



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

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE PENSAMIENTO
SALUDABLE EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD ANIDADO
OTAVALO DIAGNOSTICADAS DE DEPRESIÓN PERINATAL LEVE EN
EL PERIODO ENERO 2019 – MARZO 2019**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

DRA. COLTA CAMUENDO MARÍA AMALIA

DRA. MENA CISNEROS NATHALY CONCEPCIÓN

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. BETZABÉ TELLO

Ibarra, 2019

AGRADECIMIENTO

Presentamos nuestros más sinceros agradecimientos a nuestra directora de tesis, Dra. Betzabé Tello, quien participó activamente de esta investigación y sin su apoyo no hubiera sido posible su realización, además agradecemos al personal del Centro de Salud Anidado Otavalo y a todas las madres que colaboraron en nuestro estudio. Agradecemos también por el apoyo y el trabajo realizado al Dr. Víctor Hugo Mena quien nos guio en la realización de esta investigación.

De manera muy especial a la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, responsable de nuestra formación.

Las autoras.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	vii
ABSTRACT.....	ix
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	4
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	4
2.1. SALUD MENTAL	4
2.1.1. SALUD MENTAL MATERNA.....	5
2.1.2. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	6
2.2. DEPRESIÓN.....	9
2.2.1. DEFINICIÓN	9
2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA	13
2.2.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS	16
2.2.4. MEDICINA FAMILIAR Y DEPRESIÓN	18
2.2.5. FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN.....	19
2.2.6. FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN	20
2.2.7. APOYO SOCIAL Y FAMILIAR.....	20
2.2.8. FISIOPATOLOGÍA	21
2.2.8.1. <i>Neurobiología</i>	23
2.2.9. TAMIZAJE	24
2.2.10. EXÁMENES DE LABORATORIO.....	28
2.2.11. EFECTOS DE LA DEPRESIÓN EN LA MADRE.....	28
2.2.12. EFECTOS DE LA DEPRESIÓN EN EL NIÑO.....	29
2.2.13. PREVENCIÓN.....	30
2.2.14. TRATAMIENTO.	31
2.3. THINKING HEALTHY PROGRAM – PENSAMIENTO SALUDABLE	37
CAPÍTULO III.....	39
MÉTODOS	39
3.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	39
3.2. OBJETIVOS	39
3.3. HIPÓTESIS.....	40
3.4. METODOLOGÍA	40
3.4.1. Operacionalización de variables del estudio	40
3.4.2. Recolección de la Información	42

3.4.3.	Criterios de Inclusión y Exclusión.....	43
3.4.4.	Tipo de Estudio	44
3.4.5.	Proceso de implementación de la Estrategia.....	44
3.4.6.	Plan de análisis de datos	47
CAPÍTULO IV		49
RESULTADOS		49
CAPÍTULO V		58
DISCUSIÓN		58
CAPÍTULO VI		62
CONCLUSIONES		62
RECOMENDACIONES		63
BIBLIOGRAFÍA		64
ANEXOS		72
ANEXO 1. Cuestionario PHQ9.....		72
ANEXO 2. Formulario de Implementación del pensamiento saludable		72
ANEXO 3. Cuestionario de Duke (apoyo social y familiar)		74
ANEXO 4. HADS Hospitalary anxiety and Depression Scale (solo síntomas de depresión)		75
ANEXO 5: Formulario de Consentimiento informado.....		76

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Trastorno de estado de ánimo en el embarazo	10
Tabla 2. Criterios DSM V	12
Tabla 3. Factores de riesgo para depresión.....	20
Tabla 4. Cuadro comparativo de herramientas de detección de depresión.....	27
Tabla 5. Variables de estudio	40
Tabla 6. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	43
Tabla 7. Frecuencia de depresión perinatal leve en mujeres que acuden al Centro de Salud Otavalo en los meses de enero a marzo del 2019	49
Tabla 8. Características sociodemográficas de las pacientes con depresión perinatal leve. ..	50
Tabla 9. Relación de las variables demográficas con depresión Perinatal en mujeres que acuden al Centro de Salud Otavalo en los meses de enero a marzo del 2019	51
Tabla 10. Frecuencia de síntomas depresivos en mujeres del Centro de Salud Otavalo diagnosticadas con depresión perinatal leve usando el instrumento HADS	53
Tabla 11. Comparación de la frecuencia de síntomas depresivos antes y después de la implementación de la Estrategia de Pensamiento Saludable en mujeres con depresión perinatal leve que acuden del Centro de Salud Anidado Otavalo.	53
Tabla 12. Frecuencia del resultado del HADS antes y después de la implementación de la estrategia	56
Tabla 13. Pruebas del Chi-cuadrado.....	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluctuación de hormonas durante el embarazo	22
Figura 2. Recolección de muestra.	43
Figura 3. Proceso de implementación de la Estrategia	44

RESUMEN

Objetivo: Estimar el efecto de la implementación de la estrategia de Pensamiento Saludable en la frecuencia de síntomas depresivos en mujeres del Centro de Salud Anidado Otavalo diagnosticadas con depresión perinatal leve.

Materiales y métodos: Estudio cuasi experimental de antes y después. Universo: 325 mujeres en etapa perinatal que acuden al Centro de Salud Anidado Otavalo. Muestra: por conveniencia no probabilística. Recolección de datos: se empleó la “Escala de Depresión Posparto de Edimburgo” (EDPE), el cuestionario de Salud el Paciente – 9 (PHQ -9) y la Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HADS) para determinar sintomatología de depresión periparto (DPP). Procesamiento: se utilizó el software SPSS 25. Análisis: las variables categóricas fueron analizadas con frecuencias relativas y frecuencia absoluta. Las variables cuantitativas fueron analizadas con medidas de tendencia central y de dispersión. El test de Chi cuadrado de Pearson, fue aplicado en las variables categóricas. Se aplicó el test T de student para valorar la diferencia de medias en los resultados y se consideró el valor de $p < 0.05$ para determinar significancia estadística.

Resultados: de un total de 325 participantes de línea base, el 31% de mujeres presentaron depresión perinatal, de ese porcentaje el 85.15% presentaron depresión leve, 11.88% depresión moderada y 2.97% depresión severa, los factores que tuvieron mayor asociación al cuadro depresivo fueron: edad entre 17 – 22 años, primigestas, escolaridad primaria, antecedente de depresión y apoyo emocional. El síntoma más predominante fue el de sentirse a veces cada día más lento (61.02%). Después de la

implementación de la “Estrategia del Pensamiento Saludable” hubo una reducción en la frecuencia de los síntomas depresivos evaluados a través de la escala HADS con una $p:0,595$.

Conclusiones: La implementación de la Estrategia de Pensamiento Saludable en mujeres con depresión leve redujo la sintomatología depresiva según la escala HADS.

Palabras Clave: Depresión, Periparto, Pensamiento Saludable, terapia cognitivo conductual.

ABSTRACT

Objective: To estimate the effect of the implementation of Thinking Healthy strategy on the frequency of depressive symptoms in women at the Anidado Otavalo Health Center diagnosed with mild perinatal depression.

Materials and methods: A Quasi experimental study before and after. Cross- section sample: 325 women in perinatal stage who come to the Otavalo Anidado Health Center. Sample: for convenience not probabilistic. Data collection: "Edinburgh Postpartum Depression Scale" (EDPE), Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ -9) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were used to determine peripartum depression symptoms (DPP). Processing: SPSS 25 software was used. Analysis: the categorical variables were analyzed with relative frequencies and absolute frequency. The quantitative variables were analyzed with measures of central tendency and dispersion. Pearson's square Chi test was applied in the categorical variables. The T student test was applied to assess the difference of measurement in the results and the value of $p < 0.05$ was considered to determine statistical significance.

Results: Out of a total of 325 baseline participants, 31% of women had perinatal depression, of which 85.15% had mild depression, 11.88% moderate depression and 2.97% severe depression. The factors that had greatest association with depression picture were: age between 17 – 22 years, first pregnancy, primary schooling, prior experience of depression and emotional support. The most prevalent symptom was

feeling sometimes slower every day (61.02%). After the implementation of the "Healthy Thinking Strategy" there was a reduction in the frequency of depressive symptoms evaluated through the HADS scale with a p: 0,595.

Conclusions: The implementation of the Healthy Thinking Strategy in women with mild depression reduced depressive symptomatology according to the HADS scale.

Keywords: Depression, peripartum, Healthy Thinking, cognitive behavioral therapy.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental episódico y/o recurrente que se presenta como un síndrome o agrupación de síntomas predominantemente afectivos como: tristeza, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, energía disminuida, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, los mismos que configuran una afectación global de la vida en el ámbito psíquico y físico(Benavides & León, 2017).

La depresión es considerada hoy como un importante problema de salud pública, porque su prevalencia se ha incrementado, produciendo afectación de la calidad de vida de las personas, una marcada discapacidad y su repercusión sobre la estructura familiar y social así como el incremento en el uso de los servicios de salud(Benavides & León, 2017).

Según la OMS se estima que para el 2020 la depresión a nivel mundial será la segunda causa de discapacidad, ocupando el primer lugar entre las enfermedades de salud mental en las unidades de primer nivel de atención con un 19%.

La frecuencia de depresión en las mujeres se presenta entre dos y tres veces más que los hombres. Siendo las cifras más altas en los años de vida fértil, es así que las mujeres pueden deprimirse antes del embarazo o durante el mismo (M. E. Jadresic, 2018).

En el 2013, el DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tomando en cuenta que el 50% de episodios de depresión posparto se presentan durante el embarazo, reemplazó el nombre de “posparto” por el de “periparto”, para que el término pueda ser aplicado a todo episodio depresivo desde el comienzo del embarazo o después del parto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental materna como "un estado de bienestar en el que la madre se da cuenta de sus propias capacidades puede hacer frente al estrés normal de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y puede contribuir a su comunidad ".

A nivel mundial el 12 a 20% de mujeres embarazadas y en periodo de posparto presentan en el primer año depresión perinatal. Estas mujeres muestran como consecuencia de la depresión materna: parto prematuro, interacción negativa materno infantil, problemas de conducta infantil y en los casos graves suicidio e infanticidio (Avalos, Raine-Bennett, Chen, Adams, & Flanagan, 2016).

Según Abdollahi, Abhari, & Zarghami (2017) los primeros seis meses después del parto es un momento crítico para el desarrollo físico y psicológico de un niño. Los hijos de mujeres deprimidas sufren falta de afecto y el desarrollo psicomotor y cognitivo se ve alterado.

En la última década, la evidencia de la efectividad de las intervenciones dirigidas por no especialistas en salud mental (por ejemplo, involucrando a enfermeras, visitantes de la salud y parteras) en países de altos ingresos, ha ido en aumento (Abdollahi, Abhari, & Zarghami, 2017).

El Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 - 2020 de la OMS, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2013, recomienda una atención social y de

salud mental integral, integrada y receptiva, así como la aplicación de estrategias de promoción y prevención, mencionando como ejemplo la salud mental materno-infantil integrada.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. SALUD MENTAL

Según la OPS/OMS la Salud Mental es “la condición de la vida humana que resulta de un armónico desarrollo intelectual, emocional y social del individuo y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio del medio”

Aguilar, (2011) refiere que la salud mental según la Academia Americana de Psiquiatría es tan sencilla como el 1, 2,3:

1. Estar bien consigo mismo
2. Estar bien con los demás
3. Afrontar los problemas de la vida diaria

No hay salud sin salud mental, este mensaje expresa claramente la necesidad de un abordaje integral de la salud y enfatiza los vínculos entre lo físico y lo psicosocial en el proceso de la salud y la enfermedad (O. M. D. La Salud, 2013).

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Misma que puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos que tienen que abordarse

mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a todo el gobierno (O. P. de la Salud, 2015).

2.1.1. SALUD MENTAL MATERNA

Najia Atif, Lovell, & Rahman, (2015) cita a la OMS quien define la salud mental materna como "un estado de bienestar en el que una madre se da cuenta de sus propias habilidades puede hacer frente al estrés normal de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y puede hacer una contribución a su comunidad".

La depresión perinatal se ha descrito como una amenaza global para el desarrollo infantil , y se reconoce como un problema importante de salud pública, especialmente en países de bajos y medianos ingresos (Chowdhary et al., 2014).

La Salud Mental Perinatal está aún lejos de tener una presencia sólida en las estructuras asistenciales y formativas de Salud Mental; sin embargo, también ha habido progresos que muestran el esfuerzo de muchos/as profesionales en este ámbito por hacer visible una realidad que sufren las madres y sus hijos (Lasheras & Echeverria, 2017).

Las madres deprimidas reconocen como barreras para pedir ayuda, la dificultad de definir como enfermedad su malestar psicológico, la falta de redes de apoyo y el miedo a ser catalogada de “loca”, la creencia de que la depresión se supera con fuerza de voluntad, lo que conlleva a una desestimación de los beneficios que puede tener el tratamiento médico y psicológico (Rojas et al., 2015).

La mayoría de las mujeres que presentan síntomas depresivos no son evaluadas y no reciben el tratamiento adecuado. Incluso en los sistemas de salud que realizan una “detección universal” de la depresión perinatal (Alhusen & Alvarez, 2016).

2.1.2. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Según Ugarte et al., 2017 “En los últimos años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la mejora de la salud mental materna como una parte fundamental de los Objetivos de Desarrollo del Milenio”.

En los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en relación con la salud, para el 2030 espera reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

En el Plan Nacional de desarrollo 2017-2019 se menciona que la salud constituye un componente primordial de una vida digna, pues esta repercute tanto en el plano individual como en el colectivo y su ausencia puede traer efectos intergeneracionales. Esta visión integral de la salud y sus determinantes exhorta a brindar las condiciones para el goce de la salud de manera integral, que abarca no solamente la salud física, sino también la mental (República del Ecuador, 2017).

El Plan de Acción de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para 2013-2020 exige la provisión de servicios sociales y de salud mental integrales e integrados, incluidos programas de promoción y prevención en comunidades que integren las perspectivas y la participación de los usuarios de servicios y las familias. La agenda de salud mental no se ha incorporado al sistema de atención primaria de salud en la mayoría de los países de ingresos bajos y medios (LMIC). Las barreras para la provisión de atención primaria de salud mental materna en LMIC incluyen la falta de recursos humanos y financieros y, con frecuencia, la doble carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles, que relegan la salud mental. (Najia Atif et al., 2015)

La comorbilidad psiquiátrica de la depresión conlleva dificultades en el manejo clínico, peor pronóstico, incluidas mayores probabilidades de resistencia al tratamiento y de recurrencia, mayor riesgo de suicidio y mayor utilización de recursos sanitarios. Sin embargo, a menudo la comorbilidad no se detecta y no se aborda adecuadamente (Aragones, Piñol, & Labad, 2008).

La integración de la salud mental materna requiere colaboración intersectorial y enfoques de todo el sistema de salud, centrándose en la prevención y el tratamiento a lo largo del ciclo vital y empleando intervenciones basadas en la evidencia.(Najia Atif et al., 2015)

La importancia de la atención de salud mental comunitaria puede tener una relevancia aún mayor en países de ingresos medios (LMIC) en comparación con los países de ingresos altos (HIC). La brecha entre la carga de los trastornos mentales y los servicios disponibles basados en la evidencia es asombrosa en LMIC. Los altos niveles de estigma hacia las personas con enfermedades mentales entre el público en general y los trabajadores de la salud son una barrera para la búsqueda de servicios especializados de salud mental. Además, la falta de programas de detección para identificar a las personas que necesitan atención, la falta de infraestructura de transporte para llegar a los establecimientos de salud. (Kohrt et al., 2018)

Los servicios de Salud Mental en la actualidad son poco accesibles debido a las barreras de diversa índole que existen principalmente las socioculturales (estigma) y la falta de acceso a profesionales capacitados en el primer nivel de atención y especialistas en el segundo y tercer nivel. Se debe tomar en cuenta que los pocos servicios que existen en el Sistema de Salud están enfocados en la enfermedad y

orientados por los modelos: curativo y biológico clínico que enfatizan la atención psiquiátrica (Hernán, Samaniego, & Aguilar, 2013).

Esta situación en los servicios provoca que la población, al no contar con la cantidad suficiente de servicios y profesionales de salud mental en el primer nivel, que es la puerta de entrada al sistema; es decir, donde se identifica a las personas que requieren de atención de un especialista, se “auto refieran” a hospitales generales y psiquiátricos y/o clínicas especializadas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

La OMS (2007) recomienda que la atención de salud mental: “se la debe proporcionar mediante los servicios de salud general y en entornos comunitarios. Las grandes instituciones psiquiátricas centralizadas deben ser reemplazadas por otros servicios de salud mental más apropiados a través del modelo comunitario que integra la participación, no solo de los profesionales de salud, sino las organizaciones sociales, culturales y comunitarias” en este sentido plantea siete recomendaciones en base al modelo OMS/ WONCA:

- a. Reducir el número de hospitales psiquiátricos
- b. Establecer servicios comunitarios de salud mental.
- c. Crear servicios de salud mental en los hospitales generales
- d. Integrar la salud mental en la atención primaria de salud
- e. Colaboración con los servicios comunitarios de salud no formales
- f. Promover el auto cuidado
- g. Fomentar la colaboración intersectorial e intrasectorial

La salud mental en la atención primaria mejora la accesibilidad física, económica y cultural y ofrece la posibilidad de tratar a las personas en su propio entorno y

proporciona una respuesta rápida a las personas cuando presentan recaídas en su tratamiento (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

2.2. DEPRESIÓN

2.2.1. DEFINICIÓN

La depresión es un trastorno mental episódico y/o recurrente que se presenta como un síndrome o agrupación de síntomas predominantemente afectivos como: tristeza, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, energía disminuida, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, los mismos que configuran una afectación global de la vida en el ámbito psíquico y físico (Benavides & León, 2017)

Desde el punto de vista etimológico, el término depresión deriva del latín “depressio”, que significa opresión, encogimiento o abatimiento.

Es de considerar que, aunque la maternidad es una etapa sumamente satisfactoria para la mayoría de las mujeres, para muchas otras puede significar un período de angustia y depresión con dificultades asociadas que inciden negativamente en la calidad de vida materna y del neonato.(Fernández, Iturriza, Toro, & Valbuena, 2014)

2.2.1.1. *DEPRESIÓN MATERNA PERINATAL*

Según DSM-5 considera que la depresión perinatal puede ocurrir en el embarazo y el puerperio por lo que se refiere como trastorno depresivo del periparto, todo trastorno depresivo sin síntomas psicóticos que comienza durante el embarazo o dentro de las cuatro semanas después del parto y se amplía a todo el primer año de vida del niño.

2.2.1.2. **BABY BLUES**

Aproximadamente 60 a 85% de mujeres puede presentar algunos síntomas de apariencia depresiva en los primeros días del postparto.

Se refieren a una condición transitoria caracterizada por varios síntomas depresivos leves, como tristeza, llanto, irritabilidad, ansiedad, insomnio, agotamiento y disminución de la concentración, así como la flexibilidad del estado de ánimo que puede incluir euforia. Aparece en forma más o menos brusca e inesperada los primeros días posparto, típicamente alrededor del tercer o cuarto día y mejora de forma espontanea dentro de las 2 a 3 semanas siguientes (E. Jadresic, 2017) (Viguera, Roy-Byrne, Lockwood, & Solomon, 2018).

Se puede diferenciar el Baby Blues con características como las que se describen en la Tabla 1. ; y se deben tomar en cuenta los criterios DSM-V (Tabla 2) para el diagnóstico de la depresión periparto.

Tabla 1. Trastorno de estado de ánimo en el embarazo

	Tristeza postparto (Baby blues)	Depresión Postparto	Psicosis Postparto
Causas	Producida por cambios hormonales psicológicos y sociales	Factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales	Factores de riesgo (especialmente haber padecido trastornos afectivos, esquizofrenia o PPP previa)
Prevalencia	60- 85% de las mujeres que dan a luz	13 –32%	1 -2 mujeres por cada 1000 partos
Aparición	Entre los 2 -3 días posteriores al parto .Desaparece luego de 2 a 3 semanas	Puede aparecer durante el embarazo, y 4 semanas luego parto prolongandose hasta 1 año despues	Puede iniciar entre el 3 y 9no día, pero puede iniciar incluso hasta el sexto mes
Severidad	Disfuncion leve	Disfunción moderada a severa	Disfunción severa
Ideación suicida	No presente	Puede estar presente	Presente
Intervención	Informar a la mujer, pareja, familia. Acompañamiento y apoyo	Terapia individual / medicación	Tratamiento farmacológico , hospitalización y terapia psicosocial.

Modificado de: (Langan, Goodbred, Luke, Family, & Residency, 2016a); (Medina-Serdán, Reproducción, Artículo, & Revisión, 2013)

Tabla 2. Criterios DSM V

CRITERIOS DSM V
A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio con respecto al funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, como lo indica un informe subjetivo (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) u observación hecha por otros (por ejemplo, parece llorosa). (Nota: En niños y adolescentes, puede estar de humor irritable.) 2. Disminuye notablemente el interés o el placer en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica la observación subjetiva o la observación). 3. Pérdida de peso significativa cuando no está haciendo dieta o si aumenta de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminuye o aumenta el apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considere no lograr el aumento de peso esperado). 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o de desaceleración). 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no meramente auto reproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por cuenta subjetiva o según lo observado por otros). 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.
B. Los síntomas causan un malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.
C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.
Nota: los criterios A-C representan un episodio depresivo mayor.
Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. Ej., Pérdida de un ser querido, ruina financiera, pérdida por un desastre natural, una enfermedad médica grave o discapacidad) pueden incluir sentimientos de tristeza intensa, rumiación sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. En el criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque dichos síntomas pueden ser comprensibles o considerados apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa también debe considerarse cuidadosamente. Esta decisión inevitablemente requiere el ejercicio de un juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de la angustia en el contexto de la pérdida.
. D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otros trastornos psicóticos.
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco. Nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica.
Nota: No incluya los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica

Nota: DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, 5ª ed.

Reimpreso con permiso de la Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013: 160-161.(Psiquiatría, 2013)

2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo con lo que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS) en términos de carga y prevalencia, la depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales. Entre el 10 y 15 % de las mujeres en países industrializados y entre 20 y 40 % de las mujeres en países en desarrollo, sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio.

La depresión afecta a más de 350 millones de personas en el mundo, de los cuales, más de la mitad (y más del 90 % en algunos países) no recibe tratamiento; entre los obstáculos a una atención eficaz para este trastorno se sitúan la falta de recursos y de personal sanitario capacitado.(Benavides & León, 2017)

La depresión es uno de los problemas de salud crónica más común e incapacitantes encontrados en el entorno de atención primaria. La depresión no tratada se asocia de manera independiente con la morbilidad, la recuperación tardía 30–33 y el pronóstico negativo entre las personas con enfermedades médicas; Elevada mortalidad prematura asociada con enfermedad médica comórbida³⁴; y mayores costos de atención médica.(Unützer & Park, 2012)

La depresión durante el embarazo o postparto (depresión perinatal) es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo; se reporta en 10 a 15% de las mujeres en los países de ingresos altos, con una prevalencia más alta en los países de ingresos medios y bajos.(D. E. Stewart, 2018)

Se informa que las tasas de depresión perinatal en países de ingresos bajos y medios son muy altas. La depresión perinatal no solo tiene un impacto profundo en la salud, la discapacidad y el funcionamiento de la mujer, sino que también se asocia con resultados de salud infantil deficientes, como el parto prematuro, la desnutrición y el

retraso en el crecimiento, que en última instancia tienen un impacto transgeneracional adverso.(Zafar et al., 2016)

Las enfermedades mentales perinatales son más frecuentes en los países de ingresos bajos y medianos, en particular entre las mujeres más pobres con riesgos de género o antecedentes psiquiátricos.(Fisher et al., 2012)

A lo largo de los años, la Organización Mundial de la Salud ha insistido en situar una tendencia creciente del trastorno, proyectándola hacia el 2030 como la segunda causa de carga de enfermedad a escala mundial.(Fairbrother, Young, Janssen, Antony, & Tucker, 2015)

Se estima que entre el 19 y el 25% de las mujeres perinatales en los países de ingresos bajos y medianos se ven afectadas por la depresión que, sin tratamiento, se asocia con múltiples problemas de salud para las madres y los niños. (Eappen et al., 2018)

EE UU la prevalencia de la depresión mayor unipolar a los 12 meses era de aproximadamente 9 por ciento, que era similar a la tasa en el postparto mujeres 8 por ciento en Europa también estiman que la prevalencia de la depresión posparto es aproximadamente del 9 por ciento; un estudio informó una prevalencia del 10 por ciento y otro estudio informó una tasa del 9 por ciento(Takegata, Ohashi, Lazarus, & Kitamura, 2017)

La prevalencia de la depresión posparto se encuentra entre 8% y 30% siendo tres veces más elevada en los países subdesarrollados que en los países desarrollados. En Chile se reporta una incidencia de 8% - 9,2% de DPP y una prevalencia desde 10,2% hasta el 20,5%. En Brasil en un estudio realizado la prevalencia de depresión posparto se aproxima al 16,5%. De acuerdo con un estudio realizado en el año 2004 en Colombia al menos el 10% de las personas en el estudio presentaron algún episodio depresivo

durante los últimos doce meses previos al estudio. En Estados Unidos la prevalencia se presenta del 10% al 15% de nacimientos. Además, es importante citar que de 1 a 6 madres con depresión posparto severa de cada 10.0000 nacimientos en Estados Unidos llega al suicidio cada año, y que 1 de cada 3 a 4 madres presentan recidiva de DPP si no reciben tratamiento adecuado y oportuno. (Santacruz & Francisco, 2014)

Para las mujeres en periodo perinatal, las tasas de depresión se estiman entre el 7% y el 15% en los países de ingresos altos (Evans *et al* . 2001 ; Grote *et al* . 2010) y entre el 19% y el 25% en los países de ingresos medios y bajos (LMIC) (Rahman *et al* . 2003). La depresión prenatal sola aumenta el riesgo de comportamientos negativos relacionados con la salud y de complicaciones obstétricas, incluida la mala nutrición, el aumento del consumo de sustancias, la atención prenatal inadecuada, la preeclampsia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la depresión posparto y el suicidio (Gelaye *et al* . 2016). Además, la depresión no tratada de una madre puede llevar a alteraciones del desarrollo emocional, social y cognitivo del niño; raramente puede ocurrir infanticidio (Vigod y Stewart, 2017).

En México la prevalencia de depresión prenatal fue del 9,0% y del 13,8% a las seis semanas y del 13,3% a los seis meses después del parto. La incidencia de depresión posparto (DPP) fue del 10,0% a las seis semanas y del 8,2% a los seis meses.(Lara et al., 2018)

Perú es un país de ingresos medios con una tasa de prevalencia de depresión perinatal estimada entre el 24% y el 40% (Aramburú *et al* . 2008 ; Luna Matos *et al* . 2009); sin embargo, solo aproximadamente el 10% de todas las mujeres que requieren servicios de salud mental acceden a la atención (Eappen et al., 2018).

Los resultados de metanálisis muestran que la depresión anteparto y posparto en LAMIC son altamente prevalentes y afectan aproximadamente a una de cada cuatro y una de cada cinco mujeres, respectivamente. (Gelaye, Rondon, Araya, & A, 2016)

En Guayaquil el 2016 se encontró que la DPP se encuentra según la escala de Edinburgh en 44 (39,3%) pacientes de un total de 112 incluidas en el estudio. Las pacientes son jóvenes (15-24 años), 71,4% se encontraron en unión libre, el 62,5% son bachilleres y el 84,8% no tiene empleo.(Loor, 2016)

Es difícil determinar la prevalencia real de este trastorno, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que 10 a 20% de las puérperas son afectadas por esta entidad.

2.2.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Existen signos y síntomas propios de la gestación que pueden confundirse con un cuadro depresivo para lo que en su diagnóstico se utilizan las escalas y cuestionarios específicos, las cuales contienen las siguientes características:

- Tristeza o llanto persistentes
- Disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades
- Cambios en los patrones de alimentación y sueño (principalmente insomnio)
- Cansancio o fatiga crónica

- Ansiedad que puede llegar hasta los ataques de pánico
- Sentirse abrumada, indefensa e incapaz
- Autodesvalorización y autorreproches, generalmente relacionados a su competencia como madre
- Dificultad, reticencia o imposibilidad de buscar ayuda y apoyo para sí misma
- Irritabilidad
- Problemas de atención, concentración y memoria
- Dificultad para vincularse con el bebé
- Sentimientos de ambivalencia hacia el hijo
- Sobreprotección del menor
- Dificultades en la lactancia
- Dificultad y/o imposibilidad de cuidar al recién nacido • Pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, relacionados con el hijo (p. ej. revisarlo constantemente cuando está dormido para ver si respira) y con su cuidado (p. ej. lavar y desinfectar varias veces sus artículos)
- Pensamientos negativos hacia el bebé, especialmente creer que lo puede dañar
- Sentimientos de culpa
- Pensamientos de dañarse a sí misma o al bebé
- Pensamientos atemorizantes
- Ideación suicida
- Estado de ánimo depresivo

Es importante detectar la depresión especialmente en sus inicios, cuando se perciban síntomas o se presenten signos de alarma, como quejas psicósomáticas, cansancio,

dolores, múltiples llamadas para pedir ayuda, o se observe que la mujer está triste, preocupada o con miedo (Medina-Serdán et al., 2013).

2.2.4. MEDICINA FAMILIAR Y DEPRESIÓN

En Atención primaria el 80-90% del total de depresiones diagnosticadas son de carácter leve –moderado, en los casos leves esta patología no se presenta de forma típica o aislada; puede existir en una misma persona varios cuadros clínicos físicos y/o emocionales lo que dificulta el manejo del enfermo en su globalidad biopsicosocial. En estudios españoles se ha observado que el 69% de los pacientes que acuden a su médico de familia y son diagnosticados de depresión solo comunicaban inicialmente síntomas somáticos y entre ellos el dolor es la queja más frecuente (el 93% tienen al menos un síntoma físico de tipo doloroso).(Manzanera, 2013)

La valoración global bio-psico-social que caracteriza al médico de familia, permite conocer las necesidades y creencias sobre la enfermedad, su posición ante el tratamiento, que son elementos decisivos para el manejo integral del enfermo en su medio social y permiten una mejor relación médico-paciente que es clave fundamental en el éxito terapéutico.

Debido a las características propias de la asistencia primaria, es precisamente en este medio donde se deben manejar las personas con depresión. El Médico de familia es el encargado de articular los recursos diagnósticos y terapéuticos a utilizar, los monitoriza y deriva al paciente cuando no se consiguen los efectos terapéuticos pactados. Frecuentemente las derivaciones al especialista psiquiatra se producen por preferencia del enfermo y/o de sus familiares.(Manzanera, 2013)

El médico familiar no debe olvidar que estos enfermos presentan riesgo de suicidio por lo que en caso de duda diagnóstica, falta de respuesta, deficiente control terapéutico o complicaciones médica o psicológicas, debería solicitar ayuda al psiquiatra, aunque conviene tener en cuenta que incluso en estos casos el seguimiento del caso por el médico familiar suele ser necesario y además muy bien acogido y aceptado por el paciente y la familia.(Boschetti, 2004)

2.2.5. FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN

Una revisión ha sintetizado la evidencia con respecto a los factores relacionados con la depresión postnatal en Asia (Takegata et al., 2017).

- a) los factores biológicos (por ejemplo, anemia, cólicos premenstruales),
- b) los factores demográficos (por ejemplo, bajos ingresos y primíparas),
- c) los factores interpersonales (por ejemplo, violencia de pareja, embarazo no deseado),
- d) personalidad vulnerable (p. ej., menor sentido de coherencia, menor autoestima),
- e) factores psicológicos (p. ej., ansiedad o depresión prenatal)
- f) factores obstétricos (p. ej., cesárea y experiencias negativas de nacimiento)
- g) los factores culturales (por ejemplo, los bebés varones preferidos), que son específicos del contexto asiático.

2.2.6. FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN

Tabla 3. Factores de riesgo para depresión

Depresión durante el embarazo:	Depresión posparto:
Ansiedad materna.	Depresión durante el embarazo
Estrés vital.	Ansiedad durante el embarazo
Historial de depresión	Experimentar eventos estresantes de la vida durante el embarazo o en el período posparto temprano. Experiencia de parto traumático.
Falta de apoyo social	Nacimiento prematuro / ingreso infantil a cuidados intensivos neonatales.
Embarazo no planeado	Bajos niveles de apoyo social. Antecedentes previos de depresión. Problemas de lactancia materna
Violencia doméstica	Patología depresiva o ansiosa durante el embarazo
Ingresos más bajos	Antecedentes personales de trastorno mental grave (esquizofrenia y otras psicosis, trastorno bipolar, trastorno depresivo)
Educación más baja	Enfermedades médicas concomitantes asociadas a Antecedentes familiares de trastorno mental grave. (depresión, diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad)
Fumar	Falta de apoyo para las mujeres (pareja, familia, amigos)
Soltero	
Mala relación calidad	

(American College of Obstetricians and Gynecologist, 2015)(Ugarte et al., 2017)
(Najia Atif et al., 2015)

2.2.7. APOYO SOCIAL Y FAMILIAR

La falta de apoyo social durante el tercer trimestre de su embarazo se asoció con mayores síntomas depresivos a los 6 meses en el posparto, aunque esta relación dependió del nivel de aprobación del rol tradicional femenino durante el embarazo. Comprender la asociación entre los roles tradicionales de las mujeres y el apoyo social en el riesgo de depresión posparto puede mejorar la prevención y los programas educativos para mujeres en riesgo.(Albuja, Lara, Navarrete, & Nieto, 2017)

Se encontró que la falta de apoyo emocional del esposo estaba más fuertemente asociada con la depresión prenatal en comparación con la familia nuclear.

Las familias extendidas fueron protectoras en un estudio de depresión prenatal y postnatal en Pakistán, en particular el apoyo de miembros de la familia con cuidado de niños de rutina y la presencia de la abuela del infante.

(Cankorur, Abas, Berksun, & Stewart, 2015)

2.2.8. FISIOPATOLOGÍA

Según Lasheras & Echeverría (2017) las enfermedades mentales se caracterizan por:

- a. Ser poligénicas, es decir, dependen de la influencia de varios genes;
- b. Ser heterogénicas, es decir, diferentes genes pueden producir el mismo fenotipo;
- c. No siguen las leyes de Mendel,
- d. Tienen una penetrancia variable, es decir, ante un componente genético similar, la expresión de la gravedad de la enfermedad va a variar, y
- e. Pueden deberse a la influencia de fenómenos epigenéticos o modificaciones que sufre el ADN a partir de la interacción con el ambiente.

La ambivalencia afectiva es un fenómeno psicológico muy común que podríamos definir como un estado afectivo en el que se experimentan emociones positivas y negativas sobre un mismo pensamiento, situación, objeto o persona (p.ej., hablar en público, aprender a conducir o la cena de Navidad en familia). En el período prenatal, consistiría en la aparición de sentimientos de alegría y tristeza o ilusión y miedo respecto a estar embarazada, ser madre o al futuro del bebé. Estos sentimientos contradictorios pueden ser interpretados por la mujer como la evidencia de que algo

no hace bien, algo malo ocurrirá o que no será una buena madre. La literatura ha puesto de manifiesto hasta ahora la asociación de la ambivalencia afectiva con la sintomatología depresiva (Meltzer-Brody et al., 2013), el estrés psicológico (Bales et al., 2015) y su aparición más frecuente en primerizas (Speitzer, Santelli, Afable-Munsuz y Kendall, 2004).

Durante el embarazo y el posparto, los niveles de hormonas esteroides y peptídicas fluctúan drásticamente, lo que podría contribuir a la etiología de la PPD

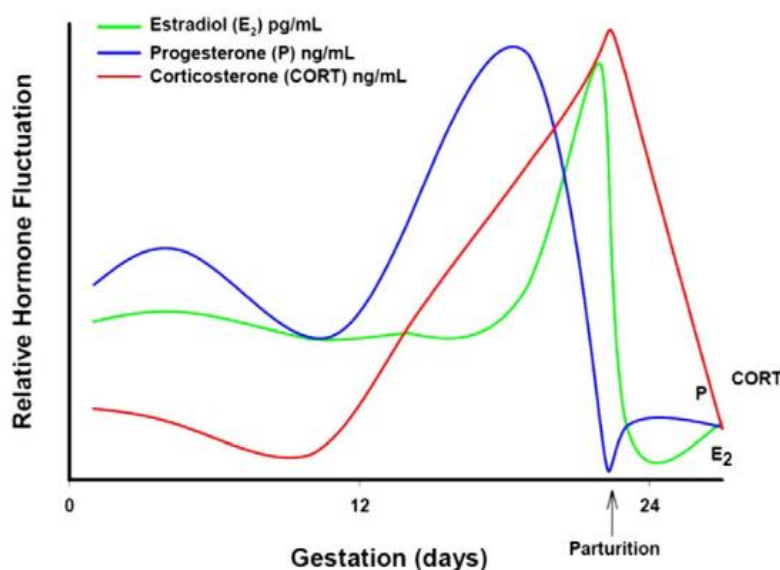


Figura 1. Fluctuación de hormonas durante el embarazo

Nota: Cambios hormonales durante el embarazo y el posparto. Los niveles hormonales relativos de progesterona (ng / ml), corticosterona (ng / ml) y estradiol (pg / ml) durante el embarazo y el parto. Figura reimpressa con permiso de (Pawluski et al., 2009a).

En las mujeres, los niveles de progesterona son aproximadamente 20 veces más altos durante la gestación y permanecen elevados durante el embarazo, mientras que los niveles de estradiol son muy altos (200–300 × más altos) en la semana 20 de gestación y permanecen altos durante el resto del embarazo en las mujeres y ambas hormonas esteroides disminuyen con la expulsión de la placenta.

Los niveles elevados de estradiol continúan aumentando durante el tercer trimestre, pero cae drásticamente después del parto, lo que lleva a la hipótesis de que un "estado de abstinencia de estradiol" durante las primeras semanas después del parto contribuye a la PPD (Bloch et al., 2003; Hendrick et al., 1998)

Como se señaló anteriormente, el embarazo y el posparto están asociados con niveles sostenidos altos de glucocorticoides; mujeres vulnerables, el eje HPA y el estado de ánimo se alteran en respuesta a las hormonas del embarazo. En resumen, está claro que las hormonas del eje HPA, quizás interactuando con otras hormonas del embarazo, estén relacionadas con los síntomas de PPD.

La oxitocina no peptídica tiene recientemente llamó la atención sobre la posible participación en la depresión y su posible uso como biomarcador para la depresión. Estudios de oxitocina en personas con PPD encontraron que las mujeres en riesgo de PPD (Puntajes EDPS N 10) tuvieron una concentración de oxitocina en plasma más baja en su último trimestre (Skrundz et al., 2011; Stuebe et al., 2013).

2.2.8.1. Neurobiología

Existen relativamente pocos estudios que examinen la neurobiología de PPD. Es importante recordar que el período posparto está asociado con cambios neuroplásticos en el hipocampo y PFC, independientemente del estado de ánimo. Por ejemplo, el volumen cerebral total disminuye durante el embarazo y aumenta a niveles normales dentro de los 6 meses posteriores al parto (Oatridge et al., 2002).

Dentro de los 18 meses posteriores al parto en madres con DPP y madres que 'lloran debido a un estado de ánimo triste' hubo un volumen de distribución de MAO-A

elevado en el PFC y la corteza cingulada anterior (ACC) en comparación con controles sanos posparto y no posparto (Sacher et al., 2015)

2.2.9. TAMIZAJE

La depresión perinatal a menudo se pasa por alto porque los síntomas, como la alteración del sueño y los patrones de apetito, a menudo se atribuyen a los cambios de comportamiento normales que se producen durante el embarazo y el período posparto. Es importante preguntarle a la paciente sobre su estado de ánimo.

Los pacientes deben someterse a una detección de depresión al menos una vez durante el período perinatal utilizando una herramienta de detección estandarizada. Las herramientas validadas incluyen la Escala de depresión postnatal de Edimburgo Y PHQ9 tarda menos de cinco minutos en completarse y es fácil de calificar. (Wilkes, 2015)

No existe un consenso sobre el momento ideal para realizar la detección, sobre si la PPD solo puede diagnosticarse en el período postnatal temprano, o sobre qué tan pronto después de la depresión del parto puede estar relacionada con ella.(Moraes, Lorenzo, Pontes, Montenegro, & Cantilino, 2017)

El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) señala que como mínimo se debe realizar un cribado en el período perinatal con instrumentos de probadas garantías científicas. Entre las variables a incluir en este cribado se incluye la historia previa de ansiedad y depresión, así como la evaluación de los factores de riesgo.(De La Fe Rodríguez-M Noz, Olivares, Izquierdo, Soto, & Huynh-Nhu, 2016)

La guía NICE Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance profundiza en la evaluación (cuestionarios y factores de riesgo) El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) señala que como

mínimo se debe realizar un cribado en el período perinatal con instrumentos de probadas garantías científicas. Entre las variables a incluir en este cribado se incluye la historia previa de ansiedad y depresión, así como la evaluación de los factores de riesgo.

La American Academy of Pediatrics (AAP; Earls y The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family, 2015) sigue la misma línea señalada anteriormente: la importancia del cribado y de la intervención con el objetivo de prevenir el impacto en los bebés. (Marín, C. Guillén, A. Vergara, 2017)

2.2.9.1. PHQ9

El PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) es una medida validada de la gravedad de la depresión, con la capacidad demostrada para detectar cambios a lo largo del tiempo. (Slattengren, Prasad, Kaiseruddin, & Ewigman, 2013)

El PHQ-9 califica los nueve criterios basados en los síntomas del DSM-IV para la depresión en una escala de Likert de cuatro puntos, desde que no tiene el síntoma en absoluto, hasta que lo tiene casi todos los días, durante las últimas 2 semanas. La puntuación para cada artículo se suma. (Sikander et al., 2015)

Los nueve elementos del PHQ-9 se basan directamente en los nueve criterios de diagnóstico para el trastorno depresivo mayor en la Cuarta Edición del Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM-IV). La escala tiene el potencial de servir como un instrumento de doble propósito que puede detectar la presencia de un trastorno depresivo y evaluar la gravedad de los síntomas. Las puntuaciones totales de PHQ-9 van desde 0 (ausencia de síntomas depresivos) hasta 27 (síntomas depresivos más graves) para medir la gravedad.

La escala es una herramienta confiable y válida para detectar la depresión prenatal el PHQ-9 tiene una sensibilidad del 80,8% y una especificidad del 79,5%- 96%. (Woldetensay et al., 2018)

2.2.9.2. EDIMBURGO

Es una escala de auto reporte sencillo, aceptado por los profesionales de salud y por las usuarias, que se contesta en menos de 3 minutos; se basa fundamentalmente en los síntomas psíquicos de la depresión, excluyendo así algunos síntomas físicos, como trastornos del sueño o cansancio propios del puerperio. Consta de 10 ítems con 4 posibles respuestas, que representan los grados de severidad del síntoma investigado en los últimos 7 días. El puntaje máximo es de 30 puntos, y con 10 puntos se considera sospecha de DPP. En caso de un tamizaje positivo, se recomienda complementar la evaluación con una entrevista diagnóstica realizada por especialistas (Schonhaut & López, 2016).

Una puntuación de 12 o más identifica a la mayoría de las mujeres con depresión posparto. Las mujeres que reportan síntomas depresivos sin ideación suicida o deterioro funcional importante (puntuación entre 5 y 9 en el EPDS) deben ser reevaluadas en el plazo de un mes (Viguera et al., 2018).

Se debe realizar la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) a las 32 semanas de gestación y 8 semanas y 12 meses después del nacimiento (Thombs et al., 2015).

Edimburgo ha sido validada por múltiples autores. En un estudio realizado en México, se determinó que esta escala tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 82%.

La EPDS no fue lo suficientemente precisa para predecir el riesgo de síntomas depresivos posparto. Sin embargo, cuando se usa el valor de corte ≥ 5 , puede ser adecuado para la selección inicial, seguido de evaluaciones adicionales y posiblemente intervención prenatal cuando sea positivo. Además, cuando es negativo, las mujeres pueden estar seguras de que los síntomas depresivos posparto son poco probables. (Meijer et al., 2014).

Tabla 4. Cuadro comparativo de herramientas de detección de depresión.

Test	Numero de Ítems	Tiempo administrar (minutos)	en	Sensibilidad	Especificidad
Edimburgo	10	<5		75 -00	76 -97
PHQ – 9	9	<5		75	90

Modificado de: Langan et al., (2016)

Es esencial darse cuenta de que la evaluación no puede ocurrir en absoluto y debe ser parte de un proceso continuo de atención, en el sentido de que aquellos con puntuaciones altas corren el riesgo de padecer de PPD o están sufriendo actualmente y por lo tanto, requieren referencias apropiadas y terapia individual a sus necesidades (El-den, Reilly, & Chen, 2018)

La identificación de la PPD por parte de un trabajador de la salud debe hacerse de manera que comprometa al paciente y garantice que comprenda la condición y las opciones de tratamiento. (Hansotte, Payne, & Babich, 2017)

Un metanálisis sugirió que los programas para evaluar a mujeres embarazadas y posparto, con o sin apoyo adicional relacionado con el tratamiento, redujeron la prevalencia de la depresión y aumentaron la respuesta a la remisión o al tratamiento (O'Connor, Rossom, Henninger, Groom, & Burda, 2016).

2.2.10. EXÁMENES DE LABORATORIO

Debido a que el hipotiroidismo también puede causar síntomas depresivos, los médicos deben medir los niveles de hormona estimulante de la tiroides en mujeres con sospecha de depresión periparto. Alrededor del 8 % de las mujeres desarrollan una tiroiditis autoinmune posparto, que puede simular muchos síntomas de depresión.

La pérdida de sangre durante el parto puede causar anemia y cansancio considerable, pero no causa ánimo depresivo ni anhedonia; por lo cual se debe valorar y solicitar exámenes pertinentes.

El nivel de serotonina se correlaciona con los puntajes obtenidos en las escalas para detección de depresión periparto, estableciéndose una asociación del descenso de la serotonina sérica durante esta etapa.

Otro biomarcador que se ha usado es la hormona liberadora de corticotropina (CRH), el estrés activa el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), incrementando la CRH (Méndez-Cerezo, 2014).

2.2.11. EFECTOS DE LA DEPRESIÓN EN LA MADRE

Existen riesgos para la madre y el bebé que presenta la depresión no tratada, como falta de adherencia a la atención posnatal, falta de cuidado propio, abandono del bebé (y otros niños), ruptura del vínculo materno-infantil, disfunción familiar, abuso infantil y comportamiento suicida. Las complicaciones pueden surgir, incluidas las características psicóticas, la catatonia y los trastornos comórbidos por el uso de sustancias (Viguera et al., 2018).

La depresión afecta no sólo a la madre e infantes afecta también a otros niños de la familia, la pareja de la madre y la sociedad en general. (D. E. Stewart, 2018)

Las embarazadas deprimidas tienen más riesgo de descuidar su embarazo, de abandonar los controles prenatales, o de no seguir o seguir erróneamente las indicaciones médicas, en comparación con las embarazadas no deprimidas. Además, están más expuestas a abusar del tabaco, el alcohol y las drogas; todo lo cual puede afectar el resultado obstétrico. A su vez, algunos síntomas propios de la depresión como la anorexia, pueden alterar algunos aspectos del embarazo como el aumento de peso y así contribuir a resultados adversos.(E. Jadresic, 2017)

La depresión materna no tratada aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad materna. Una estimación global de la tasa de mortalidad materna por suicidio es de 400 por 100,000 nacidos vivos. La depresión materna durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas, como el parto prematuro y el aborto espontáneo (Najia Atif et al., 2015)

Parece que el rendimiento cognitivo general está deteriorado, así como el funcionamiento ejecutivo, la inteligencia y el desarrollo del lenguaje. Además, la depresión posparto puede estar asociada con un comportamiento agresivo y antisocial, ansiedad, depresión e hiperactividad / impulsividad en la descendencia (Viguera, 2018).

2.2.12. EFECTOS DE LA DEPRESIÓN EN EL NIÑO

Los efectos negativos de la depresión perinatal en la madre y el niño comienzan temprano y persisten durante todo el ciclo de vida, el 10% y el 35% de los niños en todo el mundo están expuestos a la depresión perinatal en su primer año de vida, este riesgo intergeneracional es una prioridad mundial de salud pública (Turner et al., 2016).

Los primeros seis meses después del parto es un momento crítico. Para el desarrollo físico y psicológico de un niño. Los hijos de mujeres deprimidas probablemente sufren de afecto incierto y disminución del desarrollo psicomotor y cognitivo. Los efectos anteriores impedirán el desarrollo del bebé, especialmente en términos de su inteligencia y lenguaje. Algunas mujeres con PPD tienden a involucrarse en maltrato y negligencia infantil. (Viguera, 2018; Abdollahi, Abhari, & Zarghami, 2017).

La depresión perinatal se asocia a una multitud de secuelas negativas para las mujeres, los niños y las familias, que incluyen apego materno-fetal deficiente, resultados neuronales adversos (bajo peso al nacer, parto prematuro, pequeño para la edad gestacional), apego infantil deficiente, retrasos del desarrollo en la primera infancia y tensión en las relaciones (Alhusen & Alvarez, 2016).

La depresión puerperal no sólo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo sino también la manera como lo percibe. Se ha observado que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres no deprimidas (E. Jadresic, 2017; Jimenez, 2015)

2.2.13. PREVENCIÓN

El contacto piel con piel fue la única variable en un estudio capaz de explicar la ausencia de síntomas depresivos en mujeres que cursaron embarazos de bajo riesgo obstétrico por lo tanto se sugiere su implementación como estrategia preventiva (Dois, Lucchini, Villarroel, & Uribe, 2015).

Los estudios de prevención apoyan el uso de ciertas medidas preventivas, particularmente en madres primerizas, madres adolescentes y madres que han experimentado un parto traumático. Intervenciones con evidencia de buena calidad

son visitas de atención domiciliaria, asistencia de pares por teléfono y psicoterapia (comportamiento cognitivo y terapias interpersonales) (Langan et al., 2016)

Se considera imprescindible normalizar este fenómeno psicológico a través de su abordaje en los cursos de preparación para el parto, en los programas de screening y evaluación prenatal y en los programas de tratamiento psicológicos basados en la evidencia (Lasheras & Echeverria, 2017).

2.2.14. TRATAMIENTO.

La psicoterapia sola se considera un tratamiento de primera línea para la depresión periparto leve a moderada, mientras que la psicoterapia a menudo se combina con medicamentos en pacientes con síntomas graves (Langan, Goodbred, Luke, Family, & Residency, 2016; Stevenson et al., 2010).

2.2.14.1. *Tratamiento farmacológico*

Los beneficios emocionales y médicos de la lactancia materna para la madre y el bebé son claros. Dada la prevalencia de enfermedades psiquiátricas durante el período posparto, un número significativo de mujeres pueden requerir tratamiento farmacológico durante la lactancia. Sin embargo, se plantea la preocupación por la seguridad del uso de los psicotrópicos en mujeres que eligen amamantar mientras toman estos medicamentos (Nonacs, Wang, Viguera, & Cohen, 2018).

Los antidepresivos atraviesan la placenta y la barrera hematoencefálica. La exposición prenatal implica riesgos potenciales de teratogénesis, parto prematuro, bajo peso al nacer y complicaciones del embarazo (por ejemplo, aborto espontáneo y hemorragia posparto), así como efectos postnatales (A. D. Stewart & Vigod, 2019).

Para las pacientes tratadas con antidepresivos durante el embarazo, es preferible usar la misma medicación durante la lactancia, incluso si hay mejores datos de seguridad de la lactancia para otras drogas, porque el cambio aumenta el riesgo de recaída y el número de exposiciones al fármaco. La evidencia con respecto al uso de antidepresivos durante la lactancia no demuestra claramente que un medicamento sea más seguro que otro. Además, la exposición a antidepresivos que ya ha ocurrido en el útero es sustancialmente mayor que la exposición a través de la leche materna (Viguera et al., 2018).

La exposición a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN) durante el embarazo se asocia con un síndrome de adaptación neonatal deficiente. La exposición a los ISRS también puede estar relacionada con un deterioro de la función pulmonar, hipoglucemia; síntomas relacionados con el sistema nervioso central, como alteración del tono muscular; y dificultad respiratoria, incluida la hipertensión pulmonar persistente del recién nacido (A. D. Stewart & Vigod, 2019).

El síndrome de adaptación neonatal deficiente incluye:

- Agitación e inquietud.
- Irritabilidad y llanto continuo.
- Insomnio o somnolencia.
- Mala alimentación, vómitos y diarrea.
- hipoglucemia
- hipotermia
- dificultad respiratoria
- Tono muscular alterado,

- Hiperreflexia,
- Temblores
- Convulsiones (raramente)

Las numerosas revisiones publicadas a lo largo de la última década han aportado datos sobre los riesgos asociados con la exposición fetal a los antidepresivos. Aunque los datos acumulados en los últimos 30 años indican que algunos antidepresivos pueden usarse con seguridad durante el embarazo, la información sobre el espectro completo y la gravedad relativa de los riesgos asociados de la exposición prenatal a los psicotrópicos sigue siendo incompleta (Nonacs et al., 2018).

Gøtzsche (2014), ha escrito previamente que ha habido mucho mercadeo y delitos generalizados cometidos por las compañías farmacéuticas, incluido el fraude, la promoción ilegal y la corrupción de los psiquiatras. En los Estados Unidos, los psiquiatras reciben más dinero de la industria farmacéutica que cualquier otra especialidad. Como resultado, suficientes antidepresivos son prescritos cada año en Dinamarca para brindar tratamiento a cada persona en el país durante 6 años de su vida.

Los tratamientos farmacológicos no son factibles ni se recomiendan en todos los entornos, y tienen indicación restringida en mujeres embarazadas o que amamantan. Según el grado de depresión se recomiendan tratamientos psicológicos como la terapia cognitiva conductual, la terapia interpersonal y la terapia de apoyo en estadios leves y moderados. Una revisión sistemática indica que tanto las intervenciones psicosociales como las psicológicas son efectivas para reducir los síntomas de la depresión en comparación con la atención posparto habitual (Najia Atif et al., 2015).

La evidencia disponible sugiere que no hay diferencias en los efectos del tratamiento de los antidepresivos de segunda generación y la TCC, ya sea solos o en combinación (Amick et al., 2015).

2.2.14.2. Tratamiento no farmacológico

En los últimos años, se ha reconocido y aceptado al ejercicio como opción en el tratamiento de la depresión postparto. En contraste con la terapia farmacológica, el ejercicio en la depresión postparto tiene mínimos efectos adversos y no depende de factores externos, como las habilidades del personal de una terapia psicológica (Méndez-Cerezo, 2014)

La relajación fue efectiva en la reducción de los síntomas de depresión en mujeres hospitalizadas con embarazos de alto riesgo.(Mhc, Scherrer de Araújo, Garcia Romero, Zandonade, & Helena Costa Amorim, 2016).

La hipnosis no tiene ningún beneficio demostrado (Langan et al., 2016a).

Se destaca que el taller psicoeducativo grupal fue clínicamente significativo para todos los tipos depresivos (Miranda, Olhaberry, & Morales-Reyes, 2017).

2.2.14.3. Terapia cognitivo conductual

Terapia cognitivo-conductual (TCC) es una psicoterapia de tiempo limitado que combina terapia cognitiva y terapia conductual. La terapia cognitiva intenta modificar los pensamientos y creencias disfuncionales sobre uno mismo, el mundo y el futuro (por ejemplo, "No soy bueno"); la terapia conductual se centra en modificar las respuestas conductuales problemáticas del paciente (p. ej., inactividad) a estímulos ambientales o pensamientos disfuncionales a través de técnicas como la resolución de

problemas, el control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta (Sikander et al., 2019).

La mayoría de las psicoterapias han sido desarrolladas en países de altos ingresos.

Un metanálisis sugiere que las psicoterapias que se desarrollaron en los países occidentales pueden o no ser más efectivas en los países no occidentales, pero probablemente no son menos efectivas y, por lo tanto, también pueden usarse en estos últimos países (Cuijpers, Karyotaki, Reijnders, Purgato, & Barbui, 2018).

Estudios realizados demuestran que las intervenciones psicosociales, educativas y de apoyo son efectivas para mejorar la salud mental materna, incluso cuando se realizan a través de personal de salud no especializados en salud mental. Estos trabajadores no especializados pueden desempeñar un papel integral para brindar atención primaria de salud mental (Najia Atif et al., 2015).

Un estudio proporciona evidencia preliminar de la factibilidad y aceptabilidad de una intervención psicológica grupal adaptada culturalmente basada en TCC para las madres pakistaníes británicas. Los participantes consideraron aceptable la intervención psicológica culturalmente relevante y sintieron que las sesiones grupales brindaron apoyo social y ayudaron a ganar confianza en sí mismos.

Se observó una reducción en la depresión y una mejoría en las relaciones conyugales, el apoyo social y el estado de salud general de las madres, pero los hallazgos son limitados debido al pequeño tamaño de la muestra y al grupo de control (Khan et al., 2019).

Un estudio informa los hallazgos de un análisis que se realizó en cinco distritos de Etiopía, India, Nepal, Sudáfrica y Uganda, como parte del Programa para mejorar la atención de la salud mental (PRIME); en donde se observó evidencia limitada sobre

intervenciones psicosociales efectivas, que deben abordarse en programas de salud mental , para implementar servicios factibles y efectivos (Baron et al., 2016).

En Zimbabwe, la terapia de resolución de problemas basada en la atención primaria administrada por LHW (laicos trabajadores de salud) con educación y apoyo en comparación con la atención estándar más la educación y el apoyo dio como resultado una mejoría de los síntomas a los 6 meses. Se debe evaluar la integración de la atención primaria ampliada de esta intervención (Chibanda et al., 2016).

El cambio de tareas o el intercambio de tareas para trabajadores de salud no especializados (NSHW, por sus siglas en inglés) están surgiendo como una forma efectiva de mejorar el acceso a los servicios de salud y específicamente a los servicios para trastornos mentales. Estos incluyen profesionales de la salud (por ejemplo, médicos, enfermeras, trabajadores de la salud de la comunidad) y no profesionales (por ejemplo, proveedores no profesionales (Chowdhary et al., 2014).

En México, un estudio concluye que se requieren protocolos y capacitación en PPD, implementación de herramientas breves de tamizaje e intervenciones psicosociales impartidas por personal no clínico (De Castro, Place, Allen-Leigh, Rivera-Rivera, & Billings, 2016).

2.2.14.4. Tratamiento de emergencia

Los pacientes con pensamientos suicidas activos, pensamientos de dañar a sus recién nacidos o psicosis, deben tener una consulta psiquiátrica el mismo día para un posible tratamiento hospitalario. Los antipsicóticos son el tratamiento de elección para las mujeres con psicosis durante el embarazo o el período postparto, a pesar de la falta de evidencia de alta calidad para apoyar su eficacia (Langan et al., 2016).

2.3. THINKING HEALTHY PROGRAM – PENSAMIENTO SALUDABLE

El Thinking Healthy Program (THP), promovido por la OMS, es una intervención para la depresión basada en evidencia que aborda brecha de atención de salud mental (Sikander et al., 2019).

La base teórica de THP se basa en terapia cognitiva conductual (TCC) e incluye estrategias que incorporan activación conductual, escucha activa, colaboración con la familia, descubrimiento guiado y tarea. A pesar de la efectividad demostrada por este estudio, las demandas en competencia de los trabajadores de salud de la comunidad han limitado enormemente su papel en la ampliación del THP (Sikander et al., 2019).

La intervención completa de THP consiste en sesiones agrupadas en cinco módulos:

- 1) preparación para el bebé (sesiones 1–4);
- 2) la llegada del bebé (sesiones 5-7);
- 3) infancia temprana (sesiones 8-10);
- 4) infancia media (sesiones 11-13); y
- 5) infancia tardía (sesiones 14-16).

En el pensamiento saludable los principios de la TCC se desglosan en tres pasos sencillos. En cada sesión se emplea el enfoque de tres pasos que se repite en todo el programa.

- PRIMER PASO: Aprender a detectar pensamientos
- SEGUNDO PASO: Aprender a reemplazar pensamientos negativos por pensamientos positivos
- TERCER PASO Practicar pensamientos y conductas saludables

Cada sesión cubre una de las tres áreas pertinentes

1. la salud de la madre y del hijo
2. la relación de la madre con el niño
3. la relación “con” y el apoyo “de” otras personas significativas.

(Salud, 2015)

El manual de entrega de THP de la OMS describe la intervención en detalle y proporciona pautas paso a paso para realizar cada una de las sesiones (Eappen et al., 2018).

Existe una escasez de capacitadores y supervisores especializados para intervenciones psicosociales en países de ingresos bajos y medios. Se desarrolló un modelo en cascada de capacitación y supervisión para sostener la entrega de una intervención basada en la evidencia para la depresión perinatal (el Programa de Pensamiento Saludable) en la zona rural de Pakistán; el estudio demuestra que los trabajadores laicos, como los compañeros, pueden ser capacitados y supervisados para brindar una intervención psicológica utilizando un modelo en cascada, y así abordar la barrera de la escasez de capacitadores y supervisores especializados. (N. Atif et al., 2019)

El THP es seguro y comprensible, aceptable y relevante para las mujeres embarazadas sin problemas de salud mental. La entrega en pequeños grupos facilitados brindó oportunidades valiosas para el ensayo de juegos de rol y la resolución compartida de problemas. Los observadores locales consideraron que el contenido y el enfoque eran muy relevantes para las necesidades locales y respaldaron el enfoque como una estrategia de promoción de la salud mental con potencial para la integración en los servicios universales locales de salud materno- infantil (Fisher et al., 2014).

El THP Plus tuvo un efecto moderado en la remisión de la depresión perinatal durante el período postnatal de 6 meses. El THPP es relativamente barato de entregar y ahorra costos al reducir los costos de salud, tiempo y productividad (Sikander et al., 2019).

CAPÍTULO III

MÉTODOS

3.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el efecto en la frecuencia de síntomas depresivos con la implementación de la Estrategia de Pensamiento Saludable en mujeres atendidas en el Centro de Salud Otavalo diagnosticadas con depresión perinatal leve en el periodo enero 2019 –marzo 2019

3.2. OBJETIVOS

Objetivo General:

Estimar el efecto de la implementación de la estrategia de Pensamiento Saludable en la frecuencia de síntomas depresivos en mujeres del Centro de Salud Anidado Otavalo diagnosticadas con depresión perinatal leve.

Objetivos Específicos:

- Determinar la frecuencia de depresión perinatal leve en mujeres que acuden al Centro de Salud Otavalo en los meses de Enero a Marzo del 2019
- Determinar la frecuencia de síntomas depresivos en mujeres del Centro de Salud Otavalo diagnosticadas con depresión perinatal leve usando el instrumento HADS
- Adoptar la Estrategia de Pensamiento Saludable con los profesionales del centro de salud, para la implementación en mujeres con depresión leve del Centro de Salud Otavalo.

- Comparar la frecuencia de síntomas depresivos antes y después de la implementación de la Estrategia de Pensamiento Saludable en mujeres con depresión perinatal leve que acuden del Centro de Salud Anidado Otavalo.

3.3. HIPÓTESIS

La estrategia de Pensamiento Saludable implementada en el Centro de Salud Anidado Otavalo disminuye la frecuencia de síntomas depresivos en mujeres con depresión perinatal leve.

3.4. METODOLOGÍA

3.4.1. Operacionalización de variables del estudio

Variable independiente: Estrategia de Pensamiento Saludable.

Variable dependiente: Depresión Perinatal leve

Tabla 5. Variables de estudio

VARIABLE/DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORIA O ESCALA	MEDIDA ESTADÍSTICA
Edad Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos	Número de años	Cuantitativa, ordinal	Media y error estándar de la media
Embarazo adolescente Comienzo en la edad fértil y el final de la etapa adolescente, entre los 10 a 19 años	Años cumplidos	Si: Edad menor a 19 años No: Edad mayor a 19 años	Cualitativa	Porcentaje
Escolaridad Conjunto de niveles que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Ultimo año de escolaridad alcanzado	Ninguno Centro de alfabetización Inicial Primaria Secundaria Superior no Universitario Universitario	Cualitativa, escala	Porcentaje
Apoyo familiar y social Aceptación y apoyo emocional desde que se conoce el estado de gravidez, durante el embarazo y en el postparto.	Cuestionario de apoyo social de Duke (Anexo 3)	Apoyo normal: 32 o más puntos Apoyo bajo: menos de 32 puntos	Cualitativa	Porcentaje
Apoyo del padre Aceptación y apoyo emocional desde que se conoce el estado de gravidez, durante el embarazo y en el postparto	Aceptación y buena relación con el padre del producto durante el embarazo	Si No	Cualitativa, nominal	Porcentaje

Apoyo económico del padre del producto Apoyo económico desde que se conoce el estado de gravidez, durante el embarazo y en el postparto.	El padre del producto ha colaborado económicamente para cubrir gastos relacionados con el embarazo (Exámenes de laboratorio o imagen, medicación, alimentación, etc.)	Si No	Cualitativa, nominal	Porcentaje
Probabilidad de Depresión periparto Presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, durante el embarazo o el período posparto	Escala para la depresión de Edimburgo	No probabilidad de depresión <10 Si probabilidad de depresión >10	Cuantitativa	Porcentaje
Severidad de la Depresión	PHQ -9 Anexo 1	Leve: 10-14 Moderada: 15 – 19 Severa: 20 -27	Cualitativa	porcentaje
Antecedentes personales de depresión La paciente ha presentado una alteración afectivo conductual, caracterizada por síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida	Presencia de síntomas depresivos previos al embarazo actual	Si No	Cualitativa	Porcentaje
Antecedentes familiares de depresión Algún miembro de la familia de la paciente ha presentado una alteración afectivo conductual, caracterizada por síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida	Presencia de síntomas depresivos en familiares	Si No	Cualitativa	Porcentaje
Víctima de Violencia Ataques físicos o en su defecto puede implicar acoso psicológico y hasta amenazas	Víctima de violencia AAS (Abuse Assesment Screen) Anexo 4	Si No	Cualitativa	Porcentaje
Gestas Número de embarazos en la vida de la mujer, incluido los abortos que se definen como interrupción del embarazo antes de las 20 semanas o con un feto con peso menor a 500 gramos	Número de gestas	Número de embarazos	Cuantitativa	Media y error estándar de la media
Hijos vivos Hijos que se mantienen hasta la actualidad con capacidad para desarrollarse, mantenerse en un ambiente, reconocer y	Número de hijos vivos	Número de hijos vivos	Cuantitativa	Mediana

responder a estímulos y reproducirse permitiendo la continuidad					
Tipo de embarazo Número de fetos en desarrollo simultáneo en el útero	Número de hijos vivos	Único Múltiple	Cualitativa	Porcentaje	
Embarazo Planificado Embarazo que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos	Embarazo planificado.	Si No	Cualitativa	Porcentaje	
Enfermedades en el embarazo Presencia de enfermedades en el embarazo como: Anemia, enfermedades hipertensivas, diabetes gestacional.	Enfermedades en el Embarazo	Si No	Cualitativa	Porcentaje	
Malformaciones del producto Deformidad física o anomalía, en especial congénita, que resulta de un error en la producción y evolución de los caracteres morfológicos.	Malformaciones	Si No	Cualitativa	Porcentaje	

3.4.2. Recolección de la Información

El muestreo fue no probabilístico y por conveniencia. Al centro de Salud Anidados Otavalo acuden alrededor de 325 mujeres embarazadas al año, de las cuales se valoraron quienes cumplieran con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio. Las mujeres que en la Escala de Edimburgo obtuvieron un puntaje que indicó probabilidad de depresión fueron valoradas con PHQ -9 para clasificar la severidad de la depresión y se incluyeron en el estudio aquellas con diagnóstico de depresión leve a las que se aplicó el consentimiento informado para proporcionar psicoeducación (estrategia Pensamiento Saludable); antes y después de la implementación se valoró la probabilidad de depresión y su severidad a través de la frecuencia de presentación de síntomas depresivos a través del HADS.

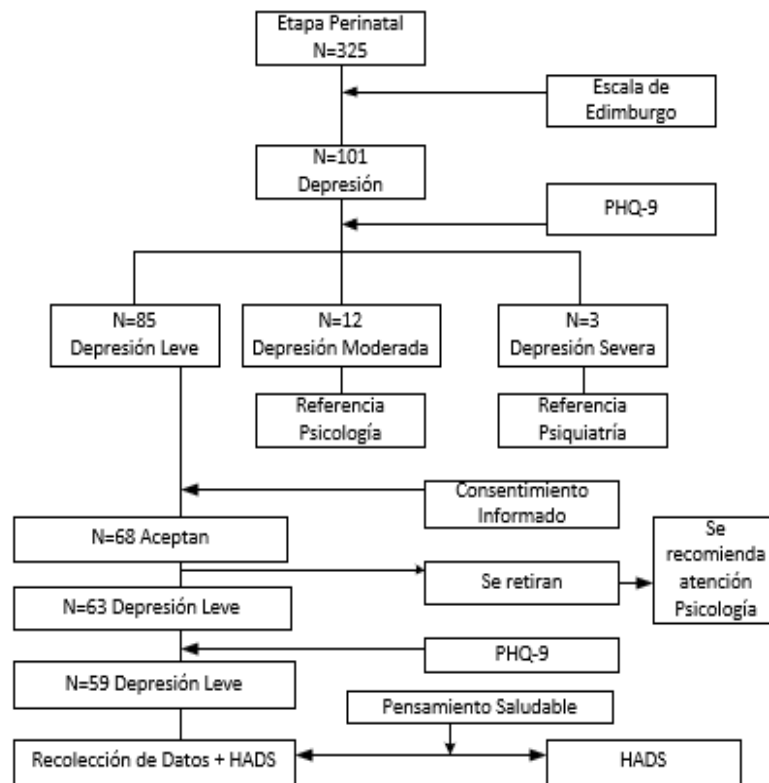


Figura 2. Recolección de muestra.

3.4.3. Criterios de Inclusión y Exclusión

Tabla 6. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Mujeres en etapa perinatal con valoración de Escala de Edimburgo >10(probable depresión, y en el PHQ-9 depresión leve.	Mujeres en etapa perinatal con valoración de Escala de Edimburgo <10 (No probable depresión) o PHQ- 9 que indique depresión moderada a severa.
Mujeres en etapa perinatal que quieran formar parte del estudio previa explicación y firma del consentimiento informado.	Mujeres en etapa perinatal que no quieran formar parte del estudio previa explicación y firma del consentimiento informado.
	Mujeres con consumo activo o pasivo de sustancias psicotrópicas como: alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y/o sus derivados o medicamentos psicotrópicos sin prescripción médica.
	Mujeres en las que el episodio de depresión no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
	Mujeres en las que el episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del

espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Mujeres en las que nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaniaco.

3.4.4. Tipo de Estudio

Cuasi experimental de antes y después

3.4.5. Proceso de implementación de la Estrategia

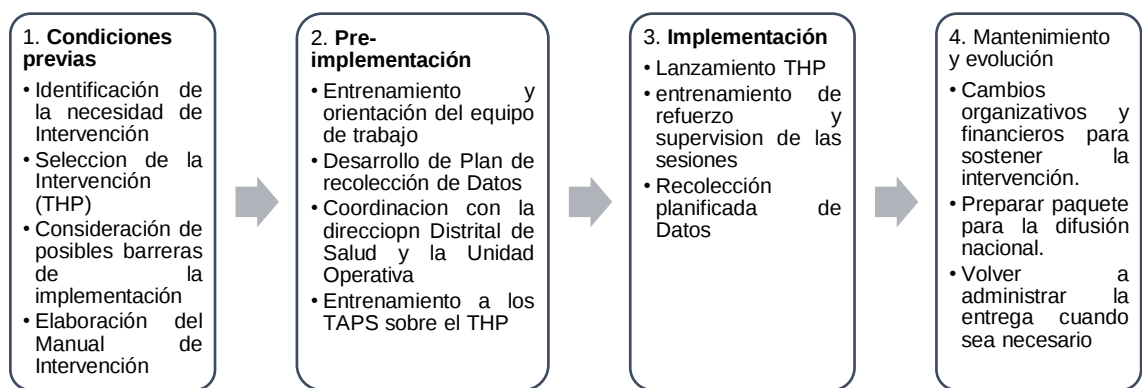


Figura 3. Proceso de implementación de la Estrategia

Condiciones previas

- **Identificación de la necesidad de Intervención:** La necesidad de una intervención de depresión perinatal incluyó una alta prevalencia de depresión perinatal en Ecuador según las tesis realizadas en el país (Almeida & Toscano, 2013; Loo, 2016) y la importancia de la creación de la Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos para brindar a los profesionales de la salud recomendaciones clínicas basadas en la mejor evidencia científica disponible para la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento, referencia y

contrarreferencia de personas adultas con depresión, bajo los principios de equidad, integralidad, inclusión, interculturalidad, participación social, intersectorialidad y derechos. (Benavides & León, 2017)

- Selección de la Intervención: THP fue seleccionado porque era una intervención de depresión perinatal basada en evidencia promovida por la OMS. THP está diseñado para ser administrado por trabajadores de la salud comunitarios.

El THP es una terapia cognitivo conductual considerada como de primera línea en el tratamiento de la depresión leve.

La intervención completa de THP consiste en 16 sesiones de 1 hora agrupadas en cinco módulos: (1) preparación para el bebé (sesiones 1–4); (2) la llegada del bebé (sesiones 5-7); (3) infancia temprana (sesiones 8-10); (4) infancia media (sesiones 11-13); y (5) infancia tardía (sesiones 14-16). El manual de entrega de THP de la OMS describe la intervención en detalle y proporciona pautas paso a paso para realizar cada una de las sesiones.

- Consideración de posibles barreras de la implementación: Con respecto a las posibles barreras al THP, la mayor barrera potencial podría ser la intensidad del tiempo y la duración de la intervención, pero no se realizó evaluaciones formales sobre esta u otras barreras potenciales. Al tratarse de un trabajo de tesis se modificó el número de sesiones abarcando los temas de los módulos en 6 sesiones grupales, la barrera del lenguaje fue resuelto con el apoyo de los TAPS al contar con la presencia de madres indígenas.
- Elaboración del Manual de Intervención: Al existir la versión en español del Manual de intervención no fue necesaria la producción de una nueva.

Pre-implementación

- Entrenamiento y orientación del equipo de trabajo: Se formó un equipo compuesto por dos médicos posgradistas y los TAPS de cada sector con quienes en reuniones previas a la implementación se aseguró una comprensión del THP y se analizó y discutió sobre el contenido del manual.
- Desarrollo de Plan de recolección de Datos: Se realizó un formulario para la recolección de datos de las madres que se incluyeron en el estudio el mismo que fue recogido por el personal a cargo de la implementación. Se incluyeron en el formulario cuestionarios como el PHQ 9, EPDS y HADS además de datos generales de los pacientes.
- Coordinación con la dirección Distrital de Salud y la Unidad Operativa: La implementación del THP en el Centro de Salud de Otavalo fue aprobado por la Dirección Distrital, así como también se contó con el apoyo tanto de espacio físico como el acompañamiento del personal del centro de salud en las sesiones.
- Entrenamiento a los TAPS sobre el THP: El entrenamiento de THP se realizó durante 5 días, en un horario estructurado de 9: 00–14: 00 h para minimizar el impacto en el trabajo y los horarios personales de los médicos y TAPS.

Implementación

- Lanzamiento THP: Se realizó el lanzamiento del THP en la sala situacional del Hospital San Luis de Otavalo con el primer grupo de madres, y se realizó un lanzamiento en cada una de las comunidades en donde se formaron los grupos de mujeres.

- Entrenamiento de refuerzo y supervisión de las sesiones: las sesiones fueron realizadas y supervisadas por los médicos posgradistas con el apoyo de los TAPS.

Mantenimiento y evolución

- Cambios organizativos y financieros para sostener la intervención: queda implementado en el Centro de Salud para la consulta de Obstetricia la aplicación del test de Edimburgo para el tamizaje de depresión perinatal; el personal del centro de Salud tiene el conocimiento necesario para continuar con la estrategia y realizar intervenciones tanto en reuniones grupales como en visitas domiciliarias a las madres, pero es necesario el apoyo financiero para volver a implementar la estrategia cuando sea necesario, esta implementación de la intervención en salud mental no especializada demuestra la viabilidad del mismo obteniéndose a futuro un beneficio de mujeres en etapa perinatal y sus comunidades.

3.4.6. Plan de análisis de datos

Las variables categóricas fueron analizadas con frecuencias relativas y frecuencia absoluta. Las variables cuantitativas fueron analizadas con medidas de tendencia central y de dispersión. El test de Chi cuadrado de Pearson, fue aplicado en las variables categóricas. Se aplicó el test T de student para valorar la diferencia de medias en los resultados y se consideró el valor de $p < 0.05$ para determinar significancia estadística.

Unidad de análisis: Frecuencia de síntomas depresivos, incidencia de mujeres con depresión

Se empleó el software Programa SPSS Versión 25 para el procesamiento de datos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Este capítulo contiene los resultados cuantitativos y cualitativos desarrollados en el estudio, los cuales permitieron obtener un diagnóstico inicial para poder aplicar la estrategia del pensamiento saludable acorde a las necesidades de la población estudiada.

Para ello se trabajó con una población de 325 mujeres a las cuales se aplicó la escala de Edimburgo con la cual se determinó la existencia de mujeres con síntomas depresivos. Obteniendo como resultado que el 69 % del total fue negativo para depresión, por lo tanto, no se consideran para el estudio, mientras que el 31% presentan cuadros depresivos. Posteriormente, se aplica el cuestionario de salud PHQ-9 con el cual se determinó el grado de depresión, siendo así, 85.15% con depresión leve, 11.88% con depresión moderada y 2.97% con depresión severa. Por lo tanto, las mujeres que presentaron depresión moderada y severa se refirieron a psicología y psiquiatría respectivamente.

Tabla 7. Frecuencia de depresión perinatal en mujeres que acuden al Centro de Salud Otavalo en los meses de Enero a Marzo del 2019

Rango de Grado de Depresión	Frecuencia	Porcentaje
NO DEPRESION (0 a 4)	226	69,54
LEVE (5 a 9)	86	85, 15
MODERADA (10 a 14)	12	11,88
SEVERA (>15)	5	2,97
Total	325	100

ELABORADO POR: Amalia Colta C; Nathaly Mena C.

FUENTE: información obtenida de las madres en período periparto del Centro de Salud Anidado Otavalo.

En el presente estudio se analizaron las variables descritas en la tabla 8, las cuales ayudan a determinar las características sociodemográficas, con lo cual se identificó los factores asociados que intervienen en la pérdida y recuperación de la salud mental de cada una de las participantes.

Tabla 8. Características sociodemográficas de las pacientes con depresión perinatal leve.

	Rango/Descripción	N	Porcentaje (%)
Edad	15-20	18	30,51
	21-25	11	18,64
	26-30	12	20,34
	31-35	11	18,64
	36-40	4	6,78
	41-43	3	5,08
	TOTAL	59	100,00
Embarazo Planificado	SI	20	33,90
	NO	39	66,10
	TOTAL	59	100
Nivel de Instrucción	Ninguna	1	1,69
	Inicial	1	1,69
	Primaria	29	49,15
	Secundaria	24	40,68
	Superior no Universitario	3	5,08
	Universitario	1	1,69
	TOTAL	59	100,00
Apoyo Económico por parte del padre	Si	38	64,41
	No	21	35,59
	TOTAL	59	100
Número de Gestas	1 a 3	57	96,61
	4 a 6	2	3,39
	TOTAL	59	100
Número de Partos	0 a 1	36	61,02
	2 a 3	23	38,98
	TOTAL	59	100
Número de Cesáreas	0 a 1	56	94,92
	2 a 3	3	5,08
	TOTAL	59	100
	0 a 1	57	96,61

Número de Abortos	2 a 3	2	3,39
	TOTAL	59	100
Número de Hijos Vivos	0 a 2	52	88,14
	3 a 5	7	11,86
	TOTAL	59	100
Recién Nacido	Único	59	100,00
	TOTAL	59	100
Presenta Enfermedad durante el embarazo	Si	16	27,12
	No	43	72,88
	TOTAL	59	100
Información sobre anormalidad del bebé	Si	57	96,61
	No	2	3,39
	TOTAL	59	100,00
Antecedente Personal de Depresión	Si	37	62,71
	No	22	37,29
	TOTAL	59	100,00
Antecedentes Familiares de Depresión	Si	9	15,25
	No	50	84,75
	TOTAL	59	100,00
Apoyo Emocional por parte del Padre del hijo	Si	28	47,46
	No	31	52,54
	TOTAL	59	100,00

En base a los análisis estadísticos realizados se encontró que los factores con mayor frecuencia relacionados con el cuadro depresivo son las que se describen en la tabla 9.

Tabla 9. Relación de las variables sociodemográficas con depresión Perinatal en mujeres que acuden al Centro de Salud Otavalo en los meses de enero a marzo del 2019

DESCRIPCIÓN			Total PHQ9					Total
			5	6	7	8	9	
Edad de la madre	17	N	1	2	0	2	0	5
		% del total	1,70%	3,40%	0,00%	3,40%	0,00%	8,50%
	22	N	0	2	0	0	3	5

			% del total	0,00%	3,40%	0,00%	0,00%	5,10%	8,50%
Gestas	1	N		1	9	5	7	3	25
			% del total	1,70%	15,30%	8,50%	11,90%	5,10%	42,40%
Número de partos	1	N		0	4	5	7	4	20
			% del total	0,00%	6,80%	8,50%	11,90%	6,80%	33,90%
Escolaridad	Primaria	N		0	9	5	9	6	29
			% del total	0,00%	15,30%	8,50%	15,30%	10,20%	49,20%
	Secundaria	N		2	4	7	5	6	24
			% del total	3,40%	6,80%	11,90%	8,50%	10,20%	40,70%
Antecedentes Personales de Depresión	Sí	N		2	8	10	8	8	36
			% del total	3,40%	13,60%	16,90%	13,60%	13,60%	61,00%
Apoyo Emocional	No	N		1	9	10	8	3	31
			% del total	1,70%	15,30%	16,90%	13,60%	5,10%	52,50%

ELABORADO POR: Amalia Colta C.; Nathaly Mena C.

FUENTE: información obtenida de las madres en período periparto del Centro de Salud Anidado Otavalo.

En cuanto a la variable edad de la madre se encontró que la media es de 26 años con un error estándar de la media de 0.956 y con relación a la depresión se encontró que estadísticamente es significativo con una p de 0,697 y un chi cuadrado de 80.68 de las cuales el 17% de mujeres que se encuentra en un rango de 17 a 22 años son más vulnerables a sufrir depresión, mientras que con relación al número de gestas se obtuvo una p de 0,784 y un chi cuadrado de 11,397 en el cual se evidenció que el 42,40% de mujeres sufren mayor depresión en su primera gesta, mientras que el 33,90% presenta mayor riesgo cuando tienen parto normal en comparación a las mujeres que tienen parto por cesárea.

A demás otra de las variables que influye en la depresión es la escolaridad siendo así que el 49,20% son propensas a caer en esta patología mental debido a que únicamente cursaron la instrucción primaria, sin embargo, las madres que han culminado la secundaria presentan esta susceptibilidad en un 40.70%.

Otra de las variables analizada fue antecedentes personales de depresión en la cual se obtuvo que el 61% de las madres afirman que en algún momento de su vida presentaron cuadros depresivos el cual se relaciona predominantemente con la depresión perinatal.

Finalmente, se analizó la variable Apoyo emocional del padre del producto con relación a la depresión perinatal en el cual se determinó que el 52.50% de madres no

tuvo el apoyo emocional del padre del producto lo cual le hace vulnerable a caer en depresión perinatal.

Tabla 10. Frecuencia de síntomas depresivos en mujeres del Centro de Salud Otavalo diagnosticadas con depresión perinatal leve usando el instrumento HADS

Descripción	Opciones	n	Porcentaje
Todavía disfruto con lo que me gusta hacer	2. Solo un poco	28	47,5
Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas	1.No tanto ahora	33	55,9
Me siento Alegre	2.A veces	31	52,5
Siento como si yo estuviera cada día más lento	1.A veces	36	61,02
He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado	2. No me preocupa cómo debería	25	42,4
Me siento con esperanzas respecto al futuro	1. Menos de lo que acostumbraba	30	50,8
Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión	1. A veces	28	47,5

ELABORADO POR: Amalia Colta C.; Nathaly Mena C.

FUENTE: información obtenida de las madres en período periparto del Centro de Salud Anidado Otavalo.

De acuerdo a los resultados obtenidos que se muestran en la tabla 10, el análisis de la frecuencia de síntomas depresivos en las mujeres con depresión perinatal evidenció que el síntoma que más se presenta es el de sentirse a veces cada día más lento con 61.03 %, no pueden reír y ver el lado positivo de las cosas 55,9%, a veces se sienten alegres con 52,5%.

Tabla 11. Comparación de la frecuencia de síntomas depresivos antes y después de la implementación de la Estrategia de Pensamiento Saludable en mujeres con depresión perinatal leve que acuden del Centro de Salud Anidado Otavalo.

Pregunta		Inicial		Final		Diferencia	P
		n	Porcentaje	n	Porcentaje		
Todavía disfruto con lo que me gusta hacer	0.Como siempre	3	5,1	0. Como siempre	29	49,2	-44,1
	1.No lo bastante	23	39	1. no lo bastante	21	35,6	3,4
	2. Solo un poco	28	47,5	2. solo un poco	8	13,6	33,9
	3. Nada	5	8,5	3. nada	1	1,7	6,8
	Total	59	100	Total	59	100	0.00
Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas		n	Porcentaje		n	Porcentaje	
	0.Al igual que siempre	4	6,8	0. al igual que siempre	32	54,2	-47,4
	1.No tanto ahora	33	55,9	1. no tanto ahora	20	33,9	22
	2.Casi nunca	19	32,2	2. casi nunca	7	11,9	20,3

3. Nunca	3	5,1	3. Nunca	0	0	5,1
Total	59	100	Total	59	100	0.43

Me siento Alegre

	n	Porcentaje		n	Porcentaje	
0. Nunca	1	1,7	0. nunca	2	3,4	-1,7
1. no muy seguido	27	45,8	1. no muy seguido	8	13,6	32,2
2. A veces	31	52,5	2. a veces	24	40,7	11,8
3. Casi siempre	0	0	3. casi siempre	25	42,4	-42,4
Total	59	100	Total	59	100	0.136

Siento como si yo estuviera cada día más lento	n	Porcentaje		n	Porcentaje	
0. Nunca	4	6,8	0. nunca	20	33,9	-27,1
1. A veces	36	61,02	1. a veces	30	50,8	10,22
2. Muy seguido	16	27,1	2. muy seguido	7	11,9	15,2
3. Por lo general en todo momento	3	5,1	3. por lo general en todo momento	2	3,4	1,7
Total	59	100	Total	59	100	0.007

He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado	n	Porcentaje		n	Porcentaje	
0. Me preocupo al igual que siempre	6	10,2	0. me preocupo igual que siempre	28	47,5	-37,3
1. no me preocupa cómo debería	25	42,4	1. no me preocupa cómo debería	2	3,4	39
2. Podría tener un poco más de cuidado	23	42,4	2. podría tener un poco más de cuidado	29	49,2	-6,8
3. Totalmente	5	8,5	3. Totalmente	0	0	8,5
Total	59	100	Total	59	100	0.544

Me siento con esperanzas respecto al futuro	n	Porcentaje		n	Porcentaje	
0. Igual que siempre	4	6,8	0. igual que siempre	23	39	-32,2
1. Menos de lo que acostumbraba	30	50,8	1. menos de lo que acostumbraba	21	35,6	15,2
2. mucho menos de lo que acostumbra	25	42,4	2. mucho menos de lo que acostumbraba	14	23,7	18,7
3. Nada	0	0	3. nada	1	1,7	-1,7
Total	59	100	Total	59	100	0.05

Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión	n	Porcentaje		n	Porcentaje	
0. Seguido	4	6,8	0. seguido	41	69,5	-62,7
1. A veces	28	47,5	1. a veces	13	22	25,5
2. No muy seguido	25	42,4	2. no muy seguido	5	8,5	33,9
3. Rara vez	2	3,4	3. Rara vez	0	0	3,4
Total	59	100	Total	59	100	0.002

ELABORADO POR: Amalia Colta C; Nathaly Mena C.

FUENTE: información obtenida de las madres en período periparto del Centro de Salud Anidado Otavalo.

Analizando los síntomas depresivos que se busca con el HADS se observó que en la aplicación inicial las mujeres en un 47,5% disfrutaban “solo un poco” lo que les gusta hacer; en comparación con la aplicación del HADS luego de la estrategia en donde las mujeres disfrutaban lo que les gusta hacer “como siempre” en un 49,2%.

En cuanto a reírse y ver el lado positivo de las cosas, la respuesta con mayor frecuencia es “no tanto ahora” con 55,9% en la aplicación inicial, a diferencia de la aplicación final en donde las mujeres responden poder reírse y ver el lado positivo de las cosas “al igual que siempre” en un 54,2%.

En la aplicación inicial del HADS, las mujeres se sienten alegres “a veces” en un 52,5% y “casi siempre” en un 42,4% luego de la implementación de la estrategia.

En relación con el síntoma más frecuente en la valoración inicial con un 61,02% las mujeres refieren sentirse “a veces” como si estuvieran cada día más lento; reduciendo a 50,8% luego de la estrategia la misma respuesta.

Con respecto a la pérdida de deseo de estar bien arreglado o presentado en un inicio con un 42,4% las mujeres indican “no preocuparse como debería” y “podría tener un poco más de cuidado” con el mismo valor; luego de la implementación de la estrategia el 49,2 % indican que “podría tener un poco más de cuidado” y el 47,5% “me preocupo al igual que siempre”.

Cuando se evaluó a las mujeres sobre las esperanzas respecto al futuro el 50,8% se sentían con “menos” esperanzas de lo que acostumbraban al inicio; luego de la

implementación el 39% se sintieron con esperanzas respecto al futuro “al igual que siempre”.

EL 47,5% de mujeres antes de la implementación de la estrategia responden que “a veces” se divierten con un buen libro, la radio o un programa de televisión; después de la implementación el 69,5% refieren que “seguido” se divierten con un buen libro, la radio o un programa de televisión

Se demostró con los resultados obtenidos que luego de la aplicación de la estrategia del Pensamiento Saludable la frecuencia de los síntomas depresivos disminuyó; con lo que se evidencia que el HADS es una herramienta de fácil aplicación que permite detectar casos tempranos de depresión, evaluando los síntomas no somáticos del estrés psicológicos.

Tabla 12. Frecuencia del resultado del HADS antes y después de la implementación de la estrategia de Pensamiento Saludable en mujeres con depresión perinatal leve.

HADS ANTES DE LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA			HADS DESPUES DE LA IMPLEMENTACION		
Rango	n	Porcentaje	Rango	n	Porcentaje
0 a 7	1	11,70%	0 a 7	8	13,60%
8 a 10	24	40,70%	8 a 10	37	62,60%
> 11	34	57,60%	> 11	14	23,80%

ELABORADO POR: Amalia Colta C; Nathaly Mena C.

FUENTE: información obtenida de las madres en período periparto del Centro de Salud Anidado Otavalo.

De acuerdo con el análisis del resultado del HADS 34 mujeres (57,60%) tienen un resultado > 11, disminuyendo a un 23.80% luego de la implementación de la estrategia del pensamiento saludable.

Al realizar cálculos estadísticos se obtuvo que existe diferencia significativa entre el HADS aplicado antes de implementación de la estrategia en relación con el después de la implementación, con un valor de p: 0,595 que demuestra que la implementación

de la estrategia del pensamiento Saludable redujo la sintomatología de depresión perinatal.

Tabla 13. Pruebas del Chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	77,329 ^a	81	0,595
Razón de verosimilitud	64,653	81	0,908
Asociación lineal por lineal	0,15	1	0,699
N de casos válidos	59		

Nota: a. 100 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,02.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La depresión, el trastorno del estado de ánimo más común en la población general, es aproximadamente dos veces más común en las mujeres que en los hombres, con su pico inicial durante los años de la edad reproductiva. Por lo tanto, no es sorprendente que la depresión perinatal, que incluye episodios depresivos mayores y menores ocurran durante el embarazo.(American College of Obstetricians and Gynecologist, 2015)

Se estima que entre el 19 y el 25% de las mujeres perinatales en los países de ingresos bajos y medianos se ven afectadas por la depresión. Perú es un país de ingresos medios altos con una tasa de prevalencia de depresión perinatal estimada entre el 24% y el 40%(Eappen et al., 2018)

Loor 2016, concluye que la depresión perinatal se encuentra según la escala de Edimburgo en 44 (39,3%) pacientes en su estudio en Guayaquil. En Cuenca la prevalencia es de 34,3% en el estudio realizado por Santacruz.

En la provincia de Imbabura no se cuentan con estudios realizados; pero respecto a los resultados obtenidos en este trabajo, se encontró una similitud en los resultados de otros estudios, ya que la prevalencia de depresión en el estudio fue de 31%; presentando factores de riesgo como: edad entre 17- 22 años, primigestas, escolaridad primaria, antecedente depresión y apoyo emocional de la pareja.

La estrategia del Pensamiento Saludable es una intervención psicológica que está basada en la aplicación de terapia cognitivo conductual como tratamiento de primera

línea para la depresión perinatal leve. La estrategia fue implementada en grupos de mujeres en etapa perinatal del Centro de Salud Otavalo, obteniendo una evidencia significativa en cuanto a la disminución de la frecuencia de síntomas depresivos valorados con el HADS.

De la misma manera que en estudios en Pakistán al no existir personal especializado en salud mental trabajaron con personal de la comunidad para aplicar la estrategia, en este estudio para superar la barrera de la escasez de recursos humanos para las intervenciones de salud mental, se adoptó el Programa de Pensamiento Saludable trabajando en estrecha colaboración con los Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS) para formar una plantilla de colaboración entre la comunidad y los servicios de salud que pueden ayudar a abordar la brecha de tratamiento de una manera humana y factible, para ello se capacitó a los TAPS quienes fueron la puerta de entrada hacia las mujeres de las comunidades.

Estudios anteriores muestran que, en Lima el Pensamiento Saludable fue implementado rápidamente por una organización comunitaria sin experiencia previa en la prestación de atención de depresión perinatal no especializada (Eappen et al., 2018)

De la misma manera en estudios realizados en India se evidenció que las mujeres laicas en la comunidad, pueden ser capacitadas para brindar atención psicológica de primera línea a madres deprimidas de un país de recursos relativamente bajos. Este hallazgo es relevante para la salud pública porque podría permitir el uso de un nuevo cuadro de trabajadores de la salud que pueden abordar la brecha de tratamiento de la

depresión materna, demostrando así en este estudio que es factible la aplicación de la estrategia con personal de salud no especializado en salud mental (Fuhr et al., 2019).

El estudio realizado en las madres del Centro de Salud Anidado Otavalo se utilizó para la valoración de síntomas depresivos la escala de HADS, no se encontraron estudios que hayan aplicado esta escala para valorar disminución de sintomatología depresiva en mujeres en etapa perinatal; la mayoría de estudios encontrados fueron evaluados con las escalas de Edimburgo y PHQ -9. Así como en un estudio la gravedad de la depresión evaluada por las puntuaciones de PHQ-9 y prevalencia de remisión en el que se aplicó la estrategia del Pensamiento Saludable no difirió significativamente entre los grupos 6 meses después del parto (Sikander et al., 2019).

En Pakistan el Pensamiento Saludable no tuvo ningún efecto sobre la gravedad de los síntomas o la remisión de la depresión perinatal a los 6 meses después del parto, pero se descubrió que era beneficioso en algunas otras métricas de gravedad y discapacidad siendo rentable. El Pensamiento Saludable podría ser un paso hacia el uso de un recurso humano no utilizado para abordar la brecha del tratamiento en la depresión perinatal.

La principal limitación de nuestro estudio es que no se utilizan herramientas para el tamizaje de depresión perinatal en los controles prenatales ni en etapa postparto en la unidad de salud en la que se realizó el estudio, como lo indican las guías internacionales y que son aplicadas de manera rutinaria en otros países.

El THP es relativamente barato de entregar y ahorra costos en atención médica, tiempo y productividad(Fuhr et al., 2019). Para la aplicación de la estrategia en mujeres con

depresión perinatal leve en este estudio se pudo adoptar el Manual de la Estrategia de la Estrategia del Pensamiento Saludable, con talento humano del Centro de Salud que trabajan directamente con la comunidad disminuyendo de esta manera costos.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- La implementación de la Estrategia de Pensamiento Saludable en mujeres del Centro de Salud Anidado Otavalo con depresión leve redujo la sintomatología depresiva según la escala HADS, demostrando la viabilidad de introducir una intervención de salud mental no especializada con efectos beneficiosos en el estado mental de las madres.
- En el Centro de Salud Otavalo la frecuencia de depresión perinatal leve es del 85,15% de las mujeres con depresión perinatal (31%).
- La estrategia del Pensamiento Saludable se puede adoptar sin experiencia previa en beneficio de mujeres perinatales y sus comunidades respetando las creencias culturales y las barreras sistémicas.
- Al comparar la frecuencia de síntomas depresivos que presentaron las mujeres que acuden del Centro de Salud Anidado Otavalo diagnosticadas con depresión perinatal leve después de implementar de la Estrategia de Pensamiento Saludable se encontró una disminución de la sintomatología depresiva.

RECOMENDACIONES

La depresión perinatal es una enfermedad de alta prevalencia y es importante manejarla partiendo del conocimiento de los factores de riesgo, realizar un tamizaje adecuado e intervenciones psicoeducativas con elementos cognitivos-conductuales.

Desde el Sistema de Salud Pública se tiene que actuar responsablemente para frenar su avance y mitigar las consecuencias personales, familiares y socioeconómicas que de ella se derivan. Se requiere una mayor aplicación de las guías y protocolos de actuación según las recomendaciones nacionales e internacionales.

Es necesario propiciar un espacio adecuado que brinde a las mujeres con depresión la confianza de preguntar sobre su atención, colocando carteles de información y contactos de ayuda.

Es importante recalcar que la depresión perinatal es un trastorno temporal con tendencia a la cronicidad y que sin tratamiento sus síntomas y consecuencias pueden prolongarse durante semanas, meses o incluso años; por lo que es importante el seguimiento del médico de familia como puerta de entrada al sistema de salud.

La intervención del Pensamiento Saludable puede conceptualizarse como la intervención de primera línea, primer paso, en un sistema de atención escalonada o un modelo de atención colaborativa para la depresión materna, que puede ser adoptada por centros primer nivel de atención.

BIBLIOGRAFÍA

- Abdollahi, F., Abhari, F. R., & Zarghami, M. (2017a). Post-partum depression effect on child health and development. *Acta Medica Iranica*.
[https://doi.org/2017;55\(2\):109-114](https://doi.org/2017;55(2):109-114).
- Abdollahi, F., Abhari, F. R., & Zarghami, M. (2017b). Post-partum depression effect on child health and development. *Acta Medica Iranica*, 55, 109–114.
[https://doi.org/2017;55\(2\):109-114](https://doi.org/2017;55(2):109-114).
- Abdollahi, F., Abhari, F. R., & Zarghami, M. (2017c). Post-Partum Depression Effect on Child Health and Development. *Acta Medica Iranica*, 55(13), 109–114.
- Aguilar, E. (2011). *Problemas frecuentes en la Salud Mental y su abordaje en el Nivel Primario de Atención*.
- Albuja, A. F., Lara, M. A., Navarrete, L., & Nieto, L. (2017). Social Support and Postpartum Depression Revisited: The Traditional Female Role as Moderator among Mexican Women. *Sex Roles*, 77(3–4), 209–220.
<https://doi.org/10.1007/s11199-016-0705-z>
- Alhusen, J. L., & Alvarez, C. (2016). Perinatal Depression. *The Nurse Practitioner*, 41(5), 1–6.
- Almeida, A., & Toscano, D. (2013). *PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO MATERNIDAD ISIDRO AYORA. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR*.
- American College of Obstetricians and Gynecologist. (2015). Screening for perinatal depression. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 125, 268–271. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.014>
- Amick, H. R., Gartlehner, G., Gaynes, B. N., Forneris, C., Asher, G. N., Morgan, L. C., ... Lohr, K. N. (2015). Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder : systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 351, 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmj.h6019>
- Aragones, E., Piñol, J. L., & Labad, A. (2008). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Elsevier Doyma*, 41(10), 545–551. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.11.011>
- Atif, N., Nisar, A., Bibi, A., Khan, S., Zulfiqar, S., Ahmad, I., ... Rahman, A. (2019). Scaling-up psychological interventions in resource-poor settings: training and supervising peer volunteers to deliver the ‘Thinking Healthy Programme’ for perinatal depression in rural Pakistan. *Global Mental Health*, 6.

<https://doi.org/10.1017/gmh.2019.4>

- Atif, Najia, Lovell, K., & Rahman, A. (2015). Maternal mental health: The missing “m” in the global maternal and child health agenda. *Seminars in Perinatology*, 39(5), 345–352. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2015.06.007>
- Avalos, L. A., Raine-Bennett, T., Chen, H., Adams, A. S., & Flanagan, T. (2016). Improved perinatal depression screening, treatment, and outcomes with a universal obstetric program. *Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001403>
- Baron, E. C., Hanlon, C., Mall, S., Honikman, S., Breuer, E., Kathree, T., ... Tomlinson, M. (2016). Maternal mental health in primary care in five low- and middle-income countries: A situational analysis. *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1291-z>
- Benavides, P., & León. (2017). Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. In *Guía de Práctica Clínica* (pp. 1–107).
- Boschetti, F. (2004). *La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar*. 6.
- Cankorur, V. S., Abas, M., Berksun, O., & Stewart, R. (2015). Social support and the incidence and persistence of depression between antenatal and postnatal examinations in Turkey: A cohort study. *BMJ Open*, 5(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006456>
- Chibanda, D., Weiss, H. A., Verhey, R., Simms, V., Munjoma, R., Rusakaniko, S., ... Araya, R. (2016). Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe: A randomized clinical trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 316(24), 2618–2626. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.19102>
- Chowdhary, N., Sikander, S., Atif, N., Singh, N., Ahmad, I., Fuhr, D. C., ... Patel, V. (2014). The content and delivery of psychological interventions for perinatal depression by non-specialist health workers in low and middle income countries: A systematic review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28, 113–133. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.013>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., Purgato, M., & Barbui, C. (2018). Psychotherapies for depression in low- and middle-income countries: a meta-analysis. *World Psychiatry*, 17, 90–101. <https://doi.org/10.1002/wps.20493>
- de Castro, F., Place, J. M., Allen-Leigh, B., Rivera-Rivera, L., & Billings, D. (2016). Provider report of the existence of detection and care of perinatal depression: Quantitative evidence from public obstetric units in Mexico. *Salud Publica de Mexico*, 58(4), 468–471. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i4.8028>

- De La Fe Rodríguez-M Noz, M., Olivares, M. E., Izquierdo, N., Soto, C., & Huynh-Nhu, L. (2016). Clínica y Salud Prevención de la depresión perinatal. *Clínica y Salud*, 27, 97–99. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.10.001>
- Dois, A., Lucchini, C., Villarroel, L., & Uribe, C. (2015). Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Revista Chilena de Pediatría*, 54, 102–109.
- Eappen, B. S., Aguilar, M., Ramos, K., Contreras, C., Prom, M. C., Scorza, P., ... Galea, J. T. (2018). Preparing to launch the ‘Thinking Healthy Programme’ perinatal depression intervention in Urban Lima, Peru: experiences from the field. *Global Mental Health*, 5. <https://doi.org/10.1017/gmh.2018.32>
- El-den, S., Reilly, C. L. O., & Chen, T. F. (2018). A systematic review on the acceptability of perinatal depression screening. *Journal of Affective Disorders*, 188(2015), 284–303. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.015>
- Fairbrother, N., Young, A. H., Janssen, P., Antony, M. M., & Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0526-6>
- Fernández, J., Iturriza, T., Toro, J., & Valbuena, R. (2014). DEPRESIÓN POSPARTO ESCALA DE EDIMBURGO Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *RevIsa Obstetricia Ginecologia Venezuela*, 74(4), 229–243.
- Fisher, J., de Mello, M. C., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 139–149. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>
- Fisher, J., Nguyen, H., Mannava, P., Tran, H., Dam, T., Tran, H., ... Luchters, S. (2014). Translation, cultural adaptation and field-testing of the thinking healthy program for Vietnam. *Globalization and Health*, 10, 3–10. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-10-37>
- Fuhr, D. C., Weobong, B., Lazarus, A., Vanobberghen, F., Weiss, H. A., Singla, D. R., ... Patel, V. (2019). Delivering the Thinking Healthy Programme for perinatal depression through peers: an individually randomised controlled trial in India. *The Lancet Psychiatry*, 6(2), 115–127. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30466-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30466-8)
- Gelaye, B., Rondon, M., Araya, P. R., & A, P. M. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries Bizu. *Lancet Psychiatry*, 3(10), 973–982. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)Epidemiology
- Hansotte, E., Payne, S. I., & Babich, S. M. (2017). Positive postpartum depression

- screening practices and subsequent mental health treatment for low-income women in Western countries: A systematic literature review. *Public Health Reviews*, 38(1). <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0050-y>
- Hernán, C., Samaniego, N., & Aguilar, E. (2013). Manual de Atención Primaria en Salud Mental. In *MSP* (Vol. 53). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Jadresic, E. (2017). DEPRESIÓN POSPARTO EN EL CONTEXTO DEL HOSPITAL GENERAL POSTPARTUM DEPRESSION IN THE CONTEXT OF THE GENERAL HOSPITAL. *Revista Clínica Las Condes*, 28(6), 874–880. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.10.007>
- Jadresic, M. E. (2018). DEPRESIÓN PERINATAL : DETECCIÓN Y TRATAMIENTO. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 1019–1028. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70651-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70651-0)
- Jimenez, I. (2015). “DEPRESIÓN PRENATAL Y SU RELACIÓN CON BAJO PESO AL NACIMIENTO, EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2014 (Universidad Nacional de Loja). Retrieved from [https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/17113/1/Karen Alejandra Ortega Ortega.pdf](https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/17113/1/Karen%20Alejandra%20Ortega%20Ortega.pdf)
- Khan, S., Lovell, K., Lunat, F., Masood, Y., Shah, S., Tomenson, B., & Husain, N. (2019). Culturally-adapted cognitive behavioural therapy based intervention for maternal depression : a mixed-methods feasibility study. *BCM Womens Health*, 1–11.
- Kohrt, B. A., Asher, L., Bhardwaj, A., Fazel, M., Jordans, M. J. D., Mutamba, B. B., ... Patel, V. (2018). The role of communities in mental health care in low-and middle-income countries: A meta-review of components and competencies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph15061279>
- Langan, R. C., Goodbred, A. J., Luke, S., Family, H., & Residency, M. (2016a). Identification and Management of Peripartum Depression. *American Family Physician*, 93, 853–858.
- Langan, R. C., Goodbred, A. J., Luke, S., Family, H., & Residency, M. (2016b). Identification and Management of Peripartum Depression. *American Academy of Family Physicians*, 93, 852–858.
- Lara, M. A., Navarrete, L., Nieto, L., Pablo, J., Martín, B., Luis, J., & Lara-tapia, H. (2018). Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *Journal of Affective Disorders*, 175(2015), 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.035>
- Lasheras, G., & Echeverría, I. (2017). Psicopatología Salud Mental Perinatal VI Jornada De Salud Mental Perinatal Barcelona , Mayo 2017. *SIGLANTANA*, (1),

81–100.

- Loor, N. (2016). *Prevalencia y factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión postparto por medio del Test de Edinburgh en el Hospital de Especialidades Mariana de Jesús en el periodo del 1 Marzo al 15 Abril del 2016*. UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL.
- Manzanera, R. (2013). *El médico de familia ante la depresión: situación actual y tras la realización de un curso en habilidades diagnóstico terapéuticas*.
- Marín, C. Guillén, A. Vergara, S. (2017). *Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva*. 25(3), 41–48.
<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.001>
- Medina-Serdán, E., Reproducción, P. Y., Artículo, H., & Revisión, D. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 27(3), 185–193.
- Meijer, J. L., Beijers, C., Van Pampus, M. G., Verbeek, T., Stolk, R. P., Milgrom, J., ... Burger, H. (2014). Predictive accuracy of Edinburgh postnatal depression scale assessment during pregnancy for the risk of developing postpartum depressive symptoms: A prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1604–1610.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.12759>
- Méndez-Cerezo, Á. J. (2014). Depresión postparto y ejercicio. *Perinatología y Reproducción Humana*, 28(4), 211–216.
- Mhc, A., Scherrer de Araújo, W., Garcia Romero, W., Zandonade, E., & Helena Costa Amorim, M. (2016). Los efectos de la relajación sobre los niveles de depresión en mujeres con embarazos de alto riesgo: un ensayo clínico aleatorizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1–8.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1249.2806>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*.
- Miranda, A., Olhaberry, M., & Morales-Reyes, I. (2017). Intervención Grupal en Embarazadas: Respuestas Diferenciales de Acuerdo al Tipo de Depresión y Patrón de Apego. *Psykhē*, 26(1), 1–17. <https://doi.org/10.7764/psykhe.26.1.916>
- Moraes, G. P. de A., Lorenzo, L., Pontes, G. A. R., Montenegro, M. C., & Cantilino, A. (2017). Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39, 54–61.
<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0034>
- Nonacs, R. M., Wang, B., Viguera, A. C., & Cohen, L. S. (2018). Enfermedades psiquiátricas durante el embarazo y el período posparto. In *Massachusetts*

General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica + ExpertConsult (Second Edi). <https://doi.org/10.1016/B978-84-9113-212-7/00031-6>

O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C., & Burda, B. U. (2016). Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women. *Jama*, 315(4), 388. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18948>

PSiquiatria, A. A. de. (2013). *Guía de consulta DSM-5™*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>

República del Ecuador, C. N. de P. (2017). *Toda una Vida*.

Rojas, G., Santelices, P., Martínez, P., Tomicic, A., Reinell, M., Olhaberry, M., & Krause, M. (2015). Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana : un estudio cualitativo Barriers restricting postpartum depression treatment in Chile. *Revista Medica Chile*, 143, 424–432.

Salud, O. M. D. La. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. , Organización mundial de la salud § (2013).

Salud, O. P. de la. *Plan de acción sobre salud mental*. , (2015).

Santacruz, M., & Francisco, S. (2014). *DEPRESIÓN POSPARTO. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2014*. Universidad de Cuenca.

Schonhaut, L., & López, P. (2016). Rol del pediatra frente a la depresión posparto The role of the paediatrician in post-partum depression. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(1), 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.01.003>

Sikander, S., Ahmad, I., Atif, N., Zaidi, A., Vanobberghen, F., Weiss, H. A., ... Rahman, A. (2019). Delivering the Thinking Healthy Programme for perinatal depression through volunteer peers: a cluster randomised controlled trial in Pakistan. *The Lancet Psychiatry*, 6(2), 128–139. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30467-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30467-X)

Sikander, S., Lazarus, A., Bangash, O., Fuhr, D. C., Weobong, B., Krishna, R. N., ... Patel, V. (2015). The effectiveness and cost-effectiveness of the peer-delivered Thinking Healthy Programme for perinatal depression in Pakistan and India: The SHARE study protocol for randomised controlled trials. *Trials*, 16(534), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-1063-9>

Slattengren, A. H., Prasad, S., Kaiseruddin, M. A., & Ewigman, B. (2013). Should you screen for postpartum depression? *PURLs*, 62(11), E1-e3.

Stevenson, M. D., Scope, A., Sutcliffe, P. A., Booth, A., Slade, P., Parry, G., ... Kalthenthaler, E. (2010). Group cognitive behavioural therapy for postnatal depression: A systematic review of clinical effectiveness, costeffectiveness and

- value of information analyses. *Health Technology Assessment*, 14(44), 1–7.
<https://doi.org/10.3310/hta14440>
- Stewart, A. D., & Vigod, S. (2019a). *Exposición prenatal a inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN) : resultados neonatales*. 1–8.
- Stewart, A. D., & Vigod, S. (2019b). *Uso prenatal de antidepresivos y riesgo de teratogenicidad y resultados adversos del embarazo : inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)*. 1–24.
- Stewart, D. E. (2018). Battling perinatal depression. *The Lancet*, 386(9996), 835–837. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61033-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61033-9)
- Takegata, M., Ohashi, Y., Lazarus, A., & Kitamura, T. (2017). Cross-National Differences in Psychosocial Factors of Perinatal Depression: A Systematic Review of India and Japan. *Healthcare*, 5(91), 1–21.
<https://doi.org/10.3390/healthcare5040091>
- Thombs, B. D., Benedetti, A., Kloda, L. A., Levis, B., Riehm, K. E., Azar, M., ... Vigod, S. (2015). Diagnostic accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting major depression in pregnant and postnatal women: Protocol for a systematic review and individual patient data meta-analyses. *BMJ Open*, 5(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009742>
- Turner, E. L., Sikander, S., Bangash, O., Zaidi, A., Bates, L., Gallis, J., ... Maselko, J. (2016). The effectiveness of the peer-delivered Thinking Healthy PLUS (THPP+) Program for maternal depression and child socioemotional development in Pakistan: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1530-y>
- Ugarte, A. U., López-Peña, P., Vangeneberg, C. S., Royo, J. G. T., Ugarte, M. A. A., Compains, M. T. Z., ... González-Pinto, A. (2017). Psychoeducational preventive treatment for women at risk of postpartum depression: Study protocol for a randomized controlled trial, PROGEA. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1162-5>
- Unützer, J., & Park, M. (2012). Strategies to Improve the Management of Depression in Primary Care. *Primary Care - Clinics in Office Practice*, 39(2), 415–431.
<https://doi.org/10.1016/j.pop.2012.03.010>
- Viguera, A. (2018). Depresión posparto: riesgos de deterioro cognitivo y psicopatología en los niños. In Pe. P. Roy-Byrne (Ed.), *UpToDate*.
- Viguera, A., Roy-Byrne, P., Lockwood, C. J., & Solomon, D. (2018). Severe postpartum unipolar major depression : Treatment -. In *UpToDate*.
- Wilkes, J. (2015). Practice Guidelines ACOG Releases Recommendations on Screening for Perinatal Depression. *American College of Obstetricians and*

Gynecologist, 2015.

- Woldetensay, Y. K., Belachew, T., Tesfaye, M., Spielman, K., Biesalski, H. K., Kantelhardt, E. J., & Scherbaum, V. (2018). Validation of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression in pregnant women: Afaan Oromo version. *PLoS ONE*, *13*(2), 1–15.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191782>
- Zafar, S., Sikander, S., Hamdani, S. U., Atif, N., Akhtar, P., Nazir, H., ... Rahman, A. (2016). The effectiveness of Technology-assisted Cascade Training and Supervision of community health workers in delivering the Thinking Healthy Program for perinatal depression in a post-conflict area of Pakistan - study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *17*, 1–8.
<https://doi.org/10.1186/s13063-016-1308-2>

ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario PHQ9

CUESTIONARIO PHQ - 9				
Durante las últimas <u>2 semanas</u> ¿Qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer las cosas.	0	1	2	3
Sintiéndose decaído(a), deprimido(a), o dormir demasiado.	0	1	2	3
Dificultad para caer o permanecer dormido(a) o dormir demasiado.	0	1	2	3
Sintiéndose cansado o teniendo poca energía.	0	1	2	3
Pobre de apetito o comer en exceso.	0	1	2	3
Sintiéndose mal con usted mismo(A) o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia.	0	1	2	3
Dificultad para concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
¿Moviéndose o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo? o lo contrario muy inquieto(a) o agitado(a) que usted está moviéndose mucho más de lo normal.	0	1	2	3
Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a)	0	1	2	3

ANEXO 2. Formulario de Implementación del pensamiento saludable

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE PENSAMIENTO SALUDABLE
 EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD ANIDADOS OTAVALO
 DIAGNOSTICADAS DE DEPRESION PERINATAL EN EL PERIODO ENERO
 2019 – MARZO 2019

NOTA: Todos los datos provenientes de las encuestas serán procesados bajo estricta confidencialidad. La investigación excluirá todos los nombres de las participantes para el análisis de los datos, sin ningún tipo de consecuencias morales ni físicas sobre las participantes del estudio.

Edad de la madre:	
Antecedentes gestacionales	Gestas___ Partos___ Cesáreas___ Abortos___ Hijos Vivos___
Recién nacido o embarazo:	Único___ Gemelos___ Trillizos___ Otro (4 o más)___
¿El embarazo fue planificado?	Si: _____ No: _____
¿ha presentado enfermedades (Anemia, enfermedades hipertensivas, diabetes gestacional.) durante el embarazo?	Si: _____ No: _____
¿Le han informado que su bebe tenga anomalías físicas?	Si: _____ No: _____
Nivel de escolaridad (POR FAVOR ESPECIFICAR EL ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIO APROBADO):	Ninguno Centro de Alfabetización Inicial Primaria Secundaria Superior no Universitario Universitario
¿En algún momento de su vida ha tenido una situación que le haya provocado una tristeza muy profunda, ha perdido el interés por las actividades que realizaba normalmente como trabajar, estudiar, etc.; ¿ha pasado largas horas llorando, ha deseado hacerse daño de alguna manera o ha sido diagnosticada de depresión?	Si: _____ No: _____
¿Alguno de sus familiares (abuelos, padres, tíos, tías, hermanos, hermanas) ha presentado alguna vez alguna de las situaciones descritas en la pregunta anterior?	Si: _____ No: _____
¿Recibió apoyo económico del padre de su hijo durante el embarazo?	Si: _____ No: _____
¿Recibió apoyo emocional del padre de su hijo durante el embarazo?	Si: _____ No: _____

ANEXO 3. Cuestionario de Duke (apoyo social y familiar)

CUESTIONES	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
Recibo visitas de mis amigos y familiares					
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
Recibo amor y afecto					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

ANEXO 4. HADS Hospitalary anxiety and Depression Scale (solo síntomas de depresión)

2. D Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer	
Como siempre	
No lo bastante	
Sólo un poco	
Nada	
4. D Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas	
Al igual que siempre lo hice	
No tanto ahora	
Casi nunca	
Nunca	
6. D Me siento alegre	
Nunca	
No muy seguido	
A veces	
Casi siempre	
8. D Siento como si yo cada día estuviera más lento	
Por lo general en todo momento	
Muy seguido	
A veces	
Nunca	
10. D He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado	
Totalmente	
No me preocupa como debiera	
Podría tener un poco más de cuidado	
Me preocupo al igual que siempre	
12. D Me siento con esperanzas respecto al futuro	

Igual que siempre	
Menos de lo que acostumbraba	
Mucho menos de lo que acostumbraba	
Nada	
14. D Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión	
Seguido	
A veces	
No muy seguido	
Rara vez	

ANEXO 5: Formulario de Consentimiento informado

He sido invitado a participar en la investigación de la implementación de la estrategia de pensamiento saludable en mujeres diagnosticadas de depresión leve del centro de salud.

Entiendo que recibiré una serie de sesiones y he de realizar visitas de seguimiento.

Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del

Investigador _____

Fecha

Día/mes/año