UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE SAN MARCOS
CARRERA MÉDICO Y CIRUJANO
COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

MONOGRAFIA MÉDICA

TÍTULO

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PACIENTES PRIMIPARAS Y MULTIPARAS

ESTUDIANTE

Karla Aracely López López

CARNE:

201442816

ASESORA:

Dra. Rossío María Isabel Fuentes

Colegiado no. 17,705

Especialista en Ginecología y Obstetricia

REVISORA:

Licda. María Elisa Escobar Maldonado

Especialista en Psicología Clínica

Colegiado no. 2,125

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

San Marcos, Mayo de 2,022.

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE SAN MARCOS
CARRERA MÉDICO Y CIRUJANO

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

CONSEJO DIRECTIVO

MsC. Juan Carlos López Navarro	Director
Licda. Astrid Fabiola Fuentes Mazariegos	Secretaria Consejo Directivo
Ing. Agr. Roy Walter Villacinda Maldonado	Representante Docente
Licda. Bilda Irene Ruiz Galicia	Representante Estudiantil
Lic. Víctor Leonel De León Castillo	Representante Estudiantil

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE SAN MARCOS

COORDINACION ACADEMICA

MsC. Eugenia Elizabet Makepeace Alfaro	Coordinadora Académica.
Ing. Agr. Osberto A. Maldonado de León	Coordinador carrera Técnico en Producción agrícola e Ingeniero Agrónomo con Orientación en Agricultura Sostenible.
Lic. Antonio Ethiel Ochoa López	Coordinador Carrera de Pedagogía y Ciencias de la Educación.
Licda. Aminta Esmeralda Guillén Ruiz	Coordinadora Carrera de Trabajo Social, Técnico y Licenciatura
Ing. Víctor Manuel Fuentes López	Coordinador Carrera de Administración De Empresas, Técnico y Licenciatura
Licda. María Daniela Paiz Godínez	Coordinadora Carrera de Abogado y Notario y Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales
Dra. Jenny Vanessa Orozco Mínchez	Coordinadora Carrera Médico y Cirujano
Lic. Nelson de Jesús Bautista López	Coordinador Pedagogía extensión San Marcos

Licda. Julia Maritza Gándara González	Coordinadora extensión Malacatán
Licda. Karina Nineth Reyes Maldonado	Coordinadora extensión Tejutla
Lic. Julio Augusto Gonzáles Roblero	Coordinador extensión Tacaná
Lic. Mario Rene Requena	Coordinador de área de extensión
Lic. Robert Enrique Orozco Sánchez	Coordinador del Instituto de Investigación
Ing. Oscar Ernesto Chávez Ángel	Coordinador Carrera de Ingeniería Civil
Lic. Carlos Edelmar Velásquez González	Coordinador Carrera Contaduría Pública y Auditoria
Ing. Miguel Amílcar López López	Coordinador extensión Ixchiguan
Lic. Danilo Alberto Fuentes Bravo	Coordinador Carrera Profesorado Bilingüe Intercultural
Dr. Hugo Rafael López Mazariegos	Coordinador Carrera Sociología, Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE SAN MARCOS

COORDINACIÓN CARRERA MÉDICO Y CIRUJANO

Dra. Jenny Vanessa Orozco Mínchez	Coordinadora Carrera Médico y Cirujano
Ing. Genner A. Orozco	Coordinador Área Ciencias Básicas
Ing. Agr. Juan José Aguilar	Coordinador Área de Investigación
Licda. María Elisa Escobar Maldonado	Coordinadora Área Ciencias Sociales
Dr. Antulio Requena	Coordinador Área Ciencias Clínicas

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA

CENTRO UNIVERSITARIO DE SAN MARCOS

CARRERA MÉDICO Y CIRUJANO

MIEMBROS DE LA COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Ing. Agr. Juan José Aguilar	Presidente
Licda. María Elisa Escobar	Secretaria
Dr. Manglio Alejandro Ruano	Vocal I
Ing. Genner A. Orozco	Vocal II
Dr. Jorge Gutiérrez Hazbun	vocal III
Dra. María Elena Solórzano	Vocal IV
Dra. María Rebeca Bautista	Vocal V

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE SAN MARCOS
CARRERA MÉDICO Y CIRUJANO

TRIBUNAL EXAMINADOR

MsC. Juan Carlos López Navarro	Director
MsC. Eugenia Elizabet Makepeace Alfaro	Coordinadora Académica
Dra. Jenny Vanessa Orozco Mínchez	Coordinadora Carrera Médico y Cirujano
Dra. Rossío María Isabel Fuentes	Asesora
Licda. María Elisa Escobar Maldonado	Revisora

Nota: únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentables y contenido del trabajo de graduación. (Artículo 4,14, 15, 26, 37 del normativo para la elaboración de trabajo de la tesis de la carrera de Médico y Cirujano).

San Marcos, Junio de 2022.

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario de San Marcos
Carrera Medico y Cirujano
Comisión de Trabajos de Graduación

De manera atenta y cordial me dirijo a ustedes, deseándoles éxitos en sus labores diarias.

Por este medio me permito INFORMAR que he tenido bajo mi asesoría el trabajo de graduación que lleva como título "**IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO OPORTUNO DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PACIENTES PRIMIPARAS Y MULTIPARAS"** de la estudiante: Karla Aracely López López carné: 201442816 de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de San Marcos emitiendo un **DICTAMEN FAVORABLE** por lo que se autoriza para que se revise y apruebe para continuar con tramite de examen público.

Dra. Rossio Fuentes
GINECOLOGA Y OBSTETRA
COL. 17,707

Dra. Rossío María Isabel Fuentes
Especialista en Ginecología y Obstetricia
COL. 17,707

San Marcos, Junio de 2022.

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario de San Marcos
Carrera Medico y Cirujano
Comisión de Trabajos de Graduación

De manera atenta y cordial me dirijo a ustedes, deseándoles éxitos en sus labores diarias.

Por este medio me permito **INFORMAR** que he tenido a cargo la revisión del trabajo de graduación que lleva como título "**IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO OPORTUNO DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PACIENTES PRIMIPARAS Y MULTIPARAS"** de la estudiante: Karla Aracely López López carné: 201442816 de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de San Marcos en el grado de Licenciatura, el cual cumple con los requisitos establecidos en el normativo de trabajos de graduación de la carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de San Marcos emitiendo un **DICTAMEN FAVORABLE** por lo que se autoriza para que se revise y apruebe para continuar con tramite de examen público.

Atentamente:

LICENCIADA
María Elisa Escobar M.
PSICOLOGA
Colegiada No. 2,125

Licda. María Elisa Escobar Maldonado
Especialista en Psicología Clínica
COL. 2,125

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

CENTRO UNIVERSITARIO DE SAN MARCOS
Departamento de San Marcos
Guatemala, Centroamérica

LA INFRASCRITA SECRETARIA DEL COMITÉ DE TRABAJO DE GRADUACIÓN, DE LA CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO, DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE SAN MARCOS, DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, CERTIFICA: LOS PUNTOS: PRIMERO, SEGUNDO, TERCERO, CUARTO, QUINTO, SEXTO Y SÉPTIMO DEL ACTA No. 0006-2022, LOS QUE LITERALMENTE DICEN:

ACTA No. 006-2022

En la ciudad de San Marcos, siendo las diecisiete horas con treinta minutos, del día martes veintidós de marzo del año dos mil veintidós, reunidos a través de la plataforma virtual zoom para llevar a cabo la actividad académica de Presentación de Seminario 2 convocada por la Comisión de Trabajos de Graduación -COTRAG- de la Carrera de Médico y Cirujano, del Centro Universitario de San Marcos, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, integrados de la siguiente manera: Ing. Agr. Juan José Aguilar Sánchez, PRESIDENTE e integrante de la terna de evaluación y quién suscribe Licda. María Elisa Escobar Maldonado, SECRETARIA, que de ahora en adelante se le denominará COTRAG; además, integrantes de la terna evaluadora: Dr. Jorge Gutiérrez Hazbun y Dra. María Elena Solórzano; la estudiante **KARLA ARACELY LÓPEZ LÓPEZ** quien se identifica con el número de carnet dos mil catorce cuarenta y dos mil ochocientos dieciséis (201442816), para motivos de la presente se le denominará SUSTENTANTE; la Dra. Rossío María Isabel Fuentes y Licda. María Elisa Escobar, que actúan como ASESORA y REVISORA del Trabajo de Graduación, respectivamente. Con el objeto de dejar constancia de lo siguiente: PRIMERO: Establecido el quórum y la presencia de las partes involucradas en el proceso de la presentación del Seminario 2 de la Estudiante **KARLA ARACELY LÓPEZ LÓPEZ**, previo a autorizar el Informe Final del Trabajo de Graduación denominado: **"IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PACIENTES PRIMIPARAS Y MULTIPARAS"**. SEGUNDO: APERTURA: El presidente de la COTRAG procedió a dar la bienvenida a los presentes y a explicar los motivos de la reunión y los lineamientos generales del Seminario 2 a la SUSTENTANTE y entrega a los miembros de la terna evaluadora la guía de calificación. TERCERO: la SUSTENTANTE presenta el título del Trabajo de Graduación: **"IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PACIENTES PRIMIPARAS Y MULTIPARAS";** argumenta los principales elementos teóricos encontrados a lo largo de la construcción de su monografía: Generalidades de la Depresión Posparto: definición, clasificación, epidemiología, etiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas; factores relacionados con la depresión posparto; criterios diagnósticos de la Depresión Posparto; diagnóstico diferencial; consecuencias y tratamiento de la depresión posparto. Al finalizar, presentó las principales conclusiones y recomendaciones. CUARTO: Luego de escuchar a la SUSTENTANTE, El PRESIDENTE de la COTRAG, sugiere a los integrantes de la terna evaluadora, someter a interrogatorio a la SUSTENTANTE, para asegurar la calidad científica y técnica del trabajo de graduación. Dra. María Elena Solórzano felicita a la SUSTENTANTE por su exposición y preparación en el tema y no hace correcciones al documento, pero menciona la importancia de estos estudios, ya que no se considera la depresión posparto como enfermedad importante. El Dr., Jorge Gutiérrez felicita a la SUSTENTANTE por la elaboración de su monografía, pero considera que el título de la investigación debería de quedar de la siguiente manera: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PACIENTES PRIMIPARAS Y MULTIPARAS. Así mismo, menciona que tiene algunas otras observaciones que se las hará llegar por medio del PRESIDIENTE. El PRESIDENTE concede la palabra a la ASESORA para que pueda expresar su opinión, ella expresa su felicitación a la SUSTENTANTE, ya que considera que su presentación la realizó de la mejor manera y comenta la importancia del tema, ya que es un tema poco estudiado o abordado en nuestro medio.

Seguidamente se le concede la palabra a la REVISORA que expresa su felicitación a la SUSTENTANTE por su presentación y esfuerzo para la elaboración de su trabajo de graduación y agradece todas las observaciones realizadas por parte de la terna evaluadora. El PRESIDENTE, manifiesta que deben de hacerse correcciones, entre los cuales señala: Reestructurar algunos verbos de los objetivos, uso adecuado de viñetas, revisar normas Vancouver, establecer sangría en todo el documento. QUINTO: El PRESIDENTE de la COTRAG, solicita a los miembros de la terna evaluadora que por mensaje privado puedan enviarle la calificación obtenida en el Seminario 2 de la SUSTENTANTE para trasladar la nota final a la SUSTENTANTE y de esta manera para que la terna evaluadora pueda deliberar sobre la APROBACIÓN O REPROBACIÓN del Informe Final del Trabajo de Graduación de la Estudiante **KARLA ARACELY LÓPEZ LÓPEZ**. En ese momento, los miembros de la TERNA DE EVALUACIÓN empiezan a revisar y anotar algunos cambios que se agregan en los informes digitales que se les enviaron previo al evento académico, dichas observaciones y recomendaciones que serán enviadas por correo electrónico o WhatsApp a la SUSTENTANTE para que proceda a hacer los cambios. SEXTO: Se informa a la SUSTENTANTE, así mismo, a la ASESORA y REVISORA del Trabajo de Graduación que la calificación asignada es de OCHENTA Y OCHO PUNTOS (88) por lo tanto, se da por APROBADO EL SEMINARIO 2. Sin embargo, se les comunica a las partes que previo a la entrega de la certificación del acta del evento académico, deberá hacer las correcciones en el Informe del Trabajo de Graduación las cuales deben ser discutidas, revisadas, presentadas y autorizadas por la ASESORA Y REVISORA del Trabajo de Graduación, comunicándoselo inmediatamente a la COTRAG. LA SUSTENTANTE, ASESORA Y REVISORA hacen las anotaciones correspondientes y agradecen por los aportes realizados al estudio por parte de la TERNA EVALUADORA. La sala virtual felicita a la SUSTENTANTE por el resultado satisfactorio. SEPTIMO: En base al artículo 56 del Normativo para la Elaboración de Trabajo de Graduación de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de San Marcos, el PRESIDENTE de la COTRAG le indica a la estudiante que fue APROBADO EL SEMINARIO 2 de la SUSTENTANTE **KARLA ARACELY LÓPEZ LÓPEZ**, titulado **"IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PACIENTES PRIMIPARAS Y MULTIPARAS"**. Por lo cual, se le AUTORIZA realizar los trámites correspondientes para que se ordene la impresión del informe final y posteriormente el Acto de Graduación. Concluyó la reunión en la misma plataforma virtual y fecha a las dieciocho horas con treinta minutos, previa lectura que se hizo a lo escrito y enterados de su contenido y efectos legales, aceptamos, ratificamos y firmamos. DAMOS FE.

(FS) ilegibles Karla Aracely López López, Dra. Rossío María Isabel Fuentes, Licda. María Elisa Escobar, Dr. Jorge Gutiérrez Hazbun, Dra. María Elena Solórzano, Ing. Agr. Juan José Aguilar Sánchez y Licda. María Elisa Escobar Maldonado.

A SOLICITUD DE LA INTERESADA SE EXTIENDE, FIRMA Y SELLA LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ACTA, EN UNA HOJA DE PAPEL MEMBRETADO DEL CENTRO UNIVERSITARIO, EN LA CIUDAD DE SAN MARCOS, A LOS DOS DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL VEINTIDOS.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Comisión Trabajos de Graduación CUSAM - USAC CARRERA MEDICINA San Marcos

Licda. María Elisa Escobar Maldonado
Secretaria Comisión de Trabajos de Graduación

CC. archivo

USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario de San Marcos | CUSAM
COORDINACIÓN ACADÉMICA

Transc.COACUSAM-357-2022
19 de julio, 2022

ESTUDIANTE: KARLA ARACELY LÓPEZ LÓPEZ
CARRERA: MÉDICO Y CIRUJANO.
CUSAM, Edificio.

Atentamente transcribo a usted el Punto **QUINTO: ASUNTOS ACADÉMICOS, inciso a) subinciso a.16) del Acta No. 010-2022**, de sesión ordinaria celebrada por la Coordinación Académica, el 13 de julio de 2022, que dice:

"QUINTO: ASUNTOS ACADÉMICOS: a) ORDENES DE IMPRESIÓN. CARRERA: MÉDICO Y CIRUJANO. a.16) La Coordinación Académica conoció Providencia No. CMCUSAM-17-2022, de fecha 04 julio de 2022, suscrita por la Dra. Jenny Vanessa Orozco Minchez, Coordinadora Carrera Médico y Cirujano, a la que adjunta solicitud de la estudiante: KARLA ARACELY LÓPEZ LÓPEZ, Carné No. 201442816, en el sentido se le **AUTORICE IMPRESIÓN** DE LA TESIS IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PACIENTES PRIMIPARAS Y MULTIPARAS, previo a conferírsele el Título de MÉDICO Y CIRUJANO. La Coordinación Académica en base a la opinión favorable del Asesor, Comisión de Revisión y Coordinadora de Carrera, **ACORDÓ: AUTORIZAR IMPRESIÓN** DE LA TESIS IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PACIENTES PRIMIPARAS Y MULTIPARAS, la estudiante: KARLA ARACELY LÓPEZ LÓPEZ, Carné No. 201442816, previo a conferírsele el Título de MÉDICO Y CIRUJANO."
Atentamente,

ID Y ENSEÑAD A TODOS

MsC. Eugenia Elizabet Makepeace Alfaro
Coordinadora Académica

c.c. Archivo
EEMA/ejl.

ACTO QUE DEDICO:

A DIOS

Por darme la vida, por ser la fuente de sabiduría y entendimiento, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, y porque sin Él nada sería posible.

A MI MADRE

Vilma Aracely López Aschenbremer

Quien con su amor, paciencia y esfuerzo me ha permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, GRACIAS por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía y por darme el privilegio y orgullo de ser su hija.

A MIS PADRES

Carlos López y Diego Raymundo

Por el amor y el apoyo incondicional, por aconsejarme y guiarme a ser una persona de bien a lo largo de este camino y por compartir junto a mí este sueño.

A MIS HERMANAS

Claudia María y Ana María

Por compartir cada sueño a mi lado y ser mi fortaleza en mis momentos de debilidad, porque la vida nos enseñó a estar unidas para toda la vida.

A MIS HERMANOS

Edgar Ottoniel y Carlos Leonel

Por su cariño, motivación y apoyo en cada etapa de mi vida.

A MI FAMILIA, AMIGOS Y COMPAÑEROS

Por su amistad y apoyo incondicional y por compartir junto a mi grandes experiencias, buenos momentos y motivarme día a día.

A MI ASESORA Y REVISORA

Dra. Rossío María Isabel Fuentes

Licda. María Elisa Escobar Maldonado

Por la experiencia profesional proporcionada y ayuda incondicional para la realización de este estudio.

A MIS CATEDRATICOS:

Por ayudar a mi formación y por su apoyo a lo largo de la carrera

A LA UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA

CENTRO UNIVERSITARIO DE SAN MARCOS

Por el privilegio de ser uno de sus profesionales egresados, Alma Mater, Centro del Saber.

A USTED QUE RECIBE:

Con respeto y cariño

INDICE GENERAL

CONTENIDO	NO. PAG
1. TÍTULO…….……..	iv
2. RESUMEN…….…….……	v
3. INTRODUCCIÓN……..…….	07
4. NOMBRE DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN……..…..……	09
5. ÁRBOL DE PROBLEMAS……..……..……..	10
6. OBJETIVOS……..……..…….	11
7. CUERPO DE LA MONOGRAFIA..……..……...	12
Capítulo 1. Generalidades de depresión posparto …..…….…….	12
7.1.1. Clasificación de los trastornos afectivos…….……	14
7.1.2. Epidemiología...……..…….	15
7.1.3. Etiología…….……..…….	17
7.1.4. Fisiopatología…….……..……...	19
7.1.5. Manifestaciones clínicas……..	21
Capítulo 2. Factores relacionados con la depresión posparto……	26
7.2.1. Factores intrínsecos…….…….……	27
7.2.2. Factores extrínsecos…….……...	29
Capítulo 3. Factores que reducen la presentación de depresión……	32
Capítulo 4. Criterios diagnósticos de depresión posparto……..	36
7.4.1. Escala de depresión de Edimburgo…….	38
7.4.2. Inventario de depresión de Beck II……..…….	42
7.4.3. Inventario de depresión de Zung…….	48
7.4.4. Escala de detección de Depresión posparto…….	53
7.4.5. Cuestionario de salud del paciente PHQ…….	54
7.4.6. Cuestionario Blues de Kennerley.. ……	56
7.4.7. Escala de autoevaluación de 13 ítems……..	59
7.4.8. Criterios diagnósticos del Handley Blues Criteria ……	60
7.4.9. Escala del Blues Materno de Lima …….	61
Capítulo 5. Diagnóstico diferencial…….	64

7.5.1. Tristeza posparto…… 65
7.5.2. Depresión posparto ……..…… 66
7.5.3. Psicosis posparto ……...…… 67
Capítulo 6. Pronóstico…… 69
Capítulo 7. Consecuencias de la depresión posparto……. 73
7.7.1. Nivel Personal…..…… 75
7.7.2. Nivel Familiar…… 77
7.7.3. Suicidio…… 78
Capítulo 8. Tratamiento multidisciplinario de la depresión posparto…… 81
7.8.1. Tratamiento farmacológico…….. 82
7.8.2. Psicoterapia..…….. 83
7.8.3. Asistencia psicosocial…….. 85
8. CONCLUSIONES……. 87
9. RECOMENDACIONES…… 88
10. CRONOGRAMA…… 89
11. BIBLIOGRAFÍA……. 90
12. ANEXOS……. 94

1. TITULO

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PACIENTES PRIMIPARAS Y MULTIPARAS

2. RESUMEN:

La depresión posparto en la actualidad se ha convertido en la complicación psiquiátrica posparto más frecuente y menos diagnosticada por parte del médico tratante, esta patología es de suma importancia en nuestro medio por sus repercusiones de manera negativa tanto en madres, bebes, familias y medio en el que se desenvuelven, es por ello que su diagnóstico oportuno debe constituir una prioridad en salud pública.

El objetivo fue explicar la importancia del diagnóstico oportuno de depresión posparto, dar a conocer síntomas, cuadro característico y métodos diagnósticos de dicha patología mediante la presente investigación documental, clase monografía, tipo compilación; se procedió a la búsqueda de información a través de bibliografías relacionadas con el tema, se compiló información en fichas bibliográficas tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 30 bibliografías, utilizando técnicas de investigación como lectura, subrayado, y resumen.

La herramienta más utilizada para el diagnóstico de Depresión Posparto es la Escala de Depresión Post-natal de Edimburgo, la cual se considera una prueba fácil, rápida de aplicar en consulta médica y accesible a los funcionarios de salud, sin embargo existen numerosas pruebas como Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Depresión de Zung, Escala de Detección de Depresión Posparto, Cuestionario Blues de Kennerley, entre otros, útiles en la consulta diaria que se adaptan al periodo gestacional y posparto. Se identifica la escala más utilizada en el ámbito sanitario y más empleada, señalando cuál es su mayor limitación y la necesidad de realizar más estudios sobre las escalas del postparto.

PALABRAS CLAVE: Puerperio Alejado, Factores de riesgo, características, síntomas, manejo hospitalario, diagnóstico, tratamiento, efectos, causas, complicaciones.

SUMMARY

Postpartum depression has now become the most frequent and least diagnosed postpartum psychiatric complication by the treating physician, this pathology is of the utmost importance in our environment due to its negative repercussions on mothers, babies, families and environment which they develop, which is why their timely diagnosis should be a priority in public health.

The objective was to explain the importance of timely diagnosis of postpartum depression, to present symptoms, characteristic symptoms and diagnostic methods of said pathology through this documentary research, monograph class, compilation type; Information was searched through bibliographies related to the subject, information was compiled in bibliographic records taking into account inclusion and exclusion criteria, 30 bibliographies were selected, using research techniques such as reading, underlining, and summary.

The most used tool for the diagnosis of Postpartum Depression is the Edinburgh Postnatal Depression Scale, which is considered an easy test, quick to apply in medical consultation and accessible to health officials, however there are numerous tests such as Inventory Beck Depression Inventory, Zung Depression Inventory, Postpartum Depression Screening Scale, Kennerley Blues Questionnaire, among others, useful in daily consultation that are adapted to the gestational and postpartum period. The most widely used and most used scale in the health field is identified, pointing out its greatest limitation and the need to carry out more studies on postpartum scale

KEY WORDS: Remote Puerperium, Risk factors, characteristics, symptoms, hospital management, diagnosis, treatment, effects, causes, complications.

3. INTRODUCCIÓN

La depresión posparto es un trastorno psicológico que pueden presentar las mujeres en el puerperio o posparto, que es el periodo que se da inmediatamente después del parto hasta las seis a ocho semanas, este tiempo es de suma importancia debido a que en dicho periodo se da la transición de los cambios fisiológicos ocurridos durante el embarazo al estado fisiológico previo, lo cual conlleva una serie de cambios en toda madre.

El embarazo y puerperio son periodos de múltiples cambios biológicos, psicológicos e interpersonales en la vida de las pacientes embarazadas, son comunes reacciones transitorias de tristeza y ansiedad, sin embargo algunas sobrepasan la línea entre la normalidad y la anormalidad presentando síntomas compatibles con algún cuadro psiquiátrico, ya sea debutando o presentando recaídas de una enfermedad preexistente; Desde la antigüedad, se relaciona la maternidad a sentimientos de bienestar emocional, descuidando de alguna manera el estado vulnerable en el que se encuentran las pacientes, sin prestar atención a los trastornos del estado de ánimo, especialmente, la depresión que constituye actualmente un problema para la salud publica debido a la discapacidad que genera.

Estimaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud en el año 2002, mostraron que 154 millones de personas en el mundo sufren de depresión y que la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando. Actualmente afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. La Organización Mundial de la Salud define la depresión como “trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela, y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio”

La depresión posparto es un trastorno grave que ocasiona enorme sufrimiento a la madre y a la familia, dentro de sus consecuencias se puede mencionar: abandono de la lactancia materna, sufrimiento personal, afectación de la relación marital, entre otras. En el lactante se presenta mayor incidencia de cólicos y llanto excesivos, trastornos del sueño y expresión de mayores signos de estrés, a los dos años de edad se aprecia disminución en la habilidades cognitivas, menor interacciones sociales y trastornos del sueño y el apetito, y en el peor de los casos muerte del recién nacido por descuidos de la madre, a largo plazo puede provocar en la etapa preescolar que estos niños presentan pobre modulación del afecto, mayor riesgo de trastornos psiquiátrico y mal comportamiento entre situaciones extrañas.

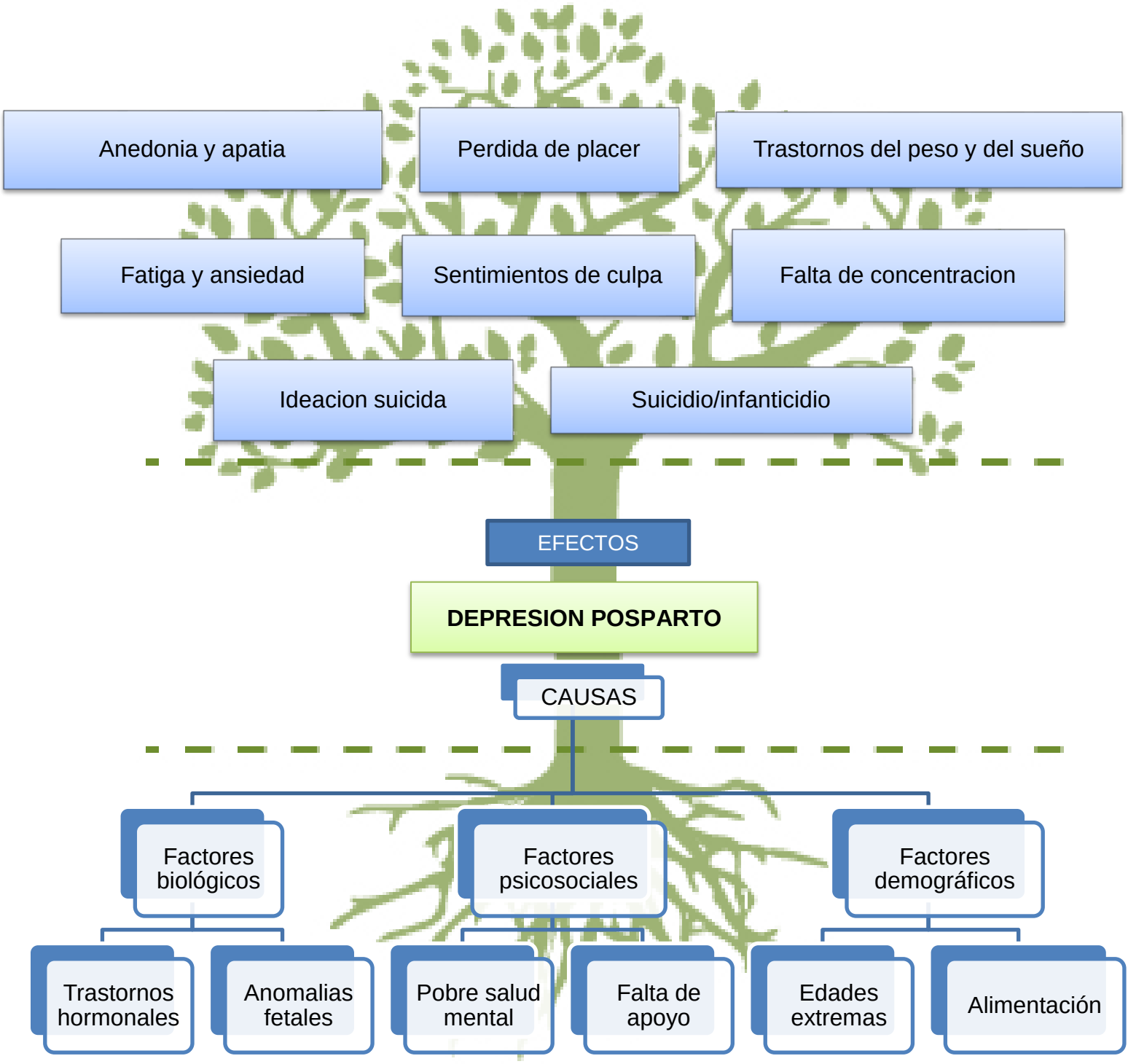
Por lo que llama la atención el hecho de que la depresión posparto sea habitualmente sub diagnosticada, pese a que su prevalencia supera o iguala a la correspondiente a otras patologías obstétricas tales como preeclampsia, parto prematuro y diabetes gestacional, entre otras entidades. En Guatemala no se cuenta con estadísticas que respalden esta teoría, ya que no se le brinda la importancia que amerita, es por ello que debemos aprender a detectar a tiempo los posibles factores de riesgo de la depresión posparto, su correcto diagnóstico, manejo y tratamiento; para evitar complicaciones que involucren trastornos mentales en la madre, en el proceso de lactancia, vinculación y desarrollo en el niño.

4. NOMBRE DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

DEPRESIÓN POSPARTO

5. ÁRBOL DE PROBLEMAS

Gráfico 1. Árbol de problemas.



Fuente: Elaboración propia 2020

6. OBJETIVOS

6.1. GENERAL

Analizar la importancia del diagnóstico oportuno de depresión posparto en pacientes primíparas y multíparas y su manejo en la actualidad.

6.2. ESPECIFICOS

Detallar la sintomatología de depresión posparto en pacientes primíparas y multíparas.

Indicar los factores que influyen en la depresión posparto en pacientes primíparas y multíparas.

Identificar los criterios diagnósticos para depresión posparto en las pacientes primíparas y multíparas.

Mencionar el tratamiento de la depresión posparto en pacientes primíparas y multíparas.

7. CUERPO DE LA MONOGRAFIA

CAPÍTULO 1.
GENERALIDADES DE DEPRESION POSPARTO

La depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. Esta patología es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Algunas investigaciones indican que el riesgo genético para la depresión es el resultado de la influencia de varios genes que actúan junto con factores ambientales y otros factores de riesgo. [1]

Algunos tipos de depresión tienden a darse en familias, sin embargo, la depresión también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de depresión. No todas las personas con enfermedades depresivas experimentan los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona y su enfermedad en particular. Una distinción fundamental es la establecida entre la depresión en personas con y sin antecedentes de episodios maníacos. Ambos tipos de depresión pueden ser crónicos y recidivantes, especialmente cuando no se tratan. [2]

Mientras que un trastorno depresivo recurrente se caracteriza por repetidos episodios de depresión. Durante estos episodios, hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica.

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades

laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones. [1]

La depresión postparto es un tipo de depresión que afecta a algunas mujeres poco después de dar a luz. Es común que las mujeres experimenten trastornos temporales del humor o melancolía después del parto. Sin embargo, si el trastorno dura más que unos cuantos días, se denomina depresión postparto. Se considera depresión postparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las 4-6 semanas postparto.

La depresión postparto o depresión puerperal, es un trastorno mental de alta prevalencia que provoca alteraciones emocionales, cognitivas, comportamentales y físicas que se inician de manera insidiosa, durando incluso semanas después del parto, y la podemos clasificar en leve-moderada y severa según los síntomas que se presenten y su forma de aparición. [3]

Las pacientes con enfermedades de leve a moderada generalmente no manifiestan comportamientos suicidas o evidente deterioro del funcionamiento, y es menos probable que desarrollen complicaciones tales como rasgos psicóticos y características catatónicas. Por lo que en la depresión leve a moderada normalmente se puede administrar terapia en pacientes ambulatorios o atención hospitalaria parcial durante el día, ya que se sugiere la psicoterapia como tratamiento inicial; este enfoque es coherente con las guías de práctica clínica y es especialmente útil para madres lactantes, que no desean exponer a sus bebés a los antidepresivos. [2]

Las pacientes gravemente enfermas o con depresión posparto grave suelen reportar la ideación y el comportamiento suicida, por lo general demuestran un deterioro obvio del funcionamiento y a menudo manifiestan un mal juicio, que coloca al paciente y

a otros (incluido el recién nacido y demás niños a cargo de la paciente), en riesgo de daño inminente. También, es más probable que las pacientes con depresión posparto severa desarrollen complicaciones tales como rasgos psicóticos y rasgos catatónicos.

Las pacientes con depresión severa deben ser referidas a un psiquiatra para el manejo y a menudo requiere hospitalización, para tratar la depresión mayor con rasgos psicóticos o catatónicos. Respecto al manejo de las pacientes con depresión posparto severa, la psicoterapia casi siempre se indica como un adyuvante a la farmacoterapia (que se basa en la utilización de medicamentos antidepresivos) y se recomienda que reciban psicoterapia inicial y se siga evaluando su progreso hasta que respondan.

Además, para las pacientes con este tipo de depresión que se encuentran amamantando, se sugieren medicamentos antidepresivos específicos que en base a su eficacia en ensayos aleatorios no son perjudiciales para el bebe, ya que estos están más disponibles en la práctica médica y su uso es más beneficioso en combinación de pautas en la práctica múltiple con psicoterapia. [3]

7.1.1. Clasificación de los trastornos afectivos en el posparto.

Existen tres tipos de alteraciones que pueden presentarse en el postparto: La disforia posparto, que es el síndrome más leve y más frecuente durante el postparto también llamado maternity blues, un estado pasajero que se inicia en los primeros 2-4 días posteriores al parto y que no dura más de 2 semanas, caracterizado por irritabilidad, llanto fácil, rasgos hipocondriacos, insomnio, fatiga, pérdida del apetito, falta de concentración y dolor de cabeza. Este cuadro aparece en un 86% de las mujeres que acaban de dar a luz y es una reacción pasajera esperable después del parto.

La depresión postparto, que suele tener un inicio más tardío que la disforia postparto, ya que normalmente aparece a las 2-4 semanas posteriores al parto. La depresión puerperal, postparto o postnatal es un trastorno comparable a otro episodio depresivo. En el DSM-IV aparece la primera definición del “trastorno depresivo de inicio

en el postparto”, según la cual se trataría de un episodio depresivo mayor de inicio en las primeras 4 semanas después del alumbramiento de un hijo.

Clínicamente se caracteriza por un cuadro depresivo severo, indistinguible del trastorno depresivo mayor no psicótico que ocurre en mujeres en otros periodos de su vida; cuyo inicio es característicamente insidioso, asociando ansiedad excesiva y síntomas neurovegetativos, entre los cuales prevalece: la taquicardia que provoca disnea, sensación glosofaríngea, sensación de opresión en el pecho y debilidad general, cefaleas fronto-occipitales y occipito cervicales acompañadas de rigidez de nuca, sensación de presión cefálica y zumbidos de oídos.

Y por último la psicosis posparto, que es la forma más severa de los trastornos psiquiátricos puerperales, esta es una enfermedad aguda y grave que se produce en 1-2 de cada 1.000 nacimientos. Suele iniciar 48 a 72 horas luego del parto, y rara vez inicia más allá de las 4 semanas. El cuadro clínico se asemeja a una psicosis afectiva de rápida evolución, con rasgos maniacos, depresivos o mixtos. Los signos más tempranos son usualmente ansiedad, irritabilidad e insomnio, los cuales avanzan rápidamente a desorientación, despersonalización, y conducta desorganizada.

Las ideas delirantes suelen centrarse en el niño, e incluyen ideas de que el niño está muriendo, de que el niño tiene poderes especiales, o atribuciones divinas o diabólicas. Frecuentemente se presentan alucinaciones auditivas que indican a la madre que lesione o mate al niño o a sí misma. A diferencia de otras psicosis afectivas, la psicosis posparto frecuentemente se asocia con confusión y deliro. El 15-20% de las mujeres con psicosis postparto ha tenido episodios psicóticos previos. Las primigestas son doblemente vulnerables a la psicosis. [4]

7.1.2. Epidemiologia.

Se estima que, en el 2015, la proporción de la población mundial con depresión fue de 4,4%. La depresión es más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%). La prevalencia varía según la Región de la OMS, desde una prevalencia menor

de 2,6% en los hombres de la Región del Pacífico Occidental a una prevalencia de 5,9% en las mujeres de la Región de África.

Las tasas de prevalencia varían según la edad y alcanza su punto máximo en la edad más adulta (por encima de 7,5% en mujeres de edades comprendidas entre los 20 a 30 años, y por encima de 5,5% en hombres). La depresión también ocurre en niños y adolescentes menores de 15 años, pero en un grado menor que en los grupos de mayor edad. El número aproximado de personas que tienen depresión en el mundo es de 322 millones. El número total estimado de personas con depresión aumentó en 18,4% entre el 2005 y el 2015, lo que refleja el crecimiento general de la población mundial, así como un aumento proporcional de los grupos etarios.

En el 2015, los trastornos depresivos representaron un total de más de 50 millones de años vividos con discapacidad a escala mundial. Más de 80% de esta carga de enfermedad no mortal ocurrió en países de ingresos bajos y medianos. A nivel mundial, los trastornos depresivos se clasifican como el mayor factor que contribuye a la pérdida de salud sin consecuencias mortales. Según varios estudios, la epidemiología de depresión postparto en España es del 10-15% es decir, que una de cada 10 mujeres padece este tipo de depresión tras dar a luz o en los meses posteriores, siendo la patología más común durante el puerperio. [5]

Así mismo la revista biomédica Medwave también indica al respecto: “No hay ningún período en la vida de la mujer en que tenga más riesgo de enfermar de enfermedades psiquiátricas que en los 30 días que siguen al período postparto lo que transforma el hecho de dar a luz en la causa más frecuente de depresión médica, hecho que con frecuencia es ignorado”.

Actualmente, la incidencia de la depresión postparto resulta muy variable, en un rango entre 30 y 200 casos por cada 1000 nacimientos (3 – 20 %), con una estimación de una tasa de recurrencia de entre 10 y 35 %. La depresión puede ocurrir en cualquier momento después del parto, frecuentemente luego que la mujer ha regresado a su

hogar desde el hospital. Los síntomas pueden durar desde unas pocas semanas hasta varios meses y cerca del 4 % de los casos persisten por un año.

En su forma de trastorno depresivo mayor, es de carácter importante, ya que afecta alrededor del 13% de las mujeres, con un rango entre 10 y 15%. En cuanto al pronóstico, por regla general, a corto plazo es bueno, pero cabe señalar que el riesgo de repetición de otro episodio psicótico está asociado a la presencia de embarazos posteriores que aumentan el riesgo de recaídas en un 50 a un 75%. Si no se producen más embarazos el 75% de las pacientes no repetirán episodios psicóticos. [6]

7.1.3. Etiología.

Son muchos los factores etiológicos que se han estudiado como predictores de la depresión posparto. Se pueden distinguir varios grupos como lo son factores biológicos, factores psicológicos y factores psicológicos. [7]

La evidencia disponible permite establecer varias hipótesis acerca de la influencia de los factores biológicos en la etiopatogenia de la depresión postparto, a pesar de sus contradicciones y los problemas metodológicos de algunos de ellos podemos mencionar las hormonas reproductivas; El rápido descenso en los niveles de las hormonas gonadales luego del parto ha llevado a muchos autores a sugerir una posible relación de esta disminución con los cambios en el estado de ánimo de las mujeres durante el puerperio.

En el embarazo los niveles de estrógenos son más bajos en mujeres con trastornos del sueño y más elevados en mujeres con mayor grado de irritabilidad con respecto a los niveles en gestantes normales. Por otra parte, se ha encontrado una mayor caída de progesterona luego del parto en mujeres que presentan depresión postparto en comparación con puérperas normales. El Eje hipotálamo – hipófisis adrenal; Varios estudios reportan una asociación entre los niveles de glucocorticoides y el estado del ánimo en el puerperio; por ejemplo, se ha encontrado correlación entre niveles elevados de cortisol en plasma, saliva y orina en mujeres que experimentan cambios de ánimos

positivos en los primeros días postparto.

Otros factores como niveles altos de AMP cíclico urinario en los primeros días postparto, y bajos niveles de triptófano, ácido fólico, beta-endorfina y T3 libre durante el embarazo y el puerperio, también han sido implicados en la etiopatogenia de la depresión puerperal. Entre los factores psicológicos podemos mencionar las formulaciones psicodinámicas, la personalidad, el estilo cognitivo entre otros, los cuales se hayan relacionados con la depresión posparto. [8]

Formulaciones psicodinámicas; Desde esta perspectiva, el embarazo se considera un periodo de maduración y a la vez de regresión que evoca conflictos infantiles, particularmente en los casos en los que existen modelos maternos inadecuados. Muchos autores aseguran que las actitudes negativas hacia la maternidad y/o una infancia conflictiva predisponen a la depresión postparto, y asocian una pobre identificación materna con la depresión en el periodo inmediatamente posterior al parto.

Personalidad; Con respecto a esta variable, los resultados son más acordes, ya que en la mayoría de los estudios se encuentra relación significativa entre algunos rasgos de la personalidad (mayor neuroticismo y menor extroversión), por lo tanto podemos afirmar que las pacientes con personalidad limítrofe tienen mayor riesgo de presentar depresión en algún momento de la vida.

Estilo cognitivo; A partir de la década de los años ochenta los investigadores empezaron a estudiar la relación entre determinados aspectos cognitivos y de la conducta y la depresión posparto. Las variables analizadas son las que se consideran importantes para el desarrollo de la depresión, incluyendo: trastorno del autocontrol, estilo atribucional alterado y atribuciones externas e inestables debidas a cogniciones negativas acerca del mundo, del futuro y de uno mismo. [7]

Existen varios factores de riesgo cuya presencia en una gestante ha sido asociada con la depresión postparto, si bien cualquier mujer puede desarrollar este trastorno:

depresión o ansiedad durante el embarazo, eventos vitales estresantes (rupturas amorosas, pérdida del trabajo, muerte de un ser querido, migración, entre otros) durante el embarazo o el puerperio temprano, bajos niveles de apoyo social y una historia previa de depresión. El clínico debe estar alerta ante la presencia de alguno de estos factores durante los controles prenatales con el fin de poder hacer un seguimiento cercano a las mujeres en riesgo o dar un tratamiento oportuno a aquellas que ya presentan la enfermedad. [8]

7.1.4. Fisiopatología.

La visión actual de la etiología de la depresión se resume virtualmente como un prototipo de interacción gen – entorno, un prototipo de modelo de interacción de enfermedades complejas tales como cáncer, hipertensión, y diabetes con un gran enfoque en los tres principales sistemas monoamina- serotonina (5 –hidroxitriptamina, 5 HT), norepinefrina (NE), y dopamina (DA).

Las nuevas y emergentes herramientas de neurobiología molecular y la imagenología del cerebro funcional nos han brindado un soporte adicional sobre la participación de estos tres sistemas. En contraste, con revisiones anteriores contamos actualmente con una considerable evidencia que soporta un papel predominante de los circuitos dopamina del sistema nervioso central. Muchos investigadores sugieren que las respuestas terapéuticas sub optimas actualmente bien documentadas a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIs) y los inhibidores de reabsorción selectiva de serotonina-norepinefrina (SNRIs) puede ser debida, en parte, a su relativa falta de efecto sobre los circuitos dopamina del cerebro.

En cuanto se refiere a los sistemas monoamina- serotonina del sistema nervioso central, se ha recopilado mayor información la cual soporta un rol fundamental de su participación en la depresión. Además de la muy impresionante evidencia de la reducción de la actividad de las neuronas de serotoninergicas en la depresión tal como se ha evaluado post-mortem, en líquido cefalorraquídeo, y en estudios neuroendocrinos, existen novedosos datos obtenidos a partir de exámenes post-

mortem y de tomografías de emisión de positrones, y estudios de imagenología que demuestran una reducción en el número de sitios de fijación de transporte de serotonina en el cerebro medio y en la amígdala de pacientes deprimidos libres de medicamento, al igual que reducción en ambas.

Tomados en conjunto, estos datos sugieren una reducción neta en el número y en las funciones de las terminales nerviosas pre sinápticas monoamina- serotonina y una reducción en la transducción de la señal post-sináptica serotonergica, por lo menos en uno de los subtipos receptores monoamina- serotonina. Estudios anteriores demostraron un aumento en la densidad del receptor monoamina- serotonina, quizás debido a una relativa disminución en la disponibilidad de monoamina- serotonina.[9]

Vale la pena anotar dos nuevas e importantes observaciones sobre los circuitos 5HT en la depresión: El primero es la observación ahora bien replicada de que los pacientes deprimidos en remisión después de un tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, cuando se encuentran con un reto por medio de una maniobra experimental que reduce la disponibilidad de monoamina- serotonina en el sistema nervioso central, exhiben un rápido y profundo retorno de los síntomas depresivos, en cuestión, en algunos casos, de unas cuantas horas. Este hallazgo sugiere que en individuos vulnerables, la reducción de la disponibilidad de monoamina-serotonina está asociada con una rápida presentación de la depresión.

La segunda, y discutiblemente, una de las observaciones más notables en toda la investigación biomédica en la última década es la observación de que los individuos que el alelo s de la región promotora del gen SERT(SLC 6A4) son generalmente vulnerables a los efectos depresogenicos ahora bien documentados del estrés de los primeros años de vida, ejemplo, el abuso o el rechazo infantil, y aún más, que este efecto es “dependiente de la dosis", en términos del alelo s y en términos de la frecuencia y severidad del abuso.

Por lo tanto, los más vulnerables a la depresión son aquellos individuos con el

genotipo s／s y los menos vulnerables son aquellos que presentan el genotipo l／l, aquellos individuos que presentan el s／l presentan un riesgo intermedio. Este hallazgo es aún más extraordinario puesto que este polimorfismo ha demostrado su funcionalidad: los individuos s-s y los s-l exhiben una reducción en los sitios de fijación SERT en los estudios de imagenología PET comparados con los individuos l-l.

Nótese que aquellos individuos con el genoma l-l son inmunes a los efectos depresogenicos de los traumas de los primeros años de vida, representando un haplotipo resistente a la enfermedad. Otro alelo, el polimorfismo de Goldman, el cual es funcionalmente similar al alelo s, ha sido descubierto recientemente y puede ser el responsable de algunas de las variaciones realizadas hasta la fecha.[10]

De los principales sistemas de catecolaminas, la norepinefrina que contiene circuitos ha sido considerada desde hace tiempo por estar involucrada patológicamente en la etiología de los desórdenes del estado de ánimo. Similarmente a los medicamentos que aumentan la disponibilidad de monoamina- serotonina, los inhibidores de la reabsorción de norepinefrina tales como reboxetina y nortriptilena son antidepresivos efectivos. Aún más, los estudios neuroquímicos y neuroendocrinos en pacientes deprimidos en hallazgos postmortem soportan un rol para la disfunción de norepinefrina en la depresión. Las alteraciones en los circuitos noradrenérgicos pueden jugar un importante rol en pacientes con depresión resistente al tratamiento.[9]

7.1.5. Manifestaciones clínicas.

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo y/o el postparto es importante por su morbimortalidad, consecuencias y posibles complicaciones, lo que ha llevado a que en los últimos años se haya intentado optimizar el diagnóstico y proveer tratamientos tempranos y eficientes para estos casos y de esta manera evitar desenlaces desastrosos. [11]

Al respecto, se han diseñado varias escalas para el tamizaje de esta patología, entre los cuales se encuentra la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS); es

importante tener presente que la escala de depresión posparto de Edimburgo es un método de pesquisa para la depresión posparto, siendo el manual estadístico de los trastornos mentales quinta edición (DSM-V) el método más exacto para el diagnóstico de esta entidad clínica.[12]

Según este último, el especificador de inicio en el posparto debe ser realizado a los trastornos que se inicien durante las cuatro semanas posteriores al parto y puede realizarse a episodios depresivos mayor, maniaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve. Por tanto, resulta fundamental y muy conveniente detectar esta patología entre las puérperas, para lo cual pudiesen aplicarse diversas técnicas de tamizaje que permitan identificar a aquellas madres con mayor necesidad de una evaluación diagnóstica más completa.

El reconocimiento de la depresión posparto en la atención médica primaria es pobre, sobre todo si se considera el aumento que la depresión ha experimentado en toda la sociedad. Estas situaciones y el hecho de la omisión de la asistencia sanitaria puede originar trastornos en la interacción entre las madres y sus recién nacidos, tales como alteraciones psicológicas a corto y largo plazo en los hijos y un mayor riesgo de separaciones y divorcios.[11]

Durante el puerperio, factores bioquímicos y estrés psicológico pueden desencadenar trastornos psiquiátricos en la mujer. Los primeros se relacionan con Psicosis puerperal y tristeza postparto, cuadro auto limitado, que dura 3 a 6 días y afecta al 50% de las mujeres según la literatura. Las mujeres que tienen una de tales experiencias tienen un aumento en el riesgo de ocurrencia de depresión postparto en el parto siguiente. Aparte de las consecuencias adversas para las mujeres, hay un posible impacto negativo en la relación entre la madre y el niño, así como en el desarrollo emocional, cognitivo y de relación del niño. La mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional. Aún más, casi el 50% no tiene ayuda desde los familiares ni de los amigos. [6]

Por otro lugar las mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto, no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión por el rechazo hacia el tema que se ha vivido durante décadas sin tomar en cuenta que durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer.[11]

La depresión posparto (DPP) corresponde a una enfermedad depresiva que ocurre en mujeres en un período específico, el puerperio; su cuadro clínico es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo, posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica.[6]

Durante el embarazo y puerperio ocurren cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que hacen más vulnerable a la mujer para la aparición de estos trastornos. Dentro de los vinculados al puerperio se distingue la tristeza y depresión posparto y la psicosis puerperal. La depresión es una enfermedad caracterizada por presentar ánimo deprimido y/o anhedonia, la mayor parte del día, prácticamente todos los días, durante al menos dos semanas, con angustia significativa y/o alteración del funcionamiento personal.[12]

La depresión posparto (DPP) se diferencia de cualquier otro cuadro depresivo, porque aparece entre las 4 y 30 semanas del puerperio con síntomas incapacitantes como irritabilidad, rabia, anhedonia, abulia, confusión, olvido, culpa, incapacidad de afrontamiento, incapacidad de cuidar al bebe, miedo y ocasionalmente, pensamientos suicidas, que pueden exacerbarse por falta de confianza, expectativas irreales sobre la maternidad y baja autoestima materna.[11]

La depresión en cualquier momento de la vida afecta profundamente la autopercepción y comportamientos de las personas, especialmente en las relaciones interpersonales y sociales. Al asociarla a la maternidad sobre todo durante el primer año de vida, sus consecuencias pudieran extenderse a toda la vida, generando

aumento de abandono, poco o nulo amor propio y por la vida del bebe.[8]

La depresión, más frecuente en la mujer, es un problema mundial, cuyas probabilidades de padecerla aumentan durante el puerperio. Las cifras de incidencia de depresión en el posparto son variables pero, en algunas comunidades latinoamericanas, se han informado valores superiores al 20%. Se ha reportado incremento de la incidencia durante la adolescencia; La fase puerperal corresponde a un momento importante de la vida de la mujer, recordando que esta pasa por cambios biológicos así como también por transformaciones de orden subjetivo.

De este modo, los riesgos para la aparición de trastornos aumentan frente a las preocupaciones, anhelos y planificaciones realizados y sentidos por la puérpera. De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión se configura como la quinta causa de morbilidad entre todas las enfermedades del mundo. La depresión postparto (DPP) no es una psicosis puerperal o un disturbio de humor temporal en los primeros días después del nacimiento (disturbio de baby blues). La depresión postparto va más allá de las primeras tres semanas después del nacimiento.

Esta enfermedad se manifiesta con un cuadro clínico específico y trae grandes perjuicios al bebé, a la madre, a la familia y al vínculo entre ellos. Se instala generalmente en primíparas que interiorizan el sentimiento de incapacidad de cuidar del hijo, especialmente aquellas que no están insertas en un núcleo familiar estable o que tuvieron un embarazo complicado. Puede ocurrir con frecuencia después de un aborto o muerte fetal, principalmente.[9]

La Depresión Postparto o depresión puerperal, es un trastorno mental de alta prevalencia y que provoca alteraciones emocionales, cognitivas, comportamentales y físicas que se inician de manera insidiosa, durando incluso semanas después del parto. Entre los principales síntomas que identifican un cuadro de DPP se pueden citar la irritabilidad con el llanto del niño, la falta de estímulo para amamantar, el desinterés

sexual, la transferencia de responsabilidad sobre el niño y en casos más extremos negligencia total en el cuidar y agresión física. Estos síntomas entre otros caracterizan los cuadros de depresión leve a moderada, de manera que, sea cual sea la intensidad del cuadro, el bebé es el principal afectado por el desorden emocional materno.[10]

Los niños de madres deprimidas presentan mayor riesgo de padecer desordenes comportamentales, afectivos, cognitivos y sociales, algunos factores pueden agravar el cuadro depresivo como la gran frustración de las expectativas relacionadas con la maternidad, conflictos conyugales, bajas condiciones socioeconómicas y la falta de apoyo social. Variables del propio bebé también fueron identificadas como factor de riesgo para depresión puerperal: la prematuridad del niño, la irritabilidad del recién nacido, así como su pobre desempeño motor, son indicadores de depresión materna. Estos indicadores pueden orientar al profesional de salud en relación a un posible diagnóstico. [9]

CAPÍTULO 2.
FACTORES RELACIONADOS CON LA DEPRESIÓN POSPARTO.

Los factores de riesgo que han sido descritos para el desarrollo de esta entidad son variados: edades extremas de las puérperas, el embarazo no deseado, las dificultades conyugales, los problemas con los padres, el nivel socioeconómico, la paridad, la patología gineco-obstétrica de la mujer, el parto por cesárea, el uso de anestesia en el parto, enfermedad del recién nacido y problemas en la lactancia, entre otros. Se ha asociado a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales) y constituyendo un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumados.

Sin embargo, algunas investigaciones que han estudiado variables sociodemográficas, obstétricas y perinatales asociadas al riesgo de depresión posparto han encontrado resultados contrarios a estos; en este sentido se ha señalado que variables como escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, patologías del embarazo, tipo de parto, hospitalización del recién nacido, no resultaron estadísticamente diferentes para riesgo de depresión posparto, pero si fundamentales en su diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz. [7]

Esta patología se atribuye a factores biológicos como trastornos hormonales, vías del parto, anomalías fetales; factores psicológicos como estados depresivos previos, tristeza patológica, baja autoestima, violencia intrafamiliar, deficiencia en salud mental; factores demográficos como edad, economía, sexo, vivienda, alimentación, paridad; factores sociales como problemas en el matrimonio, separación, trabajo excesivo, falta de apoyo emocional, discriminación, entre otras. [11]

La edad no ha representado un factor de riesgo estadísticamente significativo para el hallazgo de test positivo; al respecto se ha encontrado que las madres adolescentes no presentaban un riesgo mayor que el de otras mujeres para el desarrollo de esta entidad.

De igual forma se ha relacionado la paridad con la presencia de depresión postparto, sin encontrarse una asociación significativa al riesgo de desarrollar esta entidad. Así mismo, el antecedente de aborto o el embarazo accidental o no deseado no han representado factores de riesgo de depresión en el puerperio.

El embarazo adolescente es un importante problema de Salud Pública, que incide directamente en la posibilidad de las jóvenes de completar a cabalidad las tareas de la adolescencia y de asumir los desafíos que implica el embarazo y el nacimiento de un hijo. El embarazo en esta etapa de la vida se asocia a consecuencias biológicas, psicológicas y sociales negativas tanto para la madre como para el hijo; siendo la depresión posparto (DPP) uno de los principales riesgos.

Los trastornos del ánimo son enfermedades multisistémicas, que se manifiestan con distintos grados de alteración patológica del ánimo asociados a un significativo deterioro físico y social. El riesgo que existe de desarrollar un episodio depresivo durante los meses posteriores al parto, se incrementa al triple respecto al riesgo que puede existir durante el resto de la vida; y son numerosas las causas que pueden contribuir a esto. Numerosos estudios han intentado vislumbrar con mayor o menor éxito las causas o factores que más se relacionan con el desarrollo de esta patología en las mujeres. Sin embargo, todavía no existe un acuerdo que exponga las causas exactas para ello. [7]

La mayoría proponen que se trata de una interacción de diversos factores que sitúan a la mujer en una situación de vulnerabilidad, y también, sugieren de la importancia de realizar estudios sobre este tema, partiendo de la base de que una vez se conozcan las posibles causas o elementos que más nexo presentan con la depresión, se pueden implementar medidas de detección precoz. [11]

7.2.1. Factores intrínsecos.

Los factores que con mayor frecuencia se observan en los estudios realizados, podrían ser diferenciados en una serie de subgrupos. En primer lugar, se encuentran aquellos que son intrínsecos a la persona.[11]

El embarazo es una etapa en la que el organismo de la mujer se prepara para anidar y desarrollar al feto. Para que esto progrese de manera adecuada, se producen una serie de cambios hormonales. Una vez llega el momento del parto, se experimenta un declive hormonal abrupto. En concreto, de los estrógenos y la progesterona. Cada mujer responde de una manera a este descenso, es decir, a algunas les afecta más y notan cambios en el estado de ánimo, mientras que otras mujeres no refieren ninguna sensación atípica.

Este estado que experimentan, con sintomatología típica de llanto, irritabilidad y ansiedad podría ser una de las explicaciones que conducen al “blues materno” previamente desarrollado. Otro factor que se ha visto que podría tener relación con el desarrollo de la depresión postparto es el Síndrome Premenstrual. Se trata de un fenómeno que puede suceder a las mujeres unos siete a diez días previos a la menstruación, caracterizado por un conjunto de síntomas físicos y psíquicos como: cansancio generalizado, irritabilidad, cambios en el humor, tensión, ansiedad. [7]

Además, se produce cierto deterioro de la actividad social y funcional secundario a esta sintomatología. Las mujeres que presentan este síndrome, tienen mayor tendencia que el resto a desarrollar un episodio depresivo postparto. Se ha propuesto como teoría a estas alteraciones del estado anímico, la interacción que generaría la disminución de los niveles de estradiol con la transmisión de la serotonina. [12]

Los antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica es uno de los elementos que más se relaciona con el riesgo de desarrollar la depresión postparto en los diferentes estudios realizados. En concreto, un estudio observó como la variante del gen C677T de la metilentetrahidrofolato reductasa, se relacionaba con el estado de ánimo depresivo durante el periodo del embarazo.

Sin embargo, aunque cada vez las enfermedades de salud mental son más conocidas por la población, sigue existiendo cierto reparo o tabú hacia ellas. Por ejemplo, las mujeres que acuden a la consulta de la comadrona, podrían sentirse

incómodas a la hora de comentar que su padre tuvo esquizofrenia o su madre una psicosis postparto. De esta manera, a veces los antecedentes familiares psiquiátricos pueden quedar encubiertos. [11]

Los factores personales también juegan un papel muy importante en la mujer. Por ejemplo, aquellas que han sufrido a lo largo de su vida algún episodio depresivo, tienen un riesgo aumentado del 25 al 40% de que éste se produzca de nuevo en el postparto. Y todavía el riesgo se incrementa más, en los casos en los que se producen episodios de ansiedad o incluso de depresión durante los nueve meses del embarazo. Además, aquellas que padecen patología psiquiátrica obtienen unos índices de riesgo mayor, ya que puede ocurrir que ésta se descompense.

Una de las causas puede ser el hecho de que el miedo a los efectos perjudiciales de los medicamentos en el feto, le hagan abandonar la medicación sin consultar a un profesional sanitario previamente. El deseo o no del embarazo por parte de la madre, puede verse relacionado con el hecho de que éste afecte al buen estado de su salud mental. Un embarazo no deseado, puede desencadenar sintomatología ansiosa depresiva sobre todo en el primer trimestre, al no tolerar de manera adecuada la noticia inesperada. Pero también, se ha propuesto que en algunas mujeres estos niveles de ansiedad disminuyen conforme avanza el embarazo. [13]

7.2.2. Factores extrínsecos.

Por otro lado, podemos encontrar una serie de factores extrínsecos socio-demográficos que pueden presentar una relación con la depresión puerperal: Ciertos estudios se plantean si la paridad de la mujer podría tener influencia en cómo toleran el embarazo y el postparto, y si pueden desarrollar por esa causa un estado depresivo con más facilidad que otras. Se ha sugerido que quizás las primíparas, por el hecho de ser el primer embarazo presentan niveles de ansiedad mayor, sin embargo, tienden a relacionarlo más con los niveles de ansiedad durante el embarazo que con la depresión. [13]

En confrontación a esta teoría, otros proponen que las multíparas, es decir, aquellas que tienen más hijos que el del embarazo actual, presentan más riesgo que las que no presentaban una mayor puntuación en la Escala de depresión posparto de Edimburgo. Otro factor que a menudo se relaciona con el riesgo de desarrollar esta patología, es la edad de la gestante, sin embargo, entre los estudios revisados, el tema de la edad presenta bastante ambivalencia y los estudios limitaciones.

Se ha propuesto que las mujeres que se quedan embarazadas a edades más tempranas, pueden llegar a presentar mayores incidencias de depresión postparto que las que tienen mayor edad, sobre todo en los casos de adolescencia. Por otro lado, el nivel socioeconómico constituye una variable en la que los estudios muestran resultados similares. Una economía personal o familiar precaria, personas con dificultades o ya en situaciones de pobreza, se asocian con un mayor riesgo de sufrir depresión postparto. Un tema al que los estudiosos dan verdadera importancia es el apoyo social que recibe la mujer tanto a lo largo del embarazo como en el puerperio. La presencia de depresión posparto hace referencia a una falta de apoyo emocional tanto de sus parejas, familia, amigos entre otras. [14]

Es decir, no se trata solo del apoyo marital sino de todo el entorno que rodea a la mujer en este periodo, otros se han centrado en que la causa relacionada con mayores índices de depresión sería el estado civil: “soltera”, pero se ha visto que no es el hecho de no tener pareja durante el embarazo. Puede darse el caso en el que la mujer esté casada, pero la relación que mantenga no sea de buena calidad o tengan problemas emocionales. Por tanto, se trata de un conjunto de elementos los que conforman esa red de apoyo a la mujer: una pareja como fuente principal de ayuda, la figura de la madre como asesora y vividora previa de esa experiencia, y los profesionales sanitarios que la atienden en esta etapa.

Se trata de promover ese apoyo, para evitar llegar a una situación de enfermedad, ya que este podría ser un factor modificable, esta red de apoyo, podría además servir de ayuda en momentos de situaciones vitales estresantes. Es otro de los factores que

pueden relacionarse con la depresión postparto. Entendiendo situación vital estresante, como la enfermedad o muerte de un ser querido, enfermedad de la propia mujer, despido del trabajo, historia de abusos, entre otras, aquellas mujeres que lo sufren, pueden no saber responder de manera adecuada, incrementándose así sus niveles de estrés y ansiedad y pudiendo derivar estos en una depresión.

También, aspectos relacionados con una enfermedad del feto o recién nacido: retraso en el crecimiento intrauterino, malformaciones o ingreso en la unidad de neonatología suponen un fuerte impacto para los padres, pueden llegar incluso hasta a auto inculparse de ello y afectar por tanto, a su salud. Con todo esto, se observa que existen numerosos factores de riesgo o elementos que indican cierta relación con el desarrollo de un estado depresivo tras el parto o durante el embarazo.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que muchas veces la sintomatología que pueda presentar la madre puede estar enmascarada y el diagnóstico ser complejo. Es decir, muchas veces la mujer presenta cambios en el apetito y anhedonia y esto se atribuye directamente a las modificaciones que produce el embarazo, sin pensar mínimamente en un problema de salud mental, generalmente, la tónica es dar mayor prioridad a los problemas de salud físicos o atribuir todo a lo somático. [13]

CAPÍTULO 3.
FACTORES QUE REDUCEN LA PRESENTACIÓN DE DEPRESIÓN POS PARTO

Existen múltiples factores que reducen la presentación de depresión posparto en las madres como lo son la lactancia materna y el contacto piel con piel, ya que brindan a la madre la seguridad y confianza que esta necesita para sentirse capaz del cuidado del lactante, sin embargo esto no es realizado por todas las madres debido a múltiples causas.

El contacto piel con piel consiste en colocar al niño inmediatamente tras el nacimiento sobre el pecho de la madre en decúbito prono. Se le coloca desnudo y seco cubriendo su espalda con una toalla caliente para mantener el calor, estando el pecho de la madre también desnudo. Realizar esta práctica tan sencilla será muy beneficioso para ambos. En primer lugar los bebés que realizan la piel con piel presentan efectos beneficiosos en los mecanismos de auto adaptación, mejoran los niveles de oxigenación de la sangre, mantienen mejor las cifras de temperatura corporal para no perder calor, presentan sueños más reparadores y prolongados y comienzan de manera precoz la lactancia materna.

Otros estudios han observado que además lloran menos, la regulación y adaptación a la nueva vida de los sistemas cardiovascular y gastrointestinal presenta menos problemática, pueden llegar a sentir menos dolor durante los exámenes y pruebas médicas que se les realiza y además esta lactancia que se inicia de manera temprana, se mantiene durante más tiempo. Incluso a largo plazo podrían llegar a presentar beneficios en el desarrollo infantil. En cuanto a los beneficios de la madre, reduce los niveles de ansiedad y depresión en el puerperio.

Además, las mujeres presentan sentimientos de auto eficacia más positivos. Es decir, tienen mayor confianza y seguridad respecto a sus habilidades para la crianza y cuidado de su hijo. Supone disminución de los tiempos del alumbramiento, refuerza el

vínculo materno- filial y es un factor que estimula la lactancia aumentando la producción de leche y su duración. Se trata de un momento de relajación y tranquilidad tanto para la madre como para el bebé y mejora la interacción entre ambos. Es una práctica muy sencilla y fundamental en el vínculo madre-hijo. [15]

La lactancia por tanto, a su vez está íntimamente ligada con el contacto piel con piel. También mejora los sentimientos de confianza y autoestima materna, favoreciendo la relación que se establece entre la madre y el bebé y a su vez fortaleciendo el vínculo y el apego entre ambos. Todo esto influye en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión. La lactancia materna es una manera muy directa de disminuir el estrés toxico temprano, estudios han demostrado que la lactancia materna aumenta el bienestar físico y mental de los bebes y de la madre, dicha práctica se asocia con mejor salud mental infantil en cada aspecto de la evaluación continua del niño.

Se han documentado estudios que afirman que la lactancia materna protege a los bebes de la depresión materna, dicho hallazgo se reduce a la responsabilidad materna, dichas madres no se desprenden del lactante, los observan, los tocan y hacen contacto visual con él lo cual crea un vínculo de apego y disminuye la ansiedad y depresión, disminuyendo sustancialmente el riesgo de maltrato por parte de la madre. Las madres con depresión que brindan lactancia materna a sus bebes mejoran el estado de ánimo, la neuroprotección y el contacto de forma mutua; se dice que aproximadamente 1 de cada 9 madres sufre depresión posparto lo cual afecta el vínculo madre-hijo y el desarrollo del bebe. [16]

La lactancia materna aporta múltiples beneficios tanto para el bebé, para la mamá y para la comunidad, entre los cuales podemos mencionar: La leche materna protege contra las enfermedades; La leche materna está llena de inmunoglobulinas que protegen a los bebés contra la neumonía, la diarrea, las infecciones del oído y el asma, entre otras enfermedades. Amamantar inmediatamente después del nacimiento es importante porque el sistema inmunitario de los recién nacidos aún no está del todo maduro. Es por ello que muchas veces se denomina a la lactancia materna como "la

primera vacuna".

La lactancia materna en la primera hora de vida reduce en casi 20% el riesgo de morir en el primer mes. Los recién nacidos tienen un sistema inmunológico muy inmaduro y son altamente vulnerables. La leche materna ofrece protección inmediata, así como estimulación del sistema inmunológico. Durante el primer mes de vida, los bebés que no son amamantados tienen seis veces más probabilidades de morir en comparación con aquellos que sí lo son; entre los 9 y 11 meses aquellos que no son amamantados tienen 30% más de probabilidades de fallecer.

La lactancia reduce los costos asociados con el cuidado de la salud; Un estudio encontró que por cada 1.000 bebés no amamantados, hubo 2.033 visitas adicionales al médico, 212 días de hospitalización adicionales, y 609 recetas extras por solo tres enfermedades como lo son: infecciones del oído, respiratorias y gastrointestinales. Solo en los Estados Unidos, si el 90% de las madres amamantara en forma exclusiva durante 6 meses, se ahorrarían 13 mil millones de dólares al año en costos de atención de salud pediátricos y se evitarían más de 900 muertes.

La lactancia ayuda a prevenir el sobrepeso en los niños; La lactancia materna prolongada puede reducir el riesgo de sobrepeso y obesidad infantil en un 12%, lo que ayuda a combatir enfermedades crónicas graves asociados con estas condiciones. La lactancia materna hace que los bebés sean más inteligentes; Los adolescentes y adultos que fueron amamantados de niños obtienen de 2 a 5 puntos más en los indicadores de desarrollo cognoscitivo. La lactancia materna también se asocia a mayores logros educativos. Además, el amamantamiento por 6 meses, en comparación con 4 meses, mejora el desarrollo motriz.

La lactancia materna promueve el vínculo filial; Un período más prolongado de lactancia materna se asocia a mayor capacidad de respuesta materna y a la seguridad emocional que brinda el vínculo. La lactancia materna protege a las madres contra el cáncer de ovario y de mama; Las mujeres que no amamantan presentan un riesgo 4%

más alto de padecer cáncer de mama y 27% mayor de cáncer de ovario. También corren mayor riesgo de padecer hipertensión y enfermedades cardiovasculares.

La lactancia materna es buena para el medioambiente; La leche materna es un alimento natural y renovable que no necesita envase, transporte ni combustible para prepararse. Por cada millón de bebés alimentados con preparación para lactantes, se usan 150 millones de envases, muchos de los cuales acaban en vertederos. La lactancia materna es un buen negocio; Las mujeres son el segmento de la fuerza laboral en más rápido crecimiento. La lactancia materna reduce el ausentismo y los costos de atención en salud, mejora la retención de los empleados, la productividad y la moral, y es buena para las relaciones públicas. Las ausencias de un día para cuidar de los niños enfermos es dos veces más frecuente entre las madres de los bebés alimentados con fórmula.

La lactancia es buena para la economía; En los Estados Unidos, si el 90% de las madres fueran capaces de amamantar durante al menos 1 año (actualmente lo hace solo el 23%), se evitarían 17.400 millones de dólares de costos para la sociedad en muertes prematuras, 733,7 millones y 126,1 millones en costos directos e indirectos por morbilidad resultante del exceso de casos de cáncer de mama, la hipertensión y el infarto de miocardio. [17]

CAPÍTULO 4
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN POSPARTO.

Resulta fundamental una adecuada y temprana historia clínica, examen físico y examen del estado mental, valorando factores de riesgo y antecedentes de depresión pos parto en partos anteriores. Asimismo, se debe preguntar directamente a la paciente por los síntomas de tristeza, cansancio, llanto y rechazo a su bebé. El Manual de Diagnóstico y Estadístico-V establece que un episodio depresivo mayor debe presentar 5 requisitos para su diagnóstico acertado: Una calidad depresiva del estado de ánimo (con pérdida del interés o el placer); Por un curso mínimo de dos semanas; Acompañada de síntomas; Que estos síntomas desencadenen malestar o discapacidad; Que no contravenga criterios de exclusión.

Además, se establece que la paciente tiene que presentar alguno de los siguientes síntomas expuestos por las dos semanas que establece el criterio diagnóstico: Estado de ánimo deprimido, Anhedonia, Afectación en apetito y peso, Fatiga, Enlentecimiento Psicomotor, Agitación, Autoestima baja o culpa, Problemas de concentración, Deseo de muerte, Ideas suicidas.

Dentro de los criterios diagnósticos, la paciente debe presentar un claro deterioro social o laboral de su funcionamiento, y los síntomas no deben atribuirse a una patología médica de fondo, fármaco o sustancia que consuma el paciente. Mientras tanto, los criterios diagnósticos de la depresión posparto se comparten con el trastorno depresivo mayor establecido por el Manual de Diagnóstico y Estadístico-V pero en una mujer en posparto con un inicio dentro de los primeros 12 meses subsiguientes a éste.

La herramienta más utilizada para el diagnóstico de la Depresión Posparto es la Escala de Depresión Post-natal de Edimburgo, la cual se considera una prueba fácil, rápida de aplicar en la consulta médica y accesible a los funcionarios de salud. Por medio de esta, se evalúan síntomas de ansiedad, culpa, disforia, problemas de

concentración e ideaciones suicidas. Algunos autores han recomendado la aplicación de esta prueba diagnóstica a las 8 semanas posparto coincidiendo con el pico máximo de incidencia.

Como ocurre en otras depresiones, el diagnóstico es difícil de obtener. Suele ser a través de unos síntomas notorios que denotan la necesidad de un tratamiento que ponga remedio a la situación. A menudo, son los familiares quienes instan a la madre a acudir a la consulta del médico en busca de ayuda, porque notan un cambio en el comportamiento de la madre, limitaciones en rutinas cotidianas y cambios muy fuertes de humor, predominando los sentimientos de tristeza y apatía, aunque otras veces es el propio paciente quien solicita la ayuda.

El diagnóstico lo realiza un médico tras haber realizado una serie de preguntas en la entrevista, que ayudarán a determinar el tipo de depresión, y a afinar el tratamiento más adecuado. En el caso de la depresión postparto, es especialmente importante realizar una correcta educación sanitaria sobre esta complicación postparto, para lo cual se valorarán las características personales, antecedentes, factores de riesgo de la paciente y se mantendrá informada tanto a la paciente como a los familiares de los cambios que van a suceder en su cuerpo y mente con el embarazo, parto y puerperio. Así mismo, se indicará cómo detectarlo, a quién acudir, alternativas y pronósticos.

Durante la entrevista, se podrán utilizar como apoyo diferentes herramientas que puedan servir de ayuda en el diagnóstico, destacando la Escala de depresión posparto de Edimburgo, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Depresión de Zung, el Manual de Diagnóstico y Estadístico-V (DSM-V), el Criterio de Diagnóstico de Investigación (RDC), los Criterios de Goldberg entre otros que nos serán de ayuda para establecer el diagnóstico de depresión postparto.

Con todo, no se debe olvidar la vulnerabilidad de la madre con depresión postparto, pues es muy difícil para ella asumir que el nacimiento de un hijo, enraizado socialmente como el momento más feliz de la vida de una mujer, traiga pensamientos negativos y

tristes así como la necesidad de ayuda y apoyo. Las escalas diagnósticas son utilizadas como herramientas de apoyo para la identificación de algún problema, valorando la frecuencia e intensidad de la sintomatología para poder realizar una evaluación que de pasó a un juicio clínico realizado por un profesional. [15]

7.4.1. Escala de Depresión Posparto de Edimburgo

Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh la cual fue diseñada por Cox, Holden y Sagovsky se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio.

Cuenta con 10 preguntas que indaga en la madre sobre la presencia de síntomas cognitivos, la cual se puede aplicar de forma rápida en la consulta médica. Dichas preguntas cuentan con 4 opciones de respuestas a los cuales se le otorgan puntajes de 0 a 3 puntos según la seriedad de la sintomatología que ha percibido en la mujer en los últimos 7 días. Estudios previos demostraron que la depresión post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo.

La Escala de Depresión Post-parto de Edimburgo se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh, consiste en un cuestionario donde la madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que

padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad.

No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

La Escala de Depresión Post-parto de Edimburgo se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores. Tienen que responder las diez preguntas. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del idioma español sean limitados o que tenga problemas para leer.

Es la escala más utilizada en el ámbito sanitario y la que más estudios realizados tiene para mostrar su validez. La Escala de Depresión Post-parto de Edimburgo es una escala concebida para identificar los síntomas depresivos que aparecen tras dar a luz y no para diagnosticar le depresión postparto. La puntuación mínima que se puede conseguir es 0 y la puntuación máxima que se puede alcanzar es de 30 puntos. Los ítems 1, 2 y 4 se evalúan en la dirección de 0, 1, 2, 3, el resto de ítems se evalúan en la dirección inversa, es decir 3, 2, 1, 0.

Los ítems que se analizan son los siguientes:

1. Capacidad de reír
2. Anhedonia
3. Culpabilidad

4. Ansiedad
5. Ataques de pánico
6. Angustia (abrumado)
7. Trastornos del sueño
8. Tristeza
9. Llanto
10. Ideas suicidas.[18]

La escala evalúa los 7 días anteriores a la realización de la escala. La escala puede ser realizada desde el primer día después de dar a luz hasta las 6 semanas siguientes del alumbramiento, aunque hay estudios que alargan el período de tiempo en el que se puede realizar la escala hasta los dos meses tras el parto. También se recomienda realizar esta escala en los primeros dos o tres días tras haber dada a luz, o en la primera revisión pediátrica, que en el caso de sería una semana después del alumbramiento.

Volver a realizar la escala a las tres o cuatro semanas después del alumbramiento ayuda a distinguir si los síntomas anteriores eran consecuencia del blues materno o son síntomas de depresión postparto. Todos los ítems que aparecen en la escala se pueden clasificar en dos grupos, los que tienen que ver con la tristeza y los que se refieren a la ansiedad. De los 10 ítems de la escala, 5 están relacionados con la disforia, 2 ítems con la ansiedad, 1 sentimiento de culpa, otro con las ideas suicidas y el último ítem con las dificultades de concentración.

Para algunos expertos, el punto de corte de la escala se encuentra en 12 puntos mientras otros lo sitúan en 13. Algunos estudios recomiendan que el punto de corte se situé en 13 puntos para poder identificar un trastorno depresivo, mientras otros trabajos establecen el punto óptimo en la puntuación 12 para la depresión mayor, y 10 puntos para la depresión menor. Ciertos estudios indican que si la escala se utilizará habitualmente el punto de corte debería bajar hasta los 10 puntos para poder identificar posibles síntomas depresivos y que utilizando este punto de corte se consigue

identificar al 90% de las mujeres con depresión posparto.

A las mujeres que presentan una puntuación de entre 5-9 puntos, que sufren síntomas depresivos sin ideación suicida o que padecen un deterioro funcional, se les vuelve a pasar la escala para volver a evaluarlas en un período de tiempo no superior a un mes. Una de las ventajas del Escala de Depresión Post-parto de Edimburgo es que aunque la evaluación continua que se realiza no revele síntomas depresivos significativos, puede reflejar un resultado positivo y hacer que la evaluación se realice de forma más exhaustiva, y poder dar a conocer otros trastornos mentales, que no tienen por qué ser una depresión postparto.

Otra de las ventajas de la Escala de Depresión Post-parto de Edimburgo es que uno de los ítems evaluadores trata sobre el pensamiento de autolesión e ideas suicidas, permitiendo actuar con rapidez si la mujer a la que se ha pasado la escala presenta una puntuación superior a 0 en este ítem. Se ha constatado que entre las mujeres que sufren el blues materno durante las dos primeras semanas o más tras dar a luz y que han dado una puntuación superior al punto de corte de 13 puntos, pueden ser identificadas de manera precoz, y en el caso de sufrir una depresión postparto se encuentren en evaluación. Las mujeres que no sufren el síndrome blues más de dos semanas no suelen alcanzar puntuaciones más elevadas que 12 puntos en la Escala de Depresión Post-parto de Edimburgo.

Aunque la mayoría de estudios no refieren los mismos porcentajes de sensibilidad y especificidad, es interesante conocer los datos que ofrecen los mismos. El tiempo aproximado que se requiere para realizar la Escala de Depresión Post-parto de Edimburgo es de unos 5 minutos, siendo la ventaja de la escala su facilidad para entender, realizar y puntuar.

Se ha demostrado la eficacia de la escala tanto en el ámbito hospitalario como en la salud primaria, por lo que es una de las escalas más utilizadas para la identificación de los síntomas de la depresión posparto hoy en día. Esta escala está traducida a varios

idiomas y se ha comprobado que es válida para evaluar a mujeres de distintos ámbitos culturales, y que puede ser usada tanto perinatalmente como postnatalmente.

La prevalencia según la escala es del 28%, como en todos los instrumentos que se utilizan para el diagnóstico o evaluación de un problema en la Escala de Depresión Post-parto de Edimburgo también se pueden dar falsos positivos y falsos negativos, por lo que la escala debe usarse como herramienta complementaria para un diagnóstico clínico.[17]

El Cuestionario sobre Depresión Postnatal de Edimburgo consta de las siguientes preguntas:

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:
2. He mirado el futuro con placer:
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:
6. Las cosas me oprimen o agobian:
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:
8. Me he sentido triste y desgraciada:
9. He sido tan infeliz que he estado llorando
10. He pensado en hacerme daño a mí misma[18]

La Puntuación por la Escala de Depresión Post-parto de Edimburgo: Mostrando una sensibilidad del 85% y especificidad del 77%. Menor 10; Sin riesgo de depresión posparto por la Escala de Depresión Post-parto de Edimburgo; 10-12: Límite riesgo de depresión posparto por la Escala de Depresión Post-parto de Edimburgo; Mayor o igual a 13: Probable depresión posparto por la Escala de Depresión Post-parto de Edimburgo.[17]

7.4.2. Inventario De Depresión De Beck II

El Inventario de Depresión de Beck en su segunda versión (BDI-II) es un

cuestionario auto aplicado de 21 ítems, los cuales evalúan un amplio cúmulo de síntomas depresivos (uno por cada ítem), con una edad mínima de trece años. Cada ítem contiene cuatro opciones, las cuales varían en intensidad del síntoma, desde 0 (ausencia o síntoma leve) hasta 4 (presencia disfuncional del mismo). Entre sus usos principales se encuentra la evaluación de cambio en pacientes con tratamiento de depresión y el diagnóstico de la misma.

El Inventario de Depresión de Beck en su segunda versión ha sido utilizado en múltiples contextos en el ámbito clínico, y en la investigación desde estudios en consumo de drogas, estudios neurocientíficos, trastornos del sueño; trastornos en el embarazo, en el área médica en general, así como en diferentes poblaciones como Afroamericanos, presidiarios e incluso, los estudios con adolescentes han gozado de gran preocupación.

La aceptación que ha recibido del medio internacional ha sido muy importante al punto de constituirse en el instrumento de auto aplicación en evaluación de depresión más usada tanto en el ámbito clínico como en investigación. Los autores de la prueba señalan como en los primeros 25 años del instrumento ya se habían producido más de 1500 artículos haciendo referencia a su uso, así como múltiples investigaciones empíricas demostrando su utilidad.

Esto brinda evidencias que apoyan el alto valor transcultural de la prueba. El Inventario de Depresión de Beck en su segunda versión posee capacidad discriminativa entre: Pacientes con y sin trastorno depresivo; Pacientes con distimia de aquellos con un trastorno depresivo mayor; Pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada; Pacientes con un trastorno depresivo mayor.

No obstante, el Inventario de Depresión de Beck no está diseñado para diferenciar entre distintos trastornos depresivos, sino solo entre dimensiones de depresión, la prueba es muy sensible al cambio terapéutico y puede ser administrado de forma repetida. Entre sus puntos fuertes destacaríamos los siguientes: Se ha realizado un

cuidadoso proceso de adaptación de la prueba. La traducción se ha llevado a cabo siguiendo en lo sustancial las recomendaciones para la traducción y adaptación de la International Test Commission; El impreso que contiene las instrucciones y los ítems está muy bien editado y es de fácil comprensión y administración. El completo manual del test incluye los fundamentos de la prueba, los estudios psicométricos y una amplia bibliografía sobre la misma.

Los estudios psicométricos de la versión española del Inventario de Depresión de Beck -II se han llevado a cabo con varias muestras de tamaño moderado o alto, extraídas en su mayor parte de la Comunidad de Madrid: pacientes adultos con diversos trastornos psicológicos que seguían tratamientos psicológicos ambulatorios, adultos de la población general y estudiantes universitarios de diversas facultades.[19]

Los ítems presentan altas saturaciones en un factor o dimensión básica de depresión. Las puntuaciones presentan una alta fiabilidad, estimada mediante diseños de consistencia interna. La validez convergente con otras medidas de depresión es adecuada. Las puntuaciones muestran una alta discriminación entre personas con un trastorno depresivo mayor y sin depresión, diagnosticadas mediante entrevistas estructuradas, tanto en muestras de pacientes como en muestras de estudiantes universitarios. En el Manual se incluyen tablas con índices estadísticos valiosos para seleccionar los puntos de corte más apropiados para diversos propósitos.

El Inventario de Depresión de Beck -II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las instrucciones para el Inventario de Depresión de Beck -II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor.

Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Entre las instrucciones adicionales tenemos: Verifique que cada elección sea efectivamente la elección del paciente y no palabras que usted haya repetido. Haga que el paciente exprese, por su cuenta, cual afirmación ha elegido; Si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que se ajustan a la forma en que se siente, entonces anote el mayor de los valores.

Si el paciente indica que la forma en que se siente está entre 2 y 3, siendo más que 2, pero no justamente 3, entonces anoten el valor al cual se acerque más, ó 2. Generalmente el entrevistador debe leer en voz alta las afirmaciones que se encuentran en cada categoría. A veces el paciente toma la iniciativa y empezará a leer en silencio las afirmaciones en una categoría, adelantándose al entrevistador, y empieza a dar las afirmaciones elegidas. Si el paciente está atento y parece inteligente, deje que lea en silencio las afirmaciones y que haga su elección. Dígale al paciente que, si está seguro de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir, entonces podrá leer en silencio. Sea diplomático y tenga tacto para alentar al paciente para que reflexione suficientemente antes de elegir.

El puntaje de depresión obtenido debe asentarse en la hoja de registro. Simplemente corresponde a la suma de las mayores cargas de respuestas seleccionadas en cada grupo de afirmaciones del 1 al 21. La carga es el valor numérico que figura al lado de cada afirmación. El grupo 19 (pérdida de peso) fue concebido para explorar un síntoma anoréxigeno. Si el paciente responde afirmativamente a la siguiente pregunta: “¿Está tratando de perder peso comiendo menos?” el puntaje de este grupo no debe agregarse al puntaje total.

En las instrucciones de la versión original del el Inventario de Depresión de Beck -II se solicita a la persona evaluada que “si dentro del mismo grupo hay más de una

afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto” y, en consecuencia, se le pide también que se asegure “de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito)”.

No obstante, en el estudio piloto de la adaptación española, dos personas (10%) informaron no sentirse cómodas eligiendo una sola alternativa, ya que en algunos ítems había varias alternativas que las describían. Por tanto, y en consonancia con las instrucciones para la aplicación oral del cuestionario, para los estudios de investigación iniciales y análisis psicométricos de la adaptación española, se mantuvieron esas instrucciones , en las que se le pide a la persona evaluada que “si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también”, dejando que la elección de la alternativa con el número más alto descansara en el evaluador, no en la persona evaluada.

Sin embargo, para poder comparar los resultados que se obtengan en la adaptación española el Inventario de Depresión de Beck -II con los obtenidos internacionalmente, se han mantenido las instrucciones de la versión original en inglés del Inventario de Depresión de Beck -II. Aunque el Inventario de Depresión de Beck -II puede ser fácilmente aplicado y corregido por técnicos sanitarios, las puntuaciones deben ser interpretadas únicamente por profesionales con la adecuada preparación y experiencia clínica.

El Inventario de Depresión de Beck -II ha sido construido preferentemente para un uso clínico como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad. El formato de los ítems es de cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3. La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. Si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. También se puntúan de 0 a 3 los ítems 16 y 18, que tienen 7 categorías. En estos ítems el Manual recomienda registrar la categoría seleccionada,

por su valor diagnóstico.

Los Criterios del Inventario de Depresión de Beck en su segunda versión son:

1. Tristeza
2. Pesimismo
3. Fracaso
4. Pérdida de Placer
5. Sentimientos de Culpa
6. Sentimientos de Castigo
7. Disconformidad con uno mismo.
8. Autocrítica
9. Pensamientos o Deseos Suicidas
10. Llanto
11 Agitación
12 Pérdida de Interés
13. Indecisión
14. Desvalorización
15. Pérdida de Energía
16. Cambios en los Hábitos de Sueño
17. Irritabilidad
18. Cambios en el Apetito
19. Dificultad de Concentración
20. Cansancio o Fatiga
21. Pérdida de Interés en el Sexo.

Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos:

0-13, mínima depresión;
14-19, depresión leve;
20-28, depresión moderada;
29-63, depresión grave.[19]

7.4.3. Inventario De Depresión De Zung

La Escala de Síntomas de Depresión de Zung es una escala de auto reporte que mide sintomatología depresiva, creada por Zung en 1965, en la construcción de esta escala los criterios diagnósticos usados comprenden la mayoría de las características de la depresión, contemplando aspectos afectivos, fisiológicos y psicológicos. La puntuación se obtiene de 1 a 4 para los ítems negativos y de 4 a 1 para los ítems positivos. El índice de la escala se obtiene sumando el puntaje de los valores otorgados a cada uno de los 20 ítems, el puntaje máximo es de 80 y se asume presencia de depresión con puntajes superiores al 50%.

El contar con un instrumento de medida válido y confiable para este propósito aportaría para el avance del conocimiento de la psicología en esta área, por lo tanto el validar y estandarizar este instrumento permite confirmar los hallazgos encontrados hasta el momento, seguir con futura investigación, poder generalizar los resultados y contar con un instrumento de acuerdo a las características propias de la depresión en la adolescencia.

A partir de la revisión bibliográfica se observa que esta prueba ha demostrado tener una fuerte validez de contenido y que los 20 ítems corresponden a la sintomatología depresiva. Teniendo en cuenta que uno de los objetivos es determinar si los ítems que conforman la prueba corresponden a las características de la sintomatología depresiva en la población posparto, se decide no realizar el análisis de reactivos, para evitar la eliminación de ítems y poder emplearlos en su totalidad con la muestra completa, haciendo reducción de datos a partir del análisis factorial y buscando una correspondencia con lo reportado en la teoría.

Esta escala tiene el objetivo de medir de manera cuantitativa la depresión. La escala es útil al emplearse en cualquier tipo de pacientes que muestren síntomas físicos sin ninguna base, ya que puede medir las “depresiones ocultas”, ahorrando tiempo en clínicas y en entrevistas. El test puede realizarse de manera sencilla y rápida, lo que permite calificar al paciente de forma inmediata.

La escala cuenta con 20 enunciados relacionados con la depresión. Estos enunciados están divididos en dos partes: la mitad formuladas en negativo, y la otra mitad en positivo. Cada enunciado esta puntuado en una escala del 1-4, la cual se corresponde de la siguiente manera:

1-muy pocas veces,

2-algunas veces,

3-muchas veces

4-casi siempre.

Los Criterios del inventario de Zung son:

1. Me siento más intranquilo(a) y nervioso(a) que de costumbre.
2. Me siento atemorizado(a) sin motivo.
3. Me altero o agito con rapidez.
4. Me siento hecho(a) pedazos.
5. Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo.
6. Me tiemblan las manos, los brazos y las piernas.
7. Sufro dolores de cabeza, de cuello y de la espalda.
8. Me siento débil y me canso fácilmente.
9. Me siento tranquilo(a) y me es fácil estarme quieto(a).
10. Siento que el corazón me late aprisa.
11. Sufro mareos (vértigos).
12. Me desmayo o siento que voy a desmayarme
13. Puedo respirar fácilmente.
14. Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies.
15. Sufro dolores de estómago e indigestión.
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia.
17. Por lo general tengo las manos secas y calientes
18. La cara se me pone caliente y roja.
19. Duermo fácilmente y descanso bien por las noches.
20. Tengo pesadillas.

El rango de los resultados puede oscilar en una puntuación entre 20-80 puntos. Y los resultados pueden indicar lo siguiente:

Menor o igual a 28 puntos (ausencia de depresión)

Entre 28-41 puntos (depresión leve)

Entre 42-53 puntos (depresión moderada)

Mayor o igual a 53 (depresión grave). [20]

7.4.4. Escala De Detección De Depresión Posparto (Pdss)

La Escala de Detección de Depresión Posparto (PDSS) es una herramienta utilizada para la detección de la depresión postparto, específicamente de la nuevas madres, creada por Beck & Gable en el año 2000. Es una escala formada por 35 ítems elaborados con la técnica de Likert (escala psicométrica, donde al responder a una pregunta de un cuestionario, se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración).

Dentro de esta escala se pueden diferenciar 7 dominios de la depresión postparto, siendo ésta una de las ventajas que ofrece la Escala de Detección de Depresión Posparto, ya que los dominios muestran la multidimensionalidad de la escala, dominios que se centran en el nuevo contexto en el que se encuentra la mujer, es decir, la maternidad.

En cada dominio se describe un sentimiento que la mujer puede padecer después del parto. Cada dominio está constituido por cinco ítems.

1) Dormir / comer trastornos
2) Ansiedad / inseguridad
3) Labilidad emocional
4) Deterioro cognitivo
5) Pérdida de autoestima
6) Culpa / vergüenza
7) Contemplación de dañarse a uno mismo.

Los ítems se califican de 1 a 5 puntos, donde 1 sería estar muy en desacuerdo y 5 en cambio, muy de acuerdo. El período de tiempo que abarca la escala es de dos semanas por lo que la escala puede ser realizada dos semanas después del parto para saber si la mujer ha sufrido síntomas depresivos leves, los cuales podrían ser significativos de sufrir postparto blues.

Instrucciones de uso, los expertos recomiendan que la escala sea realizada entre la segunda y la sexta semana tras dar a luz. La Escala de Detección de Depresión Posparto da a conocer una puntuación general sobre la Depresión Posparto. La puntuación mínima que se puede alcanzar es de 35 y la máxima de 175. El punto de corte se encuentra establecido en 60 puntos, en caso de obtener una puntuación entre 60-79 puntos significa que la mujer a la que se ha realizado la escala presenta síntomas significativos de padecer una depresión leve.

Si la puntuación conseguida es superior a 80 puntos expresa que la persona presenta depresión postparto mayor. Los valores que se consiguieron con esta gama fueron similares tanto para la sensibilidad como para la especificidad, encontrándose la sensibilidad entre 80 y 90. Completar esta escala solo requiere entre 5-10 minutos al ser un cuestionario breve, fácil de realizar, interpretar y realizar. Dispone de un formato corto compuesto por las primeras siete preguntas de la versión larga, por lo que normalmente se realizan las dos versiones al mismo tiempo, con una puntuación de 7 a 35 puntos.

Los Criterios de la Escala de Detección de Depresión Posparto son:

a. Trastornos Del Sueño/Alimentación

1. Tenía problemas para dormir aunque mi bebé estuviera durmiendo.
2. Perdí el apetito.
3. Me despertaba en la noche y tenía dificultad en volver a dormirme.
4. Me daba vuelta en la cama por largo tiempo, tratando de quedarme dormida.
5. Sabía que debía comer pero no podía.

b. Ansiedad/Inseguridad

6. Me ponía ansiosa por lo más mínimo que tuviese que ver con mi bebé.
7. Me sentía totalmente agobiada (harta).
8. Me sentía tremendamente nerviosa (quería escapar de mí misma).
9. Me sentía sola.
10. Sentía que tenía que seguir moviéndome de un lado a otro.

c. Labilidad emocional

11. Sentía un sube y baja emocional.
12. Temía que jamás volvería a ser feliz.
13. Lloraba mucho sin razón.
14. He estado muy irritable.
15. Me sentía llena de rabia (ira) y a punto de explotar.

d. Deterioro cognitivo.

16. Sentía que estaba perdiendo la razón.
17. No podía concentrarme en nada.
18. Pensé que me estaba volviendo loca.
19. Tenía dificultad aun para tomar una simple decisión.
20. Tenía dificultad para concentrarme en una tarea.

e. Pérdida de autoestima

21. Tenía miedo de nunca volver a ser la misma de antes.
22. Empecé a desconocerme a mí misma.
23. Ya no sabía quién era yo.
24. Me sentía como si no fuera una persona normal.
25. No me sentía real (auténtica).

f. Culpabilidad/vergüenza

26. Sentía como si yo no fuera la madre que quería ser.
27. Sentía como si muchas madres fueran mejores que yo.

28. Me sentía culpable por que no podía sentir tanto amor como debiera por mí Bebe.
29. Sentía que tenía que esconder lo que pensaba/sentía por mi bebe
30. Me sentía un fracaso como madre.

g. Perjudicando a la contemplación uno mismo.

31. Llegue a pensar que la muerte parecía ser la única solución.
32. Empecé a pensar que estaría mejor muerta.
33. Quería hacerme daño.
34. Creía que mi bebe estaría mejor sin mí.
35. Sentía que lo que quería era dejar este mundo.

Si la mujer que realiza la escala consigue entre 7-13 puntos significa que no presenta sintomatología significativa de la depresión postparto. En cambio, si la puntuación obtenida se encuentra entre 14-35 puntos, expresa que presenta sintomatología de depresión postparto. La desventaja de la versión corta en relación con la versión completa, es que no se pueden identificar los síntomas significativos que la paciente podría estar padeciendo.

El formato corto de la Escala de Detección de Depresión Posparto se puede realizar en no más de uno o dos minutos, y se utiliza principalmente para determinar si la puérpera necesita una evaluación más especializada, o una evaluación realizada por un especialista. [17]

7.4.5. Cuestionario De Salud Del Paciente PHQ-9

La escala o cuestionario de salud del paciente se utiliza para identificar posibles trastornos depresivos, estableciendo la prevalencia de las posibles depresiones postparto en el 29%. Es una de las escalas más utilizadas junto con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. El PHQ-9 se utiliza para la identificación de trastornos depresivos, y se basa en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V).

Analiza las dos semanas anteriores a la realización de la prueba. Se puede entregar dos semanas después de haber dado a luz y así, las mujeres que persistan con síntomas del postparto blues pueden estar identificadas, dando la oportunidad de poder hacer una detección precoz en caso de que aparezcan trastornos depresivos. El DSM-IV recomienda realizar la escala en las primeras cuatro semanas tras haber dado a luz, pero hay estudios que extienden este período un par de semanas más del postparto. En el PHQ-9 es necesario que las personas que realizan la escala indiquen la frecuencia con la que sufren los síntomas que se describen.

La escala analiza las dos semanas anteriores de la persona que la realiza. Esta escala evalúa 9 síntomas depresivos, los cuales son:

1) Anhedonia
2) Estado de ánimo depresivo
3) Insomnio o hipersomnia
4) Fatiga o pérdida de energía
5) Alteraciones del apetito
6) Culpa o inutilidad
7) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
8) Agitación psicomotriz o retraso
9) Pensamientos suicidas.

Aunque la escala sea una de las más completas existentes, para los expertos presenta un gran defecto como es el que esta escala no aborde la ansiedad, uno de los síntomas más importantes de la depresión postparto. El PHQ-9 se puntúa del 0 hasta el 3, y se valora según la frecuencia con que aparecen los síntomas que se evalúan, donde el 0 significa “nunca”, el 1 “varios días”, el 2 “más de la mitad de los días” y el 3 significa “casi todos los días”, siendo 0 la puntuación mínima que se puede conseguir y 27 puntos la máxima. El punto de corte se encuentra situado en los 10 puntos y si la puntuación que se alcanza es 10 o superior, significa que la persona sufre depresión postparto.

Método de puntuación para el diagnóstico: Se sugiere síndrome depresivo mayor si: 5 o más de los 9 incisos y se sugiere síndrome depresivo menor si: menos de 5. El Método de puntuación para la planificación y el control del tratamiento es: Pregunta uno Para calificar la primera pregunta, marque cada respuesta con el valor en número de cada respuesta:

Nunca = 0

Varios días = 1

Más de la mitad de los días = 2

Casi todos los días = 3.

Sume los números para obtener la puntuación total. Para interpretar la puntuación, utilice la siguiente guía: 5 a 14 El médico debe utilizar su juicio clínico sobre el tratamiento, tomando en consideración la duración de los síntomas de la paciente y su trastorno funcional; >15 Se justifica el tratamiento de la depresión con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de tratamientos.

Pregunta dos; En la pregunta dos, la respuesta de la paciente puede ser una de las siguientes cuatro:

Nada difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil.

Las dos últimas respuestas sugieren que la funcionalidad de la paciente se ha visto afectada. Tras haber comenzado el tratamiento, el nivel de funcionalidad se evalúa nuevamente para ver si la paciente está mejorando.

Los Criterios del cuestionario de salud del paciente son:

1. Indique con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas durante las últimas dos semanas.

a. Poco interés o agrado al hacer las cosas.

b. Se ha sentido triste, deprimida o desesperada.

c. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierta o duerme demasiado.

d. Se siente cansada o tiene poca energía.

e. Tiene poco o excesivo apetito.

f. Se ha sentido mal consigo misma, ha sentido que usted es una fracasada o ha sentido que se ha fallado a sí misma o a su familia.

g. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.

h. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieta o intranquila que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.

i. Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.

2. Si marcó alguno de los problemas antes indicados en este cuestionario,

¿Cuánto le han dificultado al realizar su trabajo, atender su casa o compartir con los demás?

Se establecen cuatro categorías según las puntuaciones obtenidas en la escala, donde se considera que presenta:

Exhibición mínima de síntomas depresivos: puntuación entre 0-4.

Exhibición leve de síntomas depresivos: puntuación entre 5-9.

Exhibición moderada de síntomas depresivos: puntuación entre 10-14.

Síntomas depresivos moderadamente graves: puntuación igual o mayor a 15.

Algunos estudios muestran que la sensibilidad y la especificidad del PHQ-9 es del 88% para ambos criterios, aunque otros estudios estiman que es del 83% la sensibilidad de la escala, siendo estos estudios los que alargan el marco temporal en que se puede realizar la misma. [21]

7.4.6. Cuestionario Blues De Kennerley

El Cuestionario Blues de Kennerley fue creado en 1989 de acuerdo a los métodos psicométricos y sistemáticos, siendo la escala que más se utiliza para medir el postparto blues durante la primera semana tras haber dado a luz. Los expertos

recomiendan su realización día a día, durante los primeros 7-10 días tras el parto. La escala está formada por 28 ítems, cada uno de los cuales indica una sensación emocional, siendo ocho de ellos de sensaciones positivas y los veinte restantes de sensaciones negativas.

Para realizar la escala la mujer que está rellenándola debe indicar la respuesta “si” cuando el sentimiento está presente durante el día y “no” si está ausente. A la hora de valorar, a los ocho sentimientos positivos se les dan una puntuación de 0 si el sentimiento está presente y una puntuación de 1 si está ausente. Para los 20 ítems negativos se puntúa a la inversa, es decir, con un 0 si la sensación no se presenta durante el día y de 1 si está presente, por lo que la puntuación máxima que se puede alcanzar al realizar la escala es de 28 puntos el cual se expresa como un porcentaje, por lo que cuanto más alta sea esa puntuación mayor número de síntomas del postparto blues estará padeciendo la mujer.

Los Criterios del Cuestionario Blues de Kennerley son:

1) Llorosa
2) Tensa mental
3) Capaz de concentrarse
4) Bajo nivel de energía
5) Exaltada
6) Impotente
7) Encuentra dificultades para mostrar sus sentimientos
8) Alerta
9) Olvidadiza, embrollada
10) Ansiosa
11) Deseando estar sola/ Aislamiento social
12) Relajada mentalmente
13) Crianza del bebé
14) Sentir lástima de ti misma
15) Emocionalmente paralizada, sin sentimientos

16) Deprimida
17) Excesivamente emocional
18) Contenta
19) Confiada
20) Variable es su estado de ánimo
21) Cansada
22) Irritable
23) Llorar sin poder parar
24) Animada
25) Hipersensible
26) Altibajos en el estado de ánimo
27) Inquieta
28) Calmada, tranquila.

Las mujeres que realizan esta escala son identificadas por padecer postparto blues si los valores medios porcentuales se encuentran por encima del pico marcado, es decir, la mitad de la puntuación que se puede conseguir en la escala. La identificación se puede realizar con el conjunto de los resultados obtenidos durante 5 días de la primera semana tras dar a luz, o se puede realizar con la puntuación obtenida en cada día, realizándose una media de los porcentajes que se obtienen.

Múltiples investigadores han realizado análisis de los distintos ítems que se miden en el cuestionario blues, obteniendo siete grupos diferentes de síntomas:

1) Síntomas del postparto blues primarios
2) Retraso
3) Hipersensibilidad
4) Descenso de la autoconfianza
5) Depresión
6) Abatimiento
7) Reserva.

Entre los Grupos de sintomatología encontramos:

1. Síntomas del postparto blues primarios Llorosa, Espíritu baja, Ansiosa, Más emocional, Cansada, Olvidadiza / embrollada, Estado de ánimo variable.
2. Retraso Capaz de concentrarse, Alerta, Animada
3. Hipersensibilidad, Tensa mental, Inquieta, Más sensible, Labilidad emocional
4. Descenso de la autoconfianza, Confiada, Relajada mentalmente, Calmada
5. Depresión, Crianza de las cosas, Irritable, Deprimida, Llanto sin poder cesar, Autocompasiva
6. Abatimiento, Exaltada, Feliz, Impotente,
7. Reserva, Emocionalmente reservada, Aislamiento social, Emocionalmente paralizada, sin sentimientos. [22]

7.4.7. Escala De Autoevaluación De 13 Ítems

La Escala de autoevaluación de 13 ítems fue creada en 1980, que se utiliza para evaluar el blues materno. Los 13 ítems proporcionan las puntuaciones día a día, y su valor es diferente dependiendo del síntoma evaluado. La puntuación máxima que se puede alcanzar es de 26 puntos y la mínima 0 puntos. Si la suma de las puntuaciones de un día se encuentra entre 3-8 puntos, el postparto blues sería moderado, y si la puntuación alcanza 9 puntos o más, indican tristeza materna grave.

Se han reportado niveles aceptables de fiabilidad y validez de esta escala. Los 13 ítems que se evalúan son:

1) Depresión	0-3
2) Llanto	0-4
3) Ansiedad	0-3
4) Tensión	0-2
5) Inquietud	0-2
6) Agotamiento	0-2
7) Sueño	0-2
8) Apetito	0-3
9) Dolor de cabeza	0-1

10) Irritabilidad 0-1
11) Falta de concentración 0-1
12) Falta de memoria 0-1
13) Confusión 0-1.

La escala ofrece una valoración global de la gravedad de los síntomas para cada uno de los días y una puntuación media para toda la semana y puede realizarse las 3 primeras semanas tras el parto, ya que éstas son las semanas en las que se padece el postparto blues. La puntuación para los primeros 8 síntomas se indican por el número con un círculo y el número de opciones para cada síntoma varía dependiendo del ítem.[23]

7.4.8. Criterios Diagnósticos Del Handley Blues Criteria

Los criterios diagnósticos del Handley Blues Criteria (1991) presentan una tasa de prevalencia del 26%. Consta de los siguientes Síntomas:

1) Ánimo disfórico
2) Llanto
3) Labilidad emocional
4) Ansiedad
5) Insomnio
6) Pérdida de apetito
7) Irritabilidad.

Esta escala valora los diferentes síntomas del postparto blues y en base a la misma, si la paciente llega a padecer cuatro o más síntomas de los siete que se describen en el Handley Blues Criteria (3 en la escala de 6 puntos) en el marco temporal de la primera semana tras el alumbramiento o incluso durante los 10 días después del parto significa que la paciente está sufriendo postparto blues.

Los síntomas se evalúan respondiendo sí o no a los siguientes ítems, para saber si la mujer los ha padecido:

1. El estado de ánimo disfórico durante al menos una parte de 1 día.
2. Labilidad emocional (cambio del estado de ánimo).
3. El llanto frecuente durante al menos 1 día.
4. Ansiedad fácilmente percibida en la mujer.
5. Insomnio, al menos 1 hora de retraso en la conciliación del sueño durante 3 días.
6. Disminución del apetito.
7. Irritabilidad notable en la mujer.

En estudios más recientes se han señalado otros síntomas del síndrome blues que podrían ser valorados para saber si una mujer padece postparto blues o no, tales como un bajo estado de ánimo, un estado mental tenso, desmesuradamente emocional, hipersensibilidad, muy irritable, agobiada por la crianza, baja de espíritu y llanto fácil, síntomas todos ellos que afectan de manera negativa después del parto.

El Handley Blues Criteria se recomienda realizar durante el tercer y el quinto día tras el alumbramiento, ya que los síntomas negativos que se analizan suelen llegar a su punto álgido durante estos días por el reajuste hormonal que sufre la mujer después del parto. Existen evidencias que muestran que los síntomas que se analizan se agravan en la primera semana después de dar a luz y que en la mayoría de las mujeres los síntomas mejoran gradualmente para el décimo o doceavo día tras el parto.

Es recomendable volver a realizar el análisis durante estos últimos días para conocer si los síntomas van disminuyendo o se van incrementando, en cuyo caso se debería de continuar realizando seguimientos a la mujer para poder seguir la evolución de la sintomatología, y en el caso de que aparezcan nuevas patologías se puedan detectar de manera precoz. [23]

7.4.9. Escala Del Blues Materno De Lima

En la escala del Blues Materno de Lima (2009) se identifican los síntomas más relevantes del postparto blues para su evaluación, siendo su característica principal la puntuación continua, lo cual permite identificar el riesgo de padecer el postparto blues

aunque no sirve como instrumento diagnóstico ya que lo que mide es el riesgo de padecerlo.

La escala debe realizarse a lo largo de los primeros días del puerperio. Presenta 6 ítems para su evaluación:

1) Llanto
2) Tristeza
3) Angustia
4) Irritabilidad
5) Labilidad del humor
6) Fatiga.

Para responder a cada ítem hay cuatro respuestas posibles y se valora según la frecuencia en la que se manifiesta los síntomas, donde 0 sería la puntuación que estaría en relación con la menor frecuencia y 3 cuando la frecuencia es alta. Posee características psicométricas, la medición para el blues materno se encuentra en un rango de 0-18, la confiabilidad del cuestionario es óptima.

Esta escala precisa la realización de estudios que validen la puntuación resultante de la misma ya que no se han definido de manera concreta los puntos de corte que permitan clasificar y diferenciar a la población con bajo riesgo de la población con mayor riesgo. También hay que tener en cuenta como se considera al postparto blues, si como una patología o como un problema subclínico anterior. Si se considera como una patología en sí, el resultado de la escala nos daría que la mujer evaluada se encuentra en riesgo de desarrollar el blues materno. [24]

En cambio si el blues materno se considera como un estadio que precede a una patología de mayor severidad, se estaría evaluando el riesgo que tiene la mujer para desarrollar algún trastorno mental, normalmente trastornos de ansiedad o depresiones postparto. El traslape sintomático que se produce entre los síntomas depresivos y los puerperales también contribuyen a dificultar el diagnóstico. Las alteraciones neurovegetativas y neurocognitivas características de la depresión, tales como fatiga,

dificultad para dormir, labilidad emocional, dificultad para concentrarse y baja libido, son también muy frecuentes de encontrar entre las puérperas. Por lo mismo, es muy importante indagar respecto al origen de los síntomas.

Útil resulta discriminar la fatiga física de la "emocional", en donde lo que predomina es la anhedonia. Asimismo, el insomnio, en el que la madre no logra conciliar el sueño mientras el bebe duerme también orienta a Depresión posparto. [25]

CAPÍTULO 5.
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los trastornos del estado del ánimo dentro del puerperio se catalogan según síntomas y duración de los mismos.

7.5.1. Tristeza Postparto O "Postpartum Blues"

Consiste en un estado transitorio de reactividad emocional y ocurre en aproximadamente un 50% de las mujeres que han tenido un parto recientemente. Las mujeres con tristeza postparto lloran con más facilidad, están más irritables, y tienen una labilidad emocional mayor que lo habitual para cada una. El pico de "tristeza" se observa usualmente cerca de los 3 a 5 días luego del parto y dura de varios días a semanas. [26]

El cuadro clínico se caracteriza por ansiedad, insomnio, irritabilidad, labilidad emocional, cefaleas, cambios del apetito y sentimiento de minusvalía. Los problemas que se pueden presentar en el último trimestre del embarazo y en el momento del parto, como por ejemplo, el lugar de atención, las personas que le atienden y acompañan, y las complicaciones que se presenten, son factores que pueden provocar tristeza postparto. Sin embargo no parece relacionarse con la historia psiquiátrica, factores estresantes, contexto cultural, alimentación o cantidad de hijos.

Este es el síndrome más leve y más frecuente durante el postparto posparto también llamado maternity blues, este es un estado pasajero que se inicia en los primeros días posteriores al parto y que no dura más de 2 semanas, este cuadro aparece en un 86% de las mujeres que acaban de dar a luz y es una reacción pasajera esperable después del parto. Entre los factores de riesgo encontramos: antecedentes de depresión, sobre todo de depresión durante la gestación, incrementan el riesgo de disforia postparto. Los antecedentes de trastorno disfórico premenstrual también parecen constituir un factor de riesgo.

El principal tratamiento de la tristeza posparto es apoyo emocional ya que la disforia postparto es pasajera y no tiene consecuencias a largo plazo, por lo que no son necesarias intervenciones psiquiátricas, tranquilizar, dar apoyo y la educación son suficientes en la mayoría de casos. Es preciso un control posterior para garantizar que los síntomas no persisten o evolucionan hacia una depresión posparto. [4]

7.5.2. Depresión Postparto

Se define como una depresión mayor que se desarrolla en las 4 semanas siguientes al parto, sin embargo, muchas veces el comienzo de la depresión es más gradual. Éste tipo de depresión se presenta con la mayoría de síntomas anteriormente descritos, principalmente sentimientos de infelicidad, de no ser apta como madre, trastornos del sueño y el apetito y dificultad en la concentración. La prevalencia de este cuadro clínico es de 10-20% de las mujeres que se encuentran en el lapso de 6 meses después del parto. Los trastornos del sueño son habitualmente caracterizados por dificultad para dormir, incluso cuando alguien este cuidando al bebé. Es frecuente que las mujeres con éste trastorno, presenten trastorno dismórfico o pensamientos con rasgos de obsesibidad. [15]

Existe evidencia indirecta que soporta la idea de que el desbalance hormonal cause depresión postparto, simulando el estado postparto mediante la administración de hormonas que luego son retiradas repentinamente. Esto sumado a los cambios biológicos subyacentes en la tristeza postparto en presencia de un contexto, como vulnerabilidad genética, estrés en el entorno o insuficiente soporte social pueden llevar a la depresión postparto. La Depresión postparto que no es tratada puede tener consecuencias a largo plazo. Para la madre, el episodio puede ser el precursor de una depresión recurrente. Para los hijos, una madre deprimida puede contribuir a problemas a nivel emocional, cognitivo o conductual en el futuro.

La depresión postparto suele tener un inicio más tardío que la disforia postparto, ya que normalmente aparece a las 2-4 semanas posteriores al parto. La depresión puerperal, postparto o postnatal es un trastorno comparable a otro episodio depresivo,

En el DSM-IV aparece la primera definición del “trastorno depresivo de inicio en el postparto”, según la cual se trataría de un episodio depresivo mayor de inicio en las primeras 4 semanas después del alumbramiento de un hijo.

Clínicamente se caracteriza por un cuadro depresivo severo, indistinguible del trastorno depresivo mayor no psicótico que ocurre en mujeres en otros periodos de su vida; cuyo inicio es característicamente insidioso, asociando ansiedad excesiva y síntomas neurovegetativos.

Entre los factores de riesgo podemos mencionar que una depresión mayor previa se ha asociado con un riesgo de presión del 24% después del nacimiento del hijo, los antecedentes de depresión durante el embarazo están asociados a un riesgo superior incluso, del 35%, la depresión postparto previa es un factor de riesgo especialmente significativo de recurrencia, confiriendo un riesgo de recurrencia del 50%, los acontecimientos vitales estresantes y la falta de apoyo, sobre todo por parte de la pareja de la mujer, también incrementan el riesgo de depresión postparto, las complicaciones obstétricas y los de la lactancia no perecen estar asociadas con la depresión postparto.

Las estrategias de tratamiento que mejor funcionan son multifactoriales. Incluyen educación, psicoterapia, apoyo de grupo, derivación a asociaciones de autoayuda y asesoramiento conjunto si la relación con la pareja es problemática. La terapia interpersonal y la cognitivo conductual son efectivas en el tratamiento de la depresión postparto.[4]

7.5.3. Psicosis Posparto

La incidencia de psicosis postparto, se sitúa en torno a 1 ó 2 por cada 1,000 partos. En estos casos se observan cuadros de psicosis, con alucinaciones y/o delirio dentro de las 3 semanas luego del parto. Puede ser un episodio que se registre por primera vez en la vida de la paciente, o bien como parte de un problema recurrente. En su inicio suele aparecer más frecuentemente con rasgos de trastorno bipolar, que como

trastornos del ánimo.[16]

Comparando estos episodios con los trastornos psicóticos no asociados al postparto, se observa más desorientación y labilidad en forma característica. La psicosis puerperal se define como la presencia de al menos dos de los cinco siguiente síntomas:

1. Ideas delirantes.
2. Alucinaciones, que pueden ser de cualquier modalidad sensorial.
3. Lenguaje desorganizado.
4. Conducta muy desorganizada y generalmente agitada o catatónica.
5. Síntomas negativos tales como: bloqueo de pensamiento y aislamiento interpersonal.

Las mujeres con psicosis postparto pueden tener mejorías temporarias en apariencia, haciendo pensar a médicos y cuidadores que se han recuperado, pero al poco tiempo empeoran sus síntomas depresivos y psicóticos. Por esta razón, es un cuadro preocupante, ya que en el momento de parecer estable, puede sufrir una agudización del problema.

Comparando con episodios de depresión sin psicosis, las mujeres con psicosis puerperal tienen más probabilidades de terminar haciendo daño a sus hijos con facilidad. Si bien en los casos en donde se ha implementado un tratamiento exitoso, el riesgo de daño para los hijos es disminuido, la psicosis puerperal tiene una alta probabilidad de recurrencia, tanto durante el período del postparto, como fuera de él, si no se realiza tratamiento de mantenimiento. [4]

La psicosis posparto es la forma más severa de los trastornos psiquiátricos puerperales, es una enfermedad aguda y grave que se produce en 1-2 de cada 1.000 nacimientos. Suele iniciar 48 a 72 horas luego del parto, y rara vez inicia más allá de las 4 semanas. El cuadro clínico se asemeja a una psicosis afectiva de rápida evolución, con rasgos maniacos, depresivos o mixtos.

Los signos más tempranos son usualmente ansiedad, irritabilidad e insomnio, los cuales avanzan rápidamente a desorientación, despersonalización, y conducta desorganizada. Las ideas delirantes suelen centrarse en el niño, e incluyen ideas de que el niño está muriendo, de que el niño tiene poderes especiales, o atribuciones divinas o diabólicas. Frecuentemente se presentan alucinaciones auditivas que indican a la madre que lesione o mate al niño o a sí misma. A diferencia de otras psicosis afectivas, la psicosis posparto frecuentemente se asocia con confusión y deliro.

El 15-20% de las mujeres con psicosis postparto ha tenido episodios psicóticos previos. Las primigestas son doblemente vulnerables a la psicosis. Los factores de riesgo más importantes son: la historia de psicosis postparto previa, el trastorno afectivo bipolar y la historia familiar de psicosis postparto. Algunos estudios han encontrado relación entre la depresión postparto con psicosis y una respuesta exagerada de la hormona del crecimiento, cuando se aplica apomorfina durante el cuarto día posparto.

El tratamiento es básicamente farmacológico; se recomienda iniciar antipsicóticos típicos o atípicos, como el uso de moduladores del afecto. Se ha documentado la eficacia del carbonato de litio en la psicosis postparto. En esta alternativa, la lactancia debe interrumpirse. La terapia electro convulsiva es bien tolerada y rápidamente efectiva. [8]

CAPÍTULO 6.
PRONÓSTICO

Según la OMS, la calidad de vida es: la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. [19]

La calidad de vida relacionada con la salud es uno de los parámetros de pronóstico más importantes utilizado en la evolución de una enfermedad y su tratamiento, utilizándose como un importante índice de respuesta al momento de evaluar una intervención. También representa una forma de evaluar el impacto de una enfermedad sobre el individuo desde su perspectiva respecto a su experiencia de bienestar-malestar emocional y físico.

En nuestro país se han realizado estudios, en mujeres con depresión pero no existen estudios con respecto a la depresión posparto. La evaluación de la calidad de vida en distintas áreas de la medicina no ha sido homogénea, estableciéndose que casi 50% de los reportes en la literatura se relacionan a enfermedades oncológicas, reumatológicas y músculo esqueléticas, sólo 7,5% se relacionan a enfermedades mentales, a pesar de su gran prevalencia y discapacidad secundaria.

La calidad de vida se ha evaluado de diferentes formas, siendo la genérica la más aplicable, por lo que permite comparar diferentes poblaciones de pacientes. Variados estudios llevados a cabo en Estados Unidos de Norteamérica y Europa, a nivel poblacional y en la atención primaria, han demostrado el impacto de la depresión en las actividades cotidianas y en la productividad y su correlación con la calidad de vida.

Se ha demostrado ampliamente la asociación entre depresión y discapacidad en

distintas culturas, sistemas de salud y grados de desarrollo. En Chile los trastornos depresivos se asocian a altos índices de discapacidad. Según la Organización Mundial de la Salud, en el grupo etario entre 15 a 44 años, la depresión unipolar es la enfermedad que más discapacidad produce en ambos sexos.

Cerca de 50% de los casos de depresión posparto son depresiones que ya se presentaban en el embarazo o incluso antes de éste. La literatura indica que las mujeres que sufren este cuadro tienen un mayor riesgo de sufrir episodios futuros de depresión, con o sin relación a un parto. Los estresores somáticos del embarazo podrían desencadenar síntomas depresivos que persisten luego del parto, particularmente en madres sin parejas. Una de cada tres mujeres que sufre de malestar psicológico al final del embarazo, y que percibe aislamiento social, desarrollará depresión posparto. [20]

Se han descritos factores de riesgo para la depresión posparto tales como: edades extremas de las puérperas, el embarazo no deseado, las dificultades conyugales, los problemas con los padres, el nivel socioeconómico bajo, la mayor paridad, la patología gineco obstétrica, el parto por cesárea, el uso de anestesia en el parto, la enfermedad del recién nacido y los problemas en la lactancia, entre otros.

Cuando se examina más detenidamente la variable soporte social, se aprecia que la confianza y el apoyo de la pareja, el contacto con otras mujeres con bebés, y la presencia de sintomatología depresiva durante la primera semana del posparto, diferenciaron a las mujeres que presentaron sintomatología depresiva en la octava semana después de dar a luz, de las que no la presentaron.

En Chile, se ha demostrado que los factores psicosociales juegan un rol preponderante en el desencadenamiento de la depresión posparto. Entre ellos, tendrían especial importancia la ocurrencia de eventos vitales, la relación con el cónyuge, con la madre; y los problemas propios del posparto, como las dificultades con la lactancia o dar a luz un recién nacido de muy poco peso, así como los antecedentes de

depresiones previas. Además se ha encontrado una relación inversamente proporcional entre nivel socioeconómico y prevalencia de depresión posparto. [22]

No obstante lo anterior, la literatura científica nacional muestra que la patología psíquica puerperal es habitualmente subtratada, con consecuencias negativas para las mujeres, la familia y el bebé. La capacitación del equipo de salud se hace, entonces, imprescindible para mejorar la salud mental familiar y, en especial, la del binomio madre-hijo(a). [23]

Uno de los principales factores protectores para un adecuado desarrollo de los niños lo constituye la existencia de un buen vínculo madre-hijo. Sin embargo, es precisamente en los inicios de esta relación, el período posparto, cuando se presentan con mayor frecuencia síntomas depresivos, que de acuerdo a su severidad comprometen en mayor o menor grado las capacidades maternas y amenazan el normal desarrollo de dicha relación. La depresión posparto es una condición seria, frecuente, con repercusiones no sólo a corto plazo. La mayoría de las mujeres padece la enfermedad por más de 6 meses, y si no son tratadas, 25% puede persistir con síntomas aun al año de evolución. [24]

Además, tendrán un mayor riesgo de recurrencia de estos episodios en embarazos subsecuentes, incluso más severos. En los niños, el trastorno en la relación madre-hijo tendrá un impacto negativo, e inversamente proporcional a la duración del episodio, en su desarrollo emocional y cognitivo global (verbal, motor, perceptivo), exacerbando incluso los efectos de variables asociadas con menor desarrollo mental y del lenguaje, tales como un menor nivel socioeconómico. [23]

Los hijos de madres con depresión posparto desarrollan relaciones de apego inseguro con una frecuencia significativamente mayor que los hijos de madres sin depresión, una mayor frecuencia de trastornos conductuales, de accidentes, de ingresos hospitalarios y un mayor riesgo de maltrato infantil. De acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadístico-V, quinta edición (DSM V), un episodio de depresión se

considera de presentación posparto si comienza dentro de las 4 semanas posparto, con un marco de tiempo para efectos de investigación de hasta 3 meses posparto. La prevalencia descrita internacionalmente fluctúa entre 10% y 20%, siendo mayor en niveles socioeconómicos más bajos y en madres adolescentes. [24]

CAPÍTULO 7.
CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

Las notables prevalencias que existen para la depresión puerperal crean la necesidad de conocer las consecuencias que ésta puede tener tanto en la madre como en el entorno que la rodea. Se conoce que las consecuencias de la depresión puerperal podrán ser extremadamente devastadores para su portador, así como también, para aquellos que formen parte de su vida, considerando que la depresión posee grados variados, como se menciona anteriormente los efectos permanecen siempre más o menos dependientes de la personalidad de la paciente deprimida y de los factores que habrán desencadenado la depresión, como también del momento por ella vivido. [25]

Sin embargo, si la coyuntura vivida por la paciente es delicada y si es grave el grado de depresión, sin duda que las consecuencias podrán ser catastróficas, por esta razón, una persona deprimida puede sufrir entre otros males, los siguientes: disturbios digestivos; .úlceras (estómago y duodeno), disritmia cardiaca; problemas hepáticos; disfunciones intestinales; manifestaciones cancerígenas; estados degenerativos graves; infecciones lamentables; alergias; oscilación de presión; compromiso del metabolismo en general; agravamiento de los problemas ya existentes, y finalmente, profundo desgaste.

Ocurrirá o podrá ocurrir con la paciente depresiva, la llamada somatización, que son disturbios emocionales psicosomáticos, dolencias del cuerpo generadas por un estado enfermizo de la mente. Algunos estudios mencionan que, todas las enfermedades son psicosomáticas, inclusive las infecciosas. Pese a la noción, ya antigua, del papel de los estados emocionales en la génesis de las enfermedades, durante siglos, y aun Freud, se admite que, con la excepción de los males congénitos y hereditarios, las enfermedades eran causadas por agentes externos, esto es: que vienen de afuera hacia adentro.

El psicoanálisis y su progresiva aceptación revolucionaron ese concepto e introdujeron uno nuevo: el de que, en algunas dolencias, los males del cuerpo constituían una mera expresión de los males del espíritu o sea, provenía de dentro de las personas. La depresión debilita el sistema inmunitario a través de un sutil procedimiento que persuade y llega a convencer a la persona de que una vida sin esperanza es la única alternativa posible. La depresión es un factor de riesgo que actúa en diversas direcciones.

Lleva a su víctima por un camino de distorsión de la realidad y le infunde miedo. La invade con síntomas físicos que ocultan el verdadero problema. Simula toda suerte de dolencias y dispara otras que se suman a las ya existentes para agravar su curso y empeorar su pronóstico. Entre el 10 y 15 por ciento de las depresiones son provocadas por un problema médico (enfermedad de la glándula tiroides, el cáncer, o enfermedades neurológicas, anemia) o por medicamentos. Sin embargo con el tratamiento adecuado con una dosis ajustada de medicamento, la depresión desaparecerá.

La depresión puede producir una exageración de los síntomas, aún los de un trastorno orgánico menor, ejemplo: No hay duda de que la depresión es un factor de riesgo para trastornos cardiovasculares. Se considera que aumenta las posibilidades de mortalidad entre los pacientes que sufren infarto cardíaco. La depresión puede haber sido el inicio del trastorno cardíaco o una consecuencia de él. Ambas condiciones, depresión e infarto, deben recibir tratamiento.

La depresión es considerada como un factor de riesgo para enfermedades del corazón y la colocan al mismo nivel que la hipertensión, la obesidad, e incluso, comparan su riesgo con el hecho de tener un nivel de colesterol elevado en la sangre. La cefalea, como síntoma, es frecuente en los cuadros depresivos y, a su vez, suele ser frecuente en los pacientes con cefaleas crónicas; Los pacientes deprimidos tienen el doble riesgo de desarrollar, una diabetes y cuando la adquieren, y no es tratada la depresión, aumentan sus complicaciones. Se hace necesarios insistir en que los síntomas depresivos, cuando ocurren simultáneamente con cualquier problema

orgánico, se deben tratar, para poder evitar complicaciones más graves.

Debemos recordar que la depresión afecta tanto el cuerpo como la mente. La depresión no solo afecta seriamente el estado de ánimo la calidad de vida; también perjudica la salud, esta puede incluso incapacitarnos más que otras enfermedades crónicas como la artritis, la alta presión sanguínea, diabetes, problemas de espalda o desórdenes gastrointestinales y si ya se padece una enfermedad crónica, la depresión la empeora ya que el cuerpo reacciona peor.

Las personas deprimidas enferman con mayor frecuencia que las no lo están, puede resultar mortal. Una persona deprimida es propensa a morir antes debido al efecto negativo que la depresión ejerce sobre el cuerpo, a su dificultad para seguir un tratamiento médico, y puede llegar al suicidio. Prácticamente ningún sistema corporal ni ninguna enfermedad parecen poder escapar de los efectos físicos de la depresión. Estudios han demostrado que la disminución del tejido óseo (osteoporosis) es mayor en las personas deprimidas, que el porcentaje de apoplejías es dos veces más alto en personas deprimidas que en las que no lo están; Los pacientes depresivos con disfunciones coronarias tienen mayor tendencia a sufrir ataques al corazón. [21]

7.7.1. Nivel Personal

En concreto, la mayoría de estudios que se realizan para tratar este tema se centran en los efectos negativos o repercusiones que puede tener en el niño. Una depresión durante el embarazo se ha asociado con mayor tasa de partos prematuros, retraso en el crecimiento intrauterino, bebés con bajo peso al nacer entre otras, todo ello secundario al descuido del niño o niña, ya que la madre es incapaz de cuidar de ambos, llevando a una atención deficiente y desorganizada, muchas veces olvida alimentarlo o siente rechazo hacia el lactante.

Sin embargo, aquella que se produce una vez se ha dado a luz, tiene quizás efectos más a largo plazo que la anterior. En primer lugar, los descendientes de madres que han sufrido un episodio depresivo en el postparto tienen una mayor tendencia a

padecer también problemas emocionales sobre todo, una depresión a lo largo de su vida. A estos problemas emocionales se suman los problemas de la conducta que pueden llegar a desarrollar.

Entre los problemas conductuales destacan alteraciones del comportamiento como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), temperamento más difícil, mayores dosis de impulsividad y agresividad y además trastornos cognitivos. También se puede ver afectado el vínculo materno-filial que se establece entre ambos. Las madres con estados depresivos pueden presentar mayores dificultades para interpretar las señales de sus hijos y existen discrepancias entre lo que le expresan al bebé y lo que realmente piensan. Por esta causa, se puede observar como los bebés no mantienen el contacto visual y tienen más crisis de llanto que el resto.

Esto puede repercutir en que en el futuro tengan mayores problemas de habilidades socio emocionales y de comunicación. Este vínculo se ve de nuevo afectado, en el tiempo de juego, caricias, afecto que establece una madre en condiciones normales de salud con su hijo, en concreto, presentan mayor dificultad para hacerlo. De esta manera, la comunicación que se establece entre la madre y el bebé quedaría en unos niveles bastante reducidos, con consecuencias negativas para el bebé como retrasos en el habla. [25]

La depresión posparto afecta a la paciente desde varios niveles, entre los cuales se encuentran: Nivel físico; En la depresión moderada, el arreglo personal empieza a afectar y la posibilidad de que haya incapacidad temporal en el trabajo. Además, hay una invasión de las esferas mentales que impactan en los niveles de atención, memoria, pensamiento lógico y que suelen ir acompañados de una sensación cada vez más intensa de inseguridad, así como también aumenta su necesidad en aislarse. Otra característica es que con frecuencia se presentan trastornos alimentarios como aumento o disminución de alimentos, se incrementan los periodos de sueño y la sensación de fatiga, la tristeza, el negativismo, el desánimo y la desesperanza.

El paciente es incapaz de gozar y disfrutar lo que antes era gratificante, cuando el

especialista diagnostica este nivel de depresión puede recomendar, además de la psicoterapia la conveniencia de recurrir a algún medicamento, el cual deberá estar vigilado estrictamente por él. Una persona que vive con esta condición tiene como principal signo la necesidad de desaparecer y desarrolla incluso ideas suicidas y la posibilidad de que llegue a ejecutarlas aumenta considerablemente, de no recibir ayuda. Esta patología, algunas veces silenciosa y otras desatendida por considerar que no vale la pena ocuparse de los problemas o peor aún, por percibirse sola y creer que no se necesita de nadie para conducirse en la vida.

Nivel biológico; El síntoma predominante en una persona deprimida es un cansancio intenso, muchas veces diagnosticado como fatiga crónica. Se trata de una persona que ha estado experimentando estrés continuado durante tanto tiempo, que se ha agotado física y emocionalmente. Su cuerpo responde con fatiga intensa y, a nivel emocional, se siente también abatida y desmotivada. No es raro que las personas con este tipo de depresión por agotamiento tengan también otros síntomas físicos, como síntomas digestivos, caída del cabello, sofocaciones, o trastornos de la micción.

Nivel Social; La depresión puede dar origen a síntomas diversos como ansiedad, dependencia, pasividad, aislamiento, agresividad, sentimiento de inferioridad, rechazo, culpabilidad. Esta problemática asociada requiere en muchos casos una ayuda especializada, tanto a la persona que está aislada de la sociedad. El proceso de integración debe incorporar no solo a la familia sino también al entorno social y, si es el caso, al entorno educativo o laboral, por lo que es lamentable que en Guatemala y en muchas partes del mundo no se documente dicha patología y no se brinde el seguimiento necesario para erradicarla. [21]

7.7.2. Nivel Familiar

Se puede ver dañada la calidad del vínculo familiar. Un episodio de este tipo puede llevar a crear confrontaciones o discusiones entre la pareja por el nivel de estrés al que están sometidos ambos. Por esta razón, la relación familiar empeora y también lo hace la calidad de la crianza. Incluso en algunos casos, el estado depresivo de la mujer y

todo lo que éste conlleva, puede hacer que la pareja comience con episodios de ansiedad o sintomatología depresiva.

Sin embargo, la figura del padre puede ser un elemento positivizador de esta situación y evitar o disminuir las posibles consecuencias que tenga la depresión de la madre en el entorno que la rodea. Un padre sano, puede llevar a cabo aquellas actividades que la madre no puede realizar en ese momento con el bebé: enfatizar en la comunicación, el apego y el cariño además de ser un pilar de apoyo para la madre. La dificultad que tienen estas madres para que la crianza de sus hijos sea de calidad es mayor. [25]

Además, la confrontación de los ideales que habían creado en su imaginación respecto al bebé y al hecho de ser madre con la realidad, puede todavía hacerles la etapa más difícil. Dadas las evidencias sobre las consecuencias que puede llegar a tener una depresión puerperal, es importante incidir en la detección precoz desde el inicio del embarazo. Crear un perfil de riesgo para poder detectar aquellos casos con mayor probabilidad de desarrollarla y prevenir efectos perjudiciales tanto en la madre como en el niño y sus familiares. [27]

7.7.3. Suicidio

Indudablemente, esta es la consecuencia más terrible de la depresión posparto: el suicidio cuando ocurre, deja marcas profundas, difícilmente superables, en los familiares y amigos. Estos, atravesarán un largo período de la existencia preguntándose: ¿qué sucedió para que ella hiciese eso? Y ahora, ¿qué será del ser querido? El suicidio, puede ser directo/indirecto, consciente o inconsciente.

El suicidio directo o consciente, como la propia expresión lo indica, es aquel en que la persona, deliberadamente, decide eliminar la propia vida, lo que hace a través de una irreversible autoagresión, sin tiempo y medios para retroceder en el gesto. La paciente depresiva siempre guarda el propósito deliberado de poner fin a la propia vida. En realidad, presionado por los factores que lo afligen, desea poner fin al dolor que lo viene

dilacerando.

Si le fuese posible según su óptica eliminar la problemática aflictiva, seguramente empeñaría esfuerzos para superarla, preservando la vida. La paciente suicida, por lo tanto, no cree o no vislumbra una salida para su problema, y de este modo, dominada por la desesperación a la que considera invencible, elimina la vida orgánica, imaginando, con esto, liberarse del dolor.

El suicidio indirecto/inconsciente, como fácilmente se comprende, es aquel en que la muerte no es buscada deliberadamente, en un gesto precipitado, irreversible. La persona, dominada por una tristeza largamente abrigada (para referirnos solamente a la depresión), poco a poco se va abatiendo, entregándose al desaliento, consumiendo las fuerzas psíquicas y físicas, hasta que el cuerpo, pierde todas las resistencias, no permite más seguir con la vida. Por lo tanto, la depresión puede ser comparada a un suicidio psicológico, que se da por la ausencia del valor moral para enfrentar la realidad. La paciente depresiva no opta por sí mismo, y sí por la derrota y ve en el fracaso algo natural o inevitable.

Los pensamientos suicidas en el posparto son una realidad de la que casi nunca se habla, sin embargo constituye una tragedia que casi duplica el número de muertes por accidente de tráfico a nivel mundial; como hemos mencionado en capítulos anteriores el posparto es un momento proclive a desencadenar depresión y por ende despertar pensamientos suicidas en las madres, por lo que es importante brindar atención oportuna y de esa manera brindar salud integral a nuestras pacientes. [22]

La depresión posparto constituye un signo de alerta; el nacimiento de un hijo es maravilloso sin embargo suele suscitar tristeza, preocupación y sobre todo cansancio; es normar que la mayoría de madres presenten sentimientos de malestar, irritabilidad, ansiedad, miedo, sin embargo cuando no se diagnostica o se sub diagnostica y se sub trata, la madre no mejora y puede llevarla a la muerte como ha sido el caso de muchas madres a nivel mundial, sin embargo se carece de registros que creen un precedente

sobre dicha patología y nos ayuden a demostrar que la depresión no es un juego, no está en la mente de quien la padece, sino que es una enfermedad que incapacita, que muchas veces lleva a la muerte tanto materna como neonatal y/o del lactante. [26]

CAPÍTULO 8.
TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

A lo largo del presente trabajo, se ha podido observar la relevancia y complejidad que tiene esta patología y cómo puede afectar a distintos ámbitos de la salud, no sólo de la persona que la sufre sino del entorno que la rodea: hijo, pareja y resto de familiares, por tanto, como profesionales sanitarios, tenemos que emplearnos a fondo para conseguir resultados beneficiosos para las madres. Para ello, el tratamiento debe ser multidisciplinario y holístico.

En primera instancia multidisciplinario, es decir, que participen en él: comadronas, enfermeras, obstetras, ginecólogos, psiquiatras, psicólogos, pediatras y trabajadores sociales. Y holístico, en cuanto a que tiene que abarcar muchos ámbitos de la persona: social, psicológico, biológico entre otros, los profesionales de medicina deben de estar preparados y formados para establecer un diagnóstico preciso, intentando evitar sesgos en éste, ya que podría llevar a errores importantes del tratamiento. Por ejemplo: una mujer que se piensa que tiene un episodio depresivo, se le pautan antidepresivos típicos para esto y sin embargo lo que padece es un trastorno bipolar.

Éste proceso se podía ver agravado por el hecho de tomar esa medicación y desencadenar episodios de psicosis o incluso una fase maniaca. El personal en general, en concreto, enfermería, el médico general y/o la comadrona, que son los primeros en tener contacto con la paciente, tiene uno de los papeles más importantes en la detección precoz y tratamiento de la mujer deprimida.

Es el profesional sanitario que más tiempo pasa con ella, durante todo el embarazo, el parto y el puerperio, por esta razón, ellos tienen un papel muy importante que es la detección de casos para poder prevenir o disminuir consecuencias. Además, nuestra formación en conocimientos de salud mental, habilidades interpersonales, educación, prevención y detección temprana es vital, respetando los límites profesionales. [28]

7.8.1. Tratamiento Farmacológico

Se trata de una parte que corresponde a los profesionales de la medicina (psiquiatras) que consiste en la pauta de fármacos necesarios para la mujer en ese momento, considerando diferentes aspectos de la persona. Uno de los aspectos que quizás les dificulta más la línea de tratamiento es la lactancia. Todas las medicaciones conllevan efectos secundarios y en este caso ocurre lo mismo, solo que no solo podrían afectar a la madre sino también al bebé.

Muchas veces, se recetan antidepresivos teniendo en cuenta la posibilidad de estos efectos, por esto mismo, se trabaja de manera continuada con un pediatra. Éste se encarga de controlar que el crecimiento del bebé siga las líneas normales y que el desarrollo psicomotor sea adecuado para su edad. Aún no se ha autorizado el uso del tratamiento hormonal para depresión postparto, lo que apoyaría la hipótesis de que los trastornos psiquiátricos puerperales pueden desencadenarse en parte debido a la pérdida de estrógenos.

Los fármacos cumplen una función muy importante para el tratamiento de la depresión grave y generalmente son bien tolerados. Los antidepresivos (y a menudo sus metabolitos, especialmente si son farmacológicamente activos) son liposolubles y se excretan en la leche materna. Estos se metabolizan principalmente en el hígado, que es inmaduro en las primeras semanas de vida extrauterina y la excreción ocurre a través de los riñones, cuya función se desarrolla rápidamente en los primeros días después del nacimiento. La inmadurez o deficiencia de estos órganos puede llevar a la acumulación de los fármacos.

Hasta este momento no existen estudios donde se demuestre que el uso de antidepresivos no afecte a la lactancia materna. Por esta razón las hojas de especificaciones técnicas de la mayoría de los fabricantes incluyen advertencias que los antidepresivos no deben ser administrados a las madres que amamantan. El conocido inhibidor selectivo de la recaptación (ISRS), sertralina, es el fármaco de elección para las mujeres lactantes. La sertralina se considera relativamente segura, ya que hay

pocos efectos adversos en los bebés. El mayor riesgo en los niños parece estar en las primeras ocho semanas después del nacimiento. Si la lactancia materna puede ser suspendida en ese período, para que las concentraciones pico de los medicamentos en la leche no afecten al bebe, los riesgos se reducen al mínimo.

Los estudios con antidepresivos tricíclicos (ATC) sistemáticamente dan valores para la dosis diaria por kilogramo ingerida por los neonatos amamantados de menos de 1% de la dosis materna y se detectaron cantidades muy pequeñas de antidepresivos tricíclicos en el plasma y la orina de los neonatos. El tejido cerebral, sin embargo, es lipofílico y los fármacos pueden concentrarse allí, pero la experiencia clínica no ha destacado muchos problemas.

Los resultados hasta la fecha indican que siempre que los neonatos (a término) estén sanos desde el principio es probable que los beneficios de la lactancia materna superen a los riesgos potenciales. La duración media de un episodio de depresión postparto sin tratamiento son siete meses, pero se han documentado en otros estudios, que puede llegar a durar hasta un año o más. Si la paciente ha respondido a una prueba inicial de medicación que dura de seis a ocho semanas, la misma dosis debería ser seguida para un mínimo de seis meses, para prevenir recaída. [28]

7.8.2. Psicoterapia

Se trata de una parte muy importante del tratamiento, se podría decir que se realiza de manera ambulatoria por un psicólogo siempre que las condiciones de la mujer lo permitan. La psicoterapia trata de enfocar las causas que originaron ese cuadro depresivo y trabajarlas con la mujer; por esta razón, se prefieren intervenciones personales a terapias grupales.

Se incide en la desculpabilización de la mujer ante lo que está sintiendo y los pensamientos que suceden a diario en su cabeza. Se le explica el cuadro que está padeciendo, la transitoriedad de éste y se refuerza la idea de que existe la recuperación completa, aunque el tiempo para ésta puede variar. En los casos en los que la

psicoterapia se utiliza como medida de prevención en vez de tratamiento, reporta mayores beneficios el hecho de que sea exclusiva para aquellas mujeres que presentan un riesgo mayor de presentar un episodio depresivo en el postparto. [29]

Hay varios enfoques en la psicoterapia, incluyendo la terapia cognitiva conductual, la interpersonal, la psicodinámica y otras clases de terapia conversacional, que ayudan a las personas a recuperarse de la depresión. La psicoterapia ofrece la oportunidad de identificar los factores que contribuyen a su depresión y a afrontar eficazmente las causas psicológicas, conductuales, interpersonales y situacionales.

Terapeutas capacitados, como psicólogos autorizados para ejercer, pueden trabajar con personas deprimidas para señalar los problemas de la vida que contribuyen a su depresión y ayudarlas a entender qué aspectos de estos problemas pueden ser capaces de resolver o mejorar. Un terapeuta capacitado puede ayudar a los pacientes deprimidos a identificar opciones para el futuro y a fijarse metas realistas que les permita mejorar su bienestar mental y emocional.

Los terapeutas también ayudan a las personas a identificar cómo lidiar satisfactoriamente con sentimientos similares, si tuvieron depresión en el pasado, identificar patrones de pensamiento negativos o distorsionados que contribuyen a sentimientos de desesperanza e indefensión que acompañan a la depresión. Por ejemplo, las personas deprimidas pueden tender a generalizar en exceso, es decir, a pensar en las circunstancias en términos de siempre o nunca.

También pueden tomar las cosas de forma personal. Un terapeuta capacitado y competente puede ayudarlas a nutrir una actitud más positiva frente a la vida, explorar otros pensamientos y conductas conocidos que generan problemas y contribuyen a la depresión. Por ejemplo, los terapeutas pueden ayudar a las personas deprimidas a entender y mejorar patrones de interacción con otras personas que contribuyen a su depresión, y ayudar a las personas a recuperar el control y el placer de la vida. La psicoterapia ayuda a las personas a ver las opciones que tiene, así como a incorporar

gradualmente actividades placenteras y satisfactorias nuevamente en sus vidas.

La ocurrencia de un episodio de depresión aumenta en gran medida el riesgo de tener otro. Existen pruebas de que la psicoterapia continua puede disminuir la posibilidad de futuros episodios o al menos reducir su intensidad. A través de la terapia, las personas pueden aprender tácticas para evitar el sufrimiento innecesario de episodios futuros de depresión. El apoyo y la participación de la familia y amigos pueden desempeñar un papel crucial para ayudar a alguien con depresión. Las personas en el sistema de apoyo pueden ayudar a alentar al ser querido deprimido a seguir el tratamiento y a poner en práctica las técnicas de afrontamiento y tácticas para la resolución de problemas que aprenda mediante la psicoterapia.

Vivir con una persona deprimida puede ser muy difícil y estresante para los familiares y amigos. El dolor de ver a un ser querido con depresión puede provocar sentimientos de indefensión y pérdida. La terapia familiar o de pareja puede resultar beneficiosa para reunir a todas las personas afectadas por la depresión y ayudarlas a aprender formas eficaces de sobrellevarla juntos. Este tipo de psicoterapia también puede brindar una buena oportunidad para que las personas que nunca han tenido depresión aprendan más al respecto e identifiquen formas constructivas de apoyar a un ser querido que tiene depresión. [30]

7.8.3. Asistencia Psicosocial

Esta parte de la asistencia se lleva a cabo por médicos, personal de enfermería, comadronas y otros profesionales. Se trata de pasar a ser un apoyo principal para la madre, establecer una relación de confianza y constituir una referencia que le permita conocer las opciones de ayuda disponibles en el sistema sanitario. Quizás la comadrona o el médico que lleva el control prenatal, es el que mayor papel ejerce en esta parte del tratamiento por la continuidad de visitas a lo largo del embarazo. Además es importante reforzar el apoyo social externo de la mujer, tanto de amigos como familiares, intentando que estos también participen en el proceso de ayuda.

No debemos olvidar tampoco la figura de la pareja, que en muchos casos se encuentran desamparados del tratamiento y ellos lo sufren de cerca, en otros casos se trata de madres solteras o víctimas de violación, es por ello que cada caso debe ser tratado con individualidad. El médico tratante debe aplicar aquí todos esos conocimientos que puede abarcar la medicina tanto de nutrición, relajación, conversación, salud mental y física, para ayudar a la mujer en lo que pueda y también si es posible, animarla a participar en grupos de apoyo entre otros.

El tratamiento ha sido en gran parte intervenciones psicológicas, apoyo social y apoyo psicosocial para la prevención de la depresión postparto. La psicoterapia ha tenido un papel distinguido en trato de esta enfermedad por más de 100 años. Más recientemente, pruebas controladas han demostrado la eficacia sustancial del apoyo de la psicología, aun siendo éstas intervenciones bastante mínimas. La orientación de apoyo y el apoyo social pueden ayudar con la remisión.

El hecho de determinar la historia de salud mental de la paciente, dar intervenciones y apoyo destinados a la cultura, tratar la ansiedad, manejar el estrés y prepararlos a la paternidad puede ser eficaz en disminuir la gravedad de los síntomas en mujeres con riesgo de depresión postparto. [29]

8. CONCLUSIONES

1. La depresión posparto es la patología psiquiátrica más común en el puerperio, existe mayor susceptibilidad durante la gestación y periodo posparto para su desarrollo, conocer los factores de riesgo, factores protectores, manifestaciones clínicas y herramientas diagnósticas aunadas a una adecuada clasificación de la severidad de los síntomas es clave para el manejo adecuado y evitar complicaciones.

2. Entre los principales síntomas que identifican un cuadro de depresión posparto se pueden citar la irritabilidad con el llanto del niño, la falta de estímulo para amamantar, el desinterés sexual, la transferencia de responsabilidad sobre el niño y en casos más extremos negligencia total en el cuidar y agresión física del lactante.

3. Los factores de riesgo que más prevalecen son los de tipo físico como golpes o maltrato intrafamiliar, psicológicos relacionados con disfunciones familiares o agresiones y obstétricos todas aquellas condiciones negativas o desfavorables que durante la gestación o pos a esta generan trauma con riesgo para desencadenar una posible Depresión posparto.

4. El nivel socioeconómico podría contribuir de manera significativa a sufrir depresión postparto, el nivel más predominante fue la pobreza ya que las madres adolescentes cuentan con un nivel socioeconómico de pobreza crítica, este es un factor de riesgo dado que las mujeres con múltiples factores de estrés socioeconómico tienen más probabilidades de sufrir depresión postparto.

5. La escala de Depresión posparto de Edimburgo es la escala más utilizada aunque presenta limitaciones para la evaluación del postparto blues al no ser una escala específica para esta alteración, dando la oportunidad de diagnosticar falsos positivos y falsos negativos al no evaluar en concreto la sintomatología que se le atribuye al postparto blues.

9. RECOMENDACIONES

1. Según las revisiones obtenidas sobre los factores de riesgo asociados a la depresión post parto, es necesario el adecuado control y seguimiento durante el embarazo, para de esta manera identificar de forma temprana los factores de riesgo con el fin de ser abordados sin dejar secuelas en la madre y en su hijo(a).

2. Seguimiento del puerperio de las pacientes que resuelven su embarazo en el área de Maternidad, departamento de Ginecología y Obstetricia, ya que según la literatura la depresión post parto se puede presentar incluso en los primeros 7 días post parto, pero es hasta las semanas posteriores o el puerperio tardío donde es más predominante esta complicación.

3. Identificar a aquellas pacientes con factores asociados a padecer depresión posparto previo a la resolución del mismo, como por ejemplo mujeres de edades de 20 a 30 años, con antecedentes de depresión pos parto o de depresión en algún momento de su vida, con familias disfuncionales u hogares no convencionales, abusadas, madres solteras, que son las más propensas según las revisiones realizadas a tener depresión pos parto no diagnosticada.

4. Crear una guía específica que permita dar un mejor manejo a las pacientes con depresión post parto, que además sea multidisciplinario, en donde no sólo intervenga el departamento de Ginecología y Obstetricia si no también el departamento de Salud Mental para dar seguimiento y tratamiento más específico y así dar una mejor calidad de vida a la paciente y a su familia.

5. Es fundamental realizar el test de Escala de Edimburgo a todas las pacientes que se encuentren en el periodo de post parto para poder identificar a las pacientes con depresión pos parto y dar mejor manejo a las mismas.

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla no. 1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2020					2021												2022				
	AGOSTO	**SEPTIEMBRE**	**OCTUBRE**	**NOVIEMBRE**	**DICIEMBRE**	**ENERO**	**FEBRERO**	**MARZO**	**ABRIL**	**MAYO**	**JUNIO**	**JULIO**	**AGOSTO**	**SEPTIEMBRE**	**OCTUBRE**	**NOVIEMBRE**	**DICIEMBRE**	**ENERO**	**FEBRERO**	**MARZO**	**ABRIL**	**MAYO**
Elección del tema	**X**																					
Elaboración Plan de Monografía		**X**																				
Revisiones del plan de Monografía		**X**																				
Aprobación del Plan		**X**																				
Asignación de Revisor			**X**																			
Presentación a la COTRAG				**X**																		
Solicitud de Seminario I						**X**	**X**	**X**														
Seminario I									**X**													
Elaboración del Cuerpo de la Monografía									**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**							
Revisión informe final monografía																**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	
Solicitud seminario II																					**X**	**X**
Entrega del informe final																						**X**

Fuente: Elaboración propia. 2022

11. BIBLIOGRAFIA

1. Putnam K, Robertson-Blackmore E, Sharkey K, Payne J, Bergink V, Munk-Olsen T, et al. Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. Lancet Psychiatry. 2015 Jan; 2(1): 59- 67. Disponible en https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00055-8
2. Larsen ER, Damkier P, Pedersen LH, Fenger-Gron J, Mikkelsen RL, Nielsen RE, et al. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2015; 132(S445). Disponible en https://doi.org/10.1111/acps.12479
3. Meltzer-Brody S, Jones I. Optimizing the treatment of mood disorders in the perinatal period. Dialogues Clin Neurosci. 2015 Jun;17(2):207-218.
4. Milgrom J, Gemmill AW, Ericksen J, Burrows G, Buist A, Reece J. Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: a randomised controlled trial. Aust N Z J Psychiatry. 2015 Mar; 49(3): 236-245. Disponible en https://doi.org/10.1177/0004867414565474
5. Vallejo J, Obiols J, Lopez I, et al. Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, and others. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990– 2015: 388: 1053.
6. Caparros-Gonzalez R, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. Rev Panamericana de Salud Pública. 2018;42:97 Disponible en https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97
7. Barrera AZ, Nichols AD. Depression help seeking attitudes and behaviors among an Internet based sample of Spanish speaking perinatal women. Revista Panamericana de Salud Pública. 2015; 37(3):148–53.
8. Degner D. Differentiating between “baby blues,” severe depression, and psychosis. BMJ. 2017; 359:692. Disponible en: https://doi.org/10.1136/ bmj.j4692
9. Gressier F, Guillard V, Cazas O, Falissard B, et al. Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post partum period in women with serious mental illnesses.2017; 84:284-91.

Disponible en: https://doi.org/.1016/j.jpsychires.2016.10.009

10. Saenz C, Alger J, Beca JP, Belizán JM, Cafferata ML, Canario Guzmán JA et al. Un llamado ético a la inclusión de mujeres embarazadas en investigación. Rev Panamericana Salud Publica. 2017; 41:e13.
11. Romero R D, Orozco R LA, Ybarra S JL, Gracia R BI. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2017 04;82(2):63- 73.Disponible en: https://doi.org/10.4067/s0717-75262017000200009
12. Steven G. Gabbe. Obstetrics. Normal and Problem Pregnancies. Philadelphia: Elsevier.Postpartum Depression, Diseases/Condictions, Jan 30, 2017.
13. Evans M. G, Vicuña M. M, Marín R. DEPRESION POSTPARTO REALIDAD EN EL SISTEMA PUBLICO DE ATENCION DE SALUD. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2003;68(6). Disponible en https://doi.org/10.4067/s0717-75262003000600006
14. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Med Chile. 2015; 143(7):887-94.
15. Moldenhauer JS. Postpartum depression. MSD Manual. 2018. [Acceso: 26 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/professional/gynecology-andobstetrics/postpartum-care-associated-disorders/postpartum depression
16. Holopainen A, Hakulinen-Viitanen T. New parents' experiences of postpartum depression-a systematic review of qualitative evidence. JBI Database System Rev Implement Rep [Internet] 2015 [Fecha de acceso: 2021/02/07]; 10(56 Suppl):249- 258. Disponible en: http://joannabriggslibrary.org/index.php/jbisrir/article/view/266
17. Lusilla, M.P., Sánchez, A., Sanz, C., & López, J. Validación estructural de la escala heteroevaluada de ansiedad de Zung. Anales de Psiquiatría, (2015). 6, Sup 1-39.
18. Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996/2019).Manual para el Inventario de Depresión de Beck—II. (1ª Reimpresión).Buenos Aires: Paidós.

19. World Health Organization. Guía de bolsillo de la clasificación: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana (2015)
20. Burt, Vivien k; Hendrick, Victoria C. Manual clínico de salud mental de la mujer. Rev de Barce, Esp Ars Méd [en línea] 2017 [Citado: 15 Ago 2020] 180- 240. Disponible en: https://www.amazon.es/Manual-cl%C3%ADnico-salud-mental-mujer/dp/8497511522
21. Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes. DMPDSIIFO. 2017; [Citado 10 Ago 2020] 96: 590-594. Disponible en : https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00184.x
22. Gómez Alcalde, María Soledad. Patología psiquiátrica en el puerperio. Revista de Neuro Psiquiatría. Rev Neu Psiq. [en línea] 2016; [Citado: 18 Ago 2020] 65: 32-46.Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/Neuro_psiquiatria/V65_n1/pdf/patologia_psiquiatrica.pdf
23. Leal Cercós, Carmen. Trastornos depresivos en la mujer. Rev Tras Dep Muj. [en línea] 2016 [Citado:17Ago2020] 45:13-118 Disponible en: https://www.amazon.es/Trastornos-depresivos-mujer-Carmen-Cerc%C3%B3s/dp/B00IZJBEA8
24. Oviedo Lugo, Gabriel Fernando; Mondragón Jordán. Valeria. Trastornos afectivos posparto. Rev Trast Afec Psop. 2016 [Citado: 10 Ago 2020] 47 (2):131-140.Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc- 2013/rmc134o.pdf
25. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postnatal Depression and Puerperal Psychosis. Scotland Royal College of Physicians Post Dep Puep Psyc. [en línea] 2017 [Citado 14 Ago 2020] (1): 1- 54. Disponible en: https://www.rcpsych.ac.uk/mental- health/problems-disorders/postpartum-psychosis
26. Constanza mendoza b., Sandra Saldiviab., Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje.. Rev Med Chile 2018; 143: 887-894

27. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coeman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez 2017;67(3):187-91.
28. Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School [publicación en línea] “Breastfeeding & Psychiatric Medications”, MGH Center for Women´s Mental Health, Reproductive Psychiatry Resource and information Center, 2019. [Accesado 6 de Octubre del 2019]. Disponible en: http://www.womensmentalhealth.org/specialty clinics/breastfeeding-and-psychiatricmedication/
29. WENDY NAVAS OROZCO. DEPRESIÓN POSTPARTO. PSIQUIATRIA. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX (608) 639 - 647, 2019.
30. Carro García, T; Sierra Manzano, Ma; Hernández Gómez, Ma J.; Ladrón Moreno, E; Antolín Barrio, E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Extraído el 25 de mayo del 2020 de la página http://www. mgyf.org/medicinageneral/mayo2020/452- 456.pdf

12. ANEXOS

12.1. Ficha Bibliográfica

Tabla no. 2. Ficha bibliográfica

FICHA BIBLIOGRAFICA NO.	
TITULO:	**DIRECCION ELECTRONICA**
AÑO:	**AUTOR:**
BASE DE DATOS	**IDIOMA:**
RESUMEN DE CONTENIDO	

Fuente: Elaboración propia 2020

12.2. CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO (EPDS)

Nombre: _____ Dirección: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento del Bebé: _____
Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:
   0 Tanto como siempre
   1 No tanto ahora
   2 Mucho menos
   3 No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:
   0 Tanto como siempre
   1 Algo menos de lo que solía hacer
   2 Definitivamente menos
   3 No, nada.

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:
   3 Sí, la mayoría de las veces
   2 Sí, algunas veces
   1 No muy a menudo
   0 No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:
   0 No, para nada
   1 Casi nada
   2 Sí, a veces
   3 Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:
   3 Sí, bastante
   2 Sí, a veces
   1 No, no mucho
   0 No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian:
   3 Sí, la mayor parte de las veces
   2 Sí, a veces
   1 No, casi nunca
   0 No, nada

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

3 Sí, la mayoría de las veces
2 Sí, a veces
1 No muy a menudo
0 No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

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

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

3 Sí, casi siempre
2 Sí, bastante a menudo
1 Solo en ocasiones
0 No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

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

PUNTEO:_____
CLASIFICACIÓN:_____

FUENTE: Guía de bolsillo de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. (2015)

12.3. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)

Nombre:_____
Estado Civil_____ Edad_____ Sexo_____
Ocupación _____ Educación _____Fecha _____

Instrucciones:
Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0 No me siento triste.
1 Me siento triste gran parte del tiempo
2 Me siento triste todo el tiempo.
3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2 No espero que las cosas funcionen para mí.
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.
1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Querría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo
2 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso
1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
2a Duermo mucho más que lo habitual.
2b. Duermo mucho menos que lo habitual
3ª. Duermo la mayor parte del día
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.
1 Estoy más irritable que lo habitual.
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
3ª . No tengo apetito en absoluto.
3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Punteo:_____
Clasificación _____

FUENTE: Guía de bolsillo de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. (2015)

12.4. CUESTIONARIO SOBRE EL INVENTARIO DE DEPRESION DE ZUNG

Nombre: _____ Dirección: _____

Fecha de Nacimiento:_____ Fecha de Nacimiento del Bebé: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

1. Me siento más intranquilo(a) y nervioso(a) que de costumbre.
    1. Nunca o casi nuca.
    2. A veces.
    3. Con frecuencia.
    4. Siempre o casi siempre.

2. Me siento atemorizado(a) sin motivo.
    1. Nunca o casi nuca.
    2. A veces.
    3. Con frecuencia.
    4. Siempre o casi siempre.

3. Me altero o agito con rapidez.
    1. Nunca o casi nuca.
    2. A veces.
    3. Con frecuencia.
    4. Siempre o casi siempre.

4. Me siento hecho(a) pedazos.
    1. Nunca o casi nuca.
    2. A veces.
    3. Con frecuencia.
    4. Siempre o casi siempre.

5. Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo.
    1. Nunca o casi nuca.
    2. A veces.
    3. Con frecuencia.
    4. Siempre o casi siempre.

6. Me tiemblan las manos, los brazos y las piernas.
    1. Nunca o casi nuca.
    2. A veces.
    3. Con frecuencia.
    4. Siempre o casi siempre.

7. Sufro dolores de cabeza, de cuello y de la espalda.
    1. Nunca o casi nuca.
    2. A veces.

3. Con frecuencia.
4. Siempre o casi siempre.

8. Me siento débil y me canso fácilmente.
1. Nunca o casi nuca.
2. A veces.
3. Con frecuencia.
4. Siempre o casi siempre.

9. Me siento tranquilo(a) y me es fácil estarme quieto(a).
1. Nunca o casi nuca.
2. A veces.
3. Con frecuencia.
4. Siempre o casi siempre.

10. Siento que el corazón me late aprisa.
1. Nunca o casi nuca.
2. A veces.
3. Con frecuencia.
4. Siempre o casi siempre.

11. Sufro mareos (vértigos).
1. Nunca o casi nuca.
2. A veces.
3. Con frecuencia.
4. Siempre o casi siempre.

12. Me desmayo o siento que voy a desmayarme
1. Nunca o casi nuca.
2. A veces.
3. Con frecuencia.
4. Siempre o casi siempre.

13. Puedo respirar fácilmente.
1. Nunca o casi nuca.
2. A veces.
3. Con frecuencia.
4. Siempre o casi siempre.

14. Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies.
1. Nunca o casi nuca.
2. A veces.
3. Con frecuencia.
4. Siempre o casi siempre.

15. Sufro dolores de estómago e indigestión.
1. Nunca o casi nuca.

2. A veces.
3. Con frecuencia.
4. Siempre o casi siempre.

16. Tengo que orinar con mucha frecuencia.
    1. Nunca o casi nuca.
    2. A veces.
    3. Con frecuencia.
    4. Siempre o casi siempre.

17. Por lo general tengo las manos secas y calientes
    1. Nunca o casi nuca.
    2. A veces.
    3. Con frecuencia.
    4. Siempre o casi siempre.

18. La cara se me pone caliente y roja.
    1. Nunca o casi nuca.
    2. A veces.
    3. Con frecuencia.
    4. Siempre o casi siempre.

19. Duermo fácilmente y descanso bien por las noches.
    1. Nunca o casi nuca.
    2. A veces.
    3. Con frecuencia.
    4. Siempre o casi siempre.

20. Tengo pesadillas.
    1. Nunca o casi nuca.
    2. A veces.
    3. Con frecuencia.
    4. Siempre o casi siempre.

PUNTEO: _____
CLASIFICACIÓN:_____

FUENTE: Guía de bolsillo de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. (2015)

12.5. CUESTIONARIO SOBRE ESCALA DETECCIÓN DE DEPRESIÓN POSPARTO

Nombre: _____ Dirección: _____
Fecha de Nacimiento:_____ Fecha de Nacimiento del Bebé: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Trastornos del sueño/alimentación

1. Tenía problemas para dormir aunque mi bebé estuviera durmiendo.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

2. Perdí el apetito.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

3. Me despertaba en la noche y tenía dificultad en volver a dormirme.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

4. Me daba vuelta en la cama por largo tiempo, tratando de quedarme dormida.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

5. Sabía que debía comer pero no podía.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

Ansiedad/inseguridad

6. Me ponía ansiosa por lo más mínimo que tuviese que ver con mi bebé.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

7. Me sentía totalmente agobiada (harta).
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

8. Me sentía tremendamente nerviosa (quería escapar de mí misma).
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

9. Me sentía sola.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

10. Sentía que tenía que seguir moviéndome de un lado a otro.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

Labilidad emocional

11. Sentía un sube y baja emocional.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

12. Temía que jamás volvería a ser feliz.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo

3 Indiferente
4 De acuerdo
5 Muy de acuerdo

13. Lloraba mucho sin razón.
1 Muy en desacuerdo
2 Desacuerdo
3 Indiferente
4 De acuerdo
5 Muy de acuerdo

14. He estado muy irritable.
1 Muy en desacuerdo
2 Desacuerdo
3 Indiferente
4 De acuerdo
5 Muy de acuerdo

15. Me sentía llena de rabia (ira) y a punto de explotar.
1 Muy en desacuerdo
2 Desacuerdo
3 Indiferente
4 De acuerdo
5 Muy de acuerdo

Deterioro cognitivo

16. Sentía que estaba perdiendo la razón.
1 Muy en desacuerdo
2 Desacuerdo
3 Indiferente
4 De acuerdo
5 Muy de acuerdo

17. No podía concentrarme en nada.
1 Muy en desacuerdo
2 Desacuerdo
3 Indiferente
4 De acuerdo
5 Muy de acuerdo

18. Pensé que me estaba volviendo loca.
1 Muy en desacuerdo
2 Desacuerdo
3 Indiferente
4 De acuerdo
5 Muy de acuerdo

19. Tenía dificultad aun para tomar una simple decisión.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

20. Tenía dificultad para concentrarme en una tarea.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

Pérdida de autoestima

21. Tenía miedo de nunca volver a ser la misma de antes.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

22. Empecé a desconocerme a mí misma.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

23. Ya no sabía quién era yo.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

24. Me sentía como si no fuera una persona normal.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

25. No me sentía real (auténtica).
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente

4 De acuerdo
5 Muy de acuerdo

Culpabilidad/Vergüenza

26. Sentía como si yo no fuera la madre que quería ser.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

27. Sentía como si muchas madres fueran mejores que yo.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

28. Me sentía culpable por que no podía sentir tanto amor como debiera por mi bebe.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

29. Sentía que tenía que esconder lo que pensaba/sentía por mi bebe
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

30. Me sentía un fracaso como madre.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

Perjudicando a la contemplación uno mismo.

31. Llegue a pensar que la muerte parecía ser la única solución.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

32. Empecé a pensar que estaría mejor muerta.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

33. Quería hacerme daño.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

34. Creía que mi bebe estaría mejor sin mí.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

35. Sentía que lo que quería era dejar este mundo.
    1 Muy en desacuerdo
    2 Desacuerdo
    3 Indiferente
    4 De acuerdo
    5 Muy de acuerdo

PUNTEO: _____
CLASIFICACIÓN:_____

FUENTE: Guía de bolsillo de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. (2015)

12.6. Cuestionario de salud del paciente PHQ-9:
Lista de verificación de nueve síntomas

Nombre de la paciente _____
Fecha _____

1. Indique con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas durante las últimas dos semanas. Lea atentamente cada inciso y encierre en un círculo su respuesta.

a. Poco interés o agrado al hacer las cosas.
Nunca
Varios días
Más de la mitad de los días
Casi todos los días

b. Se ha sentido triste, deprimida o desesperada.
Nunca
Varios días
Más de la mitad de los días
Casi todos los días

c. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierta o duerme demasiado.
Nunca
Varios días
Más de la mitad de los días
Casi todos los días

d. Se siente cansada o tiene poca energía.
Nunca
Varios días
Más de la mitad de los días
Casi todos los días

e. Tiene poco o excesivo apetito.
Nunca
Varios días
Más de la mitad de los días
Casi todos los días

f. Se ha sentido mal consigo misma, ha sentido que usted es una fracasada o ha sentido que se ha fallado a sí misma o a su familia.
Nunca
Varios días
Más de la mitad de los días
Casi todos los días

g. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.

Nunca
Varios días
Más de la mitad de los días
Casi todos los días

h. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieta o intranquila que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.

Nunca
Varios días
Más de la mitad de los días
Casi todos los días

i. Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.

Nunca
Varios días
Más de la mitad de los días
Casi todos los días

2. Si marcó alguno de los problemas antes indicados en este cuestionario, ¿cuánto le han dificultado al realizar su trabajo, atender su casa o compartir con los demás?

Nada difícil
Un poco difícil
Muy difícil
Extremadamente difícil

PUNTEO_____
CLASIFICACIÓN:_____

FUENTE: Guía de bolsillo de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. (2015)