológicos de adaptación y procesos anímicos patológicos. La misma que además, al asociarse con otros criterios clínicos y con la identificación oportuna de factores de riesgo prenatal y perinatal, mejore su sensibilidad y especificidad para el tamizaje adecuado de la patología mencionada.

Este proyecto de investigación tiene como finalidad establecer la utilidad del Inventario de Depresión de Beck como herramienta de tamizaje para la depresión posparto en la población estudiada. Además de correlacionar la presencia de factores de riesgo prenatales y perinatales con la variación que se pueda producir sobre la capacidad del BDI-II para el tamizaje de dicha patología.

Consideramos que el analizar las herramientas utilizadas para el tamizaje de esta patología, así como estudiar su utilidad, las variables que pudieran afectarla y sus demás características, nos permite determinar su aplicabilidad en nuestra población y de esta manera optimizar la capacidad de respuesta por parte del personal médico encargado del cuidado de la madre y el recién nacido ante pacientes que presenten depresión posparto.

## **2.4 Problema de Investigación**

¿Qué aspectos del Inventario de Depresión de Beck le confieren superioridad frente a otras herramientas de tamizaje para la depresión posparto en mujeres que cursan el puerperio tardío, después de haber sido atendidas en el Hospital San Francisco de Quito?

A partir de la interrogante inicial surge una nueva duda, la cual se intentará responder en el proceso de investigación. La misma se plantea como: ¿De qué manera la presencia de factores de riesgo prenatales y perinatales afectan la sensibilidad y especificidad del BDI-II para el tamizaje de depresión posparto?

## **2.5 Objetivos**

### **4.2.1 Objetivo General:**

- Determinar la precisión del Inventario de Depresión de Beck como herramientas de tamizaje para la depresión posparto, en comparación con la Escala de Edimburgo, y la influencia de los factores de riesgo prenatal y perinatal sobre la misma.

### **4.2.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar la escala de mayor sensibilidad y especificidad para el tamizaje de la depresión posparto con el fin de establecerla como una herramienta en la atención integral materno infantil.
- Determinar el Valor Predictivo Positivo y Valor Predictivo Negativo del Inventario de Depresión de Beck para el tamizaje de la depresión posparto en mujeres cursando el puerperio tardío.
- Analizar la asociación de los factores de riesgo prenatal y perinatal con la variación en la precisión del Inventario de Depresión de Beck como herramienta de tamizaje.

## 2.6 Hipótesis

- El Inventario de Depresión de Beck representa la mejor herramienta de tamizaje para la depresión posparto al presentar una mayor sensibilidad, especificidad, Valor Predictivo Positivo, Valor Predictivo Negativo.
- En las mujeres puérperas en las que se identifican factores de riesgo prenatal y perinatal, la sensibilidad y especificidad, para la identificación de depresión posparto, del Inventario de Beck aumentan.

## **3. CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo de proyecto**

El trabajo presentado representa un proyecto de investigación con fines de enseñanza y documentación. Tiene como finalidad obtener información médica adecuada que posteriormente pueda ser implementada en diversos procesos de intervención médica y diagnóstico para la patología estudiada.

#### **3.2 Tipo de estudio realizado**

El estudio se realizó de manera prospectiva en un periodo de tiempo determinado. Presenta características analíticas y descriptivas.

Se trata de un Estudio Descriptivo Analítico Transversal Prospectivo.

#### **3.3 Periodo y lugar donde se llevó a cabo la investigación**

El periodo de tiempo determinado para llevar a cabo este estudio esta comprendido entre Noviembre del año 2015 y Enero del año 2016.

El lugar donde se realizó la investigación fue el Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito, dependiente del IESS. El mismo corresponde a una institución médica de segundo nivel de atención, con énfasis en la unidad de Pediatría, Medicina Interna, Cirugía y Ginecología. Presta servicios de atención hospitalaria, ambulatoria y de consulta externa de sus diferentes especialidades.

#### **3.4 Universo y Muestra**

El universo comprendido para este trabajo de investigación, corresponde a todas las mujeres que cursen entre la 4-10 semana posparto, que acudieron para atención del parto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital San Francisco de Quito, en el

periodo Noviembre 2015 - Enero 2016. Independientemente del lugar donde se realizaron los controles prenatales.

Para el cálculo de la muestra se consideró que el universo estaba comprendido por 564 pacientes. La prevalencia de la depresión posparto se ha estimado en 10-12% en la mayoría de los estudios realizados.

Se propuso un nivel de confianza del 95%, con una precisión de 3%.

Cálculo:

$$n = z^2 [ p (1 - p) / e^2]$$

Donde: Nivel de confianza 95% (Z = 1,6)  
Prevalencia (p): 11%  
Error (e): 3%

En base a estos datos, la muestra calculada es de 259 pacientes, seleccionados de manera aleatoria. Toda paciente incluida en el estudio debía cumplir con los criterios de inclusión que se mencionan más adelante y que no presenten ninguno de los criterios de exclusión.

Se considera que esta población es suficiente, para estimar la prevalencia de la patología en la población seleccionada. Sin embargo, se ha considerado que puede presentarse una pérdida significativa de la muestra debido a casos de abandono del estudio, llenado incorrecto de los formularios, datos demográficos erróneos.

El índice de pérdida se ha estimado en el 12%.

Cálculo:

259 representa el 100% de la población estimada.

El 12% estimado como índice de pérdida esta conformado por 31 pacientes.

Al adicionar las 31 pacientes a la población previamente calculada, da como resultado un muestra final de 290 pacientes.

**N = 290** pacientes.

- **Criterios de Inclusión**
  - Mujeres mayores de 18 años
  - Mujeres menores de 45 años
  - Parto atendido en el Hospital San Francisco de Quito
  - Mujeres que cursen su 4-10 semana posparto
  - Mujeres sin antecedentes clínicos de importancia como: diabetes, hipertensión, enfermedad renal, otras patologías crónicas
  - Firma voluntaria del consentimiento informado
  
- **Criterios de Exclusión**
  - Mujeres menores de 18 años o Mujeres mayores de 45 años
  - Mujeres atendidas en otras instrucciones médicas
  - Mujeres que hayan superado la 10 semana post parto o que cursen las primeras 4 semanas posparto
  - Mujeres que hayan presentado complicaciones graves durante la atención del parto: shock, ruptura uterina, histerectomía obstétrica.
  - Mujeres cuyos productos hayan presentado complicaciones graves: muerte, prematurez extrema, sepsis, enfermedad respiratoria severa, malformaciones congénitas.
  - Mujeres con diagnóstico previo de trastornos del estado de ánimo.
  - Mujeres con antecedentes de patologías clínicas crónicas
  - Mujeres que no deseen participar en el estudio

Se considera que esta población es suficiente, para estimar la prevalencia de la patología en la población seleccionada.

### **3.5 Métodos de recolección de datos**

Previa aceptación voluntaria de la paciente mediante la firma de un consentimiento informado, la obtención de datos se llevó a cabo en dos etapas. Inicialmente, a lo largo del puerperio mediato, se aplicó el Cuestionario de Duke, el APGAR familiar y se solicitaron datos demográficos específicos. La finalidad de esta etapa inicial fue determinar factores de riesgo psicosocial, percepción de apoyo social y funcionamiento familiar, que pudieran predisponer a la aparición de depresión posparto y de manera directa o indirecta alterar la sensibilidad y aplicabilidad de las herramientas de tamizaje para dicha patología

Adicionalmente se solicitó información personal que permitió el seguimiento posterior de las pacientes, vía telefónica, para la aplicación de la Escala de depresión Edimburgo y el Inventario de Depresión de Beck, cuando se encontraban cursando entre la 4 y 10 semana posparto.

El objetivo fue identificar a las pacientes que presentaron sintomatología depresiva o estaban en riesgo de la misma con la finalidad de determinar cual de las herramientas diagnósticas posee mas validez en el estudio de la depresión posparto y cómo los factores de riesgo podrían alterar estos resultados.

Inicialmente la información obtenida se registro virtualmente por medio del programa Microsoft Excel. Posteriormente el análisis de variables se hizo utilizando el programa SPSS versión 22.

### **3.6 Operacionalización de Variables**

Para este estudio consideraremos ciertas variables, que ayudaron a definir la población de estudio, logrando así una categorización adecuada de la población estudiada.

Las siguientes tablas muestran las variables utilizadas:

## 1. Variables Sociodemográficas

VARIABLE	CONCEPTO	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA Y / O CATEGORIZACIÓN
<b>EDAD</b>	Cronología desde el nacimiento de una persona	Cuantitativa continua	18 a 45 años	Edad en años	1. 18-30 años 2. 31- 45 años
<b>ESTADO CIVIL</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Cualitativa nominal	Estado civil	Reporte verbal por la paciente	1. Soltera 2. Casada 3. Unión Libre 4. Otros
<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	Grado más elevado de estudios realizados o en curso	Cualitativa ordinal	Alfabeto - analfabeto	Niveles de instrucción culminados	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior
<b>OCUPACIÓN</b>	Actividad o trabajo realizada por la persona en estudio	Cualitativa nominal	Dependiente - independiente	Tipo de remuneración	1. No remunerado 2. Independiente 3. Dependiente
<b>CONVIVENCIA</b>	Personas que habitan o viven en un mismo lugar	Cualitativa nominal	Independiente - familiar	Convivientes permanentes	1. Sola 2. Padres 3. Familia nuclear 4. Familia extendida
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	Numero de recién nacidos vivos productos de la paciente en estudio	Cualitativa nominal	1-2 o más	Número de hijos vivos, incluido el RN	1. Primípara 2. Múltipara
<b>ÚLTIMO PERIODO INTERGENÉSICO</b>	Periodo transcurrido desde el ultimo nacimiento hasta e actual	Cuantitativa discreta	Menor o mayor a dos años	T i e m p o transcurrido desde el ultimo parto en años	1. Menor a 2 años 2. Mayor o igual a 2 años
<b>EMBARAZO PLANIFICADO</b>	Gestación que ha sido lograda previa planificación	Cualitativa nominal	Afirmativo - negativo	Reporte verbal por la paciente	1. Si 2. No
<b>TIPO DE PARTO</b>	Vía de terminación del embarazo	Cualitativa nominal	Cefalovaginal - cesárea	Tipo de parto atendido	1. PCV 2. Cesárea

*\*Elaborado por el investigador*

## 2. Variables Biopsicosociales

VARIABLE	CONCEPTO	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERATIVA
<b>A P G A R FAMILIAR</b>	Instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global	Cualitativa ordinal	Continua	0-20 Puntos	17-20 familia muy funcional 13-16 familia levemente disfuncional 10-12 familia moderadamente disfuncional 0-9 familia gravemente disfuncional
<b>CUESTIONARIO DE DUKE- UNC</b>	Cuestionario auto administrado que valora percepción del apoyo social recibido	Cualitativa ordinal	Continua	11-55 Puntos	Igual o mayor a 32: apoyo social percibido normal Menor de 32: apoyo social percibido bajo
<b>ESCALA DE EDIMBURGO</b>	Cuestionario auto aplicado que permite la detección de depresión postparto	Cualitativa ordinal	Continua	0-10 Puntos	menos de 10: sin riesgo de depresión igual o mayor a 10: con riesgo de depresión
<b>INVENTARIO DE BECK</b>	Cuestionario auto aplicado que permite la detección de depresión postparto	Cualitativa ordinal	Continua	0-63 Puntos	0-9: sin riesgo de depresión 10-18 depresión leve 19-29 depresión moderada 30-63 depresión severa

*\*Elaborado por el investigador*

### 3.7 Método de Análisis Estadístico

Al finalizar la recolección de datos, la información recogida fue ingresada y codificada en el programa Microsoft Excel. Una vez tabulada y corregida la información fue ingresada en el programa estadístico SPSS 22.

Se generaron diversas matrices de datos a partir de las cuales se elaboraron:

- Tablas de Frecuencias con el fin de analizar los valores absolutos y porcentuales de las variables estudiadas.
- Tablas de contingencia para buscar asociaciones entre las diferentes variables sociodemográficas y biopsicosociales.

Para el análisis de los resultados se utilizaron los siguientes métodos estadísticos:

- **Correlaciones y Significación:**

- Prueba de Chi- cuadrado: nos permite analizar la hipótesis de independencia que plantean las variables estudiadas en las tablas de contingencia. Para el análisis se considera de referencia el valor de 0,05. De manera que la comparación entre variables que de como resultado un valor de Chi-cuadrado mayor a 0,05 apoyará la hipótesis de que las variables son independientes y no tienen un grado de asociación significativo. Aquellos valores menores de 0,05 nos permiten asegurar que existe asociación entre las variables estudiadas para posteriormente estudiar si el grado de asociación es o no significativo. Recordamos que si bien la prueba del Chi-cuadro nos permite determinar la independencia de las variables estudiadas, no nos brinda ningún tipo de información sobre el grado de asociación presente entre las variables. De manera complementaria al estadístico del Chi- cuadrado, recurrimos al coeficiente de Pearson con la finalidad de determinar el grado y significación de la asociación entre las variables si es que esta se presentará. Para esto, se considera que un valor del coeficiente de Pearson igual o menor que 0,05

representa una asociación significativa entre las variables.

En este trabajo de Investigación recurrimos al método estadístico del Chi-cuadrado y al coeficiente de Pearson, con la finalidad de determinar si las variables biopsicosociales son independientes de las variables sociodemográficas. Y en base a esto definir si la relación entre ambas apoya o rechaza la hipótesis de que los valores de las variables biopsicosociales son independientes de aquellos factores presentados en las variables sociodemográficas o en que grado estas se encuentran asociadas.

- Índice de Acuerdo de Kappa: nos permite determinar el acuerdo que existe entre dos observadores al evaluar o clasificar una misma población de estudio, en este caso, respecto a una patología determinada.

Para su análisis se considera el valor de 0 cuando no existe ningún grado de acuerdo entre los observadores, 1 cuando el acuerdo es máximo y directo y -1 cuando el acuerdo es máximo e inverso.

Con directo nos referimos a que el nivel de acuerdo sube cuando los 2 valores dados por los observadores aumentan. Con Inverso hacemos referencia a que el valor de acuerdo sube mientras uno de los valores de los observadores aumenta y el otro disminuye. Considerando que la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo es ampliamente reconocida como patrón de oro para el tamizaje de esta patología, utilizamos el Índice de Acuerdo de Kappa para determinar el grado de Acuerdo que existe con el Inventario de Depresión de Beck. Al comparar este resultado con los valores de las referencias encontradas en la revisión bibliográfica esperamos determinar cual es la mejor herramienta de tamizaje y en que medida es esta aplicable a nuestra población.

El Kappa se obtiene sumando las coincidencias relativas (diagonales de la tabla), y posteriormente restando los valores esperados por el azar. El

resultado debe ser dividido por la mayor concordancia posible o nivel de casualidad. La fórmula utilizada es la siguiente:

Donde P= Probabilidad, C= casos en los que las dos escalas han llegado a un acuerdo y A= probabilidad hipotética de acuerdo por azar.

$$K = \frac{P(C) - P(A)}{1 - P(A)} \quad \bullet \text{Elaborado por el investigador}$$

- Coeficiente Eta: con el fin de generar mayor significación estadística, recurrimos a este método que nos permite reafirmar la hipótesis de independencia de las diferentes variables estudiadas. El coeficiente Eta toma valores comprendidos entre 0 y 1, siendo los mas próximos a cero los que indican la independencia de una variable y los mas cercanos a uno dependencia de la misma. Es frecuentemente usada para el análisis de datos en el que una variable dependiente corresponde a una escala de intervalo y la variable independiente a una escala nominal u ordinal. La medida obtenida es asimétrica, de manera que no da una relación lineal entre las variables.

La fórmula mediante la cuál se calcula el Coeficiente de Eta es la siguiente:

Donde SC= Suma de Cuadrados

$$N = \sqrt{\frac{\text{SC Entre grupos}}{\text{SC Total}}}$$

- *Elaborado por el investigador*

Para el nivel de asociación entre las variables estudiadas y el valor de significación de los datos obtenidos, determinados por parámetros internacionales, se tomó como punto de referencia un nivel de confianza del 95% y una  $p < 0,05$ .

- **Índices Estadísticos de Valoración necesarios para la evaluación de una prueba diagnóstica**

- **Sensibilidad:** se define como la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo enfermo. Representa la capacidad de un test para detectar la enfermedad, es decir, a los verdaderos enfermos. Se conoce también como fracción de verdaderos positivos. Una alta sensibilidad demuestra, un bajo número de falsos negativos. <sup>65, 66</sup>

$$S = \frac{VP}{TE} \times 100$$

*\*Elaborado por el investigador*

- **Especificidad:** es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo sano, es decir la probabilidad de que un sujeto sano obtenga un resultado negativo en la prueba diagnóstica. Representa la capacidad para detectar a los verdaderos sanos. También se denomina Fracción de verdaderos negativos. <sup>65, 66</sup>

$$E = \frac{VN}{TS} \times 100$$

*\*Elaborado por el investigador*

- **Valor Predictivo Positivo:** Corresponde a la probabilidad de que una prueba positiva corresponda a un verdadero enfermo. <sup>65, 66</sup>

$$VPP = \frac{VP}{TP} \times 100$$

*\*Elaborado por el investigador*

- **Valor Predictivo Negativo:** Probabilidad de que un paciente este realmente sano al obtener un resultado negativo en la prueba diagnóstica. <sup>65, 66</sup>

$$VPN = \frac{VN}{TN} \times 100$$

*\*Elaborado por el investigador*

- **Razón de Verosimilitud:** (Likelihood Ratio: LR) Son estadísticos que permiten establecer cuan efectiva y potente es una prueba diagnóstica para determinar un resultado concreto, según la presencia o ausencia de enfermedad, independientemente de si el resultado es positivo o negativo. Presentan una importante ventaja sobre los valores predictivos al no depender de la proporción de enfermos en la muestra. Trabajan exclusivamente con la sensibilidad y especificidad de la prueba en estudio, permitiendo la comparación entre diferentes pruebas diagnósticas. <sup>65, 66</sup>
  - **Cociente de probabilidad positivo (LR+):** indica la capacidad de una prueba para diagnosticar la presencia de la enfermedad, es decir, tiene mayor poder para confirmar un verdadero positivo. El resultado obtenido y el poder diagnóstico son directamente proporcionales, es decir, que mientras mas alto sea el valor mayor es el poder diagnóstico de la prueba. <sup>65, 66</sup>

$$LR+ = \frac{\text{Tasa de Verdaderos Positivos}}{\text{Tasa de Falsos Positivos}}$$

$$LR+ = \frac{S}{1-E}$$

*\*Elaborado por el investigador*

- **Cociente de Probabilidad negativo (LR-):** indica la capacidad de una prueba diagnostica para identificar a los verdaderos sanos cuando el resultado es negativo. El resultado obtenido se interpreta de manera

inversa al anterior, de manera que mientras mas bajo es el valor, mejor es el poder diagnóstico del examen en estudio. <sup>65, 66</sup>

$$LR- = \frac{\text{Tasa de Falsos Negativos}}{\text{Tasa de Verdaderos Negativos}}$$

$$LR- = \frac{1-S}{E}$$

*\*Elaborado por el investigador*

El valor obtenido se interpreta de acuerdo a intervalos específicos que representan la utilidad de la prueba.

<i>Likelihood ratio positivos:</i>	<i>Likelihood ratio negativos:</i>
<b>Pauta. Mayor puntaje proporcional la utilidad clínica.</b>	<b>Pauta. Utilidad de LR (-). Son el inverso de los LR (+)</b>
> 10 = excelente test	< 0,1 = excelente test
6 a 10 = buen test	0,16 a 0,1 = buen test
3 a 6 = regular test	0,33 a 0,16 = regular test
1 a 3 = mal test	1 a 0,33 = mal test
<b>1 = inútil</b>	<b>1 = inútil</b>

\*Imagen tomada de: Sebastián Andree Rivadeniera Rojas. Prevalencia de Staphylococcus aureus Resistente a la Meticilina, Aislados en Trabajadores de Granjas Porcinas de la Provincia de Pichincha. Disertación Previa a la Obtención de Título de Médico Cirujano, Pontificia Universidad

- **Índice de Youden:** permite analizar la capacidad de un método diagnóstico, usando como referencia únicamente la sensibilidad y especificidad.

Los valores varían de -1 a + 1. mientras más cerca de uno se encuentre el valor obtenido mayor validez tiene la prueba diagnóstica. Todo valor igual o menor a cero carecerá absolutamente de validez. <sup>67</sup>

$$IY = (((S + E) / 100) - 1)$$

*\*Elaborado por el investigador*

#### **4.11 Aspectos Bioéticos**

Para el estudio realizado se solicitó a las pacientes la firma voluntaria de un consentimiento informado avalado por el Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Previamente se explicó en que consistía la participación y como sería el proceso a seguir a lo largo de la investigación. Finalmente, se entregó a las participantes el documento explicativo del consentimiento informado, elaborado en base al formato propuesto por la OMS.

El estudio realizado consiste en una recolección de datos con su análisis posterior. No se interviene físicamente de ninguna manera con las pacientes de manera que no las expone a ningún tipo de riesgo biológico.

El estudio se realizó mediante los lineamientos de confidencialidad estipulados por el Departamento de Investigación y Docencia del Hospital San Francisco de Quito, respaldado por el comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

La información obtenida en esta investigación fue utilizada por el investigador de manera confidencial, no fue ni será entregada ni utilizada con otros fines más que los puramente académicos.

La identidad e información personal del paciente se mantendrá en absoluta confidencialidad, no fue ni será manejada de ninguna manera que pudiera comprometer la integridad y privacidad de las pacientes incluidas en el estudio.

Recordamos que los datos publicados en esta investigación son netamente estadísticos y tienen como única finalidad la validación de las herramientas de tamizaje para la depresión posparto.

## **3.8 Aspectos Administrativos**

### **Recursos Humanos**

Este trabajo de disertación será realizado por la investigadora, quien se hará cargo de la autorización para la realización del mismo, recolección de datos, análisis, elaboración y reporte final del mismo.

Cuenta además con el apoyo académico del director del proyecto, el Dr. Alexander Guerrero Espín, Médico Ginecólogo Obstetra. Y el tutor Metodológico asignado por la Universidad, la Msc. Ana María Troya Zuleta.

### **Materiales**

Para la firma del consentimiento informado y la aplicación de las diversas escalas fue necesario obtener copias de dichos documentos en numero de 290.

Adicionalmente fue necesaria la obtención del programa SPSS 22 para el análisis de datos.

Computadora, teléfono y demás artefactos tecnológicos utilizados para el trabajo de investigación son de uso personal del investigador.

Dado que el proyecto no requirió intervenciones adicionales en los pacientes, no fueron necesarios más materiales ni insumos.

## 4. CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

Para el análisis de los resultados obtenidos los dividimos en dos grandes categorías que desarrollaremos de manera subsecuente. Empezamos por un análisis de los resultados descriptivos para posteriormente desarrollar los resultados de independencia y asociación.

Dentro de las características de frecuencias de la población en estudio encontramos que a pesar de contar con una participación inicial de 290 pacientes, acorde al cálculo de la muestra, tuvimos una pérdida del 3%, correspondiente a nueve de las participantes.

La población de estudio que se mantuvo constante hasta el final de la investigación se encuentra conformada por 281 pacientes de sexo femenino, entre los 18-45 años de edad, que se encontraban cursando entre la cuarta y décima semana posparto después de haber sido atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Francisco de Quito en el periodo Noviembre 2015- Enero 2016.

Se realizó una división inicial de acuerdo a dos grupos etáreos, comprendidos entre los 18 a 30 años y entre los 31 a 45 años, los cuales corresponden al 63% y 37% respectivamente. De la población en estudio 42% de las pacientes fue atendida por Parto Cefalovaginal y 58% por Cesárea.

Además, el estudio se desarrolló en base a otras variables socio demográficas en las que la distribución de la población fue de la siguiente manera:

El Estado Civil más frecuente entre las participantes fue Casada, el mismo que abarca cerca del 44% de los casos, le siguen la Unión libre, la soltería y otros estados, con representaciones del 28.47%, 24.56% y 3.20% respectivamente.

En cuanto al periodo intergenésico, tenemos que 56.23% de las mujeres presentan un periodo intergenésico igual o mayor a dos años mientras que apenas el 2,85% han tenido

otro hijo en un lapso menor a dos años. De manera correspondiente a esta variable tenemos que el 59% son multíparas mientras que 40.9% son madres por primera vez.

Otras de las diferenciaciones que hicimos con el fin de identificar los factores más predisponentes para la aparición de cuadros depresivos en el periodo puerperal son el nivel de instrucción, la ocupación y la convivencia de las participantes.

Encontramos que 14.95% de las pacientes han recibido educación primaria, 48.4% educación secundaria completa y 36.65% han recibido educación superior.

De estas mujeres, 66.9% tienen una ocupación dependiente de terceros, 13.9% trabaja de manera independiente y 19.22% tienen una ocupación no remunerada.

Así mismo, 5.34% de las participantes viven solas, 6.41% viven junto a sus padres, 71.89% han logrado conformar una familia nuclear y 16.37% conviven con una familia extendida.

La última de las variables sociodemográficas estudiadas fue el embarazo deseado, donde 50.89% de la población no tenía planificado el embarazo actual y 49.11% si lo había planificado (Tabla 1) (Figuras 1-9).

Adicionalmente, hicimos un estudio de las frecuencias en torno a las Escalas utilizadas en el trabajo de Investigación.

Se encontró que 56.23% pertenecían a una familia muy funcional y tan solo 3.20% de las mujeres pertenecían a una familia gravemente disfuncional.

Correspondientemente, la mayoría de las participantes presentaban una adecuada percepción del Apoyo Social (94.31), mientras que 5.69% de ellas presentaban un Apoyo Social Percibido Bajo.

En cuanto al Inventario de Depresión de Beck se obtuvo una prevalencia del 5.69% (16 casos) de DPP en las mujeres que cursaban de la cuarta a la décima semana posparto.

Además, se encontró que al valorar a estas mujeres con la EPDS con un punto de corte igual o mayor a 10 puntos ninguna de ellas presentaba DPP (Tabla 2) (Figuras 10-12).

A partir de este hallazgo se hizo un estudio de la sensibilidad y especificidad de los diferentes puntos de corte de la EPDS. El resultado obtenido para el punto de corte 8 en relación al punto de corte 9 fue una sensibilidad del 50%, Especificidad del 100%, con un VPP del 100% y VPN del 98,28%. Para el punto de corte de 7 puntos en relación al de 8 puntos se encontró una sensibilidad del 100%, especificidad del 98.56%, con un VPP del 50%, y VPN del 100%.

De manera complementaria se hizo el cálculo del Índice de Youden, con valores de 0.50 y 0.99 respectivamente. Y de la razón de Verosimilitud, resultados de LR+= 0.50 y LR-= 0.50 para el punto de corte de 8 puntos; y de LR+= 1.01, LR-= 1.02 para el punto de corte igual o mayor a 7 (Tablas 35-36).

En el análisis de independencia y asociación se obtuvo que la variable Grupos Etéreos, Tipo de Parto, Estado Civil, Periodo Intergenésico y Número de Hijos presentan un valor de p mayor a 0.05 por lo que podemos establecer que son absolutamente independientes del APGAR Familiar, el Cuestionario de Duke y el Inventario de Depresión de Beck (Tablas 3-17).

De manera contraria, la Ocupación presentó una asociación significativa con el puntaje obtenido en el APGAR Familiar y el Cuestionario de Duke. Las mujeres presentan un funcionamiento familiar adecuado tienen una ocupación dependiente de terceros en el 72.7% de los casos, una ocupación independiente en 10.13% de los casos y una ocupación no remunerada en 17,09% de los casos. Se obtuvo un total de 9 mujeres perteneciente a una familia gravemente disfuncional, de este grupo 22.2% contaban con una ocupación no remunerada, 44.4% una ocupación independiente y 33.33% con una ocupación dependiente de terceros. En cuanto al apoyo social percibido, se obtuvo que 265 mujeres presentaron un puntaje mayor igual o mayor a 32, encontrándose dentro de rangos de normalidad. De este grupo poblacional 18% contaba con una ocupación no remunerada, 13.3% una ocupación independiente y 68.7% una ocupación dependiente de terceros. De las 16 mujeres con un apoyo social percibido bajo, 37.5% corresponde a

una ocupación no remunerada, 37.5% a una ocupación dependiente de terceros, mientras que el 25% corresponde a una ocupación independiente. El valor de  $p$  para estas asociaciones fue de  $p=0.043$  y  $p=0.036$  respectivamente. (Tablas 18-19)

No se encontró asociación significativa entre la variable Ocupación y el Inventario de Depresión de Beck ( $p=0.442$ )(Tabla 20).

Otra variable con asociación significativa a las Escalas utilizadas fue la convivencia. Se obtuvo que de los 158 casos de funcionamiento familiar adecuado el 75.3% lo conforman familias nucleares y sólo 3.8% lo representan madres que viven solas. Así mismo, de los 9 casos de disfunción familiar grave, 66.6% de los casos lo conforman las madres que viven solas, las familias extendidas o las familias con un padre ausente, cada uno aportando con un 22.2%. Las familias nucleares conforman el 33.3% de este grupo ( $p=0.006$ ) (Tabla 21).

Aún cuando no se encontró asociación significativa con el Cuestionario de Duke, la relación de dependencia del Inventario de Depresión de Beck respecto a la variable convivencia fue altamente significativa, con un valor de  $p \leq 0.001$ . Vemos que de los 16 casos que presentan depresión leve, el 56.3% está representado por madres pertenecientes a una familia nuclear, así como el 18.7% lo conforman madres que viven solas (Tabla 23).

El nivel de Instrucción muestra también un importante nivel de asociación con el funcionamiento familiar, con un valor de  $p \leq 0.001$ . Encontramos que existe una asociación directamente proporcional entre el nivel de instrucción y el funcionamiento familiar. Es así que, de los 158 casos de familias muy funcionales, el 46.8% lo conforman familias con una madre con educación superior, mientras que las mujeres con educación primaria representan solo el 8.2% de los casos. Así mismo, entre los 9 casos de grave disfunción familiar el 55.6% lo conforman las familias con madres que han recibido educación primaria y solo el 11.1% lo conforman madres con educación superior (Tabla 24).

El nivel de instrucción no tiene asociación significativa con el Cuestionario de Duke o el Inventario de Beck. ( $p=0.507$ ;  $p=0.961$  respectivamente) (Tablas 25-26).

La última variable sociodemográfica que analizamos en relación a las escalas utilizadas fue el embarazo planificado. Encontramos que tiene una asociación significativa con el APGAR Familiar, donde de un total de 158 embarazos que se produjeron en familias muy funcionales, el 58.2% fue planificado y un 41.8% no fue planificado. Así mismo, en las familias gravemente disfuncionales se encontró un total de 9 embarazos de los cuales 11.1% fueron planificados y 88.8% no fueron planificados. El valor de  $p$  para esta asociación fue de 0.001 (Tabla 27).

La asociación entre el Cuestionario de Duke y el embarazo planificado también fue significativa. Presenta un valor de  $p$  del 0.047. Se encontró que de los 265 casos de mujeres que presentan un apoyo social percibido normal, el 50.6% habían planificado el embarazo mientras que 49.4% no lo hicieron. Tenemos un total de 16 mujeres con apoyo social percibido bajo, de las cuales 75% no habían planificado el embarazo mientras que el 25% si lo habían hecho (Tabla 28).

La asociación del Inventario de Beck con el Embarazo Planificado no fue significativa. Presenta un valor de  $p= 0.339$  (Tabla 29).

Se hizo un análisis estadístico del Inventario de Beck en el cuál se obtuvo una sensibilidad y especificidad del 100%. VPP y VPN del 100%. LR+= 1, LR-= 0.9 y un Índice de Youden de 1 (Tabla 37).

Se hizo además un análisis cruzado entre los valores obtenidos en el APGAR Familiar y los valores del Inventario de Beck. La asociación entre estas variables fue muy significativa. El valor de  $p$  fue  $\leq 0.001$ . De manera que de los 265 casos de mujeres sin riesgo de depresión, el 58.5% pertenece a un grupo familiar muy funcional y solo el 2.3% corresponde a un grupo familiar gravemente disfuncional. Así mismo, de los 16 casos de

mujeres que presentaron depresión leve, el 18.8% pertenece a familias gravemente disfuncionales y 18.8% corresponde a familias muy funcionales (Tabla 30).

El análisis cruzado que se realizó entre el Inventario de Beck y el Cuestionario de Duke también fue altamente significativo. De los 265 casos de mujeres sin riesgo de depresión, el 95.5% presentaban un apoyo social percibido normal, mientras que a penas el 4.5% presentaban un apoyo social percibido bajo.

De los 16 casos de depresión leve, 75% presentaban un apoyo social percibido normal y un 25% presentaban un apoyo social percibido bajo. El valor de p para esta asociación fue de  $p = 0.001$ .

Se realizó el análisis cruzado de dos variables sociodemográficas que se consideró podrían estar correlacionadas. El resultado demostró que los rangos determinados para cada grupo etáreo eran demasiado amplios por lo que se decidió hacer una subdivisión de los mismos. Se encontró una frecuencia de embarazo planificado de 32.3% en el grupo etáreo comprendido entre los 18-24 años, el cual abarca a 23.1% de la población. 53.9% en el grupo de 25-30 años que integra a 40.9% de la población. 58.6% en el grupo etáreo de 31 a 38 años conformado por 31% de la población y finalmente 28.6% en el grupo de mujeres que se encuentran entre los 39 a 45 años que representan el 5% de la población en estudio (Tablas 32-33-34).

Se hizo un análisis cruzado entre el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Edimburgo con punto de corte en 7 puntos. Al calcular el coeficiente de Eta se obtuvo un valor de 0.512 siendo un resultado sin significancia estadística. Por otro lado, el resultado del Índice de Acuerdo de Kappa, es altamente significativo con un valor de  $K = \leq 0.001$ .

## 5. CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación dio lugar a diversos resultados comparables con múltiples estudios realizados a nivel mundial.

La mayoría de referencias bibliográficas utilizadas en esta revisión coinciden en una prevalencia del 10-20% de DPP en las diversas poblaciones estudiadas. Nuestro estudio presenta una prevalencia cercana al 6%. Estimamos que la diferencia significativa entre estos valores se debe a la ausencia de uno de los factores de riesgo de mayor trascendencia, el nivel socio económico bajo. Este trabajo de investigación se llevó a cabo en una Institución dependiente del Instituto de Seguridad Social Ecuatoriano, lo que asegura un nivel socio económico mayor en la población de estudio. Consideramos que para poder extrapolar los resultados obtenidos es necesario extender la investigación a Instituciones médicas que cubran otros estratos socioeconómicos.

Coincidimos con el estudio descriptivo observacional llevado a cabo en el Hospital Universitario de Brasilia por parte de Moreno et al. en el año 2004, <sup>19</sup> donde se comenta que la depresión posparto es habitualmente infra diagnosticada, pese a que su prevalencia es mayor a la de otras patologías obstétricas como la preeclampsia, parto prematuro o Diabetes Gestacional. Esto se debe a que son muy pocas las mujeres que reciben un adecuado control posnatal, y menos aún aquellas que reciben una atención psicológica adecuada en dicho periodo.

Considerando que el criterio que tuvimos para la división de los grupos etéreos fue la planificación y capacidad de respuesta frente a un embarazo, y la posición laboral de la madre en ese momento. Y que el resultado inicial no tenía diferencias significativas entre ambos grupos, fue necesario hacer una subdivisión en los grupos de edad para

determinar en que momento la planificación del embarazo tiene una asociación significativa con la variable mencionada.

De manera concordante con varios estudios, entre los que se encuentra un análisis descriptivo publicado en el año 2007 por Baeza et al.<sup>68, 69</sup> El embarazo no planificado es más frecuente en los extremos de la edad fértil, posiblemente asociado a una percepción de invulnerabilidad, inicio de la vida sexual a edades muy tempranas, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, mal funcionamiento familiar, mejores expectativas laborales de la mujer, entre otros. Nuestro estudio demostró que la planificación del embarazo es más frecuente en mujeres que se encuentran entre los 25 y 30 años y el grupo de mujeres con mayor frecuencia de embarazos no planificados esta comprendido entre los 18 y 24 años y entre los 39 y 45 años.

Se encontró también que la planificación del embarazo es un elemento de asociación significativa con el funcionamiento familiar y el apoyo social percibido. Sin embargo, no existe una relación directa con el Inventario de Depresión de Beck, aunque los resultados obtenidos en las otras dos escalas mencionadas si actúen como factores de Riesgo para la Depresión posparto.

Gran parte de los estudios y revisiones realizadas a lo largo del marco teórico, coinciden en la importancia de identificar factores de riesgo que predigan la mayor probabilidad de desarrollar la patología. En este estudio de investigación se obtuvo que los factores de riesgo de mayor importancia son la Ocupación, convivencia, nivel de instrucción, planificación del embarazo, funcionamiento familiar y el apoyo social percibido. Adicionalmente, se han identificado otros factores de riesgo como nivel socioeconómico bajo, tipo de parto y antecedentes de depresión.<sup>4, 5, 34</sup> Recalamos una vez mas que un factor de riesgo importante es el nivel socioeconómico bajo, no valorable mediante este estudio. De acuerdo con la revisión realizada por Navas Orozco en el año 2013,<sup>1</sup> concordamos que es de gran importancia la identificación de los trastornos del ánimo

durante el posparto, no solo por la salud de la madre sino por el impacto negativo que presenta para el desarrollo posterior del neonato y de la familia.

Tomando en cuenta que las escalas no son un sustituto para la valoración clínica sino una herramienta complementaria, consideramos que es importante remarcar que una puntuación por debajo del punto de corte establecido para escala no indica ausencia de depresión. En este estudio de investigación tuvimos el hallazgo inesperado de que a pesar de encontrar 16 casos con depresión leve mediante el Inventario de Depresión de Beck, no hubo ningún caso detectado con la Escala de Edimburgo con el punto de corte de 10 o más puntos. Hecho que demuestra la importancia de que el profesional de la salud debe estar correctamente preparado para identificar la sintomatología de esta patología, más aun si tiene otras razones para considerar el diagnóstico.

A partir del hallazgo incidental respecto a la Escala de Edimburgo efectuamos un estudio más amplio que nos permita determinar un punto de corte adecuado para nuestra población, de manera que la sensibilidad y especificidad sean óptimas y la capacidad de identificación de los casos no se vea afectada.

En un estudio instrumental publicado en el año 2004 por Maroto et al.<sup>50</sup> se hizo una comparación entre el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Edimburgo. El resultado obtenido fue que el punto de corte más adecuado para la utilización de la Escala de Edimburgo como herramienta de tamizaje es igual o mayor a 8 puntos, tomando como referencia al Inventario de Depresión de Beck.

El resultado de nuestra población de estudio indica que el punto de corte más adecuado es igual o mayor a los 7 puntos, siendo este resultado el que mejor sensibilidad y especificidad demuestra, con valores predictivos positivos y valores predictivos negativos óptimos.

Entre los resultados obtenidos podemos evidenciar que la razón de verosimilitud para el punto de corte en 8 y 7 puntos es insignificante estadísticamente. Aparentemente ese hallazgo podría confundir las conclusiones del presente estudio, por lo que consideramos de suma importancia resaltar que las escalas valoradas por este trabajo de investigación son herramientas de tamizaje, mas no de diagnóstico. Por esta razón, los valores obtenidos para las razones de verosimilitud no deben quitarle validez ni a las escalas ni a este trabajo de investigación, sino mas bien hacer reflexionar al trabajador de la salud sobre la importancia de un buen juicio clínico al momento de hacer el diagnóstico de depresión posparto.

Considerando las referencias bibliográficas y el hallazgo propio de nuestro estudio, creemos fuertemente que es necesario hacer un estudio ampliado sobre el tema para determinar el punto de corte ideal para nuestra población general, involucrando a prestadores de salud que cubran un nivel socio económico más bajo que el de la población de estudio considerada para esta investigación.

Al realizar el análisis cruzado de las variables sociodemográficas con las escalas utilizadas, encontramos que los grupos étnicos, el tipo de parto, el estado civil, el periodo intergenésico y el número de hijos son absolutamente independientes del APGAR Familiar, del cuestionario de Duke y del Inventario de Depresión de Beck. De manera que a pesar de ser factores de riesgo para la depresión posparto, de manera independiente no tienen significancia, puede considerarse que al combinarse pudieran tener más efecto sobre la patogenia de la enfermedad, tal como lo indican múltiples referencias bibliográficas, incluido el estudio de Cohorte realizado por Horowitz en el año 2010, en el que se resalta la importancia que tiene la asociación de factores de Riesgo prenatales y perinatales para la aparición de DPP. <sup>21, 70, 71</sup>

El desarrollo personal de una mujer y su lugar en un círculo social le permiten un progreso favorable y un desempeño familiar adecuado. Acorde a esta afirmación

encontramos que es mucho más frecuente encontrar un funcionamiento familiar adecuado y un apoyo social percibido normal entre las mujeres que tienen una ocupación dependiente de terceros. Sin embargo, a pesar de que la variable ocupación no tiene una relación de asociación significativa con el Inventario de Depresión de Beck, de manera indirecta afecta al APGAR Familiar y al Cuestionario de Duke las cuales sí presentaron una asociación significativa con el puntaje obtenido en el BDI-II.

Sin embargo, en un estudio analítico publicado en el año 2000 por Herrera Santi, se manifiesta la existencia de sobrecargas para la mujer en las tareas del hogar y de la familia, generándose concepciones equivocadas sobre el papel que desempeñan los miembros de la familia.<sup>72</sup>

Los hallazgos observados y revisados en otros estudios nos obligan a tener una visión más amplia el momento de valorar los factores de riesgo y los trastornos del ánimo, sobre todo cuando la persona a la que estamos atendiendo se encuentra en un periodo de especial vulnerabilidad como es el posparto.

En esta misma línea de análisis, es indiscutible la importancia de una buena formación académica en la madre. De acuerdo con un estudio transversal realizado por Palomar-Marquez en el año 1999, donde se obtiene como resultado que las familias de madres que cuentan con una educación superior, la figura de autoridad de esta se eleva dando así un puntaje mayor en el funcionamiento familiar.<sup>73</sup> En este trabajo de investigación vemos que la asociación existente entre el funcionamiento familiar adecuado y el nivel de educación superior en la madre son altamente significativos.

A partir de este resultado podemos inferir que una madre con una mejor preparación académica cuenta con la posibilidad de acceder a una mejor condición laboral, y por ende confirmamos una vez más que el funcionamiento familiar adecuado está altamente influenciado por la condición académica y laboral de la madre, así como el riesgo de presentar un trastorno del ánimo en el periodo puerperal es significativamente menor en las madres pertenecientes a un núcleo familiar funcional. Estos son factores importantes para tomar en cuenta y fomentar en nuestra población.

De la población de mujeres en estudio, la mayoría han logrado conformar una familia nuclear. Como es predecible, los casos de familias con un adecuado funcionamiento familiar son más frecuentes en las familias nucleares. No así, el resultado obtenido en el cruce de variables realizado entre la convivencia y el Inventario de Depresión de Beck, en el que se evidencia que hay más casos de Depresión entre el grupo de mujeres pertenecientes a una familia nuclear. Para esta correlación es importante hacer un análisis adecuado de los resultados obtenidos; pues a pesar que de manera superficial impresiona la información mencionada, al profundizar en el análisis evidenciamos que la población que conforma el grupo de familia nuclear es cerca de trece veces mayor al de la población de madres que viven solas. Siendo así que en una población de 202 mujeres nueve presentaron depresión leve; mientras que en una población de 15, 3 tuvieron un puntaje entre 10-18 en el BDI-II, dando una prevalencia real del 40% en el segundo grupo vs una prevalencia de 4% en el primer grupo.

Dada la significancia encontrada entre las variables de estudio era determinante evaluar en que manera una y otra escala tienen relación entre si. Es predecible la asociación directa que existe entre el funcionamiento familiar, el apoyo social percibido y el riesgo de presentar depresión en el periodo puerperal.

Muchas de las variables sociodemográficas estudiadas no muestran una relación directa con el puntaje obtenido en el cuestionario de depresión de Beck, pero muestran un importante influencia sobre las otras dos escalas utilizadas, herramientas que si presentan una relación asociativa fuerte. Por esta y otras razones expuestas con anterioridad, sobresale la importancia de que el personal de salud este en capacidad de identificar la patología de manera integral y no a partir de síntomas o factores de riesgo aislados.

Resulta trascendental determinar la utilidad y eficacia de las dos principales escalas de tamizaje a las cuales nos hemos referido en este trabajo de investigación. En varios estudios que se revisaron para la elaboración de este trabajo se encontró que la correlación existente entre el BDI-II y la EPDS es alta, siempre y cuando se tenga en

cuenta el punto de corte utilizado para cada escala. Uno de los estudios mencionados corresponde a un análisis observacional llevado a cabo en el año 2009 por Lam et al.<sup>74</sup> En el cual se obtiene como resultado que tanto el Inventario de Depresión de Beck como la Escala de Edimburgo presentan una alta sensibilidad, especificidad y coeficiente de consistencia interno. Acorde a este estudio podemos determinar que el uso complementario de una herramienta adecuada permitirá la identificación de los casos positivos para esta patología con mayor certeza y facilidad.

No se puede establecer una u otra como una mejor herramienta, ya que ambas deben correlacionarse con la capacidad del trabajador de la salud para identificar los verdaderos casos positivos y distinguirlos de aquellos falsos positivos.

Los resultados obtenidos en este estudio de investigación demuestran la alta significancia que presenta el Inventario de Depresión de Beck en todos los marcadores estadísticos. Sin embargo, los resultados obtenidos en los índices de evaluación para una prueba diagnóstica tienen muy baja significación. Mas allá de refutar una hipótesis planteada, estos hallazgos demuestran la importancia de utilizar las escalas como herramienta de tamizaje y no como método diagnóstico. Los resultados encontrados en este trabajo de investigación van acorde a muchos otros estudios realizados sobre el tema. en el año 2004, se publicó un estudio analítico descriptivo en el cual se comparaba el Inventario de Depresión de Beck con la Escala de Depresión de Edimburgo. En los resultados de dicho estudio, se reportó una sensibilidad del 100%, especificidad del 98%, VPP del 87% y VPN del 100% para el Inventario de Depresión de Beck. Además, se reporta el resultado de 0,72 en el coeficiente de correlación de Spearman con la EPDS, indicándonos una buena asociación positiva entre estas variables.<sup>25</sup>

Unificando la información revisada en el marco teórico con los resultados que obtuvimos en este trabajo de investigación, vemos que una escala no puede sobreponerse a la otra ya que cada una de ellas cuenta con características específicas que le confieren cierto grado de confiabilidad al momento de apoyarse en ellas para llegar a un diagnóstico.

De manera personal consideramos que la orientación de las preguntas en el Inventario de Depresión de Beck permite una mejor comprensión del tema por parte de las pacientes, tiene un Coeficiente de Consistencia Interna, una Sensibilidad, Especificidad, Valor Predictivo Positivo y Valor Predictivo negativo de alta significancia estadística. lastimosamente el tiempo necesario para su aplicación es prolongado y en nuestros sistema de salud es poco probable la aplicación adecuada del mismo.

Por otro lado, la Escala de Depresión de Edimburgo presenta la ventaja de ser fácilmente aplicable, requerir un menor tiempo para su implementación y, aunque inferiores a los del BDI-II, valores estadísticos significativos que la avalan como una herramienta de tamizaje adecuada para la depresión posparto. Las ventajas y desventajas evidenciadas en ambos cuestionarios son fácilmente fusionables para la futura creación de un cuestionario más apropiado.

## **6. CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **6.1 Conclusiones**

En base a los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, se logra concluir que:

- La Depresión posparto es una patología de alta prevalencia que se presenta frecuentemente asociada a factores de riesgo prevenibles tales como la ocupación, el nivel de instrucción, apoyo social percibido, funcionamiento familiar, entre otros. La presencia de uno o más de estos factores puede predisponer a la aparición de DPP, sin embargo, no influyen directamente en la eficacia de las pruebas de tamizaje estudiadas.
- El único factor de riesgo sociodemográfico que mostró asociación significativa con el puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck fue la convivencia. Aunque los otros factores de riesgo sociodemográficos estudiados no mostraron asociación directa con el BDI-II, tuvieron influencia significativa sobre las escalas de valoración de funcionamiento familiar y apoyo social percibido, dos elementos de asociación altamente significativa con el Inventario de Beck.
- La Escala de Depresión de Edimburgo, con un punto de corte de 7 puntos, y el Inventario de Depresión de Beck presentan una sensibilidad y especificidad altas para el tamizaje de la depresión posparto. No existe diferencias significativas entre las escalas valoradas, cada una de ellas presenta ventajas y desventajas propias, por lo que no se puede establecer superioridad de una sobre otra.

- El Inventario de Depresión de Beck presenta valores predictivos positivos y negativos de alta significancia estadística. Sin embargo, la razón de verosimilitud carece de significancia, por lo que es importante un juicio clínico adecuado y una valoración integral de la paciente el momento de emplear esta herramienta de tamizaje para la depresión posparto.
- Ninguna de las Escalas estudiadas presenta significancia estadística suficiente para ser empleada como método diagnóstico. Su implementación e interpretación debe realizarse de manera complementaria a los criterios clínicos estipulados para la depresión posparto.

## 6.2 Recomendaciones

- Ya que la identificación de factores de riesgo prenatales y perinatales es fundamental para una prevención adecuada de los trastornos del estado del ánimo en el embarazo y en el periodo puerperal, se recomienda realizar controles prenatales integrales y de seguimiento a todas las mujeres en edad fértil atendidas en las instituciones de salud.
- Las Herramientas de tamizaje para la depresión posparto deben emplearse entre la cuarta y la décimo segunda semana posterior al parto, siendo este el periodo de mayor prevalencia de la patología. Además se debe considerar la aplicación de las escalas en las consultas subsecuentes como parte del seguimiento a las madres.
- El uso de las escalas de tamizaje para la depresión posparto debe ser complementario a una valoración clínica integral de la paciente, permitiendo un análisis adecuado de cada caso para identificar a las madres que requieren atención especializada.
- Debido a la importancia que han tomado las patologías psiquiátricas en el contexto de morbilidad mundial y al rápido ascenso que se ha evidenciado en su prevalencia, se recomienda prestar especial atención al estado de ánimo de la madre en el periodo posparto, previniendo complicaciones para la madre, el recién nacido y la familia.
- Se recomienda una capacitación académica óptima, para todo personal de salud encargado del control y seguimiento de las pacientes atendidas en el centro obstétrico, que permita la diferenciación de los cambios propios del puerperio y la adecuada identificación de los procesos psicopatológicos de este periodo.

## CAPÍTULO VII

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Navas Orozco, W. Depresión Postparto. Revista Médica de Costa Rica y Centro América LXX. 2013; 608(1): 639-647
2. Mendoza, C, Saldivia, S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Med Chile. 2015;143(10): 887-894.
3. El-Hachem, C, et al. Early identification of women at risk of postpartum depression using the Edimburg Postnatal Depressio Scale (EPDS) in a sample of Lebanese women. BMC Psychiatry. 2014;14(242): 1-9.
4. Gomez restrepo, C, Et al. Psiquiatria Clinica, Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. (3ra ed.). Bogota, DC Colombia: Editorial Medica Internacional LDTA; 2008.
5. Goker, A.S.L.I, Et al. Postpartum Depression: Is Mode of Delivery a Risk Factor. International Scholarly Research Network. 2012;2012(616756): 1-6.
6. Dois, A, Et al. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Rev Med Chile. 2012;140(6): 719-725.
7. F. Gary Cunningham, Williams JW. Obstetricia de Williams: 22a edición [Internet]. McGraw-Hill/Interamericana; 2006. Recuperado a partir de: <https://books.google.es/books?id=6iK6AAAACAAJ>

8. Berek, Tratado de Ginecología de Novak, 14 edición, Editorial Interamericana. México, 2010
9. Tandon SD, Cluxton-Keller F, Leis J, Le H-N, Perry DF. A comparison of three screening tools to identify perinatal depression among low-income African American women. *J Affect Disord.* enero de 2012;136(0):155–62.
10. American psychiatry association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- 5). (5ta ed.). Madrid: Editorial Medica Panamericana ; c2014.
11. Goyal D, Wang EJ, Shen J, Wong EC, Palaniappan LP. Clinically Identified Postpartum Depression in Asian American Mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012;41(3):408–16.
12. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC American Psychiatric Association 2000
13. Arbat A, Danés I. Depresión posparto. *Med Clin (Barc).* el 15 de noviembre de 2003;121(17):673–5.
14. Orejarena SJ. Trastornos afectivos posparto. *MedUNAB [Internet].* el 8 de junio de 2010;7(20). Recuperado a partir de: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=232>
15. Oviedo Lugo GF, Mondragn VJ. Trastornos afectivos posparto. *Universitas Mdica.* 47(2):131–40.

16. Carro GT, Sierra M JM, Hernández G M.J, Ladrón Moreno E. Antolín B. Trastornos del estado de ánimo en el posparto. Rev Med Gral 2000; 24:452-56
17. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. Perinatol Reprod Hum. 2013;27(3):185–93.
18. Barra A., Solís G., 2009. Depresión Posparto: Hacia un tratamiento integral. Vol. I, 77 – 88 (2009).
19. Moreno Zaconeta A, Domingues Casulari da Motta L, França PS. Depresión Postparto: Prevalencia de Test De Rastreo Positivo En Puérperas Del Hospital Universitario De Brasilia, Brasil. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2004;69(3):209–13.
20. Abdollahi F, Rohani S, Sazlina GS, Zarghami M, Azhar MZ, Lye MS, et al. Bio-psycho-socio-demographic and Obstetric Predictors of Postpartum Depression in Pregnancy: A prospective Cohort Study. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2014;8(2):11–21
21. Horowitz JA, Murphy CA, Gregory KE, Wojcik J. A community-based screening initiative to identify mothers at risk for postpartum depression. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. enero de 2011;40(1):52–61.
22. Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Revista médica de Chile. junio de 2012;140(6):719–25.
23. Conradt E, Manian N, Bornstein MH. Screening for Depression in the Postpartum using the Beck Depression Inventory-II: What Logistic Regression Reveals. J Reprod Infant Psychol. 2012;30(5):427–35.

24. Yawn BP, Dietrich AJ, Wollan P, Bertram S, Graham D, Huff J, et al. TRIPPD: A Practice-Based Network Effectiveness Study of Postpartum Depression Screening and Management. *Ann Fam Med*. julio de 2012;10(4):320–9.
25. Wan Mahmud WMR, Awang A, Herman I, Mohamed. MN. Analysis of the Psychometric Properties of the Malay Version of Beck Depression Inventory II (BDI-II) Among Postpartum Women in Kedah, North West of Peninsular Malaysia. *Malays J Med Sci*. julio de 2004;11(2):19–25.
26. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. el 24 de mayo de 1997;349(9064):1498–504.
27. Kessler Rc, Angermeyer M, Anthony Jc, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. octubre de 2007;6(3):168–76.
28. Rojas C G, Fritsch M R, Solís G J, González A M, Guajardo T V, Araya B R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Revista médica de Chile*. junio de 2006;134(6):713–20.
29. Ji S, Long Q, Newport DJ, Na H, Knight B, Zach EB, et al. Validity of Depression Rating Scales during Pregnancy and the Postpartum Period: Impact of Trimester and Parity. *J Psychiatr Res*. febrero de 2011;45(2):213–9.

30. Guerrero Espin Alexander, Vergara Pacheco Daniel, Barrera Vasquez Milton, Arias Monge Daniela. Depresion Posparto en pacientes del Hospital San Francisco de Quito.
31. Almeida Villacis Allyson, Toscano Guerra Diego. Prevalencia de Depresión Posparto en Madres Hospitalizadas en el servicio de Adolescencia del Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el Primer Trimestre del Año 2013. Disertación previa obtención de título de Médico Cirujano; 2013.
32. Cevallos DL. Tomo II: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años, ENSANUT-ECU 2012 Por Freire, Wilma et al. Mundos Plurales - Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública [Internet]. 23 de septiembre de 2015
33. Arambur P, Arellano R, Juregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresin posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atencin en Lima Metropolitana, junio 2004. Revista Peruana de Epidemiologia. 12(3):1–5.
34. F P, María A, Espejo S C, Godoy P C, Gualda de la C M, Hernández O T, et al. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. Revista médica de Chile. enero de 2008;136(1):44–52.
35. Correa P A. Depresion y estrogenos: son los estrogenos una opcion terapeutica? Universitas Medica. 48(3):277–90
36. Gutierrez GAG, Contreras CM, Daz Meza JL. Cmo acta la progesterona sobre el sistema nervioso central. Salud Mental. 23(2):42–8

37. Buist A. Perinatal depression--assessment and management. *Aust Fam Physician*. septiembre de 2006;35(9):670-3.
38. Sanjuan J, Martin-Santos R, Garcia-Esteve L, Carot JM, Guillamat R, Gutierrez-Zotes A, et al. Mood changes after delivery: role of the serotonin transporter gene. *Br J Psychiatry*. noviembre de 2008;193(5):383-8.
39. Jans L a. W, Riedel WJ, Markus CR, Blokland A. Serotonergic vulnerability and depression: assumptions, experimental evidence and implications. *Mol Psychiatry*. junio de 2007;12(6):522-43.
40. Lesch KP, Gutknecht L. Pharmacogenetics of the serotonin transporter. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. julio de 2005;29(6):1062-73.
41. Podestá L L, Alarcón AM, Muñoz S, Legüe C M, Bustos L, Barría P M. Alteración del desarrollo psicomotor en hijos de mujeres con depresión posparto de la ciudad de Valdivia-Chile. *Revista médica de Chile*. abril de 2013;141(4):464-70.
42. Arias, Luz María Angulo. La depresión postparto de la madre y sus implicaciones en el cuidado del recién nacido. *Revista Línea de Vida* 2015: 18-22.
43. Sit DK, Wisner KL. The Identification of Postpartum Depression. *Clin Obstet Gynecol*. septiembre de 2009;52(3):456-68.
44. Chaudron LH, Szilagyi PG, Tang W, Anson E, Talbot NL, Wadkins HIM, et al. Accuracy of depression screening tools for identifying postpartum depression among urban mothers. *Pediatrics*. marzo de 2010;125(3):e609-17.

45. Rodríguez Jústiz F, Fernández Núñez A, Baly Gil A. Apreciaciones sobre la clasificación internacional de enfermedades. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. diciembre de 2000;38(3):215–9.
46. Steiner M. Perinatal mood disorders: position paper. *Psychopharmacol Bull*. 1998;34(3):301–6.
47. M.G, Gutiérrez Miras et al. Atlas de variaciones en la practica medica en el Sistema Nacional de Salud, España, Revisión 2012, pp. 220-222
48. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. junio de 1987;150:782–6.
49. Campo-Arias A, Ayola-Castillo C, Peinado-Valencia HM, Amor-Parra M, Cogollo Z. Validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale's internal consistency and factor structure amongst pregnant women in Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. diciembre de 2007;58(4):277–83.
50. Maroto Navarro G, Garca Calvente M del M, Fernndez Parra A. Evaluacin del estado de nimo en el puerperio con la Escala de Depresin Postnatal de Edimburgo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5(2):305–18.
51. Gliem, R. R., & Gliem, J. A. (2003). Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. *Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education*.
52. Sanz J, García-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anales de Psicología*. enero de 2013;29(1):66–75.

53. Fernández JS, Valverde CV. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*. 1998;10(2):303–18.
54. Melipillán Araneda R, Cova Solar F, Rincón González P, Valdivia Peralta M. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*. julio de 2008;26(1):59–69.
55. Caycho Rodríguez T, Domínguez Lara S, Villegas G, Sotelo N, Carbajal León C. Psychometric Analysis of Functional Social Support Questionnaire DUKE-UNK-11 in Peruvian Migrants in Italy. *Pensamiento Psicológico*. diciembre de 2014;12(2):25–35.
56. Cuba S, Ángel M. Identificación y Utilidad de las Herramientas para evaluar el Apoyo Social al Paciente y al Cuidador Informal. *Revista Médica La Paz*. 2011;17(1):60–7.
57. Cuéllar-Flores, B. Dresch. Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 2012; 34(1): 89-101.
58. Cuba S, A M, Alcalá Espinoza M. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. *Revista Médica La Paz*. 2014;20(1):53–7.
59. Palomino, Y. A., & Bustamante, M. S. Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar.
60. Bellón Saameño, J. A., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J. D. D., & Lardelli Claret, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención primaria*, 18(6), 289-296.

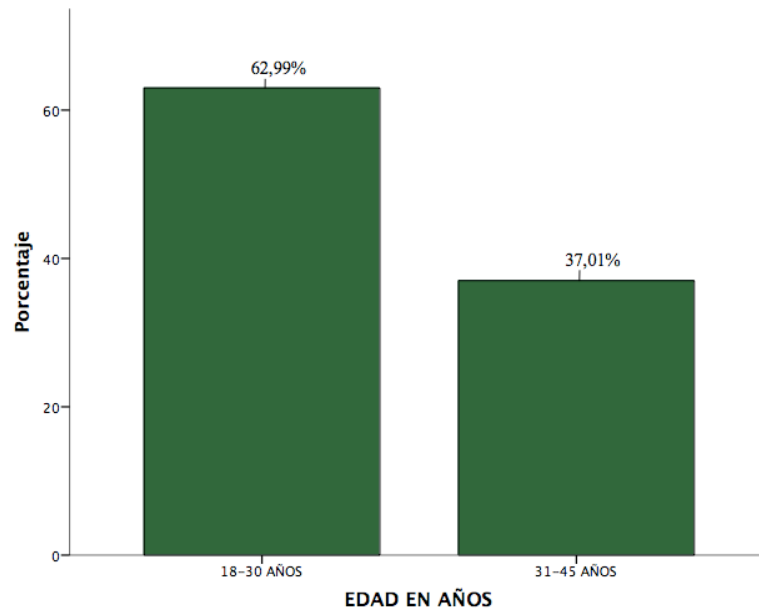
61. Dennis C, Dowswell T. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión posparto. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 Issue 2. Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134
62. Márquez Doren F, Poupin Bertoni L, Lucchini Raies C. Efectos del masaje en el recién nacido y el lactante. *Index de Enfermería*. septiembre de 2007;16(57):42–6.
63. Thompson KS, Fox JE. Post-partum depression: a comprehensive approach to evaluation and treatment. *Ment Health Fam Med*. diciembre de 2010;7(4):249–57..
64. Ayala A-EG. Depresión en el embarazo y el postparto: síntomas, epidemiología y tratamiento farmacológico. *Offarm: farmacia y sociedad*. 2007;26(1):44–53.
65. Pita Fernández, S., & Pértegas Díaz, S. (2003). Pruebas diagnósticas: sensibilidad y especificidad. *Cad Aten Primaria*, 10, 120-4.
66. Sebastián Andree Rivadeniera Rojas. Prevalencia de *Staphylococcus aureus* Resistente a la Meticilina, Aislados en Trabajadores de Granjas Porcinas de la Provincia de Pichincha. Disertación Previa a la Obtención de Título de Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2014
67. Noguera Teresa. Metodología ROC en la evaluación de medidas antropométricas como marcadores de la hipertensión arterial. Aplicación a la población Gallega adulta. Universidad Santiago De Compostela; 2010
68. Baeza W B, F P, María A, Vásquez P O, Muñoz N S, Vallejos V C. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2007;72(2):76–81.

69. Donoso S E, Villarroel del P L. Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. *Revista médica de Chile*. enero de 2003;131(1):55–9
70. Santacruz Fernandez Maria Fernanda, Serrano Andrade Francisco Xavier. *Depresion Postparto. Prevalencia y Factores de Riesgo en Madres Atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014. Tesis previa a la obtención del título de Médico; 2014.*
71. Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C. L., Grace, S. L., & Wallington, T. (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. Toronto: University Health Network Women's Health Program for Toronto Public Health.*
72. Herrera Santi P. Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. diciembre de 2000;16(6):568–73
73. Márquez Jiménez A, Palomar Lever J, Relación entre la escolaridad y la percepción del funcionamiento familiar. *Revista Mexicana de Investigación Educativa* 1994 .  
Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=14000805>.
74. Lam N, Contreras H, Mori E, Cuesta F, Gutiérrez C, Neyra M, et al. Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. *Anales de la Facultad de Medicina*. marzo de 2009;70(1):28–32.

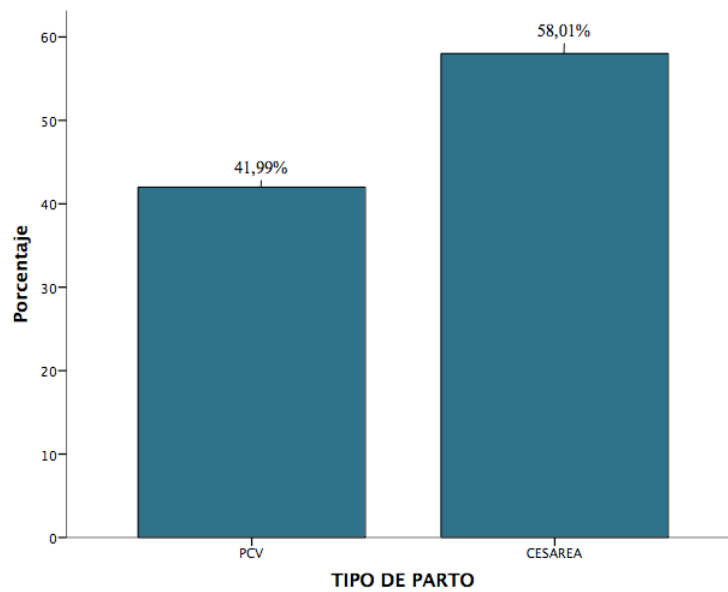
## 8. CAPÍTULO VIII

### FIGURAS

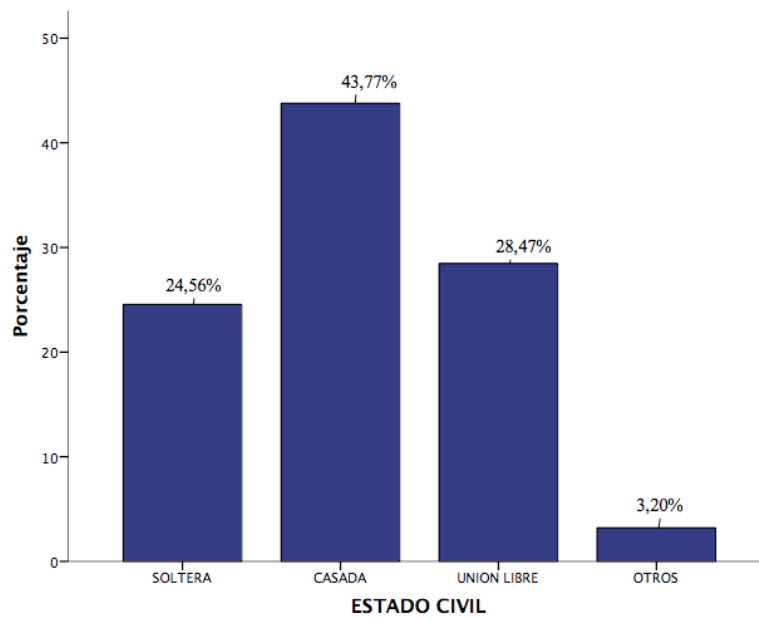
#### 1. Distribución de Variables Demográficas



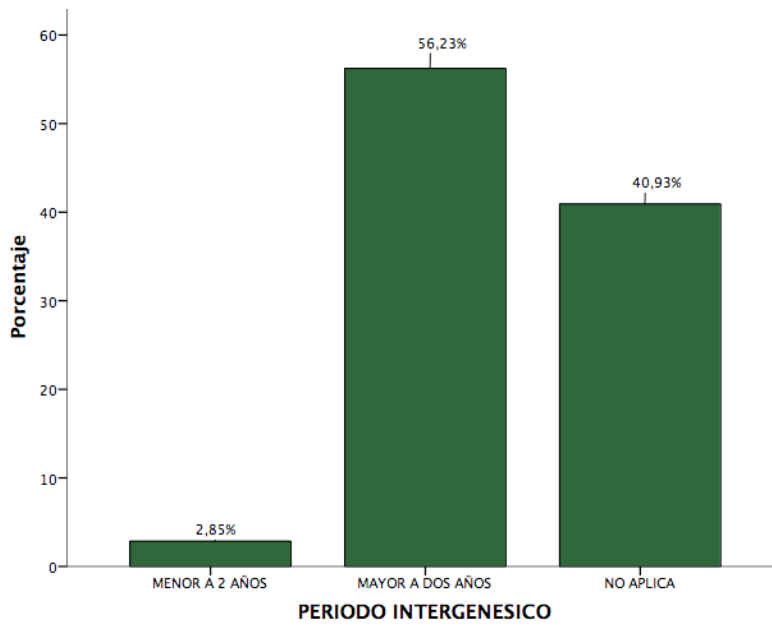
**Figura 1.** Distribución por la Edad en Años.



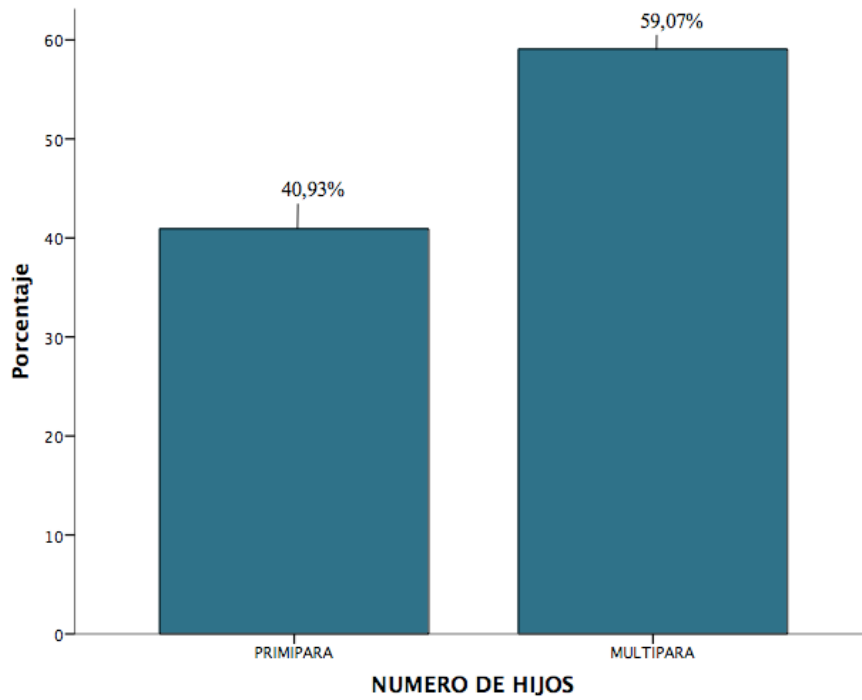
**Figura 2.** Distribución por el Tipo de Parto.



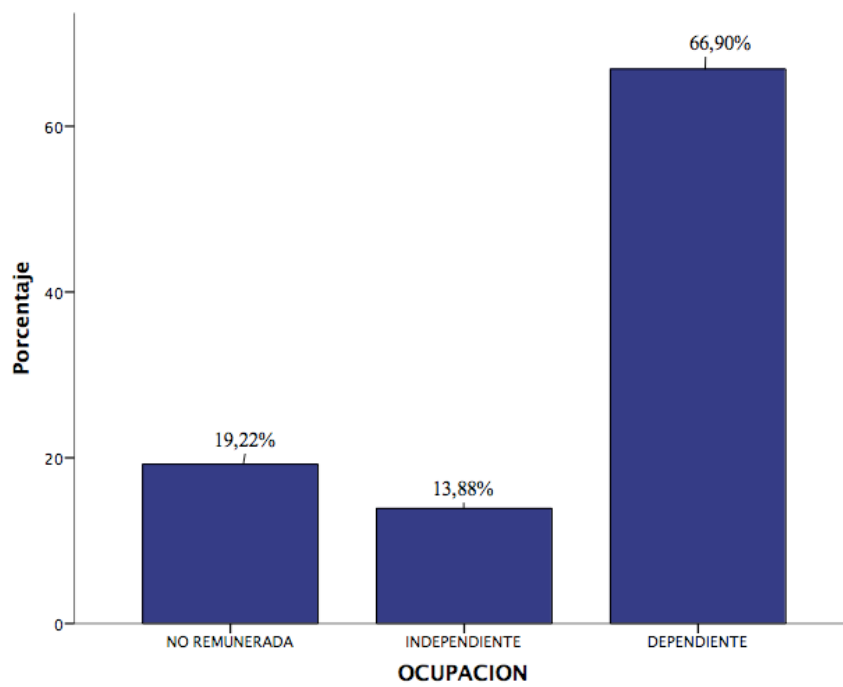
**Figura 3.** Distribución por el Estado Civil.



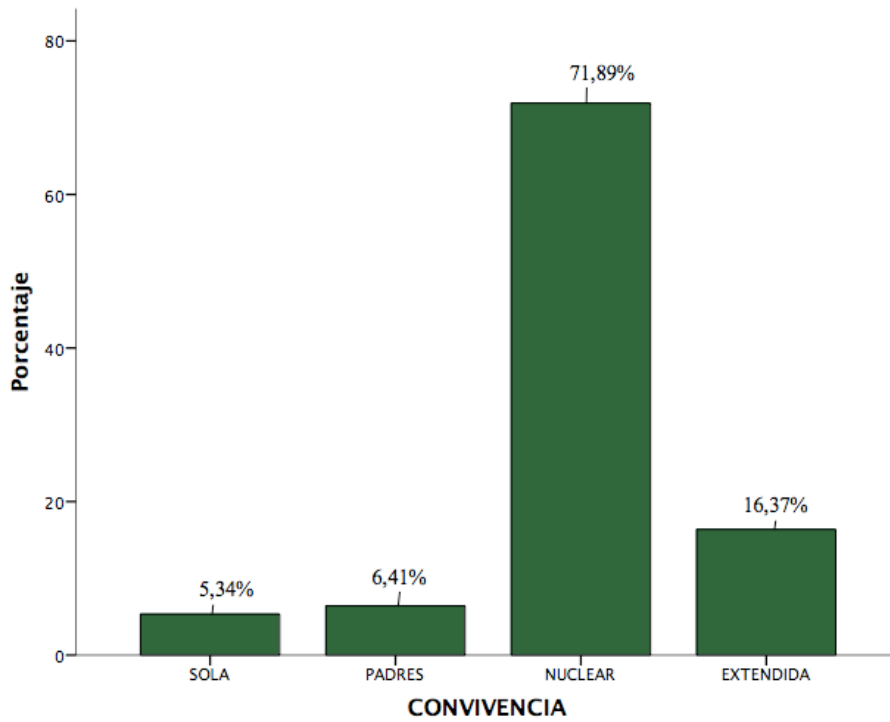
**Figura 4.** Distribución por el Periodo Intergenésico.



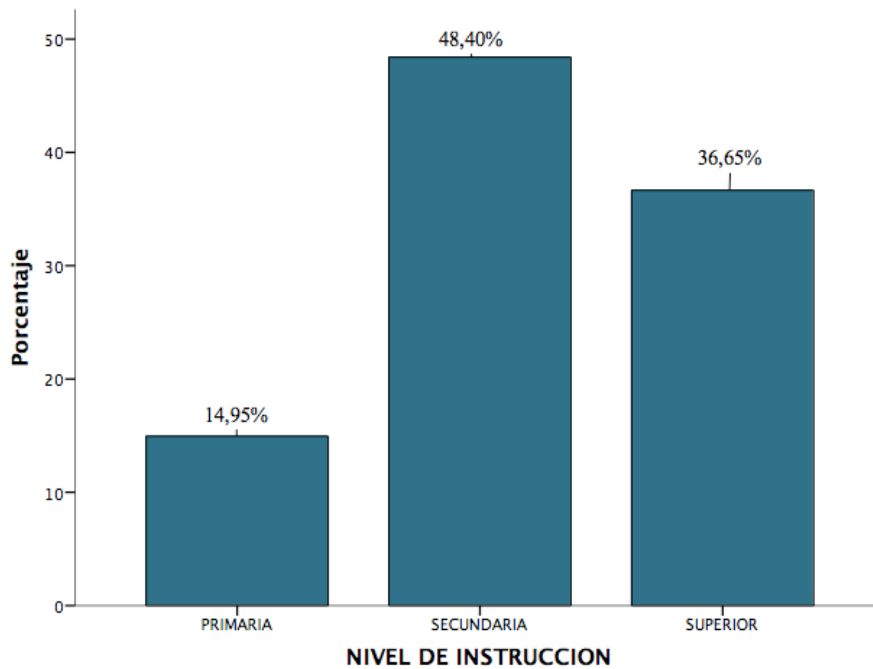
**Figura 5.** Distribución por el Número de Hijos.



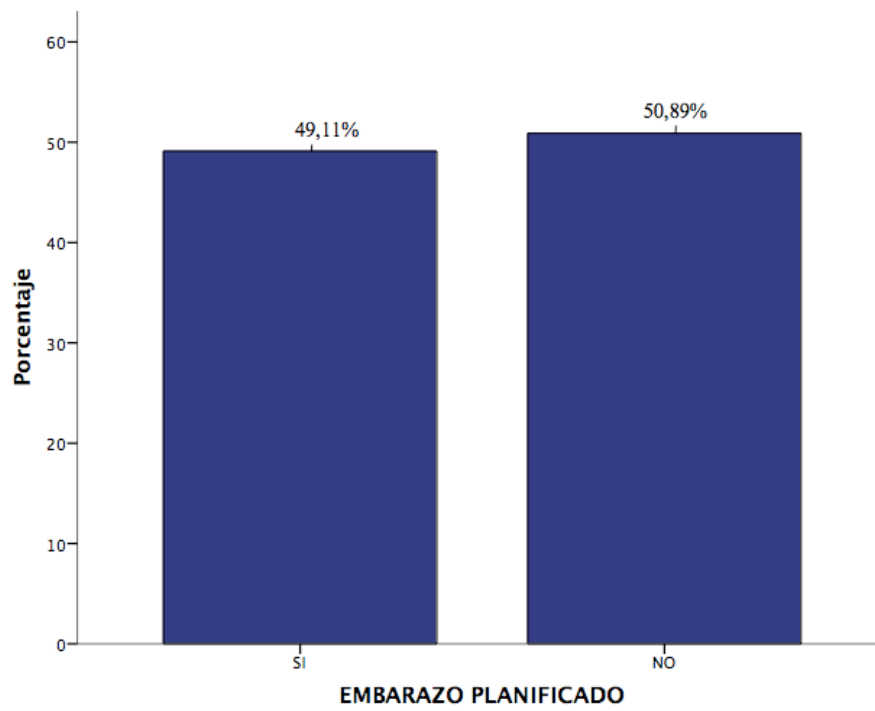
**Figura 6.** Distribución por la Ocupación.



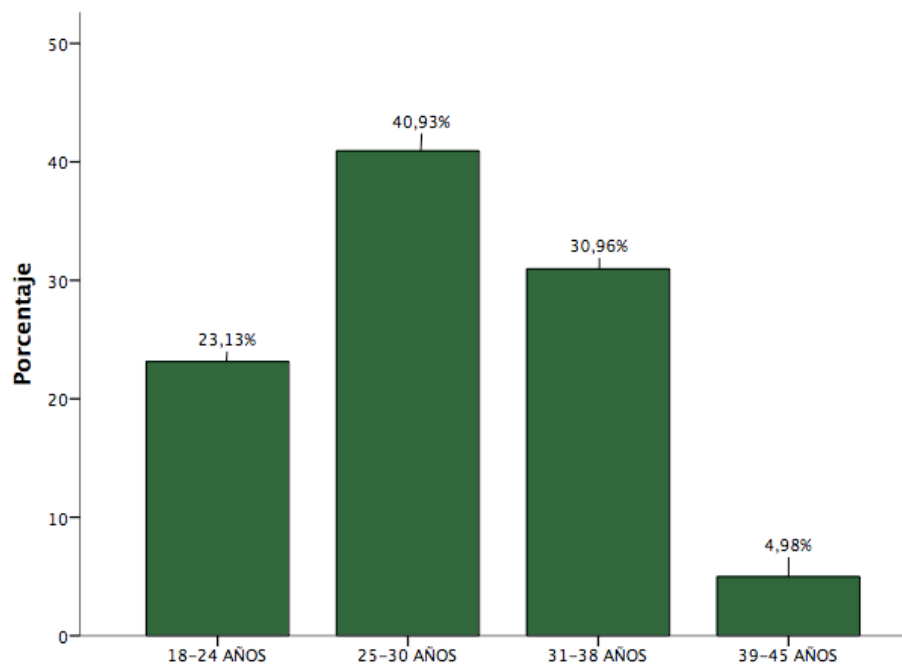
**Figura 7.** Distribución por la Convivencia.



**Figura 8.** Distribución por el Nivel de Instrucción.



**Figura 9.** Distribución por Embarazo Planificado.



**Figura 10.** Distribución por 4 Grupos etéreos.

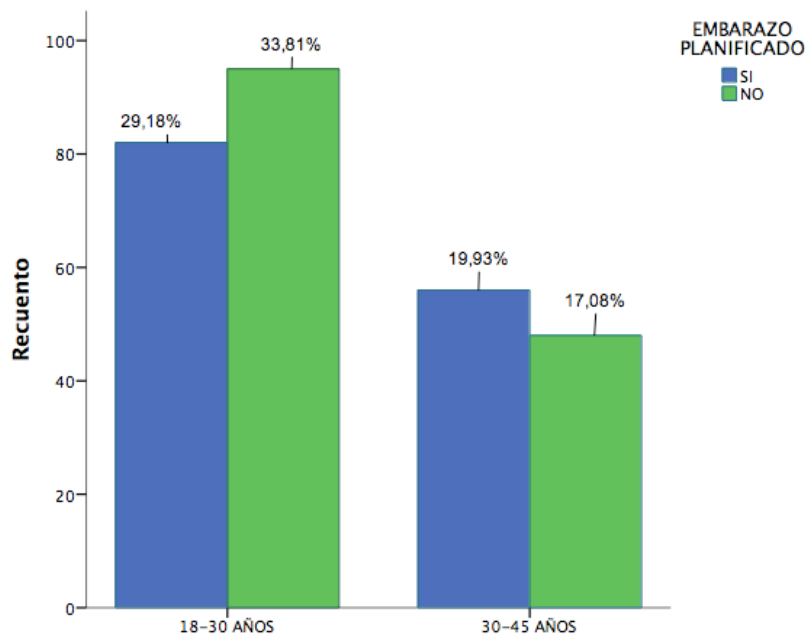


Figura 11. Distribución por 2 Grupos etáreos y planificación del embarazo.

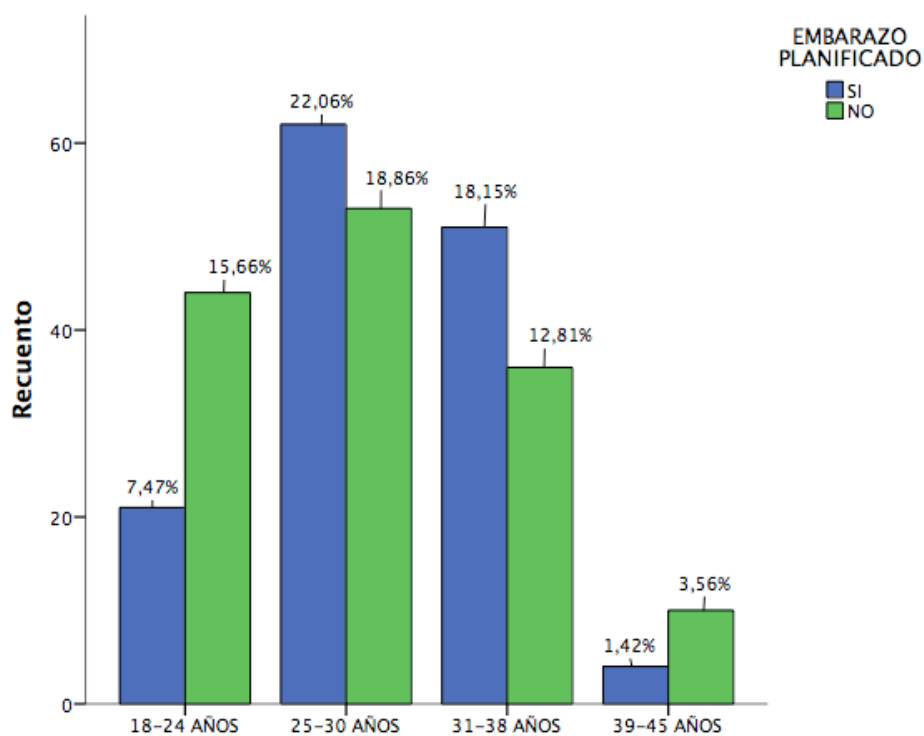


Figura 12. Distribución por 4 Grupos etáreos y planificación del embarazo.

## 2. Distribución de las Variables Biopsicosociales - Escalas

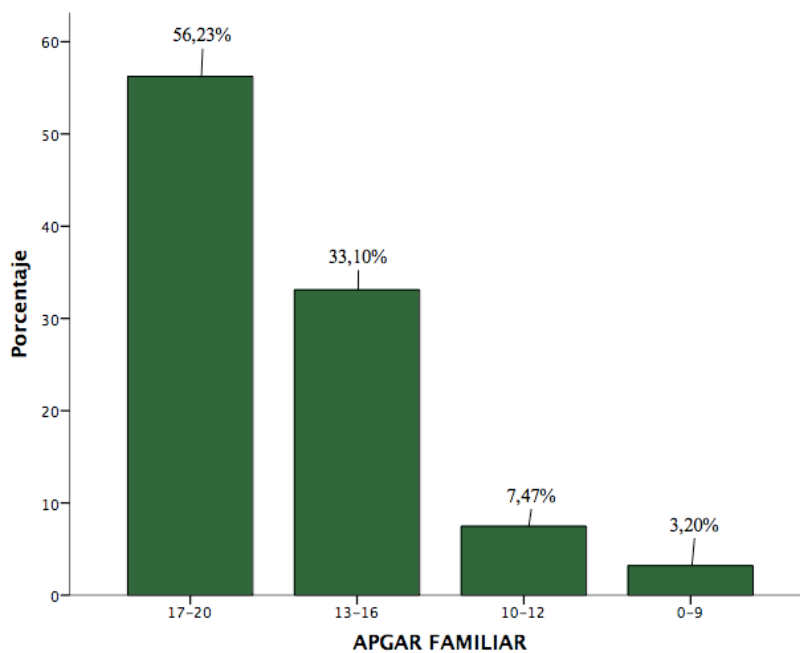


Figura 13. Distribución por APGAR Familiar.

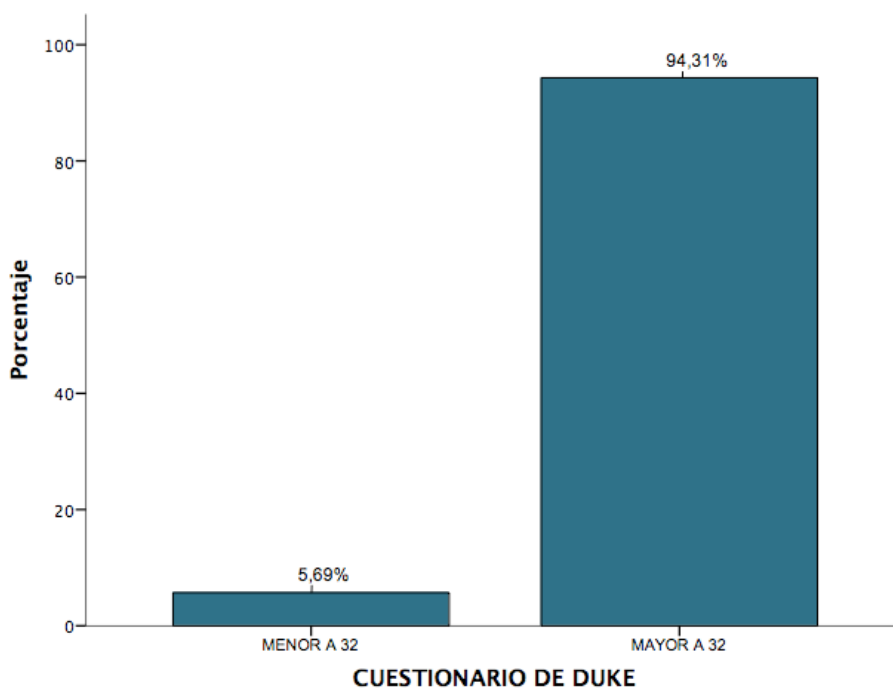
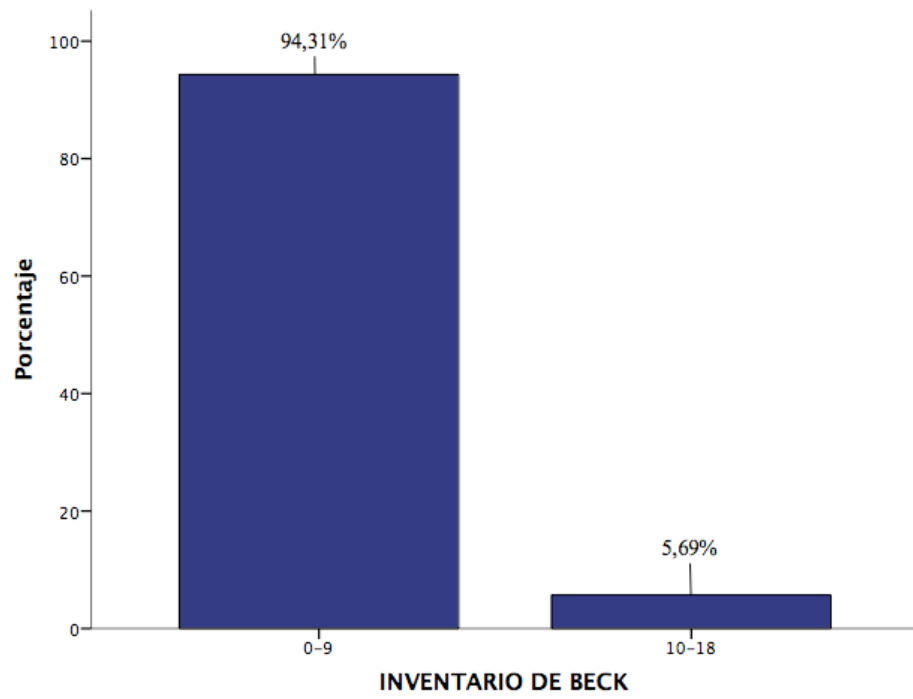


Figura 14. Distribución por Cuestionario de DUKE.



**Figura 15.** Distribución por Inventario de Depresión de Beck.

## 9. CAPÍTULO IX

### TABLAS

**Tabla 1.** Frecuencias de las variables demográficas analizadas en el estudio.

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
GRUPOS ETÁREOS	18-30 años	177	62.99
	31-45 años	104	37.01
	TOTAL	281	100.0
TIPO DE PARTO	PCV	118	41.99
	Cesárea	163	58.01
	TOTAL	281	100.0
ESTADO CIVIL	Soltera	69	24.56
	Casada	123	43.77
	Unión libre	80	28.47
	Otros	9	3.20
	TOTAL	281	100.0
PERIODO INTERGENÉSICO	Menor a 2 años	8	2.85
	Mayor a dos años	158	56.23
	No aplica	115	40.92
	TOTAL	281	100.0
NÚMERO DE HIJOS	Primípara	115	40.93
	Múltipara	166	59.07
	TOTAL	281	100.0
OCUPACIÓN	No remunerada	54	19.22
	Independiente	39	13.98
	Dependiente	188	66.90
	TOTAL	281	100.0

Continuación. **Tabla 1.** Frecuencias de las variables demográficas analizadas en el estudio.

<b>CONVIVENCIA</b>	Sola	15	5.34
	Padres	18	6.41
	Nuclear	202	71.89
	Extendida	46	16.37
	TOTAL	281	100.0
<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	Primaria	42	14.95
	Secundaria	136	48.40
	Superior	103	36.65
	TOTAL	281	100.0
<b>EMBARAZO PLANIFICADO</b>	Si	138	49.11
	No	143	50.89
	TOTAL	281	100.0

**Tabla 2.** Frecuencias de las escalas analizadas en el estudio.

ESCALAS DE DEPRESIÓN		FRECUENCIA	PORCENTAJE
APGAR FAMILIAR*	MF (17-20)	158	56.23
	LD (13-16)	93	33.10
	MD (10-12)	21	7.47
	GD (0-9)	9	3.20
	TOTAL	281	100.0
CUESTIONARIO DE DUKE **	ASPN ( $\geq 32$ )	265	94.31
	ASPB ( $< 32$ )	16	5.69
	TOTAL	281	100.0
INVENTARIO DE BECK ***	SRD (0-9)	265	94.3
	CDR (10-18)	16	5.69
	TOTAL	281	100.0
Punto de corte 10	SDR ( $< 10$ )	0	0.00
	CDR ( $\geq 10$ )	281	100.0
	TOTAL	281	100.0
Punto de corte 9	SDR ( $< 9$ )	279	99.29
	CDR ( $\geq 9$ )	2	0.71
	TOTAL	281	100.0
Punto de corte 8	SDR ( $< 8$ )	277	98.58
	CDR ( $\geq 8$ )	4	1.42
	TOTAL	281	100.0
Punto de corte 7	SDR ( $< 7$ )	273	97.15
	CDR ( $\geq 7$ )	8	2.85
	TOTAL	281	100.0

► ESCALA DE EDIMBURGO: para esta escala se utilizaron cuatro puntos de corte diferentes. Ya que el punto de corte 10 dio como resultado la constante 0, se tomaron 3 puntos de corte de referencia para medir la sensibilidad y especificidad para cada uno. \*APGAR FAMILIAR: MF: Muy funcional; LD: Levemente disfuncional; MD: Moderadamente disfuncional; GD: Gravemente disfuncional. \*\*CUESTIONARIO DE DUKE: ASPN: Apoyo Social Percibido Normal; Apoyo Social Percibido Bajo \*\*\* INVENTARIO DE BECK: SRD: Sin riesgo de depresión; CDR: Con riesgo de depresión. \*\*\*\* ESCALA DE EDIMBURGO: SDR: Sin riesgo de depresión; CDR: Con riesgo de depresión.

**Tabla 3.** Resumen de la tabulación cruzada entre la escala APGAR Familiar y la variable grupos etáreos.

		GRUPOS ETÁREOS			Total
		18-30 años	31-45 años		
<b>*APGAR FAMILIAR</b>	MF (17-20)	Casos	94	64	158
		%	59.49%	40.51%	100.0%
	LD (13-16)	Casos	63	30	93
		%	67.74%	32.26%	100.0%
	MD (10-12)	Casos	14	7	21
		%	66.67%	33.33%	100.0%
	GD (0-9)	Casos	6	3	9
		%	66.67%	33.33%	100.0%
Total	Casos	177	104	281	
	%	62.99%	37.01%	100.0%	

\*APGAR FAMILIAR: MF: Muy funcional; LD: Levemente disfuncional; MD: Moderadamente disfuncional; GD: Gravemente disfuncional.  
 $X^2_{gl:3} = 1.903$  ( $p = 0.593$ ).

**Tabla 4.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Cuestionario de Duke y la variable grupos etáreos.

		GRUPOS ETÁREOS			Total
		18-30 años	31-45 años		
<b>*CUESTIONARIO DE DUKE</b>	ASPN ( $\geq 32$ )	Casos	166	99	265
		%	62.6%	37.4%	100.0%
	ASPB ( $< 32$ )	Casos	11	5	16
		%	68.7%	31.2%	100.0%
Total	Casos	177	104	281	
	%	63.0%	37.0%	100.0%	

\*CUESTIONARIO DE DUKE: ASPN: Apoyo Social Percibido Normal; Apoyo Social Percibido Bajo  
 $X^2_{gl:3} = 0.242$  ( $p = 0.623$ ).

**Tabla 5.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y la variable grupos etáreos.

		GRUPOS ETÁREOS			Total
		18-30 años	31-45 años		
► <b>INVENTARIO DE BECK*</b>	SRD (0-9)	Casos	169	96	265
		%	63.8%	36.2%	100.0%
	DL (10-18)	Casos	8	8	16
		%	50.0%	50.0%	100.0%
Total	Casos	177	104	281	
	%	63.0%	37.0%	100.0%	

► **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK:** Debido a que el puntaje obtenido por las participantes se encontraba distribuido únicamente en las dos primeras categorías, las categorías de Depresión Moderada (19-29) y Depresión Severa (30-63) no se tomaron en cuenta para el análisis.  
 \***INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK:** SRD: Sin Riesgo de Depresión; DL: Depresión Leve.  
 $X^2_{gl:3} = 1.228$  ( $p = 0.268$ )

**Tabla 6.** Resumen de la tabulación cruzada entre la escala APGAR Familiar y la variable tipo de parto.

		* TIPO DE PARTO			Total
		PCV	Cesárea		
** <b>APGAR FAMILIAR</b>	MF (17-20)	Casos	63	95	158
		%	39.87%	60.13%	100.0%
	LD (13-16)	Casos	42	51	93
		%	45.16%	54.84%	100.0%
	MD (10-12)	Casos	8	13	21
		%	38.10%	61.90%	100.0%
	GD (0-9)	Casos	5	4	9
		%	55.56%	44.44%	100.0%
Total	Casos	118	163	281	
	%	41.99%	58.01%	100.0%	

\* **TIPO DE PARTO:** PCV: Parto céfalo-vaginal. \*\***APGAR FAMILIAR:** MF: Muy funcional; LD: Levemente disfuncional; MD: Moderadamente disfuncional; GD: Gravemente disfuncional.  
 $X^2_{gl:3} = 1.485$  ( $p = 0.686$ ).

**Tabla 7.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Cuestionario de Duke y la variable tipo de parto.

			TIPO DE PARTO		Total
			PCV	Cesárea	
<b>*CUESTIONARIO DE DUKE</b>	ASPN (≥ 32)	Casos	111	154	265
		%	41.8	58.2 %	100.0%
	ASPB (< 32)	Casos	7	9	16
		%	43.7%	56.3%	100.0%
Total		Casos	118	163	281
		%	42.0%	58.0%	100.0%

\* TIPO DE PARTO: PCV: Parto céfalo-vaginal. \*\*CUESTIONARIO DE DUKE: ASPN: Apoyo Social Percibido Normal; Apoyo Social Percibido Bajo.  
 $X^2_{gl:3} = 0.022$  ( $p = 0.883$ )

**Tabla 8.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y la variable tipo de parto.

			TIPO DE PARTO		Total
			PCV	Cesárea	
<b>► INVENTARIO DE BECK*</b>	SRD (0-9)	Casos	110	155	265
		%	41.5%	58.5%	100.0%
	DL (10-18)	Casos	8	8	16
		%	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Casos	118	163	281
		%	42.0%	58.0%	100.0%

► INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: Debido a que el puntaje obtenido por las participantes se encontraba distribuido únicamente en las dos primeras categorías, las categorías de Depresión Moderada (19-29) y Depresión Severa (30-63) no se tomaron en cuenta para el análisis. \*TIPO DE PARTO: PCV: Parto céfalo-vaginal; \*\* INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: SRD: Sin Riesgo de Depresión; DL: Depresión Leve.  
 $X^2_{gl:3} = 0.447$  ( $p = 0.504$ ).

**Tabla 9 .** Resumen de la tabulación cruzada entre la escala APGAR Familiar y la variable estado civil.

		ESTADO CIVIL					Total
		Soltera	Casada	Unión libre	Otros		
<b>* APGAR FAMILIAR</b>	MF (17-20)	Casos	39	76	39	4	158
		%	24.68%	48.10%	24.68%	2.53%	100.0%
	LD (13-16)	Casos	21	37	33	2	93
		%	22.58%	39.78%	35.48%	2.15%	100.0%
	MD (10-12)	Casos	7	8	4	2	21
		%	33.33%	38.10%	19.05%	9.52%	100.0%
	GD (0-9)	Casos	2	2	4	1	9
		%	22.22%	22.22%	44.44%	11.11%	100.0%
Total	Casos	69	123	80	9	281	
	%	24.56%	43.77%	28.47%	3.20%	100.0%	

\*APGAR FAMILIAR: MF: Muy funcional; LD: Levemente disfuncional; MD: Moderadamente disfuncional; GD: Gravemente disfuncional.

$\chi^2_{gl:9} = 11.736$  ( $p = 0.229$ ).

**Tabla 10.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Cuestionario de Duke y la variable estado civil.

		ESTADO CIVIL					Total
		Soltera	Casada	Unión libre	Otros		
<b>* CUESTIONARIO DE DUKE</b>	ASPN ( $\geq 32$ )	Casos	64	118	74	9	265
		%	24.2%	44.5%	28.0%	3.4%	100.0%
	ASPB ( $< 32$ )	Casos	5	5	6	0	16
		%	31.3%	31.3%	37.5%	0%	100.0%
Total	Casos	69	123	80	9	281	
	%	24.56%	43.77%	28.47%	3.20%	100.0%	

\*CUESTIONARIO DE DUKE: ASPN: Apoyo Social Percibido Normal; Apoyo Social Percibido Bajo.

$\chi^2_{gl:3} = 1.947$  ( $p = 0.584$ ).

**Tabla 11.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y la variable estado civil.

		ESTADO CIVIL				Total	
		Soltera	Casada	Unión libre	Otros		
► INVENTARIO DE BECK*	SRD (0-9)	Casos	64	119	75	7	265
		%	24.1%	44.9%	28.3%	2.7%	100.0%
	DL (10-18)	Casos	5	4	5	2	16
		%	31.2%	25.0%	31.2%	12.5%	100.0%
Total		Casos	69	123	80	9	281
		%	24.56%	43.77%	28.47%	3.20%	100.0%

► INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: Debido a que el puntaje obtenido por las participantes se encontraba distribuido únicamente en las dos primeras categorías, las categorías de Depresión Moderada (19-29) y Depresión Severa (30-63) no se tomaron en cuenta para el análisis.\* INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: SRD: Sin Riesgo de Depresión; DL: Depresión Leve.  $X^2_{gl:3} = 6.300$  ( $p = 0.098$ ).

**Tabla 12.** Resumen de la tabulación cruzada entre la escala APGAR Familiar y la variable periodo intergenésico.

		PERIODO INTERGENÉSICO			Total	
		< 2 años	≥ 2 años	No aplica		
* APGAR FAMILIAR	MF (17-20)	Casos	5	86	67	158
		%	3.16%	54.43%	42.41%	100.0%
	LD (13-16)	Casos	3	55	35	93
		%	3.23%	59.14%	37.63%	100.0%
	MD (10-12)	Casos	0	9	12	21
		%	0.00%	42.86%	57.14%	100.0%
	GD (0-9)	Casos	0	8	1	9
		%	0.00%	88.89%	11.11%	100.0%
Total		Casos	8	158	115	281
		%	2.85%	56.23%	40.93%	100.0%

\*APGAR FAMILIAR: MF: Muy funcional; LD: Levemente disfuncional; MD: Moderadamente disfuncional; GD: Gravemente disfuncional.  $X^2_{gl:6} = 7.198$  ( $p = 0.303$ ).

**Tabla 13.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Cuestionario de Duke y la variable periodo intergenésico.

		PERIODO INTERGENÉSICO			Total	
		< 2 años	≥ 2 años	No aplica		
<b>* CUESTIONARIO DE DUKE</b>	ASPN (≥ 32)	Casos	8	151	106	265
		%	3.0%	57.0%	40%	100.0%
	ASPB (< 32)	Casos	0	7	9	16
		%	0%	43.7%	56.3%	100.0%
Total		Casos	8	158	115	281
		%	2.85%	56.23%	40.93%	100.0%

\*CUESTIONARIO DE DUKE: ASPN: Apoyo Social Percibido Normal; Apoyo Social Percibido Bajo.  $X^2_{gl:3} = 1.926$  ( $p = 0.382$ ).

**Tabla 14.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y la variable periodo intergenésico.

		PERIODO INTERGENÉSICO			Total	
		< 2 años	≥ 2 años	No aplica		
<b>► INVENTARIO DE BECK*</b>	SRD (0-9)	Casos	7	148	110	265
		%	2.6%	55.9%	41.5%	100.0%
	DL (10-18)	Casos	1	10	5	16
		%	6.25%	62.5%	31.25%	100.0%
Total		Casos	8	158	115	281
		%	2.85%	56.23%	40.93%	100.0%

►INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: Debido a que el puntaje obtenido por las participantes se encontraba distribuido únicamente en las dos primeras categorías, las categorías de Depresión Moderada (19-29) y Depresión Severa (30-63) no se tomaron en cuenta para el análisis.\* INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: SRD: Sin Riesgo de Depresión; DL: Depresión Leve.  $X^2_{gl:3} = 1.197$  ( $p = 0.550$ ).

**Tabla 15.** Resumen de la tabulación cruzada entre la escala APGAR Familiar y la variable número de hijos.

		NÚMERO DE HIJOS			Total
			Primípara	Múltipara	
<b>* APGAR FAMILIAR</b>	MF (17-20)	Casos	67	91	158
		%	42.41%	57.59%	100.0%
	LD (13-16)	Casos	35	58	93
		%	37.63%	62.37%	100.0%
	MD (10-12)	Casos	12	9	21
		%	57.14%	42.86%	100.0%
	GD (0-9)	Casos	1	8	9
		%	11.11%	88.89%	100.0%
Total		Casos	115	166	281
		%	40.93%	59.07%	100.0%

\*APGAR FAMILIAR: MF: Muy funcional; LD: Levemente disfuncional; MD: Moderadamente disfuncional; GD: Gravemente disfuncional.  
 $X^2_{gl:3} = 6.153$  ( $p = 0.104$ ).

**Tabla 16.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Cuestionario de Duke y la variable número de hijos.

		NÚMERO DE HIJOS			Total
			Primípara	Múltipara	
<b>* CUESTIONARIO DE DUKE</b>	ASPN ( $\geq 32$ )	Casos	106	159	265
		%	40.0%	60.0%	100.0%
	ASPB ( $< 32$ )	Casos	9	7	16
		%	56.25%	43.75%	100.0%
Total		Casos	115	166	281
		%	40.93%	59.07%	100.0%

\*CUESTIONARIO DE DUKE: ASPN: Apoyo Social Percibido Normal; Apoyo Social Percibido Bajo.  
 $X^2_{gl:3} = 1.648$  ( $p = 0.199$ )

**Tabla 17.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y la variable número de hijos

		NÚMERO DE HIJOS			Total
			Primípara	Múltipara	
► INVENTARIO DE BECK*	SRD (0-9)	Casos	110	155	265
		%	41.5%	58.5%	100.0%
	DL (10-18)	Casos	5	11	16
		%	31.25%	68.75%	100.0%
Total		Casos	115	166	281
		%	40.93%	59.07%	100.0%

► INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: Debido a que el puntaje obtenido por las participantes se encontraba distribuido únicamente en las dos primeras categorías, las categorías de Depresión Moderada (19-29) y Depresión Severa (30-63) no se tomaron en cuenta para el análisis.\* INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: SRD: Sin Riesgo de Depresión; DL: Depresión Leve.  $\chi^2_{gl:3} = 0.657$  ( $p = 0.418$ ).

**Tabla 18.** Resumen de la tabulación cruzada entre la escala APGAR Familiar y la variable ocupación.

		OCUPACIÓN			Total	
			No remunerada	Independiente		Dependiente
* APGAR FAMILIAR	MF (17-20)	Casos	27	16	115	158
		%	17,09%	10,13%	72,78%	100,0%
	LD (13-16)	Casos	22	15	56	93
		%	23,66%	16,13%	60,22%	100,0%
	MD (10-12)	Casos	3	4	14	21
		%	14,29%	19,05%	66,67%	100,0%
	GD (0-9)	Casos	2	4	3	9
		%	22,22%	44,44%	33,33%	100,0%
Total		Casos	54	39	188	281
		%	19,22%	13,88%	66,90%	100,0%

\*APGAR FAMILIAR: MF: Muy funcional; LD: Levemente disfuncional; MD: Moderadamente disfuncional; GD: Gravemente disfuncional.

$\chi^2_{gl:3} = 12.994$  ( $p = 0.043$ )

**Tabla 19.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Cuestionario de Duke y la variable ocupación.

		OCUPACIÓN				Total
		No remunerada	Independiente	Dependiente		
<b>* CUESTIONARIO DE DUKE</b>	ASPN (≥ 32)	Casos	48	35	182	265
		%	18.0%	13.3%	68.7%	100,0%
	ASPB (< 32)	Casos	6	4	6	16
		%	37.5%	25.0%	37.5%	100,0%
Total		Casos	54	39	188	281
		%	19,22%	13,88%	66,90%	100,0%

\*CUESTIONARIO DE DUKE: ASPN: Apoyo Social Percibido Normal; Apoyo Social Percibido Bajo.  $\chi^2_{gl:3} = 6.655$  ( $p = 0.036$ ).

**Tabla 20.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y la variable ocupación.

		OCUPACIÓN				Total
		No remunerada	Independiente	Dependiente		
<b>► INVENTARIO DE BECK*</b>	SRD (0-9)	Casos	52	38	175	265
		%	19.6%	14.4%	66.0%	100,0%
	DL (10-18)	Casos	2	1	13	16
		%	12.5%	6.25%	81.3%	100,0%
Total		Casos	54	39	188	281
		%	19,22%	13,88%	66,90%	100,0%

► INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: Debido a que el puntaje obtenido por las participantes se encontraba distribuido únicamente en las dos primeras categorías, las categorías de Depresión Moderada (19-29) y Depresión Severa (30-63) no se tomaron en cuenta para el análisis.\* INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: SRD: Sin Riesgo de Depresión; DL: Depresión Leve.  $\chi^2_{gl:3} = 1.632$  ( $p = 0.442$ ).

**Tabla 21.** Resumen de la tabulación cruzada entre la escala APGAR Familiar y la variable convivencia.

		CONVIVENCIA					Total
		Sola	Padres	Nuclear	Extendida		
<b>* APGAR FAMILIAR</b>	MF (17-20)	Casos	6	9	119	24	158
		%	3.8%	5.7%	75.3%	15.2 %	100,0%
	LD (13-16)	Casos	3	5	66	19	93
		%	3.2%	5.4%	71.0%	20.4 %	100,0%
	MD (10-12)	Casos	4	2	14	1	21
		%	19.0%	9.52%	66.7%	5 %	100,0%
	GD (0-9)	Casos	2	2	3	2	9
		%	22,22 %	22.22%	33,33%	22.22	100,0%
<b>Total</b>		Casos	15	18	202	46	281
		%	5.33%	6.4%	71.88%	16.4	100,0%

\*APGAR FAMILIAR: MF: Muy funcional; LD: Levemente disfuncional; MD: Moderadamente disfuncional; GD: Gravemente disfuncional.

$X^2_{gl:3} = 22.989$  ( $p = 0.006$ )

**Tabla 22.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Cuestionario de Duke y la variable convivencia.

		CONVIVENCIA					Total
		Sola	Padres	Nuclear	Extendida		
<b>* CUESTIONARIO DE DUKE</b>	ASPN ( $\geq 32$ )	Casos	14	16	191	44	265
		%	5.3%	6.0%	72.0%	16.6 %	100,0%
	ASPB ( $< 32$ )	Casos	1	2	11	2	16
		%	6.25 %	12.5%	68.8%	12.5 %	100,0%
<b>Total</b>		Casos	15	18	202	46	281
		%	5.3%	6.4%	71.88%	16.4	100,0%

\*CUESTIONARIO DE DUKE: ASPN: Apoyo Social Percibido Normal; Apoyo Social Percibido Bajo.

$X^2_{gl:3} = 1.189$  ( $p = 0.756$ ).

**Tabla 23.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y la variable convivencia.

		CONVIVENCIA					Total
		Sola	Padres	Nuclear	Extendida		
► INVENTARIO DE BECK*	SRD (0-9)	Casos	12	14	193	46	265
		%	4.5%	5.3%	72.8%	17.3 %	100,0%
	DL (10-18)	Casos	3	4	9	0	16
		%	18.7%	25.0%	56.3%	0 %	100,0%
Total		Casos	15	18	202	46	281
		%	5.3%	6.4%	71.88%	16.4	100,0%

► INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: Debido a que el puntaje obtenido por las participantes se encontraba distribuido únicamente en las dos primeras categorías, las categorías de Depresión Moderada (19-29) y Depresión Severa (30-63) no se tomaron en cuenta para el análisis.\*  
 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: SRD: Sin Riesgo de Depresión; DL: Depresión Leve.  
 $\chi^2_{gt:3} = 18.22$  ( $p = \leq 0.001$ ).

**Tabla 24.** Resumen de la tabulación cruzada entre la escala APGAR Familiar y la variable nivel de instrucción.

		NIVEL DE INSTRUCCIÓN			Total	
		Primaria	Secundaria	Superior		
* APGAR FAMILIAR	MF (17-20)	Casos	13	71	74	158
		%	8.2%	45.0%	46.8%	100,0%
	LD (13-16)	Casos	21	50	22	93
		%	22.5%	53.8%	23.7%	100,0%
	MD (10-12)	Casos	3	12	6	21
		%	14.3%	57.2%	28.6%	100,0%
	GD (0-9)	Casos	5	3	1	9
		%	55.6%	33.3%	11.1%	100,0%
Total		Casos	42	136	103	281
		%	14.9%	48.4%	36.7%	100,0%

\*APGAR FAMILIAR: MF: Muy funcional; LD: Levemente disfuncional; MD: Moderadamente disfuncional; GD: Gravemente disfuncional.

$\chi^2_{gt:3} = 30.763$  ( $p = \leq 0.001$ )

**Tabla 25.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Cuestionario de Duke y la variable nivel de instrucción.

		NIVEL DE INSTRUCCIÓN			Total	
		Primaria	Secundaria	Superior		
<b>* CUESTIONARIO DE DUKE</b>	ASPN (≥ 32)	Casos	38	129	98	265
		%	14.3%	48.7%	37.0%	100,0%
	ASPB (< 32)	Casos	4	7	5	16
		%	25.0%	43.8%	31.2%	100,0%
Total		Casos	42	136	103	281
		%	14.9%	48.4%	36.7%	100,0%

\*CUESTIONARIO DE DUKE: ASPN: Apoyo Social Percibido Normal; Apoyo Social Percibido Bajo.  $X^2_{gl:3} = 1.358$  ( $p = 0.507$ ).

**Tabla 26.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y la variable nivel de instrucción.

		NIVEL DE INSTRUCCIÓN			Total	
		Primaria	Secundaria	Superior		
<b>► INVENTARIO DE BECK*</b>	SRD (0-9)	Casos	40	128	97	265
		%	15.1%	48.3%	36.6%	100,0%
	DL (10-18)	Casos	2	8	6	16
		%	22.5%	53.8%	23.7%	100,0%
Total		Casos	42	136	103	281
		%	14.9%	48.4%	36.7%	100,0%

►INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: Debido a que el puntaje obtenido por las participantes se encontraba distribuido únicamente en las dos primeras categorías, las categorías de Depresión Moderada (19-29) y Depresión Severa (30-63) no se tomaron en cuenta para el análisis.\*  
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: SRD: Sin Riesgo de Depresión; DL: Depresión Leve.  $X^2_{gl:3} = 0.080$  ( $p = 0.961$ ).

**Tabla 27.** Resumen de la tabulación cruzada entre la escala APGAR Familiar y la variable embarazo planificado.

		EMBARAZO PLANIFICADO		Total	
		Si	No		
<b>* APGAR FAMILIAR</b>	MF (17-20)	Casos	92	66	158
		%	58.2%	41.8%	100,0%
	LD (13-16)	Casos	39	54	93
		%	41.9%	58.0%	100,0%
	MD (10-12)	Casos	6	15	21
		%	28.6%	71.4%	100,0%
	GD (0-9)	Casos	1	8	9
		%	11.1%	88.8%	100,0%
Total	Casos	138	143	281	
	%	49.1%	50.9%	100,0%	

\*APGAR FAMILIAR: MF: Muy funcional; LD: Levemente disfuncional; MD: Moderadamente disfuncional; GD: Gravemente disfuncional.

$\chi^2_{gl:3} = 15.9$  ( $p = 0.001$ )

**Tabla 28.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Cuestionario de Duke y la variable embarazo planificado.

		EMBARAZO PLANIFICADO		Total	
		Si	No		
<b>* CUESTIONARIO DE DUKE</b>	ASPN ( $\geq 32$ )	Casos	134	131	265
		%	50.6%	49.4%	100,0%
	ASPB ( $< 32$ )	Casos	4	12	16
		%	25.0%	75.0%	100,0%
Total	Casos	138	143	281	
	%	49.1%	50.9%	100,0%	

\*CUESTIONARIO DE DUKE: ASPN: Apoyo Social Percibido Normal; Apoyo Social Percibido Bajo.

$\chi^2_{gl:3} = 3.946$  ( $p = 0.047$ ).

**Tabla 29.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y la variable embarazo planificado.

				EMBARAZO PLANIFICADO		Total
				Si	No	
► INVENTARIO DE BECK*	SRD (0-9)	Casos	132	133	265	
		%	49.8%	50.2%	100,0%	
	DL (10-18)	Casos	6	10	16	
		%	37.5%	62.5%	100,0%	
Total		Casos	138	143	281	
		%	49.1%	50.9%	100,0%	

► INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: Debido a que el puntaje obtenido por las participantes se encontraba distribuido únicamente en las dos primeras categorías, las categorías de Depresión Moderada (19-29) y Depresión Severa (30-63) no se tomaron en cuenta para el análisis.\* INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: SRD: Sin Riesgo de Depresión; DL: Depresión Leve.  
 $\chi^2_{gl:3} = 0.915$  ( $p = 0.339$ ).

**Tabla 30.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y el APGAR Familiar.

				APGAR FAMILIAR*				Total
				MF	LD	MD	GD	
► INVENTARIO DE BECK**	SRD (0-9)	Casos	155	87	17	6	265	
		%	58.5%	32.8%	6.4%	2.3 %	100,0%	
	DL (10-18)	Casos	3	6	4	3	16	
		%	18.8%	37.5%	25%	18.75 %	100,0%	
Total		Casos	158	93	21	9	281	
		%	56.2%	33.0%	7.5%	3 %	100,0%	

► INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: Debido a que el puntaje obtenido por las participantes se encontraba distribuido únicamente en las dos primeras categorías, las categorías de Depresión Moderada (19-29) y Depresión Severa (30-63) no se tomaron en cuenta para el análisis.\*APGAR FAMILIAR: MF: Muy funcional (17-20); LD: Levemente disfuncional (13-16); MD: Moderadamente disfuncional (10-12); GD: Gravemente disfuncional (0-9). \*\* INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: SRD: Sin Riesgo de Depresión; DL: Depresión Leve.  
 $\chi^2_{gl:3} = 24.115$  ( $p = \leq 0.001$ ).

**Tabla 31.** Resumen de la tabulación cruzada entre el Inventario de Beck y el Cuestionario de Duke.

			CUESTIONARIO DE DUKE*		Total
			ASPN	ASPB	
► INVENTARIO DE BECK**	SRD (0-9)	Casos	253	12	265
		%	95.5%	4.5%	100,0%
	DL (10-18)	Casos	12	4	16
		%	75.0%	25.0%	100,0%
Total		Casos	265	16	281
		%	94.3%	5.7%	100,0%

► INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: Debido a que el puntaje obtenido por las participantes se encontraba distribuido únicamente en las dos primeras categorías, las categorías de Depresión Moderada (19-29) y Depresión Severa (30-63) no se tomaron en cuenta para el análisis.\*CUESTIONARIO DE DUKE: ASPN: Apoyo Social Percibido Normal ( $\geq 32$ ) ; Apoyo Social Percibido Bajo ( $< 32$ ).

\*\* INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: SRD: Sin Riesgo de Depresión; DL: Depresión Leve.  
 $\chi^2_{gl:3} = 11.776$  ( $p = 0.001$ ).

**Tabla 32.** Resumen de la tabulación cruzada entre la variable Grupos Etéreos (2) y la variable embarazo Planificado

			EMBARAZO PLANIFICADO		Total
			SI	NO	
GRUPO ETÁREO	18-30 AÑOS	Casos	82	95	177
		%	46.3%	53.7%	100,0%
	31-45 AÑOS	Casos	56	48	104
		%	53.8%	46.2%	100,0%
Total		Casos	138	143	281
		%	49.1%	50.9%	100,0%

$\chi^2_{gl:3} = 1.482$  ( $p = 0.224$ )

**Tabla 33.** Frecuencias de los grupos etáreos estudiados.

		Frecuencia	Porcentaje
<b>GRUPO ETÁREO</b>	18-24 AÑOS	65	23.1%
	25-30 AÑOS	115	40.9%
	31-38 AÑOS	87	31.0 %
	39-45 AÑOS	14	5.0 %
Total		281	100 %

**Tabla 34.** Resumen de la tabulación cruzada entre la variable Grupos Etáreos (4) y la Variable Embarazo Planificado

			<b>EMBARAZO PLANIFICADO</b>		Total
			SI	NO	
<b>GRUPO ETÁREO</b>	18-24 AÑOS	Casos	21	44	65
		%	32.3%	67.7%	100,0%
	25-30 AÑOS	Casos	62	53	115
		%	53.9%	46.1%	100,0%
	31-38 AÑOS	Casos	51	36	87
		%	58.6 %	41.4 %	100,0%
	39-45 AÑOS	Casos	4	10	14
		%	28.6 %	71 %	100,0%
Total		Casos	138	143	281
		%	49.1%	50.9%	100,0%

$\chi^2_{gl:3} = 13.916$  ( $p = 0.003$ )

**Tabla 35.** Resumen de la tabulación cruzada entre el punto de corte de ocho puntos y el punto de corte de nueve puntos en la Escala de Edimburgo.

		EPDS (PC8)*		Total
		≥8	<8	
EPDS (PC9)*	≥9	►VP**	FP	TP
		Casos	2	0
	%	100.0 %	0.0 %	100.0%
	<9	FN	VN	TN
		Casos	2	277
	%	0.7%	99.3 %	100.0%
Total	TE	TS		
	Casos	4	277	281
%	1.4%	98.6 %	100.0%	

►Las formulas utilizadas para la Sensibilidad, Especificidad, VPP, VPN, Indice de Youden y Razón de verosimilitud se encuentran ampliamente desarrolladas en la sección Método de Análisis Estadístico. \*ESCALA DE DEPRESION POSPARTO DE EDIMBURGO (EPDS): PC8: Punto de Corte igual o mayor a 8 puntos; PC9: Punto de Corte igual o mayor a 9. \*\*VP: Verdaderos positivos; FP: Falsos positivos; TP: Total de positivos; FN: Falsos negativos; VN: Verdaderos Negativos; TN: Total de negativos; TE: Total de Enfermos; TS: Total de Sanos.

**Tabla 36.** Resumen de la tabulación cruzada entre el punto de corte de ocho puntos y el punto de corte de siete puntos en la Escala de Edimburgo.

		EPDS (PC8)*		Total
		≥8	<8	
EPDS (PC7)*	≥7	►VP**	FP	TP
		Casos	4	4
	%	50.0 %	50.0 %	100.0%
	<7	FN	VN	TN
		Casos	0	273
	%	0.0%	100.0 %	100.0%
Total	TE	TS		
	Casos	4	277	281
%	1.4%	98.6 %	100,0%	

►Las formulas utilizadas para la Sensibilidad, Especificidad, VPP, VPN, Indice de Youden y Razón de verosimilitud se encuentran ampliamente desarrolladas en la sección Método de Análisis Estadístico. \*ESCALA DE DEPRESION POSPARTO DE EDIMBURGO (EPDS): PC8: Punto de Corte igual o mayor a 8 puntos; PC7: Punto de Corte igual o mayor a 7. \*\*VP: Verdaderos positivos; FP: Falsos positivos; TP: Total de positivos; FN: Falsos negativos; VN: Verdaderos Negativos; TN: Total de negativos; TE: Total de Enfermos; TS: Total de Sanos.

**Tabla 37.** Resumen de la frecuencia de los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck, Sensibilidad, Especificidad, VPP y VPN

		▶▶VP**	FP	TP
<b>▶ INVENTARIO DE BECK*</b>	SRD (0-9) Casos	16	0	16
		FN	VN	TN
	DL (10-18) Casos	0	265	265
		TE	TS	
Total	Casos	16	265	281

▶INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: Debido a que el puntaje obtenido por las participantes se encontraba distribuido únicamente en las dos primeras categorías, las categorías de Depresión Moderada (19-29) y Depresión Severa (30-63) no se tomaron en cuenta para el análisis. \* SRD: Sin Riesgo de Depresión; DL: Depresión Leve. ▶▶Las formulas utilizadas para la Sensibilidad, Especificidad, VPP, VPN, Índice de Youden y Razón de verosimilitud se encuentran ampliamente desarrolladas en la Sección Método de Análisis Estadístico. \*\*VP: Verdaderos positivos; FP: Falsos positivos; TP: Total de positivos; FN: Falsos negativos; VN: Verdaderos Negativos; TN: Total de negativos; TE: Total de Enfermos; TS: Total de Sanos.

**Tabla 38.** Resumen de la tabulación cruzada entre la Escala de Edimburgo, Punto de Corte Siete, y el Inventario de Depresión de Beck

		<b>▶INVENTARIO DE BECK*</b>		Total	
		SRD (0-9)	DL (10-18)		
<b>EPDS (PC7)**</b>	<7	Casos	263	10	273
		%	96.3 %	3.7 %	100.0%
	≥7	Casos	2	6	8
		%	25.0 %	75.0 %	100.0%
Total	Casos	265	143	281	
	%	94.3 %	5.7 %	100.0%	

▶INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: Debido a que el puntaje obtenido por las participantes se encontraba distribuido únicamente en las dos primeras categorías, las categorías de Depresión Moderada (19-29) y Depresión Severa (30-63) no se tomaron en cuenta para el análisis. \* SRD: Sin Riesgo de Depresión; DL: Depresión Leve. \*\*ESCALA DE DEPRESION POSPARTO DE EDIMBURGO (EPDS): PC7: Punto de Corte igual o mayor a 7.

**Tabla 39.** Resumen del Coeficiente de Eta y el Índice de Acuerdo de Kappa entre el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Edimburgo

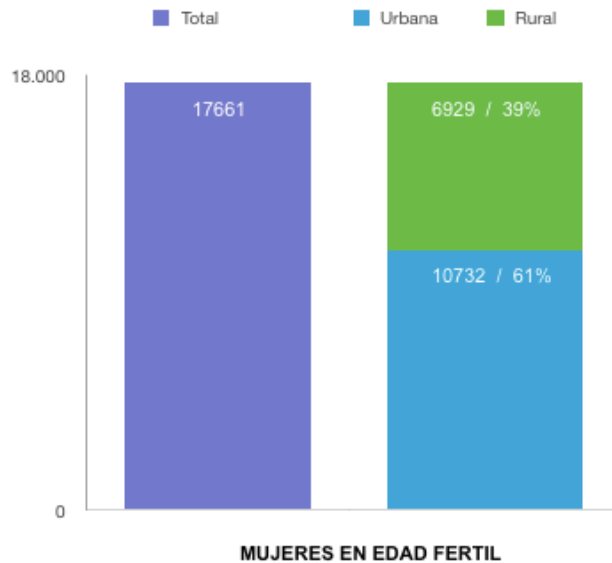
►Eta	0,512
Kappa	0.000

►Las formulas utilizadas para el Coeficiente de Eta y el Índice de Acuerdo de Kappa se encuentran desarrolladas mas ampliamente en la sección Método de Análisis Estadístico.

## 10. CAPÍTULO X

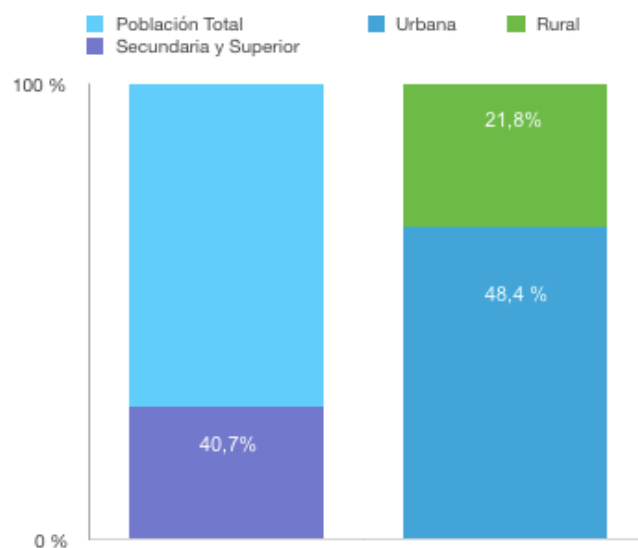
### GRÁFICOS

#### 1. MARCADORES DEMOGRÁFICOS ESTUDIADOS POR LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN (2012)



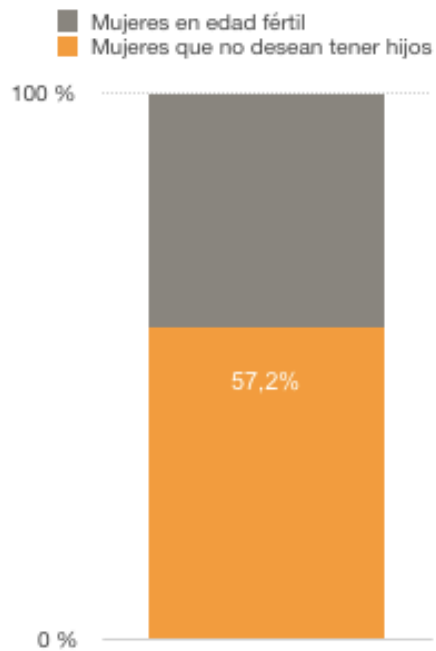
**Gráfico 1.** Distribución de las mujeres en edad fértil según zona geográfica.

*Elaborado por el investigador en base a la referencia bibliográfica (32)*



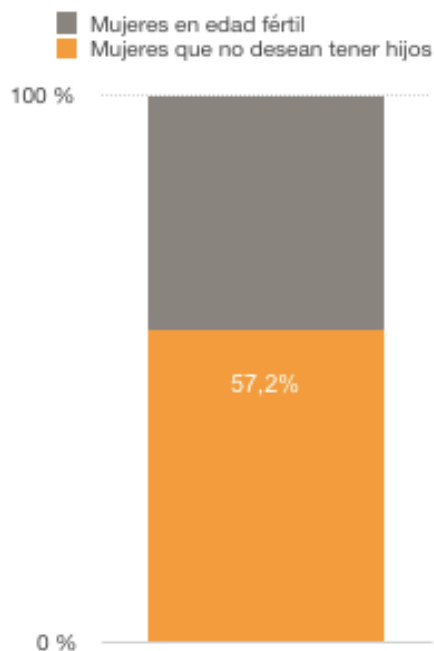
**Gráfico 2.** Distribución de las mujeres en edad fértil que cuentan con educación secundaria o superior, según zona geográfica.

*Elaborado por el investigador en base a la referencia bibliográfica (32)*



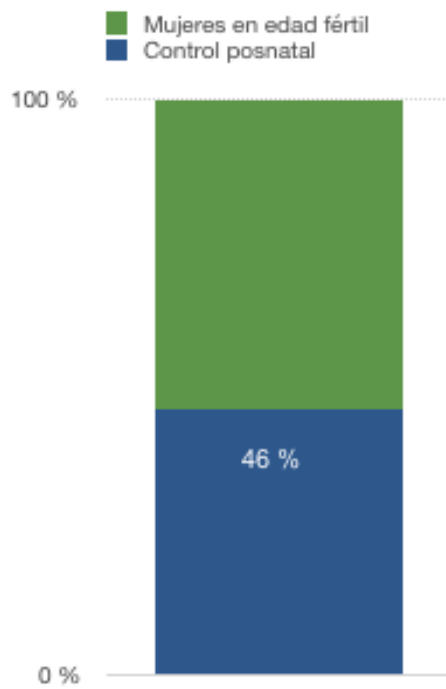
**Gráfico 3.** Distribución de las mujeres en edad fértil que trabajan en alguna actividad económica remunerada.

*Elaborado por el investigador en base a la referencia bibliográfica (32)*



**Gráfico 4.** Distribución de las mujeres en edad fértil que no desean tener hijos.

*Elaborado por el investigador en base a la referencia bibliográfica (32)*



**Gráfico 5.** Distribución de las mujeres en edad fértil que reciben control posnatal antes de los 41 días posteriores al parto.

*Elaborado por el investigador en base a la referencia bibliográfica (32)*

## 11. ANEXOS

### 11.1 Consentimiento Informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTA DIRIGIDO A MUJERES QUE SE ENCUENTREN CURSANDO ENTRE LA 4TA Y 10MA SEMANA POSPARTO, DESPUES DE HABER SIDO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2015 - ENERO 2016, A QUIENES SE LES INVITA A PARTICIPAR EN EL TRABAJO DE INVESTIGACION TITULADO:

“VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK COMO PRUEBA DE TAMIZAJE PARA LA DEPRESIÓN POST PARTO EN MUJERES CURSANDO EL PUERPERIO TARDÍO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2015 – ENERO 2016”.

Investigador Principal: Daniela Acuña Paz y Miño

Director del Trabajo de investigación: Dr. Alexander Guerrero Espín, Ginecólogo

Tutor Metodológico: Msc. Ana Maria Troya

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio)
- Formulario de Consentimiento (para firmar si esta de acuerdo en participar). Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado

## ***PARTE I: Información***

### ***Introducción***

Mi nombre es Daniela Acuña P. Soy estudiante egresada de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estamos realizando el trabajo final de investigación para obtener la titulación de Médico Cirujano.

Le voy a dar información respecto al tema de investigación e invitarle a participar de este trabajo. Su colaboración es absolutamente voluntaria.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me para según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas mas tarde, puede preguntarme a mi o al doctor que dirige la investigación.

### ***Propósito***

La depresión posparto es uno de los trastornos anímicos que con mayor frecuencia se asocia al nacimiento y con mayor repercusión sobre la salud personal y familiar. Su identificación es muy importante para un manejo adecuado y la prevención de repetición de la enfermedad en los próximos nacimientos. Tomando en cuenta que las alteraciones anímicas son importantes no solamente en la salud de la madre sino que representan un factor determinante en el desarrollo posterior del recién nacido y en la consolidación de la familia, consideramos de suma importancia la identificación de esta enfermedad mediante la utilización de una herramientas de tamizaje adecuadas, que permitan diferenciar esta enfermedad de aquellos cambios normales de esta etapa.

Este proyecto de investigación tiene como propósito establecer la utilidad de una herramienta específica (el inventario de depresión de Beck) para la identificación de la depresión posparto en la población estudiada. Además, identificar los factores de riesgo que pudieran provocar una variación en la capacidad del IDB para el tamizaje de esta enfermedad.

### ***Tipo de Intervención de Investigación***

Esta investigación incluirá la aplicación de 2 encuestas para la valoración de factores de riesgo, así como 2 escalas para el tamizaje de la Depresión Postparto. Adicionalmente se solicitarán datos demográficos para asegurar el contacto telefónico posterior con los participantes.

### ***Selección de participantes***

Estamos invitando a las mujeres que hayan sido atendidas por parto normal o cesárea en el Hospital San Francisco de Quito en el periodo Noviembre 2015 - Enero 2016.

Las participantes deberán ser mayores de edad, no deben presentar enfermedades depresivas anteriores y el RN no debe haber presentado ningún tipo de enfermedad.

### ***Participación voluntaria***

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta institución y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

### ***Procedimientos y Protocolo***

Este trabajo de investigación se llevara a cabo en dos etapas. En la primera de ellas se identificarán factores de riesgo psicosociales, para lo cual se empleará el cuestionario de Duke para la valoración de la percepción de apoyo social y el APGAR familiar para la valoración de la percepción del funcionamiento familiar.

En la segunda etapa, comprendida entre la 4 – 10 semana postparto, se emplearán la Escala de Edimburgo y la Escala de Beck con el fin de identificar pacientes que presenten depresión postparto. La aplicación simultánea de ambas escalas se realiza con el fin comparativo de identificar la mejor herramienta de tamizaje para la depresión postparto.

**Riesgos**

El presente trabajo de investigación no expone a los participantes a ningún tipo de riesgo o exposición biológica, química o física.

**Confidencialidad**

La información obtenida en esta investigación no será entregada ni utilizada con otros fines más que los puramente académicos.

La identidad e información personal del paciente se mantendrá en absoluta confidencialidad, la información será manejada con códigos que aseguren el anonimato de los participantes.

**Derecho a negarse**

Usted no tiene porque tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador 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 este comité, contacte al comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

**PARTE II: Formulario de Consentimiento**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con Cédula de Identidad número \_\_\_\_\_, acepto voluntariamente participar en el estudio de titulación denominado “VALIDACION DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK COMO PRUEBA DE TAMIZAJE PARA LA DEPRESION POST PARTO EN MUJERES CURSANDO EL PUERPERIO TARDIO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2015 – ENERO 2016”. Siendo mi decisión tomada de manera voluntaria y en pleno uso de mis facultades, confirmando que he sido informado adecuadamente acerca de la definición, objetivos y riesgos del mismo, siendo mis dudas despejadas detalladamente y con un lenguaje comprensible para mi persona.

Así mismo es de mi conocimiento que los datos que proporcione serán manejados bajo absoluta reserva. Además conozco que tengo derecho a renunciar a mi participación en dicho estudio en el momento que yo desee o estime convenientemente así como a declarar la nulidad del presente consentimiento.

Firma (paciente): \_\_\_\_\_

CI:

Firma (testigo): \_\_\_\_\_

CI:

Firma (investigador): \_\_\_\_\_

CI:

## 11.2 Herramientas utilizadas

### **11.2.1 INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK-II**

DE LOS SIGUIENTES 21 PLANTEAMIENTOS, ELIJA EL QUE MEJOR REFLEJE SU OPINION

1. a. No me siento triste b. Me siento triste c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo	2. a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro b. Me siento desanimado frente al futuro c. Siento que no tengo nada que esperar d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar
3. a. No creo que sea un fracaso b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona	4. a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes b. No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo
5. a. No me siento especialmente culpable b. No me siento culpable una buena parte del tiempo c. Me siento culpable casi siempre d. Me siento culpable siempre	6. a. No creo que este siendo castigado b. Creo que puedo ser castigado c. Espero ser castigado d. Creo que estoy siendo castigado
7. a. No me siento decepcionado de mí mismo b. Me he decepcionado a mí mismo c. Estoy disgustado conmigo mismo d. Me odio	8. a. No creo ser peor que los demás b. Me critico por mis debilidades y errores c. Me culpo siempre por mis errores d. Me culpo de todo lo malo que me sucede

<p>9.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No pienso en matarme</li> <li>b. Pienso en matarme pero no lo haría</li> <li>c. Me gustaría matarme</li> <li>d. Me mataría si tuviera la oportunidad</li> </ul>	<p>10.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No lloro más de lo de costumbre</li> <li>b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer</li> <li>c. Ahora lloro todo el tiempo</li> <li>d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera</li> </ul>
<p>11.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Las cosas no me irritan más que de costumbre</li> <li>b. Las cosas me irritan más que de costumbre</li> <li>c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo</li> <li>d. Ahora me siento irritado todo el tiempo</li> </ul>	<p>12.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No he perdido el interés por otras personas</li> <li>b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre</li> <li>c. He perdido casi todo el interés por otras personas</li> <li>d. He perdido todo mi interés por otras personas</li> </ul>
<p>13.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tomo decisiones casi siempre</li> <li>b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre</li> <li>c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes</li> <li>d. Ya no puedo tomar decisiones</li> </ul>	<p>14.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre</li> <li>b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos</li> <li>c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto y parezco poco atractivo</li> <li>d. Creo que me veo feo</li> </ul>
<p>15.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Puedo trabajar tan bien como antes</li> <li>b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo</li> <li>c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa</li> <li>d. No puedo trabajar en absoluto</li> </ul>	<p>16.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Puedo dormir tan bien como antes</li> <li>b. No puedo dormir tan bien como solía</li> <li>c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volverme a dormir</li> <li>d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir</li> </ul>

<p>17.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No me canso más que de costumbre</li> <li>b. Me canso más fácilmente que de costumbre</li> <li>c. Me canso sin hacer nada</li> <li>d. Estoy demasiado casado como para hacer algo</li> </ul>	<p>18.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mi apetito es peor que de costumbre</li> <li>b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser</li> <li>c. Mi apetito esta mucho peor ahora</li> <li>d. Ya no tengo apetito</li> </ul>
<p>19.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.</li> <li>b. He rebajado más de dos kilos y medio</li> <li>c. He rebajado más de cinco kilos</li> <li>d. He rebajado más de siete kilos y medio</li> </ul>	<p>20.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre</li> <li>b. Estoy preocupado por mis problemas físicos como por ejemplo: dolores, molestias estomacales, estreñimiento</li> <li>c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa</li> <li>d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa</li> </ul>
<p>21.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo</li> <li>b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar</li> <li>c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo</li> <li>d. He perdido por completo el interés en el sexo</li> </ul>	<p>22.</p> <p><b>Puntaje total:</b></p>

\*FUENTE: Manual Inventario de Depresión de Beck -II, The Psychological Corporation, Editorial Pearson. 1993

### 11.2.2 ESCALA DE DEPRESIÓN POSNATAL DE EDIMBURGO

Escala de Edimburgo. Versión validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. (*J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91)

#### ESCALA DE EDIMBURGO

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

En los últimos 7 días:

- |   |  |
|---|--|
| 1) <i>He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</i><br>tanto como siempre<br>no tanto ahora<br>mucho menos ahora<br>no, nada                              | 6) <i>Las cosas me han estado abrumando:</i><br>sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto<br>sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre<br>no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien<br>no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre |
| 2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i><br>tanto como siempre<br>menos que antes<br>mucho menos que antes<br>casi nada   | 7) <i>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</i><br>sí, la mayor parte del tiempo<br>sí, a veces<br>no con mucha frecuencia<br>no, nunca   |
| 3) <i>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:</i><br>sí, la mayor parte del tiempo<br>sí, a veces<br>no con mucha frecuencia<br>no, nunca | 8) <i>Me he sentido triste o desgraciada:</i><br>sí, la mayor parte del tiempo<br>sí, bastante a menudo<br>no con mucha frecuencia<br>no, nunca  |
| 4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i><br>no, nunca<br>casi nunca<br>sí, a veces<br>sí, con mucha frecuencia   | 9) <i>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</i><br>sí, la mayor parte del tiempo<br>sí, bastante a menudo<br>sólo ocasionalmente<br>no, nunca   |
| 5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i><br>sí, bastante<br>sí, a veces<br>no, no mucho<br>no, nunca   | 10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i><br>sí, bastante a menudo<br>a veces<br>casi nunca<br>nunca   |

\*FUENTE: Castañón S C, Pinto L J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Revista médica de Chile.* julio de 2008;136(7):851-8. .

### 11.2.3 Cuestionario de Duke

Instrucciones para el paciente:  En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
	1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares				
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>					

\*FUENTE: Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Castillo L del, Dios J de, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria. el 15 de septiembre de 1996;18(4):153–63.

### 11.2.4 APGAR Familiar

#### APGAR FAMILIAR. ADULTOS

FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

1111 1111

\*FUENTE: Cuba S, A M, Alcalá Espinoza M. APGAR Familiar: Una Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar. Revista Médica La Paz. 2014;20(1):53-7.

### 11.2.5 Información Demográfica

<b>EDAD:</b>	<b>OCUPACION:</b>
	<b>CONVIVENCIA:</b>
<b>ESTADO CIVIL:</b> a. CASADA b. SOLTERA c. UNION LIBRE d. OTRAS	<b>NIVEL DE INSTRUCCION:</b> a. NINGUNO b. PRIMARIA c. SECUNDARIA d. SUPERIOR
<b>PERIODO INTERGENESICO:</b> a. MAYOR A 2 AÑOS b. MENOR A 2 AÑOS c. NO APLICA	<b>EMBARAZO PLANIFICADO:</b> a. SI b. NO
<b>NUMERO DE HIJOS:</b> a. PRIMIPARA b. MULTIPARA	<b>TIPO DE PARTO:</b> a. CESAREA b. CEFALOVAGINAL

*\*Elaborado por el investigador*

## 11.3 Criterios del DSM-5 para la depresión posparto

---

### Trastorno de depresión mayor

---

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
- Nota:** No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
  2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
  3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
  4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
  5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
  6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
  9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

**Nota:** Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

**Nota:** Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular

un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.<sup>1</sup>

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

**Nota:** Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

---

<sup>1</sup>Para distinguir la culpabilidad de un episodio de depresión mayor (EDM), es útil tener en cuenta que en la culpabilidad el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM, es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer. La disforia en la culpabilidad probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, las denominadas punzadas de culpa. Estas oleadas tienden a asociarse a pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos. El dolor de la culpabilidad puede ir acompañado de humor y emociones positivas que no son característicos de la intensa infelicidad y miseria que caracteriza a un EDM. El contenido de los pensamientos asociados a la culpabilidad generalmente presenta preocupación vinculada a pensamientos y recuerdos del difunto, y no la autocrítica o la rumiación pesimista que se observa en un EDM. En la culpabilidad, la autoestima por lo general se conserva, mientras que en un EDM son frecuentes los sentimientos de no valer para nada y de desprecio por uno mismo. Si en la culpabilidad existen ideas de autoanulación, implican típicamente la percepción de haber fallado al difunto (p. ej., no haberlo visitado con más frecuencia, no decirle lo mucho que lo quería). Si un individuo en duelo piensa en la muerte y en el hecho de morir, estos pensamientos se centran por lo general en el difunto y posiblemente en "reunirse" con él, mientras que en un EDM estos pensamientos se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión.

## ■ Criterios para la especificación de inicio en el posparto

*Especificar si:*

**Con inicio en el posparto** (puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve)

Inicio del episodio en las primeras 4 semanas del posparto

■ **Criterios para el diagnóstico de F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único [296.2x]**

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor (v. pág. 333).
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio mixto (v. pág. 341) o un episodio hipomaníaco (v. pág. 344). **Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

■ **Criterios para el diagnóstico de F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante [296.3x]**

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores (v. pág. 333).

*Nota:* Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio mixto (v. pág. 341) o un episodio hipomaníaco (v. pág. 344). **Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

*Codificar* el estado del episodio actual o más reciente (v. pág. 384):

- .0 Leve**
- .1 Moderado**
- .2 Grave sin síntomas psicóticos**
- .3 Grave con síntomas psicóticos**
- .4 En remisión parcial/en remisión total**
- .9 No especificado**

*Especificar* (para el episodio actual o para el más reciente):

[Para CIE-9-MC **Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión** (v. pág. 384)]

**Crónico** (v. pág. 390)

**Con síntomas catatónicos** (v. pág. 390)

**Con síntomas melancólicos** (v. pág. 391)

**Con síntomas atípicos** (v. pág. 392)

**De inicio en el posparto** (v. pág. 394)

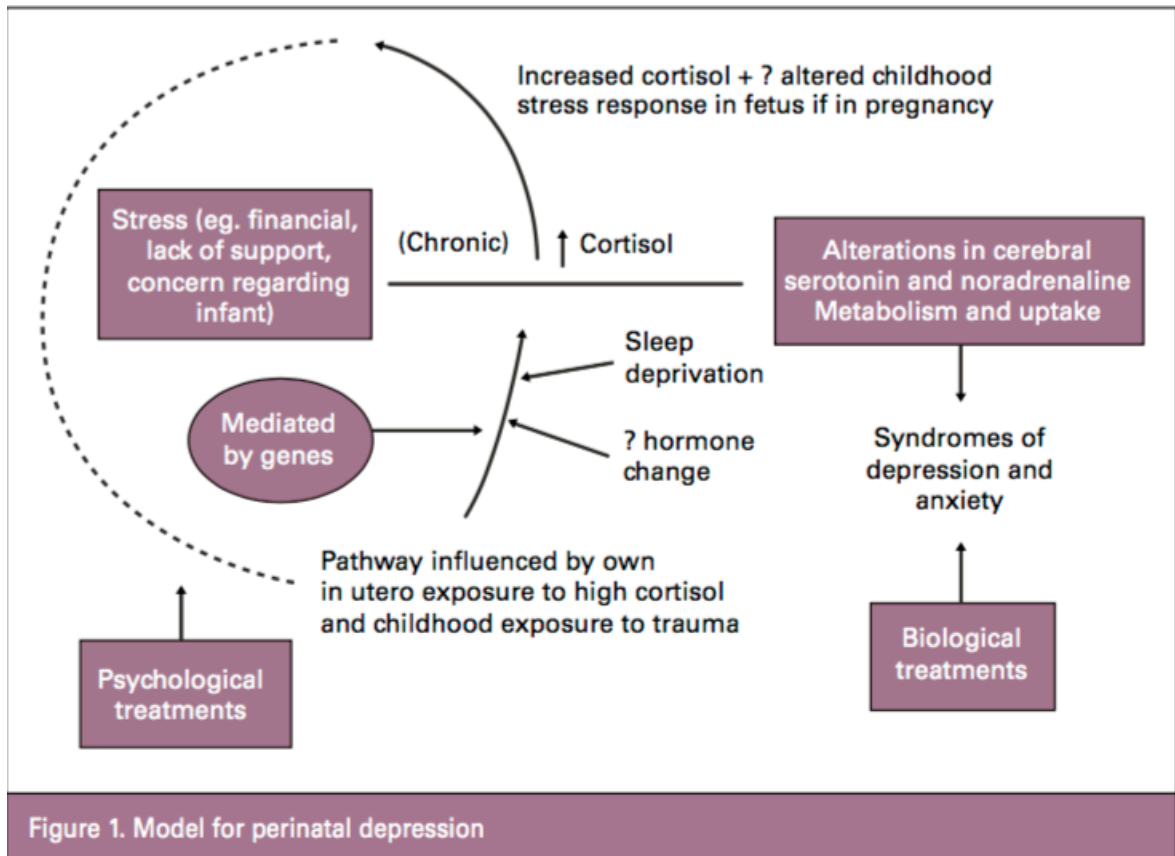
FUENTE: American psychiatry association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- 5). (5ta ed.). Madrid: Editorial Medica Panamericana ; c2014.

## 11.4 Criterios del CIE-10 para depresión posparto

Criterios Diagnósticos Generales 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: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos
1. Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
3. Despertarse en la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo
5. Presencia de enlentecimiento motor o agitación
6. Pérdida marcada del apetito
7. Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
8. Notable disminución del interés sexual
Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo según CIE-10*+
A. Criterios generales para episodio depresivo
1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:
1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad
C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:
1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso
D. Puede haber o no Síndrome Somático (tabla N° 5)

FUENTE: World Health Organization (2000) Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana

## 11.5 Teoría de la fisiopatología



FUENTE: Buist A. Perinatal Depression--Assessment and Management. Aust Fam Physician. septiembre de 2006;35(9):670-3