

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**



TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

**ASOCIACIÓN ENTRE GESTACIÓN NO PLANIFICADA Y
DEPRESIÓN PUERPERAL**

AUTOR: María Alejandra Llirod Ravello

ASESOR: Dr. Luis Enrique Castañeda Cuba

TRUJILLO-PERÚ

2018

JURADO

Dr.: Hector Rodriguez Barboza
Presidente

Dr.: Carlos Cornejo Zavaleta
Secretario

Dr.: Ravelo Pelaez Rodriguez
Vocal

DEDICATORIA

A mis padres: Tina y Raúl, porque creyeron en mí y me dieron paz en los momentos difíciles.

A mi abuelo Oscar, porque gracias a él inicié este largo camino y me alegra que ahora pueda verme culminándolo.

A mis abuelos Raúl y Elvia, ya no están entre nosotros, pero sé que siempre me acompañan.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirme con una familia maravillosa y por regalarme la oportunidad de aprender cada día más y servir a la sociedad.

Agradezco a mis padres: Raúl y Tina; a mi hermana Tinita, porque son ellos mi impulso y la razón de mi esfuerzo y sacrificio.

A mi abuelo Oscar, quien me inculco desde pequeña el amor por la medicina.

A mi asesor el Dr. Luis Enrique Castañeda, quien con dedicación y tolerancia me ayudo a terminar la tesis.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar si existe asociación entre depresión puerperal y gestación no planificada en el Hospital Belén de Trujillo. La población de estudio fueron puérperas atendidas en el Servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Agosto – Octubre 2016 distribuidas en 55 casos con depresión postparto y 110 controles, sin depresión postparto.

Se trabajó con diseño analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles, siendo la variable independiente la gestación no planificada y como variable dependiente la depresión postparto, la investigación se desarrolló en el Hospital “Belén” de Trujillo, utilizando la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh, con lo cual se obtuvo los siguientes resultados: La gestación no planificada se reporta en el 86.7% de todas las pacientes y en relación a la presencia de depresión obtuvo un Odds Ratio = 12.74 con un intervalo de confianza al 95% (1.66 – 97.44), con 98.2% de frecuencia en el grupo de casos. La frecuencia de gestación no planificada de pacientes en el grupo control fue del 80.9%. También se observa que el 1.8% de las puérperas que si padecen de depresión puerperal tienen gestación planificada.

Se concluye que existe asociación significativa entre depresión puerperal y gestación no planificada en el Hospital Belén de Trujillo.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine if there is an association between puerperal depression and unplanned gestation in the Belén de Trujillo Hospital. The study population were puerperal women attended in the Gynecology and Obstetrics Service of the Belén Hospital in Trujillo during the August - October 2016 period, distributed in 55 cases with postpartum depression and 110 controls, without postpartum depression.

We worked with analytical, observational, retrospective design of cases and controls, the independent variable being unplanned pregnancy and postpartum depression dependent variable, the research was developed in the Hospital "Belén" of Trujillo, using the Post Depression Scale -Part of Edinburgh, which obtained the following results: unplanned pregnancy is reported in 86.7% of all patients and in relation to the presence of depression obtained an Odds Ratio = 12.74 with a 95% confidence interval (1.66 - 97.44), with 98.2% frequency in the group of cases. The frequency of unplanned pregnancy of patients in the control group was 80.9%. It is also observed that 1.8% of the puerperal women who suffer from puerperal depression have planned gestation.

It is concluded that there is a significant association between puerperal depression and unplanned gestation in the Bethlehem Hospital of Trujillo.

ÍNDICE

Carátula.....	i
Firmas del jurado y asesor	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Índice general	vii
Índice de tablas	viii
I. INTRODUCCIÓN:	
1.1 Marco Teórico	9
1.2 Antecedentes	11
1.3 Justificación.....	13
1.4 Problema	13
1.5 Hipótesis: Nula y Alterna.....	13
1.6 Objetivos: General y Específicos	14
II. MATERIAL Y MÉTODO:	
2.1 Población de estudio	14
2.2 Criterios de Selección: Inclusión y Exclusión	15
2.3 Muestra: Unidad de Análisis, Muestreo y Fórmula para el tamaño de la muestra.	15
2.4 Diseño del estudio	17
2.5 Variables y Operacionalización de Variables	20
2.6 Procedimiento.....	21
2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	22
2.8 Procesamiento y análisis estadístico	22
2.9 Consideraciones éticas	23
III. RESULTADOS	24
IV. DISCUSIÓN	30
V. CONCLUSIONES.....	32
VI. RECOMENDACIONES.....	33
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	34
VIII. ANEXOS.....	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: La depresión puerperal y su relación con la gestación no planificada en el Hospital Belén de Trujillo, 2016.	24
Tabla 2: Comparación de la edad de pacientes que padecen y no padecen de depresión puerperal en el Hospital Belén de Trujillo, 2016.	25
Tabla 3: Comparación de la paridad de pacientes que padecen y no padecen de depresión puerperal en el Hospital Belén de Trujillo, 2016.	26
Tabla 4: Comparación del grado de instrucción de pacientes que padecen y no padecen de depresión puerperal en el Hospital Belén de Trujillo, 2016.	27
Tabla 5: Comparación de la paridad de pacientes que padecen y no padecen de depresión puerperal en el Hospital Belén de Trujillo, 2016.	28
Tabla 6: Comparación del grado de instrucción de pacientes que padecen y no padecen de depresión puerperal en el Hospital Belén de Trujillo, 2016.	29

I. INTRODUCCIÓN:

1.1 Marco Teórico:

La depresión puerperal (DP) definida por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V es un episodio depresivo mayor de inicio en el periparto, durante el embarazo y 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 neurovegetativos¹.

Comienza insidiosamente en el primer mes del postparto, se desarrolla lentamente por semanas o meses, teniendo su máxima expresión clínica antes de los seis meses después del parto, aunque se ha observado que los cuadros más severos tienen un comienzo más precoz^{2,3}.

Resulta difícil determinar su prevalencia. En Estados Unidos el reporte en adolescentes reporta prevalencia que oscilaron entre 20 y 57%. En Europa se encontró una tasa de 9,3% en puérperas adultas y en un 25,9% en puérperas adolescentes. En Asia se hizo esta misma comparación encontrando una prevalencia de 23 y 12,9%, respectivamente. En América latina se refirió una tasa de 10 a 15 con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35%^{4,5,6}.

En el cuadro clínico, además de los síntomas depresivos, predominan los síntomas de ansiedad, irritabilidad y fobias y los síntomas vegetativos (somnolencia y aumento del apetito). La paciente experimenta sentimientos de culpa, incapacidad para realizar las tareas (especialmente las maternas), pensamientos autodestructivos y rechazo del recién nacido^{7,8,9}.

Los factores de riesgo más importantes para DP son: historia de depresión, conflictos maritales o familiares, eventos vitales estresantes, percepción de falta de redes de

apoyo durante el embarazo, falta de soporte emocional y económico de la pareja durante el embarazo, madre soltera, bajo nivel socioeconómico^{10,11}.

A nivel etiopatogénico en la neurobiología de la depresión postparto, como en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, existiría una interacción de factores desde susceptibilidad genética, alteraciones neuroendocrinas y eventos vitales estresantes mayores^{12,13}.

En relación al sustrato neurobiológico propio de la DP, existen muchas teorías al respecto. Se ha investigado su asociación con factores hormonales como: estrógenos, progesterona, hormonas tiroideas y colesterol^{14,15}.

El perfil clínico de esta entidad se corresponde con sintomatología típica de episodio depresivo: mayor estrés percibido, somnolencia, fatiga, ansiedad, rabia y eventos vitales negativos^{16,17}

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo es una encuesta auto-administrada, desarrollada para la detección de síntomas depresivos en mujeres durante el puerperio. Consta de 10 preguntas de selección múltiple, con 4 alternativas cada una, con puntajes de 0 a 3 de acuerdo a severidad creciente de los síntomas^{18,19,20}.

La depresión posparto es una entidad subdiagnosticada en el contexto de la atención médica primaria, tomando en cuenta el aumento que la depresión ha experimentado en toda la sociedad. Estas situaciones y el hecho de la omisión de su 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^{14,21,22}.

El embarazo no planeado es un problema importante de salud pública, tanto en los países en desarrollo como en el mundo desarrollado, debido a sus repercusiones adversas sociales y de salud, tanto para las madres como para los niños. Entre dichas consecuencias se incluyen la mayor probabilidad de que la mujer incurra en aborto intencional, de que inicie la atención prenatal de manera tardía o no la reciba y que el niño nazca con bajo peso^{23,24,25}.

El nivel de embarazos no planeados también puede servir como indicador del estado de la salud reproductiva de la mujer, y del grado de autonomía que tiene para decidir si tiene o no un hijo y en qué momento. Es importante identificar los factores relacionados con el embarazo no planeado para formular programas que promulguen leyes y diseñen servicios específicamente dirigidos a las mujeres que son las más proclives a experimentar este problema^{26,27}.

Las madres adolescentes son mucho más proclives que las mujeres de mayor edad a tener un embarazo no planeado. Los embarazos no planeados también son más frecuentes entre las mujeres solteras que las casadas. La pobreza también es un factor que influye en los embarazos a destiempo; las probabilidades de que un nacimiento fuera planeado disminuían a medida que mejoraba la condición económica^{28,29,30}.

El principal factor que determina la posibilidad de embarazo no planeados, es la práctica de la planificación familiar. El conocimiento de los métodos anticonceptivos y el acceso a estos servicios son determinantes importantes para lograr un uso eficaz. Si una mujer no sabe que puede regular su fecundidad, y tampoco no sabe cómo hacerlo o no puede obtener estos servicios; es incapaz de evitar un embarazo no planificado^{31,32}.

1.2 Antecedentes:

Dibaba Y, et al (Etiopia, 2013); desarrollaron un estudio con el objetivo de reconocer la asociación entre gestación no planificada y el riesgo de desarrollar depresión puerperal, por medio de un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a 622 gestantes las cuales fueron divididos en 2 grupos según la presencia de depresión puerperal; observando que la frecuencia de este trastorno fue de 19%; se reconoció que la frecuencia de gestación no planificada en el grupo con depresión puerperal fue de 23% mientras que la frecuencia en el grupo sin depresión puerperal fue de solo 10.4%, diferencia que resultó significativa; además, el 35% de las pacientes que no desearon el embarazo presentaron depresión frente al 16% de las que planificaron el embarazo³³.

Abbasi S, et al (Norteamérica, 2013); desarrollaron una investigación con el objetivo de precisar la asociación entre la aparición de depresión puerperal y la gestación no

planificada, por medio de un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a 2972 gestantes primíparas con edades entre 18 a 35 años; de las cuales el 32% reconocieron que su gestación fue no planificada y en quienes la prevalencia de depresión puerperal fue de 5.5% ; observando que la frecuencia de depresión puerperal fue significativamente superior en el grupo de pacientes con gestación no planificada (6.7% vs. 4.3%, $p < 0.01$; OR 1.41; IC 95% 0.91-2.18)³⁴.

Cortés P, et al (México, 2014); desarrollaron un estudio con el objetivo de reconocer la asociación entre la gestación no planificada y la aparición de trastornos afectivos durante el puerperio, por medio de un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a 604 mujeres las cuales fueron divididas en 2 grupos según el tipo de gestación; encontrando que las gestantes con gestación no planificada presentaron un número significativamente superior de trastornos psiquiátricos en comparación con el grupo de gestación planificada (66.2% vs. 43.7%, respectivamente; $p < 0.001$); siendo uno de los más frecuentes la depresión puerperal la cual alcanzo una frecuencia de 31.5%³⁵.

Brito C, et al (Brasil, 2015); llevaron a cabo un estudio con el objetivo de reconocer la influencia de la gestación no planificada respecto a la aparición de depresión puerperal por medio de un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a 1121 gestantes con edades entre los 18 a 49 años; observando que la frecuencia de gestación no planificada fue de 60.2% mientras que la frecuencia de depresión puerperal fue de 25.9% ; reconociendo una asociación significativa entre ambas variables (OR = 1.48; IC 95% 1.09;2.01)³⁶.

Bahk J, et al (Korea, 2015); desarrollaron una investigación con la finalidad de reconocer la asociación entre gestación no planificada y aparición de depresión puerperal por medio de un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a más de 1000 gestantes; observando que la frecuencia de gestación no planificada fue de 25% y la frecuencia de depresión puerperal fue de 22%; reconociendo una asociación significativa entre la aparición de estas 2 variables; OR: 1.59 ; IC 95% 1.06–2.40; $p = 0.0265$ ³⁷.

1.3 Justificación:

Considerando que la depresión durante el puerperio es una circunstancia clínica patológica de prevalencia e incidencias constantes, pero habitualmente subregistrada en esta población específica, se ha reconocido el impacto deletéreo de esta condición en cuanto a la aparición de desenlaces obstétricos adversos tanto maternos como neonatales; en tal sentido estudios recientes ponen en evidencia de manera permanente e innovadora la influencia de algunos de los factores clásicamente relacionados con este trastorno afectivo, por lo mismo resulta de interés identificar en nuestra población la influencia de la gestación no planificada en el origen de la depresión puerperal; como un primer paso en el objetivo de controlar su aparición en las gestantes de nuestro medio y de este modo minimizar el efecto negativo de la misma, mejorando la calidad de vida de la madre en sus primeros días de interacción con el neonato; considerando que no existen estudios similares en nuestro medio es que nos planteamos realizar el presente estudio.

1.4 Problema:

¿Existe asociación entre depresión puerperal y gestación no planificada en el Hospital Belén de Trujillo?

1.5 Hipótesis:

- **Hipótesis Nula**

No existe asociación entre el riesgo de depresión puerperal y la gestación no planificada en el Hospital Belén de Trujillo.

- **Hipótesis Alterna:**

Existe asociación entre el riesgo de depresión puerperal y la gestación no planificada en el Hospital Belén de Trujillo.

1.6 Objetivos:

- **General**

Determinar si existe asociación entre depresión puerperal y gestación no planificada en el Hospital Belén de Trujillo.

- **Específicos**

Determinar frecuencia de gestación no planificada entre pacientes con depresión puerperal.

Determinar frecuencia de gestación no planificada entre pacientes sin depresión puerperal.

Comparar la frecuencia de gestación no planificada entre pacientes con depresión puerperal y sin ella.

Comparar la edad, paridad y grado de instrucción entre gestantes de ambos grupos de estudio.

II. MATERIAL Y MÉTODO:

2.1 Población de estudio

Población diana:

Total de puérperas atendidas en el Servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo.

Población de estudio:

Puérperas atendidas en el Servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Belén durante el periodo Agosto – Octubre 2016 que cumplió con los siguientes criterios de inclusión y exclusión según los cuales se distribuyeron en 2 grupos.

- **Criterios de inclusión (Casos):**

- Puérperas con depresión.
- Puérperas entre 20 a 35 años.

- Pacientes en cuyas historias clínicas pudo definirse con precisión la complicación en estudio.

- **Criterios de inclusión (Controles):**

- Puérperas sin depresión.
- Puérperas entre 20 a 35 años.
- Pacientes en cuyas historias clínicas pudo definirse con precisión la complicación en estudio.

2.2 Criterios de Selección:

Criterios de exclusión (Casos y controles):

- Puérperas con antecedentes de patología psiquiátrica previa a la gestación: depresión, psicosis, trastorno bipolar.
- Puérperas con patología tiroidea.
- Puérperas con retraso mental.
- Puérperas con obesidad pregestacional.
- Puérperas víctimas de abuso sexual.
- Puérperas con gran multiparidad.
- Puérperas que hayan pertenecido a la categoría gestante de alto riesgo obstétrico.

2.3 Muestra:

Unidad de Análisis:

Es cada una de las puérperas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Agosto – Octubre 2016 y que cumplan los criterios de selección correspondientes.

Muestreo:

Unidad de Muestreo:

Es la historia clínica de cada una de las puérperas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Agosto – Octubre 2016 y que cumplan los criterios de selección correspondientes

Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para casos y controles³⁷.

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_2 - p_1)^2}$$

Donde:

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2} = \frac{0.33 + 0.13}{2} = 0.23$$

p_1 = Proporción de casos que presentan el factor de riesgo = 0.23 ³²

p_2 = Proporción de controles que presentan el factor de riesgo = 0.1 ³²

c = Razón de número de controles por caso = 2

n = Número de casos

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

$Z_{1-\beta} = 0,84$

Desarrollo:

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2} = \frac{0.23 + 0.10}{2} = 0.17$$

$$\frac{(1.96\sqrt{(3)0.17(1-0.17)} + 0.84\sqrt{2(0.23)(1-0.23)} + 0.1(1-0.1))^2}{2(0.1-0.23)^2}$$

$$= \frac{(1.96\sqrt{0.42} + 0.84\sqrt{0.35 + 0.09})^2}{(-0.26)^2}$$

$$= \frac{(1.96 \times 0.65 + 0.84 \times 0.66)^2}{0.06}$$

$$= \frac{1.82^2}{0.06}$$

$$n = 55$$

En base al resultado se tiene:

CASOS : (Puérperas con depresión postparto) = 55 pacientes
 CONTROLES : (Puérperas sin depresión postparto) = 110 pacientes.

2.4 Diseño del estudio:

Diseño específico:

Este estudio corresponde a un diseño analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles

P	NR	G1	X1
		G2	X1

P: Población

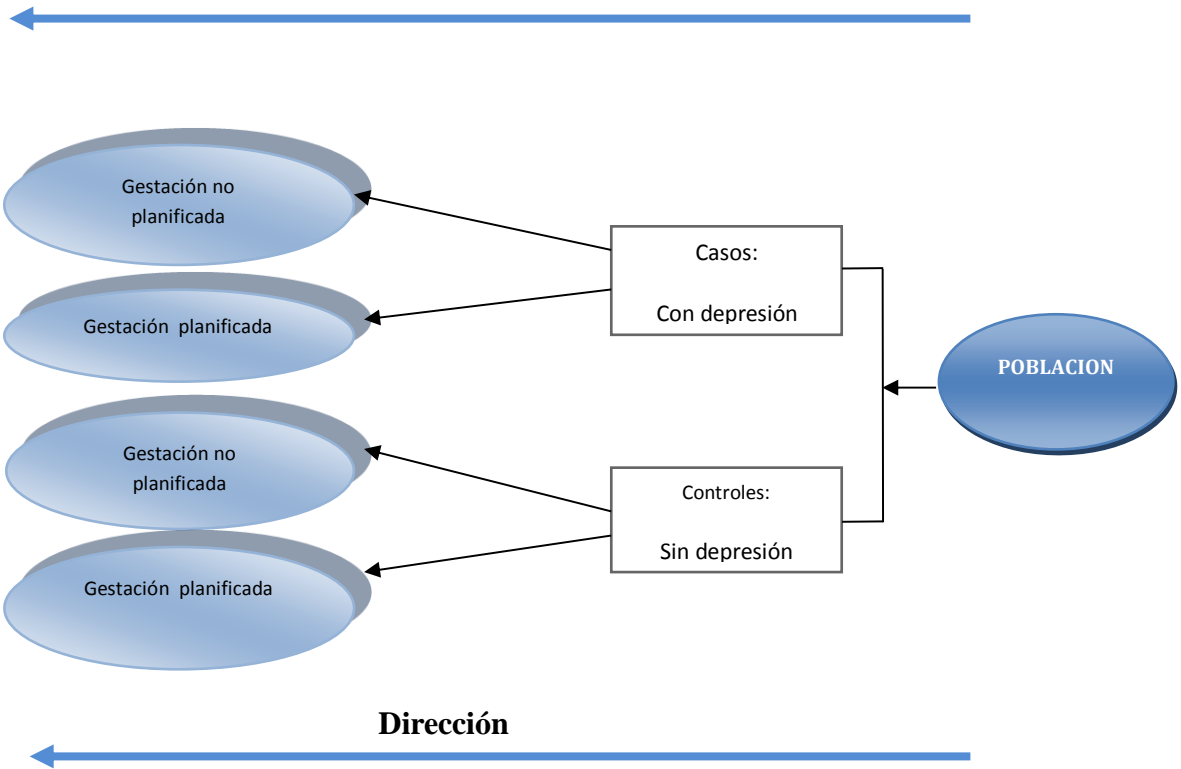
NR: No randomización

G1: Puérperas con depresión puerperal

G2: Puérperas sin depresión puerperal

X1: Gestación no planificada

Tiempo



2.5 Variables y Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES
DEPENDIENTE: Depresión puerperal Cualitativa Nominal		- Depresión postparto determinada por la Escala de Edimburgo con puntaje:>12 puntos.	- Sí -No
INDEPENDIENTE: Gestación no planificada Cualitativa Nominal		- Embarazo no planeado.	- Si - No
INTERVINIENTE Edad Cualitativa Nominal Paridad Cualitativa Nominal Grado de instrucción Cualitativa Ordinal	20 a 27 años 28 a 35 años Primigesta Secundigesta Multigesta ³⁸ Analfabeta Primaria Secundaria Superior	- Tiempo de vida entre 20 a 35 años obtenido a través de encuesta. Condición de la gestante en base al numero de embarazos. Nivel educativo obtenido a través de encuesta	-Si -No -Si -No -Si -No

Definición Operacional:

Depresión posparto: puerperas con al menos 4 semanas de haberse producido el parto con síntomas depresivos que alcanzan una puntuación superior a 12 puntos en la Escala de Depresión Post-parto de Edimburgo.

Gestación no planificada: embarazo no planeado.

Edad: tiempo de vida de la paciente registrado mediante encuesta

Paridad: número de embarazos obtenidos mediante la historia clínica.

Grado de instrucción: nivel educativo de la paciente obtenido por encuesta.

2.6 Procedimiento:

El trabajo de investigación se desarrolló en el Hospital Belén de Trujillo de la región La Libertad. Se solicitó formalmente a la comisión de investigación de dicho nosocomio para la realización de encuestas a los pacientes. Se pidió el Consentimiento informado al paciente y/o familiares y se indagó sobre los datos necesarios para cumplir los objetivos de nuestra investigación utilizando la Escala de Depresión Post-parto de Edimburgo³⁹.

Instrucciones de uso:

1. Se le pidió a la madre que escoja la respuesta que más se asemejara a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tuvieron que responder las diez preguntas.
3. Se tuvo cuidado y evitó la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debió responder la escala ella misma, a no ser que hubiera tenido problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 4 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. El control de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dio puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotaron en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se sumaron todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 12+ mostraba la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escogiera que no sea el “0” para la pregunta número 10, significó que era necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les hizo evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. Los usuarios pudieron reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respetaran los derechos de autor y citaran los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reprodujeran.

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Técnicas.

Encuesta. Esta técnica se usó para la recolección de datos necesarios para la realización del proyecto

Instrumentos:

Se utilizó la hoja de recolección de datos la cual constó de cuatro partes; la primera de tres datos de filiación, la segunda de un ítem para la variable independiente, la tercera en base a la Escala de Depresión Post-parto de Edimburgo y la cuarta contuvo datos de tres variables intervinientes.

Respecto a la Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo, esta 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” (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. La escala indica la manera en que la madre se sintió una semana anterior a la encuesta.

2.8 Procesamiento y análisis estadístico:

El registro de datos consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 23 los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia.

Eestadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas.

Estadística analítica:

Se aplicó el test de chi cuadrado para establecer la relación entre las variables cualitativas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse era menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo de estudio:

Dado que el estudio evaluó asociación a través de un diseño de casos y controles entre las variables cualitativas se estableció el Odds Ratio (OR) del factor de riesgo en estudio respecto al desarrollo de depresión postparto. Se procedió al cálculo del intervalo de confianza al 95%.

		DEPRESION POSTPARTO	
		SI	NO
GESTACION	NO PLANIFICADA	a	b
	PLANIFICADA	c	d

ODSS RATIO: $a \times d / c \times b$

2.9 Consideraciones éticas:

El estudio contó con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Belén de Trujillo y de la Universidad Privada Antenor Orrego. Por ser un estudio de casos y controles en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de los pacientes; se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23)⁴⁰ y la Ley General de Salud (Titulo cuarto: artículos 117 y 120)⁴¹.

III. RESULTADOS

TABLA N°1

FRECUENCIA DE GESTACIÓN NO PLANIFICADA ENTRE PACIENTES CON DEPRESIÓN PUERPERAL DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2016.

Gestación no planificada	N°	%
Sí	54	98.2
No	1	1.8
Total	55	100.0

Fuente: Historias clínicas del Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo, Agosto – Octubre 2016.

Descripción: En la presente tabla se aprecia que la gestación no planificada abarcó al 98.2% de pacientes con depresión puerperal.

TABLA N°2

FRECUENCIA DE GESTACIÓN NO PLANIFICADA ENTRE PACIENTES SIN DEPRESIÓN PUERPERAL DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2016.

Gestación no planificada		
	N°	%
Sí	89	80.9
No	21	19.1
Total	110	100.0

Fuente: Historias clínicas del Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo, Agosto – Octubre 2016.

Descripción: En la presente tabla se aprecia que la gestación no planificada abarcó al 80.9% de pacientes sin depresión puerperal.

TABLA N°3

COMPARACIÓN DE FRECUENCIA DE GESTACIÓN NO PLANIFICADA ENTRE PACIENTES DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO CON DEPRESIÓN PUERPERAL Y SIN ELLA

Gestación no planificada	Depresión puerperal		Total	
	Si	No		
	N° casos	N° casos	N° casos	%
Sí	54	89	143	86.7
No	1	21	22	13.3
Total	55	110	165	100.0

$X^2 = 9.46$ $p = 0.002 < 0.05$

$OR = 12.74$ $IC\ 95\% = (1.66 - 97.44)$

Fuente: Historias clínicas del Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo, Agosto – Octubre 2016.

Descripción: En la Tabla 3 se observa que, del total de pacientes estudiadas, el 86.7% reportaron una gestación no planificada. También se observa que el valor de la prueba chi cuadrado es $X^2 = 9.46$ con nivel de significancia $p = 0.002$, la cual es menor al 5% ($p < 0.05$) demostrándose que la depresión puerperal se relaciona significativamente con la gestión no planificada de las puérperas del Hospital Belén de Trujillo. El $OR = 12.74$ con intervalo de confianza al 95% entre 1.66 a 97.44 demuestra que la asociación es positiva ($OR > 1$), es decir, la gestación no planificada es un factor de riesgo para la depresión puerperal de las puérperas atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo, 2016.

TABLA N°4

COMPARACIÓN DE LA EDAD DE PACIENTES QUE PADECEN Y NO PADECEN DE DEPRESIÓN PUERPERAL EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2016.

Edad	Depresión			
	Si		No	
	N° casos	%	N° casos	%
20 - 27	33	60.0	76	69.1
28 - 35	22	40.0	34	30.9
Total	55	100.0	110	100.0

Fuente: Historias clínicas del Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo, Agosto – Octubre 2016.

Descripción: En la Tabla 4 se observa que el 60% de las puérperas que padecen de depresión puerperal tienen entre 20 a 27 años de edad y el 40% tienen entre 28 a 35 años de edad. También se observa que el 69.1% de las puérperas que no padecen de depresión puerperal tienen entre 20 a 27 años de edad y el 30.9% tienen entre 28 a 35 años de edad.

TABLA N°5

COMPARACIÓN DE LA PARIDAD DE PACIENTES QUE PADECEN Y NO PADECEN DE DEPRESIÓN PUERPERAL EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2016. 2016.

Paridad	Depresión			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Primigesta	15	27.3	60	54.5
Secundigesta	20	36.4	38	34.5
Multigesta	20	36.4	12	10.9
Total	55	100	110	100

Fuente: Historias clínicas del Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo, Agosto – Octubre 2016.

Descripción: En la Tabla 5 se observa que el 36.4% de las puérperas que padecen de depresión puerperal son secundigestas, al igual que las multigestas y el 27.3% primigestas. También se observa que el 54.5% de las puérperas que no padecen de depresión puerperal fueron primigestas, el 34.5% son secundigestas y el 10.9% multigestas.

TABLA N°6

COMPARACIÓN DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES QUE PADECEN Y NO PADECEN DE DEPRESIÓN PUERPERAL EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2016.

Grado de instrucción	Depresión			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Primaria	32	58.2	15	13.6
Secundaria	23	41.8	63	57.3
Superior	0	0.0	32	29.1
Total	55	100	110	100

Fuente: Historias clínicas del Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo, Agosto – Octubre 2016.

Descripción: En la Tabla 6 se observa que el 58.2% de las puérperas que padecen de depresión puerperal tienen nivel primaria y el 41.8% de las puérperas que padecen de depresión puerperal tienen nivel secundario. También se observa que el 57.3% de las puérperas que no padecen de depresión puerperal tienen nivel secundario y el 29.1% de las puérperas que no padecen de depresión puerperal tienen nivel superior.

IV. DISCUSIÓN:

La frecuencia de gestación no planificada en pacientes que padecen depresión puerperal es de 98.2%, lo cual refleja una situación alarmante, aunque llama la atención que en el grupo de pacientes sin depresión también se observa una frecuencia elevada aunque menor, tal como podemos apreciar en las tablas 1 y 2 respectivamente. Independientemente de esta situación, es evidente la afectación a la idea de paternidad responsable, aspecto que cualquier política sanitaria esperaría fomentar para evitar precisamente el embarazo. El resultado obtenido, si bien coincide con el estudio de Dibaba et al.³² en el hecho de que hubo una frecuencia más alta de gestación no planificada en las pacientes con depresión que sin ella, dista mucho de las frecuencias encontradas en nuestra investigación, que para dicho autor se identifican en 23% frente al 98.2% de nuestro trabajo. Se debe considerar que la investigación de dicho autor tuvo un rango más amplio de edad, desde los 14 hasta los 40 años, lo cual podría en parte contribuir a una diferencia en las frecuencias encontradas, aunque no como criterio definitorio.

En la tabla 3 se puede apreciar que la gestación no planificada en cuanto a la presencia o no de depresión puerperal constituyó un factor de riesgo, corroborado por el análisis estadístico inferencial, donde la diferencia fue altamente significativa y el OR determinó un riesgo poco mayor a 12. En general podemos decir que el resultado coincide nuevamente con la investigación de Dibaba et al. en el hecho de demostrar una diferencia altamente significativa, con la salvedad que las frecuencias encontradas en nuestro trabajo fueron más altas lo cual determinó que el OR de dicho autor fuera mucho menor al nuestro, al identificarse en 2.76. Viéndolo desde esta perspectiva nuestro resultado no coincide en la frecuencia del riesgo, aunque sí en el establecimiento del mismo.

En cuanto a la comparación de la edad de pacientes que padecen y no padecen de depresión puerperal en nuestro trabajo se reporta que el 60% de las puérperas que padecen de depresión puerperal tienen entre 20 a 27 años de edad lo cual difiere con Dibaba et al.³³ donde el 21.1% de puérperas con depresión tienen entre 25-34, esto puede deberse a que en dicho estudio la población fue dividida en tres grupos etarios considerando a pacientes desde los 18 a mayores de 35 años teniendo una población

mayor que la nuestra en donde sólo incluimos pacientes desde los 20 a 35 años reduciendo nuestra población y dividiéndola en dos grupos.

En cuanto a paridad, en nuestro trabajo el 36.4% de las mujeres que padecen de depresión puerperal son secundigestas, 27.3% son primigestas y el 36.4% de las puérperas que padecen de depresión puerperal son multiparas a diferencia de lo reportado por Dibaba et al ³⁴ en donde se reporta que el 24.1% que padecen depresión postparto han tenido más de 5 embarazos, es decir son gran multiparas grupo que no se identificó en nuestra investigación.

En lo referente al grado de instrucción, el 58.2% que padecen de depresión puerperal tienen nivel primaria frente al 41.8% con educación secundaria, lo cual difiere con el estudio norteamericano de Abbasi et al ³⁵ donde se reporta que el 54.3% de la puérperas con educación secundaria y superior sufrieron de depresión postparto, situación que se puede explicar porque en dicha investigación la población con estudios secundarios-superior es mucho mayor que en nuestro trabajo en donde la población predominante es la que tiene educación primaria, lo cual refleja el nivel cultural de cada sociedad.

V. CONCLUSIONES:

Existe asociación significativa entre depresión puerperal y gestación no planificada en el Hospital Belén de Trujillo. El OR fue 12.74, con intervalo de confianza al 95% entre 1.66 y 97.44, la cual demuestra que la asociación es positiva ($OR > 1$), es decir, la gestación no planificada es un factor de riesgo para la depresión puerperal de las puérperas atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo, 2016.

La frecuencia de gestación no planificada entre pacientes con depresión puerperal fue 98.2 y en las pacientes sin depresión de 80.9% .

En lo que se refiere a la edad y depresión, el 60% que padecen de depresión puerperal tienen entre 20 a 27 años de edad y el 40% tienen entre 28 a 35 años de edad. El 69.1% que no padecen de depresión puerperal tienen entre 20 a 27 años de edad y el 30.9% que no padecen de depresión puerperal tienen entre 28 a 35 años de edad.

En cuanto a paridad, el 36.4% de las mujeres que padecen de depresión puerperal son secundigestas, 27.3% son primigestas y el 36.4% de las puérperas que padecen de depresión puerperal son multiparas.

En lo referente al grado de instrucción, el 58.2% que padecen de depresión puerperal tienen nivel primaria y el 41.8% de las puérperas que padecen de depresión puerperal tienen nivel secundario.

VI. RECOMENDACIONES:

Ofrecer recomendaciones prácticas sobre la depresión puerperal a las futuras madres para disminuir la ansiedad que le pueda ocasionar el tener dificultades para poder brindar una atención adecuada a su bebé.

Se debe realizar evaluaciones psicológicas durante la hospitalización y controles periódicos al alta médica de las gestantes y puérperas, puesto que al estar hospitalizada ,ya sea por el tipo de parto o por complicaciones de la gestación y el puerperio predispone a síntomas de depresión.

Es necesario sensibilizar al personal de salud, para trabajar de una manera multisectorial, no solo con la madre sino también con la pareja, familia y comunidad, para que se detecten oportunamente los factores de riesgo para la depresión posparto y evitar así que su situación clínica se complique.

Es importante insistir con un tamizaje universal para la detección precoz, como la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, el cual ha demostrado ser eficaz para el diagnóstico de la depresión tanto a nivel nacional como internacional y así poder referir a tiempo a un especialista con el fin de brindarle un tratamiento oportuno.

Realizar nuevas investigaciones con poblaciones más amplias sobre la depresión posparto para así tener cifras confiables del nivel de prevalencia e incidencia y considerando otros factores asociados.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Navas W. Depresión Postparto REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA 2013;LXX (608) 639 – 47.
- 2.-Moreno A, Domínguez L, França P. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. Rev Chil Ginecol 2011; 69(3): 209 – 213.
- 2.-Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Rev Med Chile 2011; 138(5): 536 – 42.
- 3.-Gjerdingen D, CrowS, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum Depression Screening at well-child visits: Validity of a 2-questions screen and the PHQ-9. Ann Fam Med 2011; 7(1): 63 – 70.
- 4.-Kabir K, Sheeder J, Stevens-Simon C. Depression, weight gain, and low birth weight adolescent delivery: do somatic symptoms strengthen or weaken the relationship? J Pediatr Adolesc Gynecol. 2011; 21: 335 – 342.
- 5.-Alvarado C, Cifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández AB, Ortiz SG, et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango. México. Gac Méd Méx 2011; 146(1): 1 – 9.
- 6.-Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. Chile. Rev Chil Neuro – Psiquiat. 2011; 38(2): 84 – 93.
- 7.-Perez R, Saez K, Alarcon L, Aviles V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto según escala Edimburgo. Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez. 2011; 67(3): 187 – 91.
- 8.-Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? An Fac Med. 2011; 70(2): 115.
- 9.-Póo AM, Espejo C, Godoy C, Gualda M, Hernández T, Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. Rev Méd Chile 2011; 136(1): 44 – 52.
- 10.-Krause K, Ostbye T, Swamy G. Occurrence and Correlates of Postpartum Depression in Overweight and Obese Women: Results from the Active Mothers Postpartum (AMP) Study. Matern Child Health J 2012; 13(6): 832 – 838.
- 11.-Claesson I, Josefsson A, Sydsjö G. Prevalence of anxiety and depressive symptoms among obese pregnant and postpartum women: an intervention study. BMC Public Health 2011; 10: 766 – 769.

- 12.-LaCoursiere D, Barrett E, O'Hara M. The association between prepregnancy obesity and screening positive for postpartum depression. *BJOG*. 2012; 117(8): 1011 – 1018.
- 13.-Lasheras G, Farré B, Serra B. Screening of postpartum depression (PD) and mother-infant bonding (MIB) disorders at the Hospital Universitario Quirón Dexeus. Preliminary results. *Med. Psicosom*. 2014; 109 (22): 13-18.
- 14.-Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Torrejón E, Coaquira E, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril-Junio 2008. *Rev. Perú. epidem. Diciembre* 2011;14(3):192-200.
- 15.-Pérez M, Forero C; Cabarcas N; Hinestrosa, C; Lobo S; Garavito M, et al, Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). Source: *Salud Uninorte*, 2013, 29 (3);394-405.
- 16.-Oquendo M, Lartigue T, González I, Méndez S. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum* 2011; 22(3):195-202.
- 17.-Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum Depression Screening at well-child visits: Validity of a 2-questions screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med* 2012; 7(1):63-70.
- 18.-Sierra J, Carro T, Ladrón E.. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*. *Aten Primaria* 2010. 30 (2): 103-111.
- 19.-McMahon C, Boivin J, Gibson F. Older first-time mothers and early postpartum depression: a prospective cohort study of women conceiving spontaneously or with assisted reproductive technologies. *Fertil Steril* 2011;96:1218–24.
- 20.-Aasheim V, Waldenstrom U, Hjelmstedt A, Rasmussen S, Pettersson H, Schytt E. Associations between advanced maternal age and psychological distress in primiparous women, from early pregnancy to 18 months postpartum. *BJOG* 2012;119:1108–1116.
- 21.-Muraca J. The Association Between Maternal Age and Depression. *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36(9):803–810.
- 22.-Yago T, Tomás C. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. *Revista Española de Salud Pública* 2014; 88(3): 395-406.
- 23.-Rahman M, Berenson AB, Herrera SR. Perceived susceptibility to pregnancy and its association with safer sex, contraceptive adherence and subsequent pregnancy among adolescent and young adult women. *Contraception*. 2013;87:437-42.

- 24.-Wellings K, Jones KG, Mercer CH, Tanton C, Clifton S, Datta J, et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. 2013;382:1807-16.
- 25.-Miller E, Decker MR, McCauley HL, Tancredi DJ, Levenson RR, Waldman J, et al. Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception*. 2012;81:316-22.
- 26.-Ikamari L, Izugbara C, Ochako R. Prevalence and determinants of unintended pregnancy among women in Nairobi, Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:69.
- 27.-Taylor D, James EA. An evidence-based guideline for unintended pregnancy prevention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012;40:782-93.
- 28.-Finer L, Zolna M. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception*. 2011;84:478-85.
- 29.-Singh S, Sedgh G, Hussain R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. *Stud Fam Plann*. 2012;41:241-50.
- 30.-Frost J, Lindberg L, Finer L. Young adults' contraceptive knowledge, norms and attitudes: associations with risk of unintended pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health*. 2012;44:107-16.
- 31.-Cuervo-Vergara, S. A., Garrido-Gutiérrez, J. D., Vélez-Álvarez, G. A., & Zuleta-Tobón, J. J. (2015). Asociación entre conocimientos de anticoncepción y embarazo no planeado: Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(3), 160-170.
- 32.-Dibaba Y, Fantahun M, Hindin M. The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:135.
- 33.-Abbasi S, Chuang C, Dagher R. Unintended pregnancy and postpartum depression among first-time mothers. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013;22(5):412-6.
- 34.-Cortés P, González M, Romero M. Psycho-Emotional Disorders in Women with Unplanned Pregnancies. *American Journal of Health Research*. 2014; 2 (1): 27-32.
- 35.-Brito C, Alves S, Ludermir A. Postpartum depression among women with unintended pregnancy. *Rev Saude Publica*. 2015;49:33.
- 36.-Bahk J, Yun S, Kim Y. Impact of unintended pregnancy on maternal mental health: a causal analysis using follow up data of the Panel Study on Korean Children (PSKC). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:85.
- 37.- Pértegas S, Pita S. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. *CAD ATEN PRIMARIA* 2002; 9: 148-150.

38. Universidad de Salamanca. Dicciomed: Diccionario medico-biologico, historico y etimologico. Multigesta. Salamanca : 2018 (Internet) (citado: 06 Febrero 2018). Disponible en URL : <http://dicciomed.usal.es/palabra/multigesta>.

39.- De Campo R. Validación de la escala de Edimburgo para embarazadas. 2012. Tesis. Chile.

40.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2012.

41.- Ley General de Salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú : 20 de julio de 2012.

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

1.-DATOS DE FILIACIÓN

N° HC:

Edad:

Fecha de ingreso:

2.-DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE:

Gestación: Planificada () No planificada ()

3.-DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

Depresión puerperal: Si () No ()

Puntaje dela escala:

4.-DATOS DE LA VARIABLE INTERVINIENTE:

Edad:

Paridad:

Grado de instrucción:

ESCALA DE DEPRESION POSTNATAL DE EDIMBURGO

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se siente actualmente. Por favor marque (X) la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no solo cómo se ha sentido hoy.

A continuación se muestra un ejemplo completado

Me he sentido feliz:

- Sí, todo el tiempo..... _____
- Sí, la mayor parte del tiempo..... _____
- No, no muy a menudo..... X
- No, En absoluto..... _____

Esto significa: “Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo” durante la última semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:

- Tanto como siempre he podido hacerlo..... _____
- No, tanto como siempre he podido hacerlo..... _____
- Sin duda, mucho menos ahora..... _____
- No, En absoluto..... _____

2. He mirado el futuro con placer para hacer las cosas:

- Tanto como siempre..... _____
- Algo menos de lo que solía hacerlo..... _____
- Definitivamente menos de lo que solía hacerlo..... _____
- Prácticamente nunca..... _____

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marcharon mal:

- Sí, casi siempre..... _____
- Sí, algunas veces..... _____
- No, no muy a menudo..... _____
- No, nunca..... _____

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:

- Sí, en absoluto..... _____
- Casi nada..... _____
- Sí, a veces..... _____
- Si, muy a menudo..... _____

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
- Si, bastante..... _____
- Sí, a veces..... _____
- No, no mucho..... _____
- No, en absoluto..... _____
6. Las cosas me oprimen o agobian:
- Si, La mayor parte del tiempo he podido sobrellevarlas... _____
- Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera..... _____
- No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas..... _____
- No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho he siempre..... _____
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:
- Sí, casi siempre..... _____
- Sí, a veces..... _____
- No muy a menudo..... _____
- No, en absoluto..... _____
8. Me he sentido triste y desgraciada:
- Sí, casi siempre..... _____
- Si, bastante a menudo..... _____
- No muy a menudo..... _____
- No, en absoluto..... _____
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:
- Sí, casi siempre..... _____
- Si, bastante a menudo..... _____
- Ocasionalmente..... _____
- No, nunca..... _____
10. He pensado en hacerme daño:
- Si, bastante a menudo..... _____
- A veces..... _____
- Casi nunca..... _____
- No, nunca..... _____

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh

[EPDS, por sus siglas en inglés]

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 se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de 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. Estudios previos demostraron que la depresión de 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 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.

Instrucciones de uso:

1. 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.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 4 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.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de >12 muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.