

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MEDICAS



**INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POST PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS
EN CLÍNICA COMUNAL DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO
SOCIAL EN LOURDES, COLON, EN 2019**

Tesis de Grado presentado por:

Dr. Víctor Joaquín Lazo Hernández

Para optar al título de Especialista en Psiquiatría

Asesor de tesis:

Dr. Wilson Aveldaño

San Salvador, El Salvador, 05 de marzo de 2020

INDICE

	Página
Índice	1
Resumen	2
Antecedentes/Introducción	2
Planteamiento del problema	2
Marco teórico	3
Generalidades	3
Definición	4
Síntomas	4
Etiología	5
Prevalencia	6
Factores de riesgo	6
Diagnostico	7
Tratamiento	8
Justificación	9
Objetivos de la Investigación	9
Metodología	9
Recolección de datos	10
Consideraciones éticas	11
Resultados	14
Conclusiones y recomendaciones	30
Anexos	32
Referencias	40

Resumen

Antecedentes/Introducción

La depresión post parto es un trastorno que se presenta en un periodo vulnerable para la mujer, y vital en la formación del vínculo madre-hijo, con repercusiones para la salud física y mental de ambos, que pueden perdurar en el tiempo y causar problemas en la vida personal, familiar, social y laboral de la mujer, así como alteraciones en la manera como da el desarrollo afectivo y psicomotor del niño.

Planteamiento del problema

A nivel nacional, se carecen de datos oficiales, informes o estudios que reporten las características epidemiológicas de la depresión post parto en la población, ni guías de prevención, detección y manejo del cuadro.

Objetivo

Determinar la incidencia y características socio demográficas de las pacientes con depresión post parto, atendidas en la Unidad Médica Lourdes Colon del Instituto Salvadoreño del Seguro social.

Materiales y métodos

Estudio de prevalencia, de corte transversal, en el periodo de Mayo a Julio del año 2019. De las pacientes atendidas en la Clínica Comunal Lourdes Colon, se tomará una muestra representativa y aleatoria de las mujeres atendidas en control post parto. De un total de 334 mujeres atendidas en el año 2018 en control post parto, se seleccionara una muestra de 179 pacientes (nivel de confianza de 95% y porcentaje de error del 5%). Se utilizará: un instrumento elaborado para el estudio para recolectar datos socio demográficos, la escala de Edimburgo para detectar casos de depresión post parto, y en los casos de un puntaje positivo para depresión post parto en la escala de Edimburgo, se utilizará la escala de Hamilton para determinar la severidad del cuadro depresivo. Se procesara la información utilizando una base de datos en Excel y EPI-INFO 2004.

Basados en los resultados, en el documento final se presentará a las autoridades una propuesta de un protocolo de prevención y detección de pacientes con riesgo de presentar depresión post parto, y la atención para aquellas que presenten cuadro de depresión post parto.

Marco teórico

Generalidades

Los trastornos depresivos tienen una gran relevancia a nivel de salud pública^{1, 2} ya que se presenta tanto en hombres como en mujeres de todas las edades¹. Estos trastornos del afecto son causa de discapacidad^{1, 2, 3}, disminución del rendimiento físico y social, factores precipitantes del suicidio, y están altamente asociados a un aumento de morbilidad y mortalidad por enfermedades medicas^{1, 3}.

Los trastornos depresivos afectan con mayor frecuencia al sexo femenino^{1, 2, 3, 4}, afectando al menos al 20% de la población femenina en algún momento de su vida². En las mujeres la depresión tiende características particulares, como el presentarse a una edad más temprana, con mayor frecuencia de episodios y con una mayor cantidad de síntomas^{3, 5}, de tal manera que la Organización Mundial de la Salud (OMS) proyecta que para el año 2020 la depresión tendrá la mayor carga de todas las condiciones de salud en las mujeres¹, pudiendo llegar a representar el 5.7% de toda la carga por enfermedades, medida en los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA)¹.

Al momento actual, los cuadros afectivos se presentan con más alta frecuencia durante el embarazo y el puerperio, que en cualquier otro momento del ciclo vital^{3, 4, 5, 6}. Estos cuadros afectivos post parto son en muchas ocasiones no tomados en cuenta o considerados enfermedad^{6, 7}, más bien son vistos en alguna ocasión como una falta de capacidad de la madre, falta de fortaleza, poca determinación para superar un periodo difícil de la maternidad^{6, 7, 8}.

Se han descrito diversas reacciones psicopatológicas en el puerperio^{3, 4, 5, 6, 9} entre las cuales destacamos:

1. Los denominados baby blues o melancolía del post parto, que se traduce en un estado de ánimo melancólico, que puede ser poco manifiesto^{3, 4, 6, 7}. Su frecuencia según algunos estudios es tan elevada que puede alcanzar el 50-70% o incluso el 80% de los nacimientos⁷. De comienzo generalmente alrededor del tercer día postparto, su duración no suele superar la semana, con un máximo de 10 días^{3, 4, 7}. El síntoma más constante es la presencia de llanto espontaneo, aunque también puede presentar irritabilidad, ansiedad y confusión.^{4, 7}
2. Depresión post parto. El cuadro es similar al de una depresión mayor sin psicosis, que se puede iniciar tan temprano como las 4 semanas post parto hasta un año post parto^{8, 9, 10}. Se observa un humor deprimido, anhedonia, tristeza, llanto frecuente y fatiga, entre otros síntomas; sin embargo, la

depresión postparto posee características particulares que justifican sea considerada como un cuadro propio.^{10, 11, 12, 13, 14, 15.}

3. Psicosis post parto. Se define como un episodio de psicosis o manía que se presenta posterior al parto⁷. Es un cuadro fuertemente asociado con el espectro del trastorno bipolar^{7, 9, 10}. Los síntomas iniciales más frecuentes son ansiedad, cansancio, humor depresivo, disturbios del sueño, alteraciones del comportamiento, agitación catatónica, ideas delirantes, ilusiones y alucinaciones^{3, 9, 10}. En algunas ocasiones puede presentarse en el período anteparto^{6, 7, 9, 10, 12}.

Definición

La depresión post parto es entendida como: “la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta luego de 6 semanas post parto hasta el primer año postparto”^{9, 10, 11, 13, 14, 15}. Su presentación es similar al de un cuadro depresivo, debiendo presentarse por un mínimo de dos semanas, acompañado de: humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a una reducción de actividad y a un cansancio exagerado, que puede aparecer ante un esfuerzo mínimo^{3, 11, 12}.

Síntomas

Se presentan los signos clásicos para un episodio depresivo como:

- Síntomas cognitivos: ansiedad, irritabilidad, exacerbación de fobias, preocupaciones hipocondriacas, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos agresivos o autolesiones¹¹.
- Síntomas somáticos: alteraciones ciclo circadiano y/o del patrón del sueño, hiporexia, fatiga, cefaleas, mialgias, inhibición o activación psicomotriz, pérdida de peso, entre otras manifestaciones somáticas^{10, 11}.

Además de cumplir con los criterios para un episodio depresivo antes mencionados, así como algunos de los síntomas clásicos para depresión, los síntomas que caracterizan a la depresión post parto son los siguientes^{3, 6, 10, 14, 16, 17}:

- Ansiedad, que puede llevar a ataques de pánico
- Disforia
- Labilidad emocional

- Sentirse abrumada, indefensa o incapaz
- Dificultad, reticencia o imposibilidad para buscar ayuda y/o apoyo para si misma
- Dificultad para vincularse con el recién nacido
- Sensación de no ser capaz de dar los cuidados maternales
- Sobreprotección del menor
- Sentimientos ambivalentes o de rechazo para con el recién nacido
- Ideas obsesivas y conductas compulsivas relacionadas con el hijo y con su cuidado. (por ejemplo: revisarlo frecuentemente por la noche para ver si respira).
- Ideas o deseos de causarle daño al recién nacido, incluso infanticidio
- Ideas o deseos de autoinflingirse daño

Etiología

No se ha podido determinar una causa exacta, y se cree que es multifactorial ^{3, 11, 18, 19, 20}, pero entre las causas de la enfermedad se tienen diversas hipótesis: de tipo biológico ^{3, 5, 8, 18, 19, 21}, psicológico ^{22, 23, 24, 25, 26} y otras desde la perspectiva socio cultural ^{2, 5, 22, 23}.

Como factores biológicos, se habla acerca principalmente acerca de esteroides gonadales ^{3, 20} y hormonas tiroideas ^{3, 14}, pero también se ha buscado asociación con niveles de oxitocina, cortisol, prolactina ^{3, 14} y niveles del triptófano con la génesis del problema, sin resultados concluyentes ^{3, 14}.

Como factores psicológicos, se debe tomar en cuenta que el hecho mismo del embarazo y el parto producen ansiedad en la madre y requieren una adaptación emocional a ellos ^{3, 14, 25, 26}. Se habla acerca de las características propias de la madre ^{21, 26, 27}, baja autoestima ^{2, 3, 16, 21}, la presencia de experiencias previas en la vida de tipo traumático ^{16, 25, 26}, así como de sus mecanismos de adaptación emocional ^{21, 22, 29}.

Dentro de los factores demográficos, sociales y culturales se tienen una gran diversidad de situaciones y eventos que pueden afectar o la salud emocional de la madre antes, durante o después del embarazo ^{13, 26, 27}. Una menor edad, baja escolaridad, situaciones familiares difíciles en la infancia, tener una madre que estuvo embarazada siendo adolescente, menor edad de inicio de relaciones sexuales, son factores predictores de una pobre contracepción y de embarazo no deseado en madres jóvenes ²⁷.

Prevalencia

En Latinoamérica, se describen estudios con resultados diversos: en la Encuesta nacional de depresión post parto de Colombia reporta una prevalencia del 12,9%, siendo mayor en zonas urbanas que en zonas rurales, y con mayor frecuencia en mujeres de 20 a 34 años³¹; en Chile se reporta hasta en el 40% de los controles post natales³², en Argentina se describe el cuadro en el 15.6% de las adolescentes³²; en un centro hospitalario de Venezuela se describe una incidencia del 38% de los controles post natales³³, en un estudio realizado en una provincia de Perú, se habla del 38% de las mujeres en el post parto³⁴ y en Brasilia en el servicio Adolescencia de un centro hospitalario se encuentra en el 23.2% de las adolescentes³⁵.

Su prevalencia varía dependiendo de la bibliografía consultada, oficialmente la APAL describe una prevalencia latinoamericana del 7,1% para episodios depresivos mayores y se amplía a 19.2% cuando se incluye la depresión menor³⁶. A nivel mundial su prevalencia es del 10-20%^{1, 2, 8, 13, 15}, y es tres veces más alta en países en desarrollo que en países desarrollados^{2,5,18}. Se acepta que existe un importante subregistro de la enfermedad^{8, 12, 13, 14, 35}, ya que la mayor parte de mujeres que experimentan depresión post parto no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales^{2, 8}. Afecta en mayor medida a las mujeres en los extremos de la vida, con edades menores de 20 años y a mayores de 30^{7, 15, 30}. En nuestro país no se tienen datos de la entidad a la fecha.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son de diversa etiología, entre ellos podemos mencionar:

- Antecedente psiquiátrico, entre ellas depresión, ansiedad o síndrome disfórico premenstrual^{3, 6, 7, 33, 34}. El 25% de pacientes tiene antecedentes depresivos y el 50% antecedentes de depresión post parto.⁷
- Primigesta^{3, 7, 14, 30, 34}. Se ha descrito que el riesgo disminuye con el número de embarazos.^{14, 30, 31, 34}
- Antecedente de Depresión post parto previa^{6, 7, 30}
- Antecedente familiar de trastornos del estado del ánimo^{3, 14, 29, 30}
- Presencia de alteraciones emocionales durante el embarazo^{6, 7, 18, 30, 34}
- Melancolía post parto con síntomas severos^{7, 30, 32}
- Embarazo no planeado^{3, 27, 28, 30, 34}. Este puede clasificarse dependiendo de la intencionalidad del mismo en: antes de lo planeado y en no deseado^{27, 29}; o según la reacción emocional de la madre acerca del embarazo en: feliz, ambivalente o infeliz.²⁹
- Edad de la madre menor de 20 años y mayor de 30^{3, 7, 30}
- Madre soltera^{3, 27, 29, 34}

- Complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto o post parto ^{6, 8, 18}
- Parto por cesárea ^{3, 5, 18, 30,}
- Recién nacido prematuro ^{3, 7, 26, 30}
- Recién nacido con bajo peso ^{6, 25, 26}
- Recién nacido con algún problema médico ^{6, 26, 30}
- Recién nacido difícil de cuidar ^{6, 8}
- Bajo nivel educativo de la madre ^{3, 15, 26, 27, 29}
- Falta de apoyo familiar y/o social ^{6, 7, 15, 16}
- Problemas familiares y/o sociales ^{6, 13, 15}
- Disfunción de pareja ^{1, 3, 6, 7, 13, 30}
- Abandono o separación de pareja ^{6, 13, 30}
- Pareja presente, pero no brinda apoyo emocional ⁶
- Dificultades económicas ^{6, 15, 27, 28, 30, 31}
- Abuso físico, emocional o sexual en la infancia ^{6, 7, 15, 16}
- Fallecimiento, abandono o separación de un familiar o ser querido ^{6, 7, 13}
- Antecedentes de pérdidas perinatales ^{3, 6, 30}
- Alteración de función tiroidea ^{3, 6, 13}
- Dificultades en la lactancia ^{3, 6}

Diagnóstico

Para hacer el diagnóstico de depresión post parto, es necesaria una entrevista clínica, realizada por un especialista, con un tiempo de duración estimado de 45 a 60 minutos por paciente ^{8,12,13}, por lo que se han desarrollado diversos instrumentos como prueba de rastreo. Entre ellos, la escala de Edimburgo es una de las más empleadas desde su publicación en 1987 ^{37, 38}, utilizada como herramienta de estudio y de tamizaje en la mayor parte del mundo, siendo traducida al menos a 23 idiomas diferentes ^{2, 12, 13, 14}. Este cuestionario tiene una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92.5 % para depresión mayor¹⁴, y se aplica luego de las 4 semanas post parto ^{14, 16, 37, 38}. Requiere únicamente cinco a diez minutos para diligenciarse. Un puntaje mayor a 10 puntos indica un alto riesgo de depresión. Con un puntaje indicativo de un cuadro afectivo, se recomienda una evaluación por profesional ya que el diagnóstico es clínico ^{14, 37, 38}.

El clínico a su vez puede utilizar diversas escalas y así proveer evidencia objetiva acerca del cuadro depresivo, su severidad, y al mismo tiempo contar con una herramienta para cuantificar la evolución del caso. Entre las escalas más utilizadas tanto en estudios como en el ámbito clínico, se mencionan la Escala de Beck para depresión ³⁹ y la Escala de Hamilton para depresión ⁴⁰.

Tratamiento

Uno de los factores más importantes en la duración de la depresión post parto es el tiempo que le toma a la nueva madre en recibir atención adecuada¹⁵. La atención debe ser individualizada³, se debe determinar la severidad del cuadro depresivo y sus características^{1, 14}. Se pueden realizar intervenciones psico terapéuticas y/o farmacológicas^{1, 3, 14}.

Entre las opciones psicoterapéuticas pueden utilizarse una psicoterapia individual, ya sea de tipo cognitiva conductual o de tipo interpersonal^{3, 14}. Si el caso lo permite puede ser tratado solamente con estas intervenciones^{3, 14}.

Se debe considerar el uso de psicofármacos en mujeres con depresiones post parto moderadas a graves¹⁴. Se han encontrado eficacia con el uso de fármacos como sertralina, paroxetina, fluoxetina y venlafaxina en el tratamiento de la depresión posparto sin psicosis³. De entre ellos, la sertralina se considera como el antidepresivo de elección durante el embarazo, en virtud de su baja tasa de excreción en la leche materna y, generalmente, no se detecta en el plasma del neonato; tampoco se han reportado efectos adversos en el niño³.

Justificación

En nuestro país al parecer se carece de estudios o datos epidemiológicos sobre la incidencia de la depresión post parto, por lo que, para el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, que brinda atención a mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el parto y controles post parto, se hace necesario el determinar la incidencia del cuadro en esta población, así como las variables socio demográficas que acompañan al cuadro. Una vez caracterizado el cuadro, y conociendo la incidencia y severidad de los casos, proponer a las autoridades del Instituto del Seguro Social, estrategias en los diversos niveles de atención, para la detección y manejo de dichas pacientes, evitando así posibles complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido.

Objetivos de la investigación

Objetivo General: Determinar la incidencia de depresión post parto en las pacientes atendidas en la Clínica Comunal Lourdes Colon del Instituto Salvadoreño del Seguro social en periodo de Mayo a Julio del año 2019.

Objetivos Específicos

- Determinar la severidad del episodio depresivo post parto
- Determinar las características demográficas que se presentan con mayor frecuencia en las pacientes con depresión post parto.

Metodología:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal

Durante el año 2018 en la Clínica Comunal Lourdes Colon fueron atendidas un total de 334 mujeres en su control post parto; tomando este universo, se seleccionó una muestra de 179 pacientes (nivel de confianza de 95% y porcentaje de error del 5%).

Para la recolección de datos socio demográficos, se invitó a participar a las pacientes que se presentan a su control post parto, a quienes se les realizó una entrevista individual, en la cual se utilizó un instrumento diseñado para recopilar información sobre la edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, uso de anticonceptivos, presencia de eventos estresores, planeación del embarazo, edad del primer parto, abortos, prematurez, paridad, tipo de parto verificado, antecedentes de depresión post parto, depresión, o la presencia de algún otro antecedente psiquiátricos.

Se utilizó la escala de Edimburgo para determinar la presencia de casos de depresión post parto, y en aquellas pacientes que obtuvieron un puntaje mayor a 11, indicativo de un caso de depresión post parto, se utilizó la Escala de Hamilton para depresión de 17 ítems para determinar la severidad del caso. La descripción de las variables a evaluar se encuentra en el Cuadro Variables 1.

Cuadro1. Variables.

Nombre	Tipo	Definición	Indicador	Fuente
Edad	Cuantitativa	Tiempo medido en años desde el nacimiento hasta la fecha	Medido en los años cumplidos a la fecha	Instrumento de recolección de datos
Escolaridad	Cuantitativa	Grado académico alcanzado	Primero a noveno grado, Bachillerato, Técnico, Universitario	Instrumento de recolección de datos
Ocupación	Cualitativa	Actividad laboral remunerada realizada	Empleo formal, Informal, desempleada o ama de casa	Instrumento de recolección de datos
Estado civil	Cualitativa	Relación de pareja formal o informalmente establecida	Soltera, Casada, Acompañada, viuda	Instrumento de recolección de datos
Origen	Cualitativa	Área de residencia	Área urbana o rural	Instrumento de recolección de datos
Paridad	Cuantitativa	Cantidad de embarazos a la fecha	Número de embarazos llevados a término con producto vivo	Instrumento de recolección de datos
Abortos	Cuantitativa	Cantidad de embarazos perdidos previo a las 20 semanas de embarazo	Número de abortos a la fecha	Instrumento de recolección de datos
Prematuros	Cuantitativa	Cantidad de embarazos llevados a término antes de las 32 semanas de embarazo	Número de partos prematuros a la fecha	Instrumento de recolección de datos

Tipo de parto	Cualitativa	Parto verificado por vía vaginal o por cesárea baja transversa	Número de partos vaginales o por cesárea a la fecha.	Instrumento de recolección de datos
Planificación del embarazo	Cualitativa	Embarazo fue planeado o no	Respuesta de si o no	Instrumento de recolección de datos
Métodos de planificación familiar	Cualitativa	Uso de métodos de planificación familiar	Si o no. Si la respuesta es si, especificar el tipo: ACOS, inyectables, métodos de Barrera, método del ritmo.	Instrumento de recolección de datos
Edad de primer parto	Cualitativa	Edad a la que verifica el primer parto	Edad en años	Instrumento de recolección de datos
Factores estresantes	Cualitativa	Situaciones estresantes experimentadas durante los meses del embarazo hasta la fecha.	Nombrar el tipo(s) de estresor presente: violencia, sociales, familiares, de pareja, económicos, o personales	Instrumento de recolección de datos
Antecedente de depresión post parto	Cualitativa	Diagnostico por psiquiatra de depresión post parto en embarazo previo	Si o no. Si la respuesta es si, especificar el año	Instrumento de recolección de datos
Antecedentes psiquiátricos	Cualitativa	Diagnostico por psiquiatra de alguna enfermedad mental	Si o no. Especificar el diagnostico, y si está en tratamiento o no.	Instrumento de recolección de datos
Depresión post parto	Cualitativa	Diagnóstico de depresión post parto actualmente	Puntaje mayor a 11 en escala Edimburgo	Escala de Edimburgo
Severidad de la depresión post parto	Cualitativa	Puntaje obtenido en escala de depresión de Hamilton	Leve:8-13 Moderada: 14-18 Severa: 19-22 Muy severa >23 puntos	Escala de Hamilton para depresión de 17 items

Criterios de inclusión

Se tomó en cuenta a todas las pacientes que cumplieron lo siguiente:

- Edad entre 18 a 40 años
- Se presenten a su control post parto en el período de 1 mes hasta 1 año posterior a verificar el último parto.
- Aceptar participar en el estudio, y firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- No se tomaron en cuenta a aquellas mujeres que hayan verificado parto con tiempo menor de 1 mes, ni mayor de un año.
- No deseen participar en el estudio, o no firmen el consentimiento informado.

Recolección de datos

Durante una entrevista estructurada, se firmó un consentimiento informado, luego se utilizó el instrumento diseñado para recopilar las diferentes variables, así como la escala de Edimburgo para depresión post parto.

A aquellas pacientes que presentaron un puntaje positivo para depresión en la escala de Edimburgo (11 puntos o más), se les administró la escala de Hamilton para depresión.

Una vez recolectada la información, fué introducida en una base de datos utilizando el programa Excel.

Consideraciones éticas

Para la realización del estudio se utilizaron los principios de Helsinki 2013 para la investigación médica en seres humanos de la Asociación Médica Mundial, procurando guardar la ética de la siguiente manera:

1. Autonomía: A las participantes del estudio se les invito a participar de manera voluntaria, bajo su libre decisión, informadas acerca del estudio a través del consentimiento informado, redactado de manera breve y de fácil comprensión, adecuado al nivel académico de las participantes, y explicado verbalmente junto a ellas, teniendo la libertad de retirarse en cualquier momento.
2. Beneficencia: Luego de ser evaluadas, a las participantes se les comentó el resultado obtenido, y de presentar un cuadro positivo a depresión, se les invitó a pasar consulta en salud mental de la comunal. De la información obtenida, y en base a las características que presente la población estudiada, se buscó implementar estrategias para identificar a futuras mujeres con riesgo de presentar depresión post parto en la unidad y tratar a las que lo presentaran.

Para el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en base a resultados obtenidos, se presentara una propuesta de atención en salud a implementar en el centro de atención donde se realizó el estudio, que luego podría ser implementado en otros centros de atención, y brindar una atención oportuna a las usuarias del ISSS.

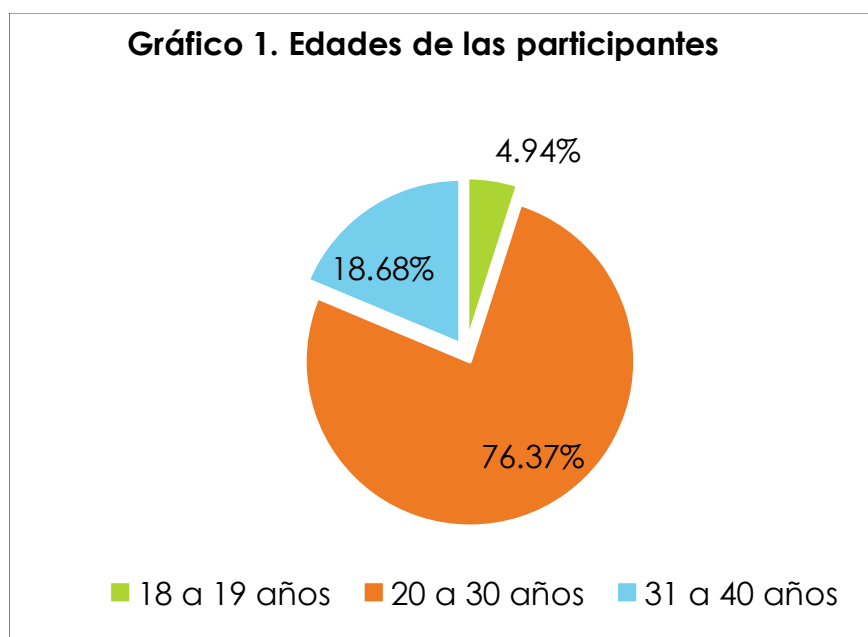
Para el investigador, se obtuvo una experiencia en el ámbito de la depresión post parto, y se ejercitaron los conocimientos adquiridos durante la especialización en psiquiatría y salud mental.

3. No maleficencia: De la información obtenida, no se obtiene ningún beneficio personal por parte del investigador, no se obtiene remuneración económica alguna, no se beneficia ningún tercero, y la información obtenida se garantiza no será utilizada para otros fines fuera de la investigación. Se resguardó la información recopilada para proteger a la participante de cualquier daño a su integridad e intimidad.
4. Justicia: A cada participante se le brindó la misma oportunidad de participar o no en el estudio, dándoles un trato equitativo, sin preferencia por parte del investigador. La información brindada para la recopilación de datos fué la misma para cada una de las participantes.

Resultados

Se utilizó el programa Excel para la elaboración de la base de datos y el programa EPI-INFO 2004 para el análisis y cruce de variables.

Se recolectaron un total de 188 entrevistas, de las cuales tuvieron que descartarse 6 de ellas, una por pertenecer a una paciente de 50 años de edad y con ligadura de trompas de Falopio, y el resto por ser pacientes no residentes de Lourdes Colon, contando con 182 entrevistas a evaluar.



Se encontró que las edades de las entrevistadas estaban entre los 18 y los 40 años de edad, el 4.94% de ellas con edades entre los 18 y 19 años (n=9), 76.37% con edades entre los 20 a 30 años de edad (n= 139), y el 18.68% de ellas entre los 31 y 40 años de edad (n= 34), con una edad media de 26.39 años, con una moda de 23 años. Gráfico 1.

La mayoría de las entrevistadas habían cursado el bachillerato 58.24% (n=106), el 19.78% habían cursado el área básica (n=36), el 15.93% tenían algún estudio Técnico (n=29), y el 15.93% habían realizado estudios universitarios (n=11). Tabla 1.

Tabla 1. Grado de escolaridad	
Bachillerato	58.24%
Área básica	19.78%
Estudios técnicos	15.93%
Estudios universitarios	6%

El 38.46% de ellas eran amas de casa (n=70), el 20.32% trabajaban en empleo informal (n=37) y el 39.56% tenían un trabajo formal. Tabla 2.

Tabla 2. Ocupación u oficio	
Empleo informal	39.56%
Ama de casa	38.46%
Empleo formal	20.32%

Con respecto al estado civil, la mayor parte de ellas vive en unión libre o acompañadas 47.25% (n=86), el 45.05% eran casadas (n=82) y el 7.69% eran solteras. El 53.84% procedían del área urbana (n=98) y el 46.15% del área rural (n=84). Tabla 3.

Tabla 3. Estado civil	
Unión libre	47.25%
Casada	45.05%
Soltera	7.69%

Como antecedentes obstétricos, la entrevistada que tuvo su primer embarazo a menor edad lo tuvo a sus 15 años, y la que lo tuvo a mayor edad fue a los 39 años, con una edad promedio de 21.87 años para el primer embarazo. Solamente el 4.3% (n=8) habían presentado 1 aborto previo y el 1.09% (n=2) habían presentado 2 abortos en embarazos previos. El 10.98% (n=20) tenían el antecedente de parto prematuro.

El 65.38% (n=119) expresó el embarazo actual fue planeado, y solamente un 68.13% (n=124) utilizaban algún método anticonceptivo previamente, siendo los anticonceptivos inyectables los más utilizados 48% (n=88), seguidos por los anticonceptivos orales, usados por el 8.24% (n=15).

Tabla 4. Uso de métodos anticonceptivos	
Métodos inyectables	48%
Anticonceptivos orales	8.24%

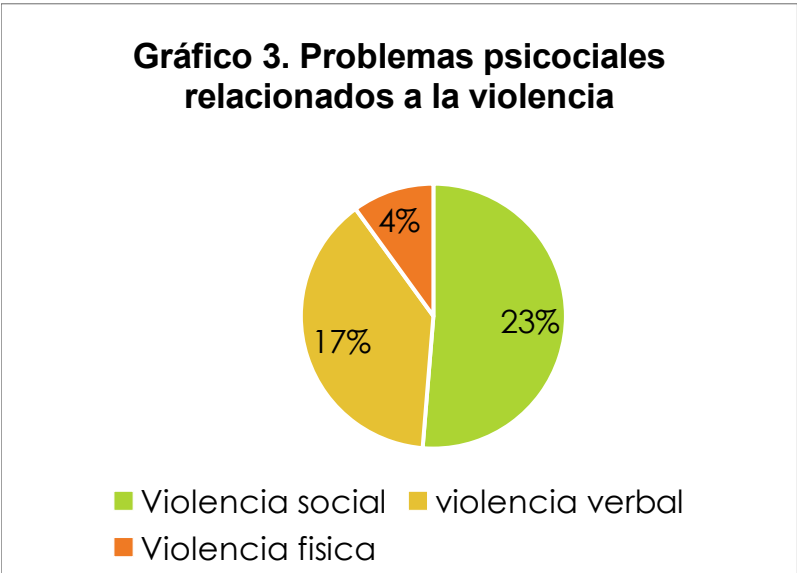
Las entrevistadas de 18 a 19 años fueron el 4.94% (n=9) y habían tenido un solo embarazo. En las edades de 20 a 30 años, 29.67% (n=54) presentaban un solo embarazo, 38.46% (n=70) presentaban 2 embarazos y el 8.24% (n=15) presentaban 3 embarazos. En el grupo de 31 a 40 años, 1.64% (n=3) presentaban un solo embarazo, el 8.79% (n=16) presentaban 2 embarazos, el 6.59% (n=12) presentaban 3 embarazos y el 2.19% (n=4) presentaban 4 embarazos.

En el último parto, el 89.56% (n=163) presentaron parto vaginal, el 17.03% (n=31) presentó parto vía cesárea. Así también, el 21.42% (n=39) presentaron complicaciones obstétricas, la más frecuente fue sufrimiento fetal agudo con un 9.89% (n=18), seguido por infección de vías urinarias con un 3.29% (n=6) y desproporción céfalo pélvica en un 2.19% (n=4)

Entre los problemas psicosociales, el 41.75% (n=76) presentaban problemas de pareja, el 47.8% (n=87) problemas económicos, el 12.08% (n=22) problemas sociales, el 38.46% (n=70) problemas familiares, un 9.89% (n=18) tiene algún problema o enfermedad médica, hasta un 16.48% (n=30) tenían problemas laborales, el 7.14% (n=13) tenían a su pareja sin empleo. Gráfico 2.

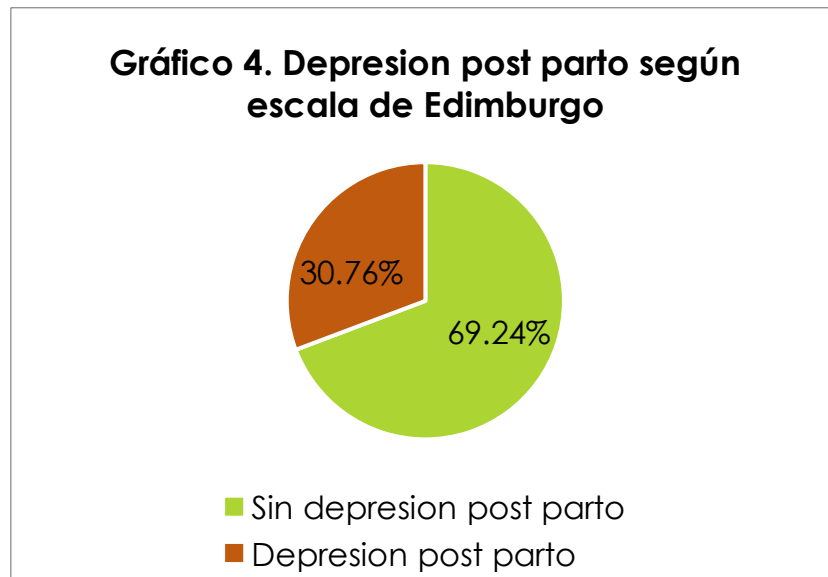


Con respecto a la violencia, un 4.39% (n=8) expresaron haber sido víctimas de violencia física, un 17.03% (n=31) de violencia verbal y un 23% (n=41) de violencia social. Gráfico 3.

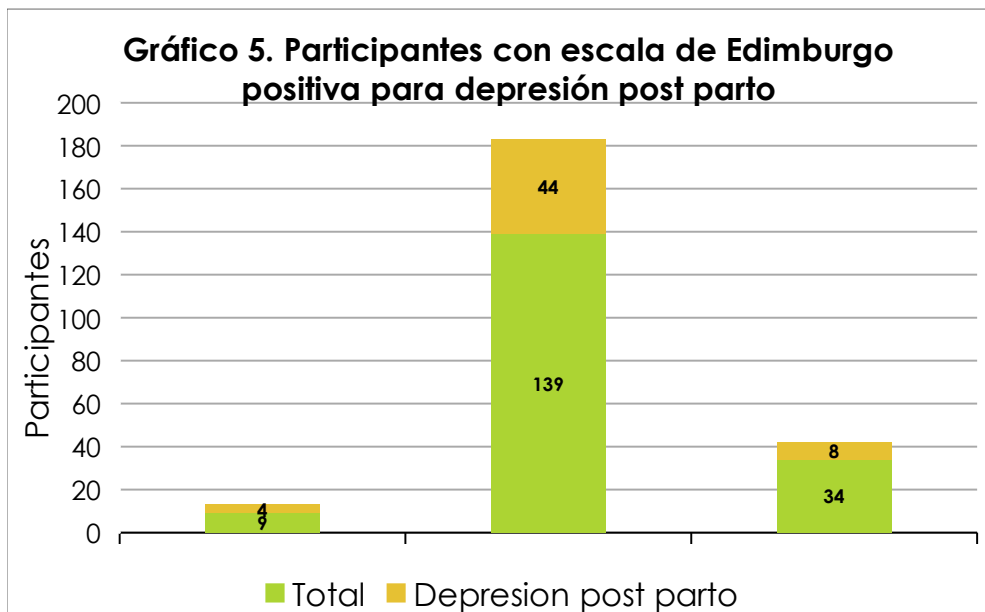


Entre cualquier antecedente psiquiátrico, 2 participantes expresaron padecer una enfermedad mental, ambas con un diagnóstico clínico de trastorno de ansiedad generalizada, y ninguna participante expuso haber sido diagnosticada con depresión post parto en un embarazo previo.

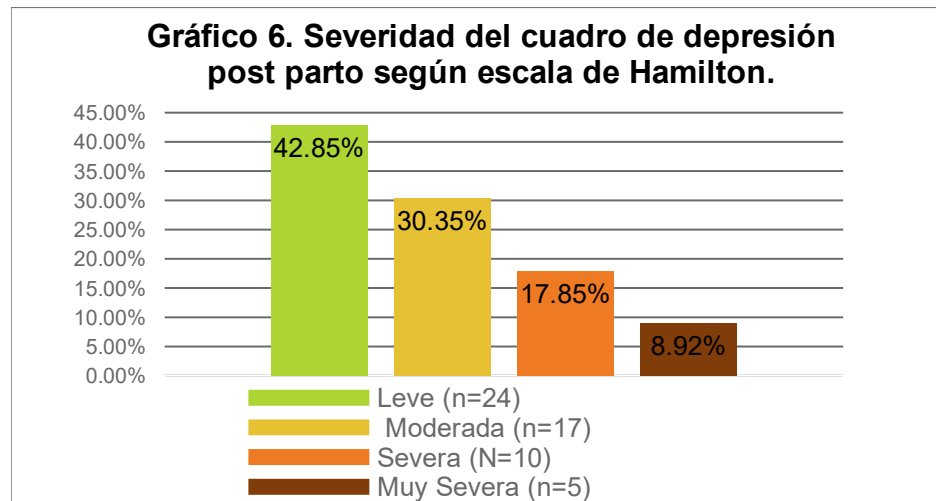
De las 182 entrevistas, el 30.76% (n = 56) presentaron una escala de Edimburgo positiva para depresión post parto. Gráfico 4.



Las edades de las participantes con depresión se distribuyen así: el 7.14% (n=4) se encontraban entre las edades de 18 a 19 años, el 78.57% (n=44) entre los 20 y 30 años y el 14.28% (n=8) entre los 31 a 40 años. Gráfico 5.

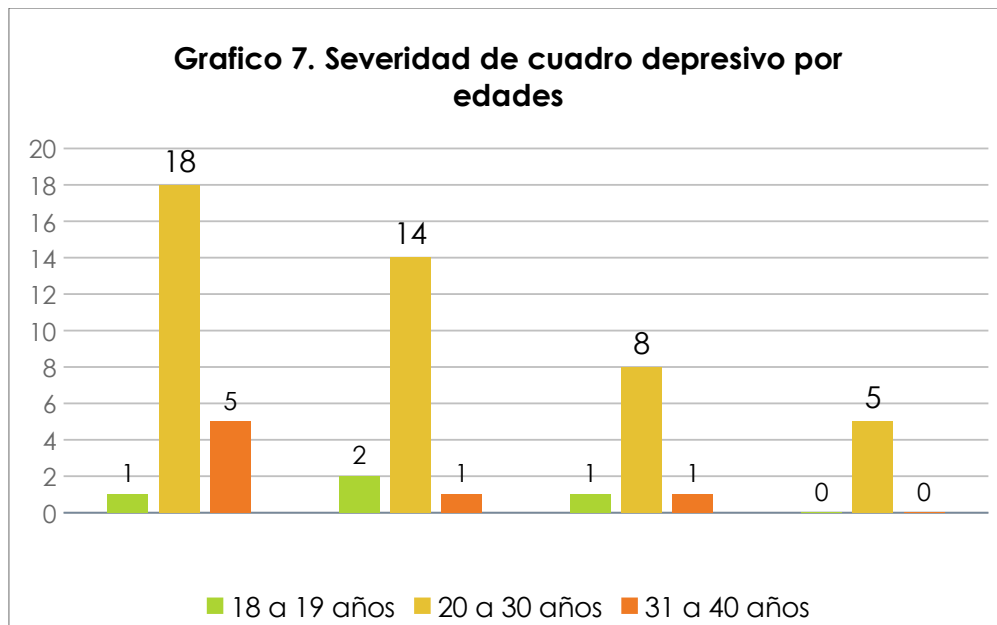


A estas participantes se les aplica la Escala de Hamilton para depresión, encontrando que el 42.85% (n=24) tenían una depresión leve, el 30.35% (n=17) una depresión moderada, el 17.85% (n=10) depresión severa y el 8.92% (n=5) un cuadro de depresión muy severa. Gráfico 6.

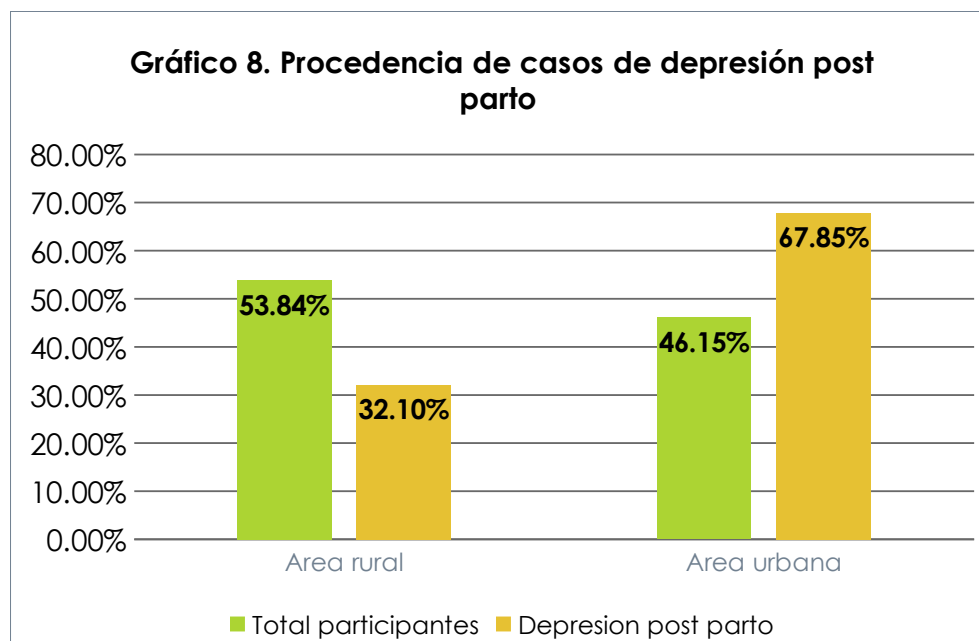


Entre las participantes con cuadro de depresión leve, una tenía 19 años de edad (0.54%), 18 tenían edades entre los 20 y 30 años (9.89%) y 5 tenían edades entre los 31 a 40 años (2.74%). Entre las participantes con depresión moderada, 2 tenían edades entre los 18 a 19 años (1.09), 14 de ellas estaban entre las edades de 20 a 30 años (7.69%) y 1 en el rango de 31 a 40 años (0.54%).

De las participantes con depresión severa, 1 estaba en el rango de los 18 a 19 años (0.54%) 8 se ubicaban entre los 20 a 30 años de edad (4.39%) y 1 estaba en el rango de los 31 a 40 años (0.54%). Finalmente, con depresión muy severa se encontraron a 6 participantes en el rango de edad de 20 a 30 años (2.74%) La edad promedio de las participantes con depresión post parto fue de 26 años. Gráfico 7.

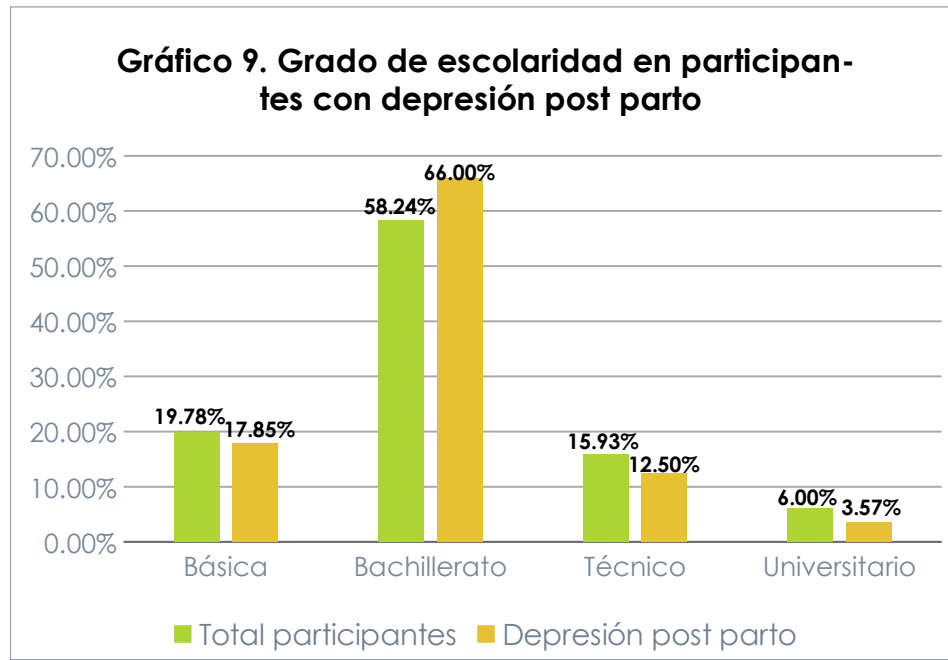


Entre las características sociodemográficas de las participantes con depresión post parto, encontramos que el 32.1% (n = 18) procedían del área rural y el 67.85% del área urbana (n = 38). Gráfico 8.

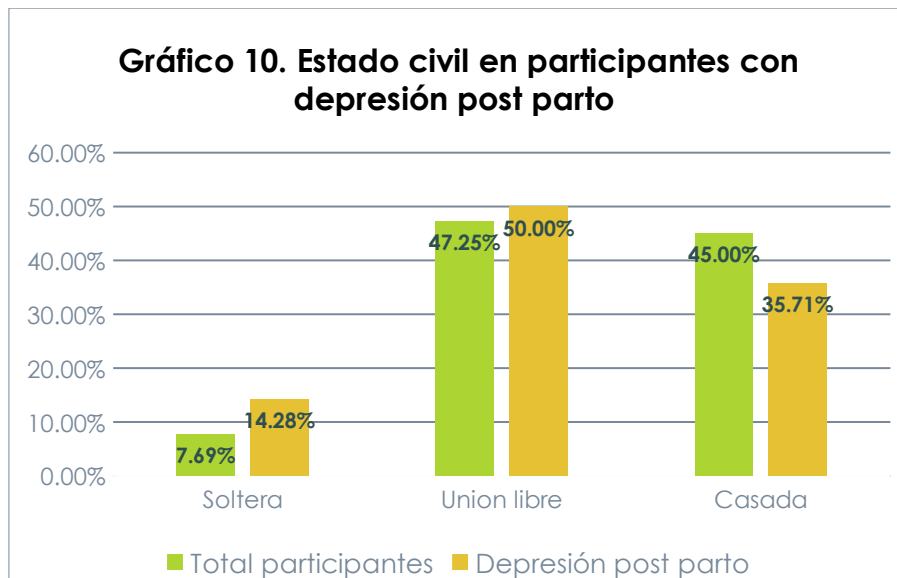


Acerca del grado de escolaridad, ninguna de ellas era analfabeta, 10 de ellas habían cursado educación básica (17.85%), 37 de ellas habían cursado

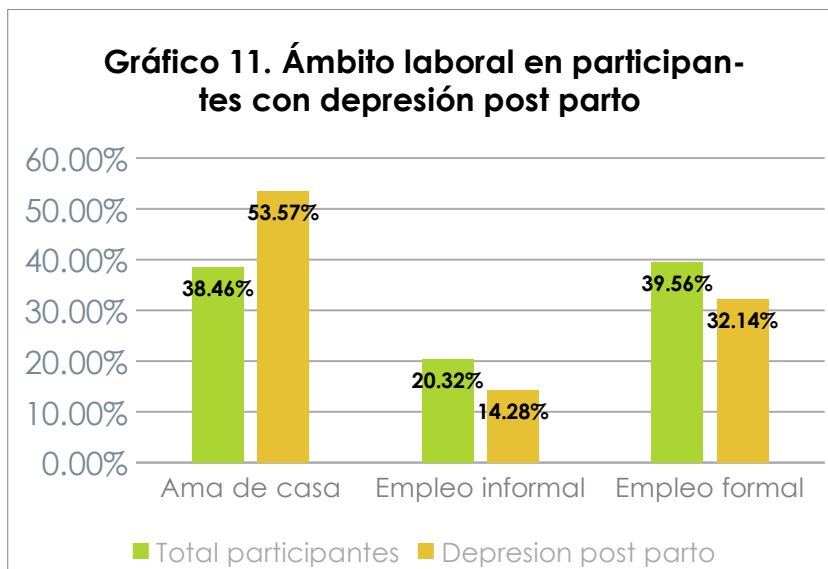
bachillerato (66.07%), 7 de ellas poseían un título técnico (12.5%), y 2 de ellas un título universitario (3.57%). Gráfico 9.



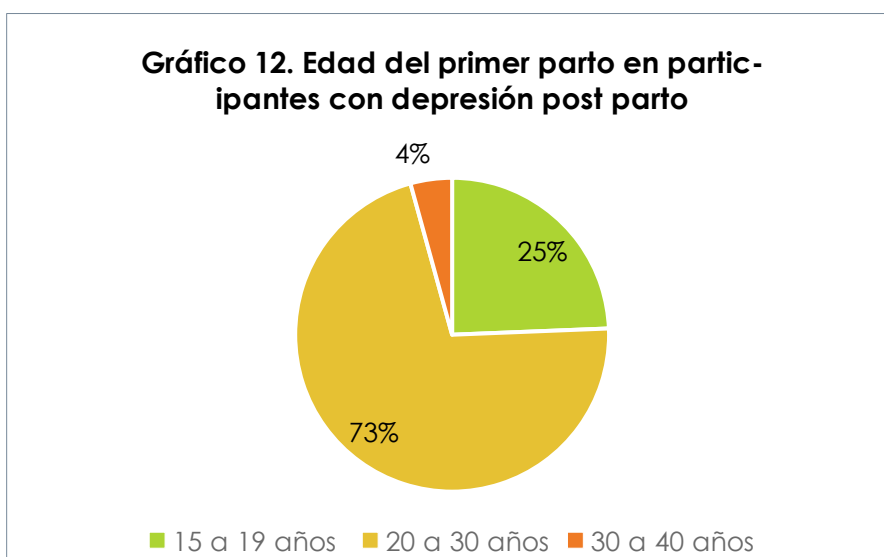
De las participantes con depresión post parto, encontramos que 20 de ellas eran casadas (35.71%), 28 de ellas vivían en unión libre (50%) y 8 de ellas eran solteras (14.28%). Gráfico 10.



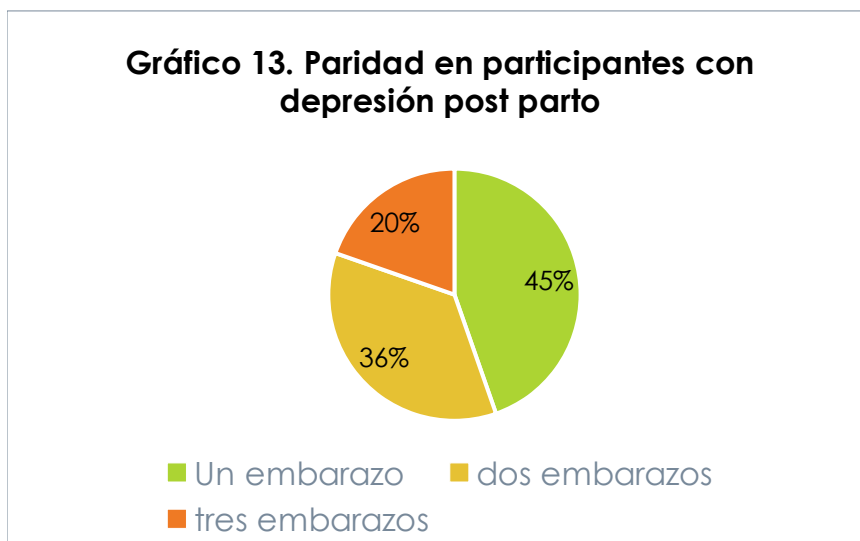
En el ámbito laboral, 30 de ellas trabajaban como ama de casa (53.57%), 8 de ellas tenían un empleo informal (14.28%) y 18 laboraban en un empleo formal (32.14%).



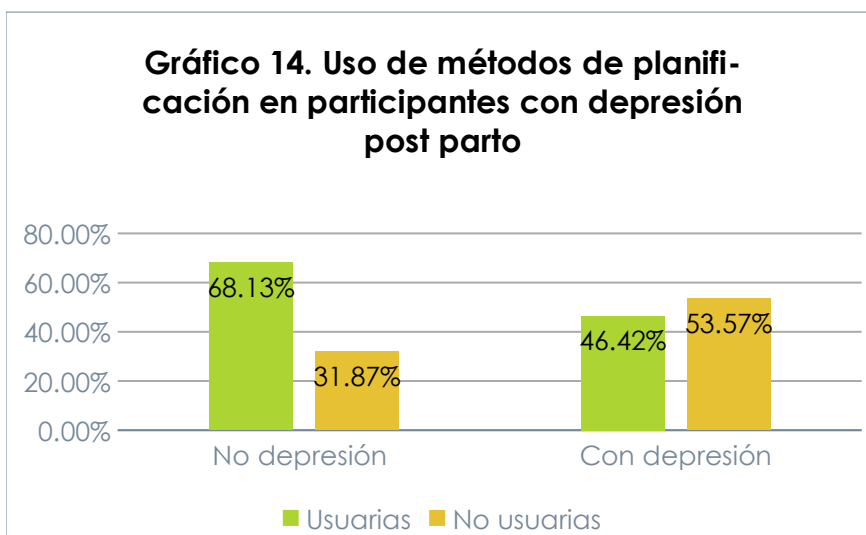
Como antecedentes obstétricos en las participantes con depresión, 14 de ellas tuvieron su primer parto entre los 15 y los 19 años (25%), 41 lo tuvieron entre los 20 y los 30 años (73.21%) y solamente una lo tuvo a una edad mayor a 30 años (1.78%).



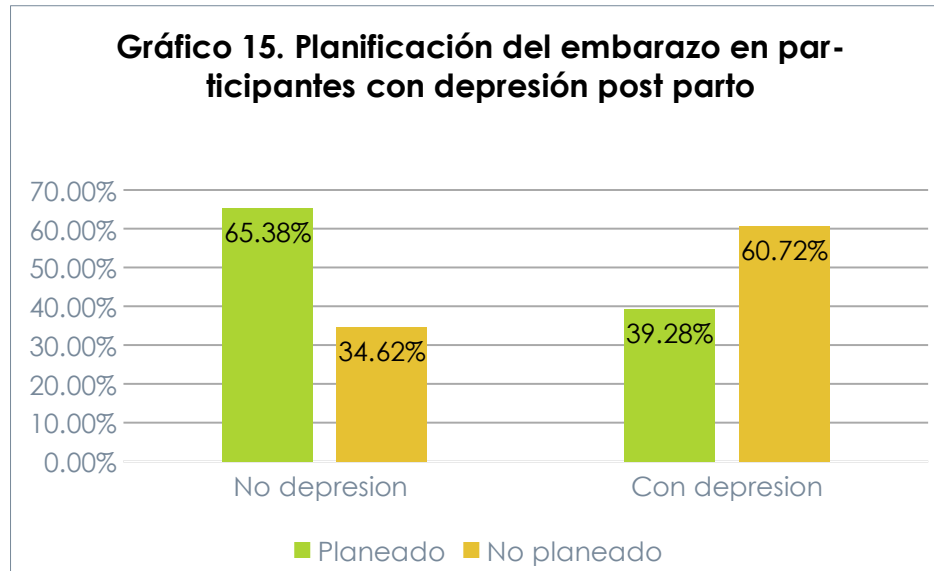
Al momento del estudio, 25 de ellas habían tenía un solo embarazo (44.64%), 20 de ellas presentaban 2 embarazos (35.71%) y 11 estaban en su tercer embarazo (19.64%). Solo 5 participantes (8.92%) reportaron haber tenido partos prematuros previamente, y 3 tuvieron abortos previos (5.35%). Gráfico 13.



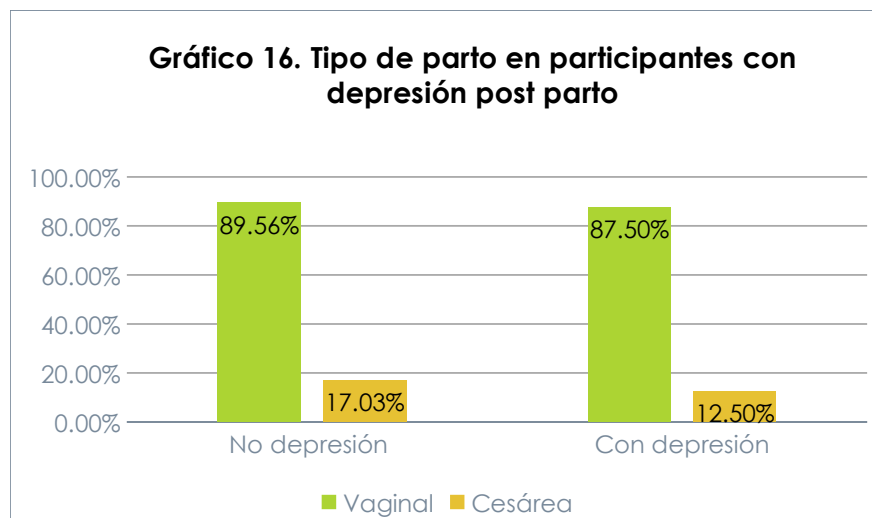
Previo al último embarazo, 30 participantes no usaban métodos de planificación (53.57%), y de las 26 que los utilizaban (46.42%), 17 eran usuarias de anticonceptivos inyectables (30.35%). Gráfico 14.



Con respecto a la planificación del embarazo, únicamente 22 de las participantes expresaron su último embarazo fue planeado (39.28%). Gráfico 15.

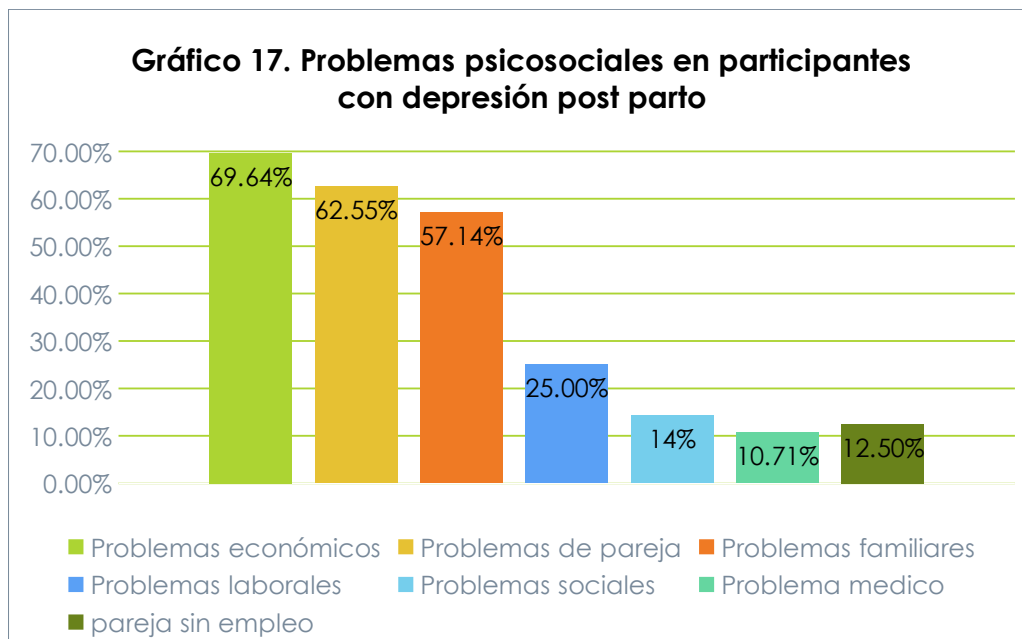


Se encontró que el último parto fue por vía vaginal para 49 de las participantes (87.5%), y por cesárea para 7 de ellas (12.5%). Gráfico 16.



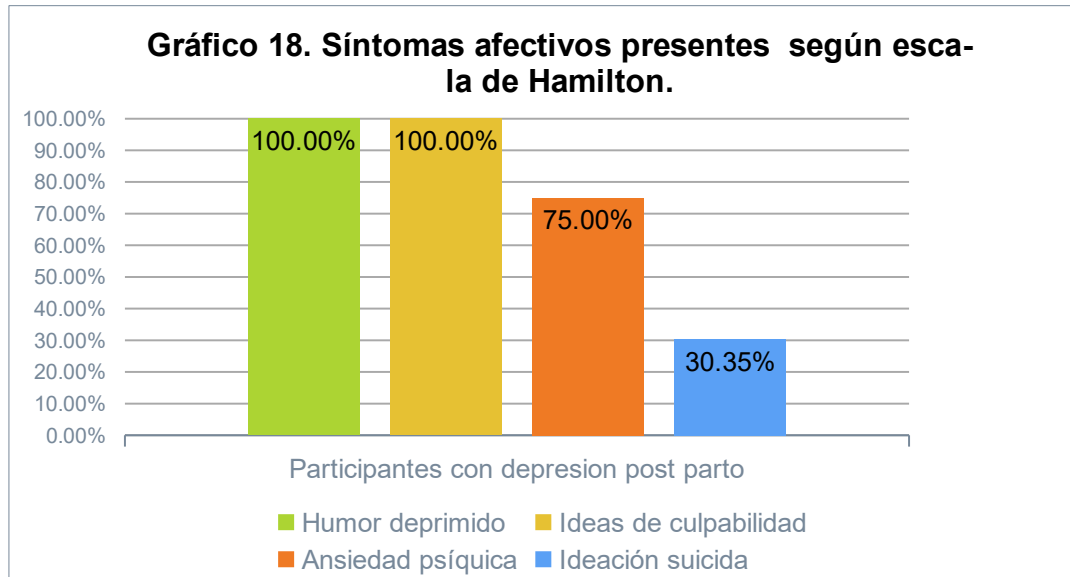
Veintidós de ellas presentaron complicaciones durante el último parto (39.28%), entre ellas: sufrimiento fetal agudo 23.21% (n=13), infección de vías urinarias 8.92% (n=5), desproporción céfalo pélvica 3.57% (n=2) y hemorragia post parto 1.78% (n=1)

Entre los problemas psicosociales, 35 tenían conflictos de pareja (62.5%), 39 problemas económicos (69.64%), 8 problemas sociales (14.28%), 32 problemas familiares (57.14%), 6 problemas de salud (10.71%), 14 problemas laborales (25 %), 7 tenían a su pareja sin empleo (12.5%). Gráfico 17

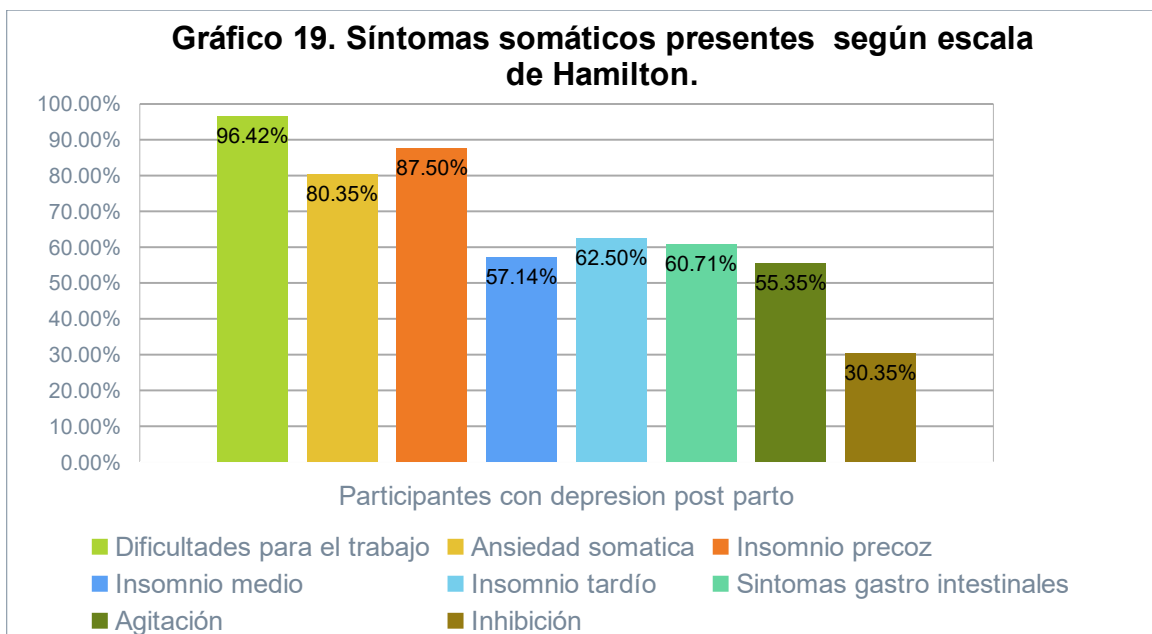


Con respecto a eventos violentos, se encontró que 6 participantes con depresión expresaron haber sufrido violencia física 6 (10.71%), otras 20 dijeron haber sufrido violencia verbal (35.71%), y hubo violencia social en 12 de ellas (21.42%).

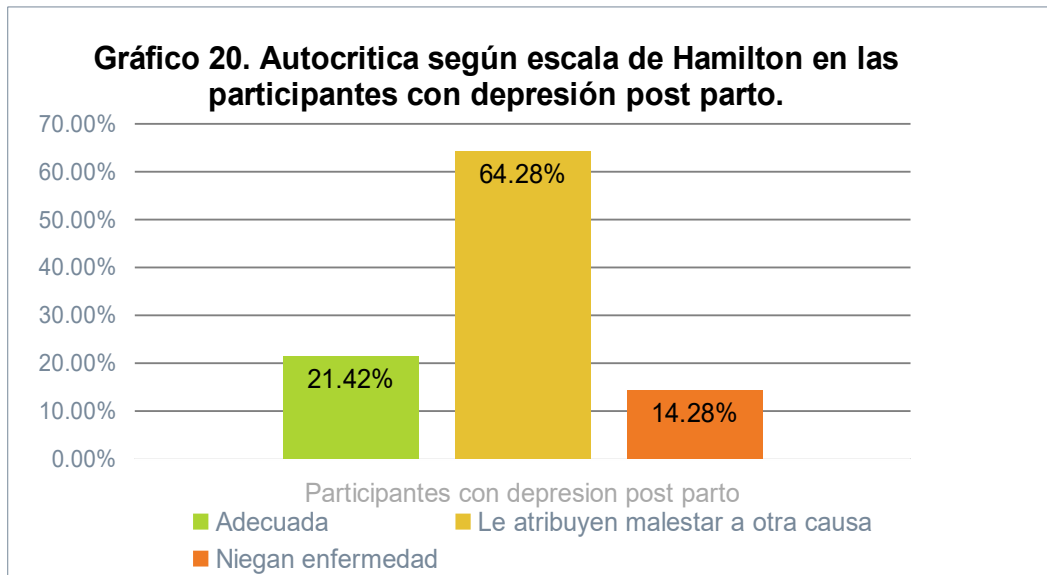
Al evaluar las características de los cuadros de depresión con la escala de Hamilton, se encontró que de las participantes, el 100% (n=56) tenía humor deprimido así como ideas de culpabilidad, el 30.35% (n=17) tenía ideación suicida, específicamente el ítem “le parece que la vida no merece ser vivida”, sin embargo ninguna expresó deseos de muerte o intentos suicidas. Gráfico 18.



Así también, el 87.5% (n=49) presentó insomnio precoz , 57.14% (n=32) insomnio medio y 62.5% (n=35) insomnio tardío. El 96.42% (n=54) expresó tener dificultades para el trabajo y actividades diarias, el 30.35% (n=17) presento inhibición, el 55.35% (n=31) agitación, un 75% (n=42) ansiedad psíquica, 80.35% (n=45) afirmó tener ansiedad somática, hasta en 60.71% (n=34) hubo síntomas gastrointestinales y en el 94.54% (n=53) síntomas somáticos generales; el 62.5% (n=35) presentó síntomas genitales, un 26.78% (n=15) hipocondría, y únicamente el 30.35% (n=17) afirmó notar pérdida de peso. Gráfico 19.



Es de notar que en el ítem final del test, se evalúa la conciencia de enfermedad, y de las participantes, únicamente el 21.42% (n=12) presentaban una autocrítica adecuada, identificando que está deprimida, el 64.28% (n=36) se daban cuenta de su enfermedad pero le atribuyen la causa a alguna otra razón o circunstancia, y el 14.28% (n=8) niegan estar enfermas. Gráfico 20.



Discusión de resultados

Al analizar los datos obtenidos, encontramos que tenemos una incidencia de depresión post parto del 30.7%, un dato similar a lo reportado por estudios latinoamericanos, como Chile con una incidencia del 40%³² así como Venezuela y Perú con datos del 38% en controles post parto^{33,34}. Comparando la incidencia obtenida con los datos de la OMS, que reporta una prevalencia del 10 – 20%^{1, 2, 8} se vuelve notable que los resultados son de dos a tres veces mayores a los reportados globalmente, pero coincide con los reportes que detallan que en países en desarrollo se encuentran valores de depresión post parto hasta 3 veces mayores que los valores globales^{2,5,18}.

Las edad de aparición del cuadro es más frecuente en las mujeres con edades menores de 20 años y mayores de 30^{3,7,30} dato en el que difieren los resultados encontrados, ya que el 78.57% (n=44) se encontraba con edades entre los 20 y 30 años, pero que coincide con datos latinoamericanos, como el de Colombia que reporta una mayor frecuencia de depresión post parto en mujeres entre los 20 a 34 años?³¹.

Según la interpretación recomendada de la guía NICE para la Escala de Hamilton, las participantes con depresión leve y moderada conforman el 73.2% de la población y el 26.8% restante son las participantes con depresión severa y muy severa, siendo un dato mayor al reportado por la APAL, quien describe una prevalencia latinoamericana del 7,1% para episodios depresivos mayores y se amplía a 19.2% cuando se incluye la depresión menor³⁶. Es importante notar que aun cuando se esperaba las participantes presentaran antecedentes psiquiátricos de depresión^{3,33}, depresión post parto^{6,7} o familiares con cuadros depresivos³⁴, ninguna de las 182 participantes presentó dichos antecedentes.

Entre los datos sociodemográficos esperados con una alta frecuencia en las participantes deprimidas eran: madre soltera^{3, 27, 29, 34}, bajo nivel educativo de la madre^{26,27,29}, procedencia de área rural²⁹ y dificultades económicas^{6,15,27}, lo cual contrasta en gran medida con los resultados encontrados, ya que el 35.71% eran casadas o vivían en unión libre (50%); el 66.7% habían cursado bachillerato, y el 67.85% procedían del área urbana. Solamente en el ámbito laboral encontramos ciertas dificultades económicas, ya que el 53.57% trabajaban como ama de casa (53.57%), dependiendo únicamente del salario de la pareja para la familia.

En el entorno familiar, se esperaba observar falta de apoyo familiar o social^{6,7}, problemas económicos y disfunción de pareja^{13,15}, y los datos coinciden con la proyección ya que el 62.5% tenían conflictos de pareja, 69.64% problemas económicos, y el 57.14% problemas familiares. Es notable como la población de participantes deprimidas presentaban más problemas de pareja, más problemas económicos y mayor cantidad de problemas familiares que la población en general.

Como antecedentes obstétricos, se preveía la incidencia de complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto o post parto^{6,8,18} partos por cesárea, recién nacidos prematuros o de bajo peso^{3,6,7,25} así como de primigestas^{3,7,30} y embarazo no planeado^{27,28,30}. Acorde a las estimaciones, se observó un alto porcentaje de complicaciones durante el parto (39.28%), siendo el más frecuente el sufrimiento fetal agudo 23.21%; hubo alta presencia de primigestas, llegando a representar el 73.21% de la población. Contrario a lo esperado, hubo una alta frecuencia de partos vaginales (87.5%) y solamente el 12.5% de los partos fue por cesárea.

Es llamativo y relevante para nuestra población de participantes deprimidas, que 14 de ellas tuvieron su primer parto entre los 15 y los 19 años (25%), por

entrar en la categoría de embarazo adolescente, con mayor riesgo de morbilidad materna y complicaciones en el recién nacido, lo cual es solamente la antesala de una situación observada en la vida adulta, y es que hasta el 53.57% de estas no utilizaban ningún método de planificación familiar, y el embarazo no fue planeado hasta por un 60.72% de las participantes, muy opuesto a lo observado en las participantes no deprimidas, en las que el 65.38% % (n=119) expresó el embarazo actual fue planeado.

Al tipificar las características de los cuadros depresivos a través de la Escala de Hamilton, es notable como se cumplen los síntomas clásicos de depresión en nuestra población: humor deprimido en el 100%, ansiedad psíquica (80.35%) y somática (60.71%), Insomnio en sus diferentes variaciones: precoz (97.14%), medio (62.5%) y tardío (62.55), 96.42% expreso tener dificultades para realizar actividades de trabajo y de la vida diaria, inhibición (30.35%) y agitación.

Al poner atención en los síntomas característicos de la depresión post parto, el 100% presento ideas de culpabilidad, en el ítem ideación suicida, el 30.35% seleccionó el ítem “le parece que la vida no merece ser vivida”, y si bien ninguna expreso deseos de muerte, deseos o intento de hacerse daño o intentos suicidas, expresaban verbalmente que el peso de la culpa de “sentir que no era una buena madre”, “que su hijo estaría mejor cuidado con otro”, o “sentir que no era capaz de dar los cuidados maternos”, “darlo a otro cuando llora y luego sentirse peor”, “no estarlo haciendo bien” eran los que con mayor frecuencia les abrumaba. Es de notar que si bien coincide con los sentimientos reportados en la bibliografía, la carga emocional de estas ideas que ellas expresaban, “no les dejaban pedir ayuda”, se entrelazan con una pobre autocrítica, en la que el 60% dice notar que algo le pasa, pero se lo atribuye a algún otro problema físico.

Es evidente que la presencia del cuadro tiene una alta incidencia en nuestra población, presentándose con mayor frecuencia con aquellas mujeres con el antecedente de embarazo adolescente, en mujeres entre los 20 y 30 años de edad, sin planificación familiar, en embarazos no planeados, primigestas, en aquellas que presentan complicaciones durante el parto, tal como el sufrimiento fetal, con problemas de pareja, económicos y problemas del entorno familiar, situaciones que conociéndose, nos permiten identificar una población susceptible y en la que se pueden realizar intervenciones oportunas.

Conclusiones

En base a la información obtenida durante el estudio, se concluye:

1. Se encontró una alta incidencia de depresión post parto en la población de pacientes post parto de la comunal Lourdes Colon, que concuerda con datos latinoamericanos para países en desarrollo.
2. Los factores de riesgo sociodemográficos encontrados en la población son: antecedente de embarazo adolescente, edad entre los 20 y 30 años, primigesta, y presencia de problemas de pareja, problemas económicos, problemas familiares
3. Como factores de riesgo obstétrico se observa: no planificación familiar, embarazo no planeado, complicaciones durante el trabajo de parto, sufrimiento fetal.
4. La mayor parte de mujeres presenta cuadros de depresión leve a moderada
5. Las características de los cuadros depresivos son: humor deprimido, ansiedad psíquica, ansiedad somática, insomnio, inhibición, agitación, ideas de culpa y de muerte y pobre auto crítica.

Recomendaciones

Con la información recopilada se recomienda:

Reproducir el estudio en diversos centros del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, para determinar la incidencia y características de la depresión post parto en la población de derecho habientes en su período post parto.

Desarrollar estrategias en el primer nivel de atención y brindar cuidados psicosociales adecuados y culturalmente sensible a todas las mujeres⁴².

Promover capacitaciones al personal de enfermería para prevenir, identificar y manejar a las mujeres en riesgo de presentar depresión post parto, con el objetivo que las enfermeras proporcionen cuidados individualizados durante el post parto, basándose en la identificación de síntomas depresivos y en la preferencia de la madre⁴¹. (Nivel de evidencia Ia)

Las enfermeras deben facilitar la participación de la pareja y los miembros de la familia a la hora de prestar cuidados en el post parto, según corresponda, a las madres que experimenten síntomas depresivos ⁴¹. (Nivel de evidencia IB)

Brindar un manejo multidisciplinario que involucre al obstetra de la paciente, un clínico en salud mental, al proveedor de atención primaria y al pediatra ⁴².

Anexo

Anexo 1.

Cronograma de actividades

Actividades	Año 2018-2019								
Presentación de perfil de investigación	15 julio 2018								
Presentación de protocolo de investigación		5 Enero							
Correcciones			1-20 febrero						
Presentación de protocolo ante comité de ética				1-30 marzo					
Presentación de protocolo aprobado a Clínica Comunal Lourdes Colon para iniciar Investigación					1-30 abril				
Recolección de datos						1 – mayo al 30 Julio			
Análisis de datos							1-30 agosto		
Presentación de informe final								1-15 septiembre	

Anexo 2. Escala de Edimburgo

Escala de Edimburgo

Por favor, subraye la respuesta que más se acerca a como usted se ha sentido en los últimos 7 días

En los últimos 7 días:

1. He sido capaz de reirme y ver el lado divertido

de las cosas:

- Tanto como antes
- No tanto ahora
- Mucho menos que ahora
- No, nada

2. He disfrutado mirar hacia adelante:

- Tanto como siempre
- Menos que antes
- Mucho menos que antes
- Casi nada

3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente:

- Si, la mayor parte del tiempo
- Si, a veces
- No con mucha frecuencia
- No, nunca

4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:

- No, nunca
- Casi nunca
- Si, a veces
- Si, con mucha frecuencia

5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:

- Si, bastante
- Si, a veces
- No, no mucho
- No, nunca

6. Las cosas me han estado abrumando:

- Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
- Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
- No, la mayor parte del tiempo he hecho cosas bastante bien.
- No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre

7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:

- Si, la mayor parte del tiempo
- Si, a veces
- No con mucha frecuencia
- No, nunca

8. Me he sentido triste o desgraciada:

- Si, la mayor parte del tiempo
- Si, bastante a menudo
- No con mucha frecuencia
- No, nunca

9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:

- Si, la mayor parte del tiempo
- Si, bastante a menudo
- Solo ocasionalmente
- No, nunca

10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:

- Si, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

Anexo 3. Escala de depresión de Hamilton de 17 items (HDRS)

Items	Criterios de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a si mismos, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna

	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	<ol style="list-style-type: none"> 0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritable 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

Ítems	Criterios de valoración
11. Ansiedad somática	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones ~ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias ~ Respiratorios: Hiperventilación suspiros ~ Frecuencia urinaria ~ Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante <p>Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Pérdida de la libido ~ Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<ol style="list-style-type: none"> 0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)

	<p>B. Según pesaje hecho por e psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</p> <p>2. Perdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
<p>17. Insight (conciencia de enfermedad)</p>	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p>

Anexo 4. Instrumento de recopilación de datos

Edad: _____

Escolaridad: Básica: _____ Bachillerato: _____ Técnico _____
 Universitario _____

Ocupación: Ama de casa Empleo informal _____
 Empleo formal: _____

Estado civil: Soltero Casado Acompañada

Residencia: Municipio: _____
 Colonia/Residencial _____

Embarazo: Número de embarazos Número de partos prematuros Número de abortos
 Número de partos vaginales Número de partos por cesárea
 Edad en que presenta primer parto Presencia de complicación en último parto: _____

Planificación familiar: Embarazo Planeado SI NO
 Uso de métodos de planificación familiar SI NO

Tipo:
 ACOS
 Inyectables
 Métodos de Barrera
 Método del ritmo
 Otros _____

Factores sociales

Situaciones experimentadas durante los últimos 9 meses.	Problemas de pareja	Problemas laborales
	Problemas económicos	Pareja sin empleo
	Problemas sociales	Violencia física
	Problemas familiares	Violencia verbal
	Problemas de salud	Violencia social

Describir problema de salud _____

Antecedente psiquiátrico

Presenta alguna enfermedad de salud mental:

SI

NO

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Inicio de controles en salud mental: _____

Dada de alta:

SI

NO

Diagnóstico de depresión post parto en embarazo previo:

SI

NO

Año del diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Tiempo de tratamiento: _____

Dada de alta:

SI

NO

Anexo 5. Consentimiento informado

No. Encuesta:	Fecha: _____
<p>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>CLINICA COMUNAL LOURDES COLON</p> <p>--CONSENTIMIENTO INFORMADO--</p>	
Título del estudio:	
INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POST PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN CLINICA COMUNAL LOURDES COLON DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL	
<p>Estimada paciente, se le invita a participar en el estudio a realizar en esta clínica comunal, cuyo objetivo es determinar la incidencia y características socio demográficas de las pacientes con depresión post parto, atendidas en la Clínica Comunal Lourdes Colon del Instituto Salvadoreño del Seguro social.</p> <p>Con la información obtenida, se formularán estrategias a implementar en los diversos niveles de atención del I Instituto del Seguro Social, para la detección temprana y manejo de dichas pacientes, evitando así posibles complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido.</p> <p>Al participar del estudio, se le requerirá tener una entrevista corta con el investigador en la cual:</p> <ul style="list-style-type: none">• Se Llenará el formulario de datos brindado por el investigador• Se pasará un formulario para identificar depresión post parto• Dependiendo de los resultados obtenidos, se utilizará la Escala de Hamilton para depresión. <p>La participación en el estudio es voluntaria, y se garantiza en todo momento la confidencialidad de la información brindada. El participante puede retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee.</p> <p>-----</p>	
Autorización	
<p>He leído y comprendo lo propuesto anteriormente, el investigador ha explicado el estudio y contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio.</p>	
_____	_____
Firma de paciente	Firma del investigador

Referencias

1. Dennis CI, Dowswell T, Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression (Review). The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2013, Issue 2
2. Urdaneta, J. Rivera A.García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevalencia de depresión post parto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. B. 3. Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(5): 312 - 320
3. Ministerio de salud. Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento Santiago: MINSAL, 2014.
4. Aramburú, P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. Rev. Peruana de Epidemiol. Vol 12, 3, diciembre 2008. Pág. 1-5
5. Rojas G, Fritsch R.M, Guajardo V., Rojas F, Barroilhet S, Jadersic E. Caracterización de madres deprimidas en el post parto. Rev Med Chile 2010; 138: 536-542
6. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol Reprod Hum. 2013; 27 (3): 185-193
7. Gómez M . Patología psiquiátrica en el puerperio. Rev. de Neuro-Psiquiatría. 2002; 65: 32-46
8. González R, García L. Depresión posparto y factores asociados en población derechohabiente del ISSSTE en Yucatán. Rev Univ. Yucatán.2013;262:33-45
9. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson. American psychiatric asosociation.1997
10. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM V. Malaga. Editorial Médica Panamericana, S.A. American psychiatric association.2014
11. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva. World Health Organization.1993
12. Moreno-Zaconeta A, Casulari L, França P. Depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del hospital universitario de Brasilia, Brasil. Rev chil obstet ginecol 2004; 69(3)
13. Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. Matronas Profesión 2006; 7(4): 5-11.
14. Carrillo M. Factores asociados a depresión posparto en mujeres que acuden al hospital general de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez, 2012. Univ. Aut. Est Mex. Toluca. 2013

15. Hansotte E , Payne SI, Babich SM, Positive postpartum depression screening practices and subsequent mental health treatment for low-income women in Western countries: a systematic literature review. *Pub Health Rev* (2017) 38:3
16. Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK,, Biringer A, Carroll JC, Stewart MD. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Can Med Assoc.* 1996; 154:785-799
17. Viktorin A., M.Sc., Meltzer-Brody S, M.D., Kuja-Halkola R, Ph.D., Sullivan P. , M.D., Landén M, M.D., Ph.D., Lichtenstein P, Ph.D. et all. Heritability of Perinatal Depression and Genetic Overlap With Nonperinatal Depression. *Am J Psychiatry* 2016; 173:158–165
18. Mossie TB, Sibhatu AK, Dargie A, Ayele AD. Prevalence of Antenatal Depressive Symptoms and Associated Factors among Pregnant Women in Maichew, North Ethiopia: An Institution Based Study. *Ethiop J Health Sci* 2017;27(1):59-66
19. Barrera AZ,Wickham RE, Muñoz RF. Online prevention of postpartum depression for Spanish- and English-speaking pregnant women: A pilot randomized controlled trial. *Internet Interv.* 2015 September 1; 2(3): 257–265
20. Dennis CL, Ross LE, Herxheimer A. Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD001690.
21. Porcerelli JH, Huth-Bocks A,, Huprich SK, Richardson L. Defense Mechanisms of Pregnant Mothers Predict Attachment Security, Social-Emotional Competence, and Behavior Problems in Their Toddlers. *Am J Psychiatry* 2016; 173:138–146
22. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Med.* May 2013, 10;5: e1001452
23. Bahk J, Yun S, Kim Y, Khang 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 and Childbirth* (2015) 15:85
24. Westdahl C. Milan S, Magriples U, Kershaw TS, Schindler-Rising S, Ickovics JR. Social Support and Social Conflict as Predictors of Prenatal Depression. *Obstet Gynecol.* 2007 July ; 110(1): 134–140.
25. Thinking Healthy: A Manual for Psychosocial management of Perinatal Depression (WHO generic field-trial version 1.0). Geneva, WHO, 2015.
26. Garfield L, Holditch-Davis D, Carter S, Schwertz D, Arbor A, Michigan et all. Risk factors for Postpartum Depressive Symptoms in Low Income Women with Very Low Birth Weight Infants. *Adv Neonatal Care.* 2015 Feb ; 15(1): 1-12.

27. Stidham Hall K, Ann Arbor A., Kusunoki Y, Gatny H, Barber J. The risk of unintended pregnancy among young women with mental health symptoms. *Soc Sci Med.* 2014 Jan ; 0: 62–71
28. Herd P, Higgins J, Sicinski K, Merkurieva I, PhD. The Implications of Unintended Pregnancies for Mental Health in Later Life. *AJPH* March 2016, Vol 106, No. 3:421-429
29. Barton K, Redshaw M, Quigley MA, and Carson C. Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2017. 17:44
30. Oviedo G, Mondragon V, Trastornos afectivos post parto. *Universitas Medica.* 2006. 47:2:131-140
31. Ramírez-Vélez, r; Rincón-Pabón, D. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. *Revista de Salud Pública, [S.I.], v. 16, n. 4, p. 534-546, jul. 2014.*
32. Ramírez-Meza F, Cruz-Bello P, Gómez D. Revisión bibliográfica sobre la depresión posparto en madres adolescentes. *Rev Horizontes. Univ Aut Mex.* 2013.5:73-85
33. Molero K, Urdaneta J.R.Sanabria C. Zambrano N, Contreras A. Azuaje E. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2014; 79(4): 294 – 304
34. Carrion J, Moreno L. Frecuencia y características de la depresión posparto en el distrito de Lambayeque. *Univ Nac Pedro Ruiz Gallo.* 2016
35. Covini E, Marquez A, Velasco F. Depresión post parto: enfoque psiconeuroinmunoendocrinológico. *Rev Lat de Psiquiatría.* 2013. (12).1:12-19
36. Almeida A, Toscano D. Prevalencia de depresión posparto en madres hospitalizadas en el servicio de adolescencia del hospital gineco-obstétrico maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013. *Pontifica Universidad de Ecuador.* 2013
37. Cox JL, Holden M, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-86.32.
38. *Campo-Arias A, Ayola-Castillo C, Peinado-Valencia HM, Amor-Parra M, Cogollo Z.* Escala de Edinburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Rev Col de Obst y Gin.* 2007. 58;4:277-283
39. Sanz J. 50 años de los inventarios de depresión de beck: consejos para la utilización de la adaptación española del bdi-ii en la práctica clínica. *Universidad Complutense de Madrid.*2011
40. Ojeda C, Silva H, Cabrera J, Tchimino C, Carrera C , Molina A. Validez interna y concurrente de una escala breve autoadministrada de siete

ítems para la depresión, evaluada en relación a los inventarios de Beck y Hamilton. Estudio preliminar. Rev. chil. Neuro-psiquiatr. 2003.41;1

41. Asociación Profesional de enfermeras de Ontario (RNAO). Intervenciones para la depresión post parto. Instituto Carlos III, Madrid, 2011.
42. CENETEC. Consejo de salubridad general. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y post parto en el primero y segundo niveles de atención. Centro nacional de excelencia tecnológica en salud. México. 2014.