



**CARACTERIZACIÓN DE DEPRESIÓN PERINATAL EN MUJERES  
ATENDIDAS EN HOSPITALES DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ**

**ADRIANA MARCELA CAAMAÑO GÓMEZ**

**DIANA CONSTANZA CONTRERAS HERNÁNDEZ**

**Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina  
Departamento de Obstetricia y Ginecología  
Bogotá D.C. Colombia**

**2015**

# **CARACTERIZACIÓN DE DEPRESIÓN PERINATAL EN MUJERES ATENDIDAS EN HOSPITALES DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ**

**ADRIANA MARCELA CAAMAÑO GÓMEZ**

**DIANA CONSTANZA CONTRERAS HERNÁNDEZ**

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:  
**ESPECIALISTAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**

Director:

**DR. ARTURO JOSÉ PARADA BAÑOS**

Médico y cirujano.

Especialista en Obstetricia y Ginecología

Profesor asociado,

Departamento de Obstetricia y Ginecología

Facultad de Medicina

Universidad Nacional de Colombia

Línea de Investigación:

**Salud Mental Materna y Perinatal**

**Universidad Nacional de Colombia**

**Facultad de Medicina**

**Departamento de Obstetricia y Ginecología**

**Bogotá D.C. Colombia**

**2015**



## **GRUPO DE INVESTIGACIÓN**

### **INVESTIGADORES PRINCIPALES**

#### **ADRIANA MARCELA CAAMAÑO GÓMEZ**

Médica y Cirujana Universidad de Antioquia  
Residente de tercer año de Obstetricia y Ginecología.  
Universidad Nacional de Colombia  
Correo electrónico: [adma99@gmail.com](mailto:adma99@gmail.com) , [amcaamanog@unal.edu.co](mailto:amcaamanog@unal.edu.co)

#### **DIANA CONSTANZA CONTRERAS HERNANDEZ**

Médica y Cirujana Universidad Nacional de Colombia  
Residente de tercer año de Obstetricia y Ginecología.  
Universidad Nacional de Colombia  
Correo electrónico: [contrerasdiana@gmail.com](mailto:contrerasdiana@gmail.com) , [dccontrerash@unal.edu.co](mailto:dccontrerash@unal.edu.co)

#### **ARTURO JOSÉ PARADA BAÑOS (TUTOR DE PROYECTO)**

Médico y cirujano.  
Especialista en Obstetricia y Ginecología  
Profesor asociado,  
Departamento de Obstetricia y Ginecología  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional de Colombia  
Correo electrónico: [ajparadab@unal.edu.co](mailto:ajparadab@unal.edu.co)

### **COINVESTIGADORES**

#### **LUIS MARTIN RODRIGUEZ ORTEGON**

**Profesional de apoyo en el Instituto Materno Infantil – Hospital de la Victoria**  
Médico y cirujano.  
Especialista en Obstetricia y Ginecología  
Universidad Nacional de Colombia

#### **IZARA MAITÉ MONDRAGÓN MORENO**

Médica y Cirujana  
Universidad Nacional de Colombia  
Entrenamiento especial en Psiquiatría  
Instituto de Psiquiatría. Hospital das Clinicas. Faculdade de Medicina  
Universidade de Sao Paulo (IPQ-HC-FMUSP)

#### **RAFAEL BENAVIDEZ**

Médico y Cirujano  
Universidad Nacional de Colombia  
Residente de Tercer año de Psiquiatría  
Universidad Nacional de Colombia

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos principalmente a Dios por permitirnos culminar este sueño, a nuestras familias por creer en nosotras, a nuestro director Arturo Parada por su paciencia y apoyo incondicional, a nuestros docentes asesores Jairo Amaya y Edith Angel por su tiempo y dedicación. Gracias a nuestros compañeros de residencia por estar siempre dispuestos a colaborar, alentarnos y acompañarnos en esta aventura. Gracias a Rafael Benavides y en especial a Izara Mondragón por su disponibilidad, profesionalismo y entrega a nuestras pacientes. Gracias a todas las personas que participaron y permitieron sacar adelante este proyecto, Judith Santos, Paola Ortega y todo el personal de Enfermería, Ginecólogos adjuntos y personal administrativo del Instituto Materno Infantil y Hospital de Engativá.

Gracias al Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional de Colombia por permitirnos la realización de este proyecto.

Y en especial gracias a las pacientes que participaron en nuestro estudio ya que con su paciencia y sencillez nos permitieron aprender de ellas, nos abrieron su corazón y nos dejaron acompañarlas y apoyarlas en este proceso.

## 1. RESUMEN

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de Depresión Perinatal, tanto en la etapa prenatal como en el puerperio tardío, en mujeres atendidas en hospitales seleccionados de la red pública de Bogotá en el 2015 e identificar factores de relacionados con esta patología.

**Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal, dos grupos de trabajo, el primero conformado por una muestra consecutiva de 151 gestantes de 36 a 41 semanas atendidas en el control prenatal de las dos instituciones escogidas, y el segundo grupo conformado por 121 mujeres en posparto tardío de la 4° a 6° semana de las mismas instituciones. Se utilizó la Escala de Edimburgo para depresión posparto y el diagnóstico de Depresión Perinatal fue realizado por profesionales del área de Salud Mental. Se realizó estadística descriptiva y análisis univariado de las características socio demográficas para determinar los factores relacionados con la enfermedad. **Resultados:** En el grupo prenatal se encontró una prevalencia del 10.59 % y en el grupo de puerperio tardío una prevalencia del 9.09 %. Se identificó relación entre una relación de pareja disfuncional con la depresión perinatal (OR 8.21 IC 95% (2.85 – 24.94), haber presentado parto pre termino (OR 4.39 IC 95% (1.19 – 18.2), y consumo de cigarrillo (OR 12 IC 95% 6.6 - 21). Al evaluar la relación entre el diagnóstico de Depresión Perinatal tamizado con la Escala de Edimburgo y las preguntas consignadas en las Guías de atención integral para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio del 2013 se encontró que para algunas de ellas se alcanzaba una sensibilidad del 100% con un VPN del 100%. **Conclusión:** La prevalencia de Depresión Perinatal se encuentra dentro de los rangos reportados en la literatura revisada y constituye un problema de salud pública que debe ser tenido en cuenta. Existen características sociodemográficas que pueden tener relación con la presencia de Depresión Perinatal. Contamos con herramientas útiles y prácticas para la detección de la Depresión Perinatal que deben ser utilizados para identificar pacientes en riesgo de presentar esta patología.

**Palabras claves:** depresión, perinatal, prevalencia, factores de riesgo.

## ABSTRACT

**Objective:**To determine the prevalence of Perinatal Depression, both prenatally and in the late postpartum women attending selected hospitals in the public network of Bogotá in 2015 and identify factors associated with this condition. **Methods:** A descriptive cross-sectional study, two working groups, the first consisting of a consecutive sample of 151 pregnant women from 36 to 41 weeks of prenatal care attended the two selected institutions, and the second group comprised 121 women late postpartum between 4° and 6°week in the same institutions. Edinburgh Scale was used for postpartum depression and the diagnosis of Perinatal Depression was conducted by professionals in the field of Mental Health. Descriptive statistics and univariate analysis of sociodemographic characteristics was performed to determine factors associated with the disease. **Results:** The prevalence of prenatal group was found 10.59% and in the group of late postpartum prevalence of 9.09%. relationship between a failing partner with perinatal depression was identified (OR 8.21 IC 95% (2.85 – 24.94), pre term delivery (OR 4.39 95% CI (1.19 - - 18.2) and cigarette smoking (OR 12 IC 95% 6.6 - 21). In assessing the relationship between diagnostic screening with Edinburgh Scale and questions contained in the guidelines for prevention, early detection and treatment of complications of pregnancy, childbirth and postpartum of 2013 it was found that for some of them a sensitivity of 100% was achieved with a NPV of 100%. **Conclusion:** The prevalence of depression Perinatal is within the ranges reported in the literature and constitutes a public health problem that must be taken into account. There sociodemographic characteristics that may be related to the presence of Perinatal Depression. We have useful tools and practices for detection of the depression to be used to identify patients at risk for this disease.

**Keywords:** perinatal, depression, prevalence, risk factors.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág</b>
1. Resumen.....	5
2. Lista de gráficos.....	8
3. Lista de tablas.....	8
4. Introducción .....	9
5. Marco Teórico .....	11
6. Justificación... ..	20
7. Pregunta de Investigación .....	21
8. Objetivos.....	21
8.1. Objetivo General.....	21
8.2. Objetivos específicos.....	21
9. Materiales y métodos.....	22
10. Resultados.....	26
11. Discusión.....	37
12. Bibliografía.....	39
13. Anexos.....	41

## 2. LISTA DE GRAFICOS

	<b>Pág</b>
Grafico 1. Resultados de la tamización con escala de Edimburgo y diagnóstico de TDMP - grupo durante el embarazo o prenatal.....	28
Grafico 2. Resultados de la tamización con escala de Edimburgo y Diagnóstico de TDMP en el grupo posparto.....	34

## 3. LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características socio demográficas población de Gestantes – prenatal.....	27
Tabla 2. Relación de características sociodemográficas con TDMP - grupo durante el embarazo o prenatal.....	29
Tabla 3. Primera pregunta Whooley en el grupo prenatal.....	30
Tabla 4. Segunda pregunta Whooley grupo prenatal.....	30
Tabla 5. Tercera pregunta Whooley grupo prenatal.....	31
Tabla 6. Características socio demográficas pacientes posparto.....	31
Tabla 7. Relación de características sociodemográficas con TDMP en el grupo posparto.....	35
Tabla 8. Primera pregunta Whooley grupo posparto.....	36
Tabla 9. Segunda pregunta Whooley grupo posparto.....	36
Tabla 10. Tercera pregunta Whooley grupo posparto.....	36

#### 4. Introducción

Los trastornos depresivos son un problema de salud mental en la población mundial, constituyendo la segunda alteración más común entre las enfermedades mentales. Según el estudio de carga global de la enfermedad de la Organización Mundial de la Salud/ para el año 2020 la depresión se ubicará como la segunda causa general de discapacidad en el mundo (1).

Los desórdenes depresivos afectan alrededor del 20 % de la población femenina y un 12 % de la población masculina en algún momento de la vida. Este porcentaje se duplica en relación con diferentes eventos vitales incluido el parto y el puerperio (2).

La depresión posparto tiene una frecuencia mundial que fluctúa entre 10-15 % con valores tres veces más alto en países en vía de desarrollo que en países desarrollados, relacionándose de forma directa con el estado socioeconómico bajo de nuestras mujeres, con una tasa de recurrencia del 15 al 30 % (1)

Durante el embarazo y el puerperio suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que hacen más vulnerable a la mujer a la aparición de trastornos depresivos, aumentado la morbimortalidad de la madre y del recién nacido, aumentado la omisión de la atención médica, el uso de sustancias nocivas (alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas), el riesgo de intentos de suicidio, suicidio consumados y el infanticidio. (2)

Adicional a esto, se conoce, que la mayoría de las mujeres con *Depresión* postparto, no tienen ayuda profesional, y casi el 50% no tiene ayuda de los familiares ni de los amigos; Las mujeres en su control posparto, no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión,

convirtiéndose en un problema desatendido en los sistemas de atención en salud.(2)

En nuestro país dado las altas tasas de embarazos no deseados, de embarazos en adolescentes, la difícil situación socioeconómica de la mayoría de nuestra población y las dificultades de acceso al sistema de salud, junto a los altos niveles de violencia intrafamiliar, hacen que la depresión posparto se pueda convertir en una entidad muy común pero poco caracterizada y con escasos modelos integrales de intervención. Existen pocos estudios que caractericen el fenómeno en nuestro contexto y mucho menos la magnitud del problema. Elementos indispensables para construir un modelo de atención y programas integrales para la detección de la población vulnerable y un manejo oportuno de los casos.

La escasa detección de depresión posparto (DPP) por parte de los profesionales de la salud es común, y aunque el tratamiento farmacológico o no farmacológico es exitoso, muchas de las mujeres que la padecen, no buscan ayuda activa ya sea por falta de conocimiento, sensación de fracaso como madres o por temor al personal de salud. (3)

Muchas encuestas de auto reporte han sido utilizadas para evaluar sintomatología depresiva durante el periodo del puerperio. Se conocen 8 herramientas diferentes para determinación de depresión que han demostrado una utilidad potencial durante la etapa del postparto pero, según algunos autores, no hay revisiones sistemáticas que avalen su fiabilidad y validez. (6)

La Escala de Depresión posparto de Edimburgo (EPDS) es, por mucho, el método más utilizado en el mundo para tamizar la depresión durante la gestación y en el posparto, es un cuestionario auto-diligenciable de 10 puntos en el cual se le pide a la paciente evaluar como se ha sentido en los últimos 7 días (6).

Este estudio tiene como propósito aplicar la escala en una encuesta transversal en mujeres gestantes y puérperas para estimar la frecuencia del problema de depresión durante la gestación y el posparto.

## **5. Marco Teórico**

La depresión posparto es una entidad que ha sido descrita desde la antigüedad con diferentes nombres y definiciones, pero todas relacionadas con trastornos del ánimo asociados a las mujeres en su posparto. En el siglo IV AC., Hipócrates realizó la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto. (3).

### **5.1 Trastornos Depresivos**

La Asociación Psiquiátrica Americana en su última versión DSM V, clasifica dentro de los Trastornos depresivos, entre otros, al Trastorno de depresión mayor y al Trastorno depresivo persistente (Distimia), cada uno con criterios definidos, donde es fundamental el tiempo de duración de los síntomas. En el diagnóstico del Trastorno de depresión mayor es fundamental la persistencia del estado de ánimo deprimido pérdida de interés o de placer por al menos dos semanas, asociado a otros síntomas como fatiga o falta de energía, pérdida de peso inquietud o sensación de enlentecimiento, sentimientos de culpa o minusvalía, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño, o pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

En el Trastorno depresivo persistente (Distimia) se presentan síntomas depresivos con una duración mínima de dos años (un año en niños y adolescentes) que no necesariamente cumplen los criterios de depresión mayor.

La Depresión posparto y la depresión perinatal según la Asociación psiquiátrica Americana, en el DSM V, cambio de nombre y ahora es conocida como Trastorno depresivo mayor con inicio en el periparto (TDMP) y clasificada dentro del Trastorno depresivo mayor. El nuevo nombre de trastorno depresivo mayor con inicio en el periparto (TDMP), tiene en cuenta que los episodios de depresión mayor s pueden iniciar desde la gestación hasta en un 50% y no solamente en el posparto como se clasificaban anteriormente.

El Trastorno depresivo mayor con inicio en el periparto (TDPM) se define como el episodio de depresión mayor más reciente cuyo inicio de los síntomas del estado de ánimo se producen durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto. Sin embargo varios autores consideran que puede incluirse hasta un año posparto.

Se conocen tres tipos de trastorno del ánimo en el posparto dependiendo de su presentación y severidad. (3, 16)

### **5.1.1 Post partum blues**

Es una forma leve y transitoria de depresión que aparece entre el tercero y el séptimo día posparto y puede durar hasta dos semanas. Es la presentación más común, con una prevalencia de 75 a 80%, y una probabilidad de desarrollar depresión periparto hasta de un 20 %. Se caracteriza por irritabilidad, tristeza, fatiga, accesos de llanto y labilidad emocional. (3, 16)

Se ha relaciona con la caída en los picos de estrógenos y progesterona en el momento del parto y por la activación del sistema biológico mamífero regulado por la oxitocina.

El tratamiento consiste en tranquilizar a la madre, promover el acompañamiento por parte de la familia, vigilar la evolución de los síntomas y realizar psicoterapia de apoyo breve. (3)

### **5.1.2 Depresión periparto sin psicosis**

Se presenta en el 10 a 15% de las mujeres en el período de posparto con síntomas que incluyen anhedonia, ideas de minusvalía y culpa, llanto fácil, fatiga, insomnio o hipersomnia, dificultad para concentrarse e incapacidad para realizar las tareas maternas especialmente la lactancia; las mujeres también pueden presentar ideación suicida e ideas obsesivas comúnmente relacionadas con la posibilidad de hacerle daño a su hijo. (3)

Entre los factores de riesgo y predicción que explican la aparición de la depresión periparto sin psicosis, se encuentran los siguientes: eventos estresantes previos al embarazo, historia de trastorno depresivo mayor o de trastorno disfórico premenstrual, historia familiar de trastornos del estado de ánimo, embarazo no deseado, historia de amenaza de aborto, parto pretérmino y parto por cesárea, el ser madre soltera o la disfunción de pareja, la baja autoestima materna, el bajo nivel socioeconómico, la imposibilidad de lactar o el cese temprano de la lactancia. (3)

Entre las teorías de las causas de depresión periparto sin psicosis, los cambios hormonales (estradiol, estriol, estrona, progesterona) y las susceptibilidades específicas durante este período cobran gran importancia. (4)

### **5.1.3 Depresión periparto con psicosis**

Se encuentra presente en 1 a 2 por 1.000 mujeres. Generalmente, los síntomas inician entre la segunda y la tercera semana posparto, con una correlación con los trastornos bipolares de 70 a 80% y una tasa de recurrencia de 30 a 50%. (3, 16)

Entre sus características clínicas, se encuentran: labilidad afectiva, alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, lenguaje desorganizado, desorientación, confusión, delirios y trastornos de sueño. Las ideas delirantes generalmente tienen relación con el bebé e incluyen aspectos sobre malformaciones de éste, así como contenido místico-religioso. De manera frecuente, se observan conductas auto agresivas y violentas que pueden terminar en suicidio o filicidio. (3)

J.Latorre y L. Contreras, en la ciudad de Bucaramanga en el año 2005, realizaron un estudio para determinar la incidencia de depresión posparto y sus factores asociados en mujeres de la ciudad, en este estudio de cohorte participaron 286 mujeres puérperas seleccionadas entre mayo de 2003 y abril de 2004, seguidas durante 6 semanas. Encontrando una tasa de incidencia de depresión posparto de

1 caso por cada 1.000 días/persona de seguimiento con un (IC del 95%, 0,5-1,7), encontrándose que los antecedentes personales de depresión, la falta de control prenatal y los antecedentes de disforia son los factores de riesgos asociados con mayor peso estadístico; se concluyó que la depresión posparto es una entidad poco reconocida pero con un gran peso epidemiológico y que se puede considerar como un problema de salud pública en la ciudad de Bucaramanga - Colombia.(2)

Cosme Alvarado y Antonio Cifuentes desarrollaron un estudio trasversal en la ciudad de Durango México entre enero y agosto del 2008, para determinar la prevalencia de depresión posnatal y las características epidemiológicas asociadas, en 178 mujeres de 1 a 13 semanas posparto, aplicando la Escala de Depresión Posnatal de Edinburgo, y los criterios de depresión del DSM-IV. Donde encontraron que 58 de 178 mujeres (32.6%) se encontraban deprimidas, un valor mucho mayor que el encontrado en la literatura mundial que es de 6.1 a 20.7 %; y de estas la prevalencia general de depresión posparto en mujeres rurales fue de 38.8 %, más alta pero no estadísticamente significativa, que en las mujeres urbanas con prevalencia del 26.9 % ( $p = 0.09$ ). Ellos observaron por análisis multi-variado, frecuencias significativamente mayores de depresión en mujeres con escasa escolaridad, con más de tres años de vida con su pareja, no aseguradas y residentes del medio rural. Concluyendo que la prevalencia de depresión posparto en las mujeres estudiadas fue alta y que diversos factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales contribuyen a la depresión. (5)

José Urdaneta y Ana Rivera, llevaron a cabo un estudio comparativo no experimental en la ciudad de Maracaibo-Venezuela para comparar la prevalencia de depresión posparto en primíparas y multíparas atendidas en un hospital de Maracaibo en el transcurso del año 2009, incluyeron una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío, divididas en dos grupos pares de 50 sujetos según paridad, evaluadas mediante la Escala de depresión posparto de Edimburgo; realizaron una evaluación estadística de tipo descriptiva y realizaron la comparación mediante la prueba del  $\chi^2$  y la U de Mann-Whitney, para grupos independientes

según la distribución de las variables estudiadas; encontrando una prevalencia del test positivo en el 91% de la muestra, con una prevalencia de depresión posparto confirmada por medio del DSM-IV del 22%, presentando mayor frecuencia de ideación suicida en las multíparas ( $p < 0,05$ ), aunque no hubo una asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión posparto. (1)

## **5.2 TAMIZAJE DE DEPRESION PERINATAL O PARIPARTO**

Para que una entidad clínica sea susceptible de ser tamizada debe ser prevalente, subclínica o inaparente, tratable, y la prueba de tamizaje debe ser tolerable, aceptada y precisa (6)

La depresión perinatal cumple todos estos prerrequisitos por lo que encontrar un método adecuado y preciso es una de las principales necesidades por suplir.

### **5.2.1 Herramientas de tamizaje**

Dentro de estas herramientas algunas se utilizan en la población general como Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), así como el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-2), la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), sin embargo las más ampliamente utilizadas durante el posparto son la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y la Escala de Tamizaje de Depresión Posparto (PDSS) (6)

La EPDS es por mucho el método más utilizado en el mundo para tamizar la depresión durante el embarazo y posparto, es un cuestionario auto-diligenciable de 10 preguntas en el cual se le pide a la paciente evaluar como se ha sentido en los últimos 7 días. Cada ítem se puede calificar de 0 a 3 (con un resultado final de 0 a 30) y su diligenciamiento puede tardar de 5 – 10 minutos (7) . Un punto de corte para “Probable depresión” ha sido sugerido en 12/13, y para “posible depresión” en 9/10. Sin embargo, la EPDS es sólo un instrumento de tamizaje, el diagnóstico clínico subsecuente debe ser realizado por personal médico debidamente entrenado. (6)

La EPDS fue elaborada en el idioma inglés, pero con el tiempo se ha traducido y validado en muchos idiomas distintos al Inglés.

Gibson realizó en 2009 una revisión sistemática de la literatura buscando evidencia que validara la utilización de la EPDS en el diagnóstico de Depresión Posparto. Treinta y siete estudios cumplieron los criterios de inclusión. La sensibilidad y especificidad de los puntos de corte mostraron marcada heterogeneidad entre los diferentes estudios. Resultados de sensibilidad oscilaron desde 34 hasta 100% y especificidad 44-100%. El LR+ osciló entre 1,61 – 78. (8)

La heterogeneidad entre los resultados del estudio puede deberse a diferencias en la metodología del estudio, el lenguaje y los criterios diagnósticos utilizados. Por lo tanto, los resultados de diferentes estudios no pueden ser directamente comparables y la EPDS puede no ser igualmente válida en todos los entornos y contextos.

Estos hallazgos hacen tan importante la evaluación psicosocial de las poblaciones examinadas, no solamente para dar validez a la prueba, sino para proveer un acercamiento integral a la salud emocional de la mujer. La evaluación psicosocial adicionalmente, ayuda a identificar factores de riesgo asociados con depresión durante la gestación y posparto:

- Historia de depresión o ansiedad
- Antecedentes familiares de patología psiquiátrica
- Falta de apoyo del compañero sentimental
- Falta de apoyo financiero, social o emocional
- Eventos adversos o estresantes

La mayoría de estas condiciones tan frecuentes en el medio en el que nos desenvolvemos.

Es de vital importancia repetir que la EPDS fue desarrollada específicamente para la detección de síntomas de depresión posparto y posteriormente se ha utilizado anteparto, pero no puede proporcionar un diagnóstico. Dicho diagnóstico clínico debe ser realizado por personal sanitario debidamente entrenado teniendo en cuenta los criterios específicos para el Trastorno depresivo mayor o menor o cualquier otro trastorno psiquiátrico identificable (6).

### **5.2.2 Efectividad Clínica del Tamizaje**

El objetivo fundamental del tamizaje es el de reducir la morbilidad asociada con la depresión periparto. Sin embargo, a pesar del consenso de que la depresión periparto constituye un importante problema de salud pública, pruebas de buena calidad sobre la efectividad clínica de los programas de cribado son pocas, y con un tamaño muestral insuficiente. (6)

Según la revisión realizada por la “Agency for Healthcare Research and Quality” de Estados Unidos en el 2010, solo 3 de los estudios que revisaban costo-efectividad del tamizaje eran de calidad suficiente como para ser tenidos en cuenta (moderado nivel de evidencia), y evidenciaban que mayores efectos de la prueba eran vistos cuando el tamizaje se realizaba como parte de un programa establecido, con los recursos suficientes y la organización necesaria para direccionar inmediatamente a las pacientes cuya prueba fuera positiva para depresión probable o posible. (6)

### **5.2.3 Población objeto de tamizaje con escala de Edimburgo**

Esta herramienta inicialmente fue utilizada únicamente para el tamizaje de puérperas con factores de riesgo para la depresión posparto pero con el paso del tiempo se fue implementando con este mismo objetivo en durante toda la etapa gestacional y más recientemente en los compañeros sentimentales de las pacientes y en mujeres no embarazadas tanto en edad fértil como en etapa menopáusica (13, 14, 15)

La validación de la escala en pacientes embarazadas se ha realizado tanto en el idioma original de la prueba como en español (8) con múltiples publicaciones en diferentes países de América Latina incluyendo Colombia (9, 10, 11).

### **5.3 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EXISTENTES EN EL MUNDO**

En Australia, las guías de práctica clínica recomiendan el examen y evaluación para todas las mujeres al menos una vez durante el embarazo y una vez en el posparto. En los EE.UU, la “Agency for Healthcare Research and Quality” indica que el tamizaje sólo se recomienda cuando "los recursos adecuados estén disponibles para garantizar servicios de diagnóstico y terapéuticos apropiados".

El Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda la detección rutinaria de mujeres en periodo del postparto con la EPDS o herramientas similares basadas en el potencial beneficio que tiene el diagnóstico para la mujer y su familia.

Organismos de salud de otros países instan a la identificación de signos clínicos de Depresión en la población objetivo pero no tienen políticas o guías claras sobre la implementación rutinaria de estas pruebas, incluyendo a Colombia dentro de estos países. (6)

### **5.4 EVIDENCIA SOBRE VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSPARTO DE EDIMBURGO (EPDS) EN ESPAÑOL**

Traducciones de la EPDS a lenguas distintas de la versión original en inglés deben ser validadas. Estudios sobre validación de la EPDS son importantes para determinar el punto de corte óptimo del instrumento para el cribado de la depresión en una población dada.

En el idioma español múltiples validaciones se han realizado en diversos países teniendo en cuenta que a pesar de tener un idioma común, las características

poblacionales, y la forma propia en la que se utiliza el idioma es diferente en cada región y por lo mismo, la prueba se deben adecuar a estas diferencias.

Garcia-Esteve realizó en 2002 la validación de la prueba para España encontrando que el mejor punto de corte para la población española fue 11/10 para la depresión mayor y menor combinadas, con una sensibilidad del 79%, y especificidad del 95,5%, con un valor predictivo positivo de 63,2% y un valor predictivo negativo del 97,7%. En este corte se detectaron todos los casos de depresión mayor. (10)

Para México, Cosme Alvarado-Esquivé demostraron que el mejor punto de corte para la detección de depresión mayor y menor combinada fue 9/10. Este umbral mostró una sensibilidad de 75,7%, una especificidad del 74,4%, un valor predictivo positivo de 50,8% y un valor predictivo negativo del 94,7%. En este estudio se validó la utilización de la escala en población gestante. (11)

En Chile, Rubén Alvarado recomienda para el uso del EPDS como herramienta de tamizaje de casos con depresión usar un punto de corte entre 12 y 13, ya que este obtiene la mayor eficiencia global (correcta clasificación de casos y no-casos en 87,4%), con una buena combinación de valores para VPP y VPN (85,3% y 88,3% respectivamente).(13)

En Colombia encontramos un estudio de validación realizado por Campo-Arias en la ciudad de Cartagena, en mujeres gestantes que asistieron a una Clínica de maternidad de esta ciudad. Dicho estudio concluyó que la escala de Edinburgh es un instrumento con una adecuada consistencia interna y estructura factorial para ser utilizado en la detección temprana de episodio depresivo en las gestantes. (12). El Anexo 1 muestra la Escala de Edimburgo adaptada y validada en lengua castellana y usada en el estudio de Cartagena.

## 6. Justificación

La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y afecta a más de 350 millones de personas en el mundo según datos de la OMS para 2012, a pesar de que hay tratamientos eficaces para este problema más de la mitad de los afectados no recibe ninguna clase de tratamiento. Es un trastorno que afecta predominantemente al género femenino presentándose en el 20% de las mujeres comparado con el 12 % de los hombres.(1)

El momento del parto es un evento trascendental en la vida de toda mujer, que puede considerarse como un factor predisponente para la aparición de depresión. (2, 3, 16)

Según el DSM – V la depresión periparto o perinatal es aquella que se presenta desde el embarazo hasta las 4 semanas posterior al parto y según series publicadas en diversas localizaciones del globo, la prevalencia fluctúa entre el 10 al 20% de todas las pacientes.(12)

La correcta identificación, de la depresión periparto, por parte del obstetra tiene una importancia trascendental en este contexto ya que será la especialidad en mayor contacto con la paciente durante el embarazo y por la relación que se ha encontrado entre depresión periparto y eventos obstétricos adversos (12)

En el marco del Sistema general de seguridad social en salud, creado a la luz de la Ley 100 de 1993, en las normas, guías existentes de detección oportuna, no existe ningún apartado que considere esta prioridad en salud pública, que con un gran componente de género vulnera a las madres en el periodo posparto cargado por múltiples factores psicológicos, sociales, económicos y del comportamiento individual. Por las razones anteriormente presentadas y la magnitud del problema

referido en las publicaciones, los factores posiblemente asociados, es necesario articular disciplinas y adelantar estudios en diferentes fases que permitan generar nueva evidencia sobre el estado actual del problema y generar modelos de atención así como la construcción de guías y protocolos o políticas para este grupo poblacional.

## **7. Pregunta de Investigación**

### **7.1 Pregunta principal:**

¿Cuál es prevalencia de depresión perinatal o periparto en pacientes con embarazo de 36 a 41 semanas de gestación y pacientes con 4 a 6 semanas de posparto, tamizadas con la escala de Edimburgo y diagnosticadas por un profesional en salud mental, en los Hospitales seleccionados de la ciudad de Bogotá?

### **7.2 Preguntas secundarias:**

¿Existe alguna relación de factores de riesgo sociodemográficos, clínicos y psicosociales asociados con la presencia de depresión periparto?

## **8. Objetivos**

### **8.1 Objetivo General**

Determinar la frecuencia de depresión periparto en las pacientes con embarazo mayor a 36 semanas y en las 4 a 6 semanas de puerperio, caracterizando los principales factores de riesgo de las pacientes atendidas en la E.S.E Hospital de Engativá y Hospital La Victoria Sede II Materno Infantil.

### **8.2 Objetivos Específicos**

8.2.1 Describir las características sociodemográficas, psicosociales y clínicas de las pacientes con gestaciones entre 36 y 41 semanas con parto vaginal o cesárea incluidas en el estudio.

8.2.2. Determinar la prevalencia de depresión de las pacientes gestantes de 36 a 41 semanas de embarazo y en pacientes de 4 a 6 semanas posparto tamizadas con la Escala de Edimburgo

8.2.3 Determinar la relación de las variables sociodemográficas, clínicas, y psicosociales con el desarrollo de depresión periparto en las pacientes incluidas en el estudio.

8.2.4 Explorar la correlación de las tres preguntas contenidas en la Guía de Práctica Clínica de control prenatal del año 2013 del país para detectar el riesgo de Depresión periparto con el diagnóstico, por salud mental, de la enfermedad.

## **9. Materiales y Métodos**

Este es un estudio descriptivo de corte transversal desarrollado entre los meses de Junio a Noviembre de 2015 en dos hospitales de la Red Pública del Distrito Capital que tienen convenio docente asistencial con la Universidad Nacional de Colombia (Instituto Materno Infantil y Hospital de Engativá). Se tomaron dos grupos poblacionales diferentes; el primero correspondió a gestantes de 36 – 41 semanas que consultaron a control prenatal de ambos centros asistenciales y el segundo grupo correspondió a pacientes puérperas entre las 4 y 6 semanas del posparto.

El diseño muestral fue no probabilístico por conveniencia en donde se seleccionaron las gestantes de 36 semanas o más en su control prenatal que ingresaron en forma consecutiva y aceptaron participar en el estudio de manera voluntaria, firmaron el consentimiento informado, en los hospitales participantes. De la misma manera se seleccionaron puérperas entre las 4 y 6 semanas postparto que aceptaron participar en el estudio, asistieron a las reuniones organizadas en los hospitales y firmaron el consentimiento informado.

## **9.1 Población de Estudio**

Mujeres con gestación de 36 a 41 semanas y pacientes con 4 a 6 semanas de puerperio, de parto vaginal o cesárea, atendidos en el Hospital de Engativá e Instituto Materno Infantil de la ciudad de Bogotá.

### **9.1.1 Criterios de Inclusión**

- 1) Puerperas de 4 a 6 semanas posparto
- 2) Edad mayor de 14 años
- 3) Embarazadas con gestación de 36 a 41 semanas
- 4) Posparto de gestaciones a término o pretérmino viables
- 5) Ausencia de enfermedades psiquiátricas previamente diagnosticadas
- 6) Deseo voluntario de participar en la investigación
- 7) Pacientes analfabetas o con discapacidad visual serán incluidas si existe un tutor que ayude a realizar la encuesta acompañado de un testigo del Hospital

### **9.1.2 Criterios de Exclusión**

- 1) Presencia de enfermedades catastróficas (cáncer)
- 2) Pacientes con retardo mental debido a las características del instrumento empleado
- 3) Paciente cuyos embarazos hubiesen culminado en muertes perinatales o con productos malformados

## **9.2 Tamaño Muestral**

Se calculó el tamaño de muestra con un total de población (N) de 6411, estimado por el número de partos atendido en cada institución en el año 2013: Hospital de Engativá 2.198 partos y Hospital de la Victoria Sede II IMI: 4.213 partos.

Criterios:

Nivel de confiabilidad del 95%

Precisión del 5 %

Proporción esperada del evento 11%

Tamaño muestral de 148 pacientes para cada uno de los dos grupos de pacientes establecidos.

### **9.3 Consideraciones éticas**

Este proyecto de investigación está fundamentado en los principios nacionales e internacionales que rigen la investigación en humanos. No es una investigación experimental pero hemos leído y aceptamos los principios de la **Declaración de Helsinki** promulgada por la (WMA), Asociación Médica Mundial. Hemos incluido los siguientes aspectos en la elaboración del documento y muy especialmente en la construcción del consentimiento escrito e informado a saber:

1. Principio básico del respeto por el individuo (Artículo 8, 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación.
2. El deber como investigadores es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10)
3. El Principio de bienestar del sujeto primará sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5),

Además, hemos revisado y consultado la **RESOLUCIÓN Nº 008430 de 1993** del 4 de octubre de 1993, Artículo 11 ítem b, Investigación de Riesgo Mínimo. Igualmente hemos elaborado los demás aspectos éticos de nuestra investigación según Artículos 12 al 15 muy especialmente.

Los investigadores declaramos no tener ningún conflicto de interés, y los datos consignados en esta propuesta como nuestros hallazgos no comprometen nuestra institución.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de La Victoria sede Instituto Materno Infantil y el Hospital de Engativá. Como se mencionó

anteriormente, siempre se obtuvo el consentimiento de los participantes luego de explicar las características y objetivos del estudio.

#### **9.4 Fuentes de información y técnicas de recolección**

Se consideró como individuo potencial de ser estudiado a toda mujer embarazada que asistió a control prenatal en cualquiera de las instituciones parte del estudio, con edad gestacional de 36 a 41 semanas y puérperas en su 4<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> semana postparto que no presenten ningún criterio de exclusión.

Una vez definido que la paciente era apta para ingresar al estudio, se le explicó claramente el objetivo de este estudio, las pacientes que aceptaron participar en el mismo, firmaron el consentimiento informado presentado en el Anexo 2 de este protocolo. Se procedió a realizar una encuesta que pretendía determinar características socio demográficas y psicosociales de cada una de las participantes. La encuesta sociodemográfica aplicada se encuentra consignada en el Anexo 3 para pacientes gestantes y en el Anexo 4 para las puérperas.

Posteriormente se entregó a cada participante la Escala de Edimburgo de depresión posparto (Anexo 1) para su auto diligenciamiento.

Una vez contestada la encuesta y diligenciada la escala se calculó el puntaje obtenido en la misma y las pacientes con un puntaje mayor o igual de 10 fueron valoradas por Profesionales con entrenamiento en Salud Mental quienes fueron los encargados de emitir el diagnóstico definitivo de Depresión mayor, otros trastornos depresivos o normalidad basado en los criterios diagnósticos consignados en el DSM V.

Las pacientes quienes, a criterio del profesional de salud mental, requirieron tratamiento o seguimiento por salud mental fueron direccionadas para continuar con el tratamiento necesario en su EPS.

## 9.5 Análisis de datos

Todos los datos se recopilaron y procesaron en EPI Info 7.

Se realizó una estadística descriptiva preliminar para cada una de las variables incluidas en el estudio. La prevalencia de la Depresión con inicio en el periparto se calculó de manera independiente para la población de mujeres durante el embarazo (36 a 41 semanas) y para la población de puérperas (4 a 6 semanas) y teniendo en cuenta la proporción de mujeres diagnosticadas con depresión periparto en cada grupo por el personal de salud mental en cada punto de evaluación.

El análisis posterior evaluó las posibles relaciones entre el diagnóstico de Depresión periparto y las características sociodemográficas de las participantes utilizando tablas de 2x2, prueba de chi cuadrado y prueba exacta de Fisher para establecer asociaciones y significancia estadística.

Finalmente se evaluó la correlación entre las tres preguntas contenidas en las Guías de atención integral para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio publicadas en el 2013 en Colombia y el diagnóstico de Depresión durante la gestación o en el posparto

## 10. Resultados

### - Depresión durante el embarazo o prenatal (semana 36 a 41 de gestación)

Para el grupo de pacientes gestantes se obtuvo un total de 151 participantes, sus características sociodemográficas se encuentran consignadas en la tabla 1, de las cuales se encontraron 44 pacientes con Escala de Edimburgo mayor o igual a 10 puntos, 35 de las cuales fueron valoradas por profesionales del área de salud mental y las 9 restantes no continuaron el proceso, debido a situaciones personales y administrativas no asistieron a la consulta programada con salud mental a pesar de múltiples llamadas telefónicas y citas otorgadas. De las 35 evaluadas, 16 fueron diagnosticadas con Trastorno depresivo mayor con inicio en

el parto (inicio durante la gestación), 8 pacientes presentaron diagnóstico de Distimia, 4 fueron diagnosticadas con reacción emocional de ajuste y las 7 restantes como pacientes sanas.

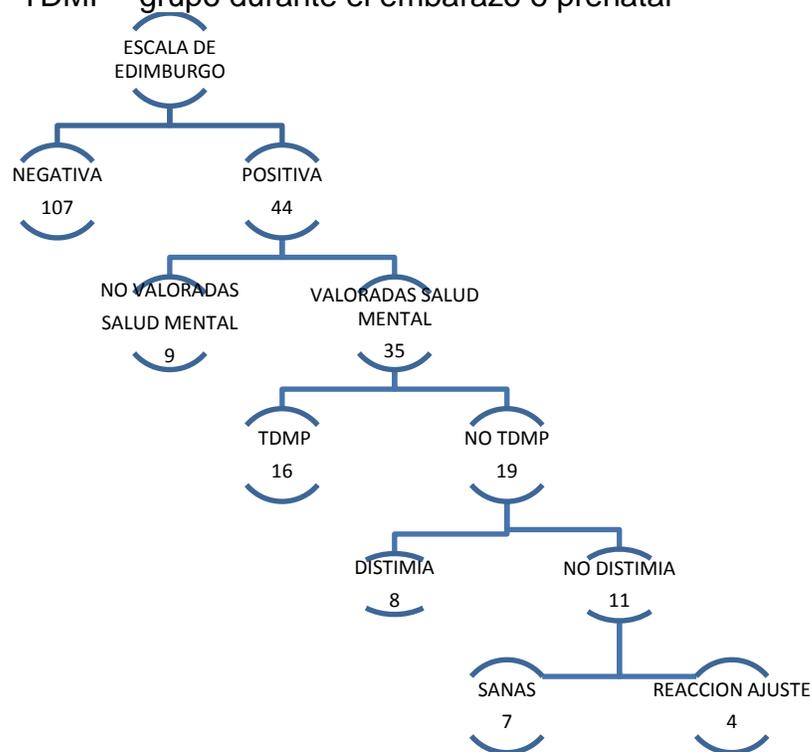
**Tabla 1. Características socio demográficas población de gestantes - prenatal**

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	n(%)	CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICA	n (%)
Número de pacientes	151	NUMERO DE PARTOS	
HOSPITAL		0	74 (49.01%)
Engativá	88 (58.28%)	1	47 (31.13%)
Instituto Materno Infantil	63 (41.72%)	2	18 (11.92%)
EDAD		3	7 (4.64%)
15 -19 años	39 (32.23%)	4	3 (1.99%)
20 – 29 años	79 (65.28%)	5 o más	2 (1.33%)
30 – 39 años	28 (23.14%)	EMBARAZO PLANEADO	
> 40 años	5 (4.13%)	No	94 (62.25%)
AFILIACION		Si	57 (37.75%)
Subsidiadas	125 (82.77%)	CONTROLES PRENATALES	
Vinculadas	26 (17.33%)	4 o menos	36 (23.8%)
ESTADO CIVIL		5 o más	115 (76.15%)
Soltera	46 (30.46%)	CONSUMO DE CIGARRILLO	
Casada	12 (7.94%)	Si	149 (98.68%)
Unión Libre	91 (60.26%)	No	2 (1.32%)
Divorciada	2 (1.32%)	CONSUMO DE ALCOHOL	
ESCOLARIDAD		Si	150 (99.33%)
Secundaria incompleta o menos	67 (44.67%)	No	1 (0.77%)
Secundaria completa o mas	84 (55.33%)	CONSUMO DE DROGAS	
NIVEL SOCIOECONOMICO		Si	2 (1.33%)
Alto	2 (1.33%)	No	149 (98.67%)
Bajo	52 (34.67%)	ALTERACIONES PROPIAS DEL EMBARAZO	
Medio	96 (64.0%)	No	109 (72.19%)
OCUPACION		Si	42 (27.81%)
Hogar	111 (73.50%)	RELACION DE PAREJA	
Estudiante	15 (9.90%)	Buena	119 (78.81%)
Comerciante	8 (5.29%)	Mala	32 (21.19%)
Empleada Domestica	5 (3.30%)	APOYO FAMILIAR	
Empleo No Profesional	6 (3.90%)	Si	143 (94.70%)

Empleo Profesional	6 (3.90%)	No	8 (5.30%)
NUMERO DE EMBARAZOS		EDAD GESTACIONAL	
1	63 (41.72%)	36 semanas	49 (32.66%)
2	44 (29.14%)	37 semanas	43 (28.66%)
3	26 (17.22%)	38 semanas	24 (24.67%)
4	9 (5.96%)	39 semanas	20 (13.33%)
6	2 (1.32%)	40 semanas	1 (0.67%)
9	1 (0.66%)		

Cont. Tabla 1 Características socio demográficas población gestantes prenatal

Grafico 1. Resultados de la tamización con escala de Edimburgo y diagnóstico de TDMP - grupo durante el embarazo o prenatal



Se calculó una prevalencia de 10.59% para TDMP - Depresión durante el embarazo o prenatal. Si tomamos en cuenta a las pacientes diagnosticadas con Distimia o trastorno depresivo persistente (DSM V), que igualmente necesitan manejo médico, podemos decir que se encontró Diagnostico de Trastorno del estado del ánimo o trastornos depresivos en el 15.89% de la población valorada prenatal.

Estas pacientes fueron direccionadas para continuar tratamiento por salud mental en sus respectivas EPS, según el criterio de los especialistas.

Dentro de las variables socio demográficas de las pacientes se encontró relación con depresión periparto estadísticamente significativa en las participantes que tenían una mala relación de su pareja con un OR 8.21 IC 95% (2.85 – 24.94) y una  $p < 0.01$  y se encontró como factor protector el reportar como ocupación actual ser amas de casa con un OR de 0.23 IC 95% (0.076 – 0.69) y una  $p < 0.0001$ .

Las variables evaluadas se resumen en la Tabla 3.

**Tabla 2. Relación de características sociodemográficas con TDMP - grupo durante el embarazo o prenatal**

CARACTERISTICA SOCIODEMOGRAFICA	DPP	No DPP	OR	95% CI
Edad < 20 años	5 (3.31%)	4 (2,64%)	1.35	0.43 – 4,16
No unidas a compañero	6 (3,97%)	42 (27.81%)	1.32	0.42 - 3.90
Bachiller incompleto o menos	8 (5.29%)	59 (39.07%)	1.28	0.44 - 3.75
Ocupación hogar	7 (4.63%)	104 (68.87%)	0.23	0.076 - 0.69 p : 0,0044
Primera gestación	6 (3,97%)	57 (37.74%)	0.82	0.26 - 2.4
Embarazo no planeado	12 (7.90%)	82 (54.30%)	1.93	0.61 – 7,26
Mala relacion de pareja	11 (7.28%)	21 (13.90%)	8,21	2,85 – 24,94 p 0,000049
Menos de 5 controles prenatales	2 (1.32%)	34 (22,5%)	0.42	0.062 – 1,75
Alteraciones propias embarazo	5 (3.31%)	37 (24.50%)	0,78	0.23 – 2,33
Falta de apoyo familiar	2 (1.32%)	6 (3.97%)	3,03	0,39 – 15,9
Consumo de drogas psicoactivas	1 (0.66%)	1 (0.66%)	8,68	0,21 - 350
Tener problemas económicos	8 ( 5,29%)	38 (25,1)	2,53	0,85 – 7,49

El tercer objetivo a evaluar fue la relación entre el diagnóstico de Depresión periparto tamizado con EPDS, como Gold Standard, y las preguntas de Whooley consignadas en las Guías de atención integral para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, publicadas en el 2013, para lo cual se calculó la sensibilidad de cada una de las preguntas para la detección de Depresión periparto.

Para la primera pregunta “¿Durante el mes pasado, se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza con frecuencia?” se encontró una sensibilidad del 87.5%, especificidad del 36.8%, VPP del 53.8%, VPN: 77.8%.

**Tabla 3. Primera pregunta Whooley en el grupo prenatal**

		IC 95%
Sensibilidad	87,5%	64,0% a 96,5%
Especificidad	36,8%	19,1% a 59,0%
Valor predictivo positivo	53,8%	35,5% a 71,2%
Valor predictivo negativo	77,8%	45,3% a 93,7%

Para la segunda pregunta “¿Durante el mes pasado, ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas?” se encontró una sensibilidad del 62.5%, especificidad del 73.7%, VPP del 66.7%, VPN: 70.0%.

**Tabla 4. Segunda pregunta Whooley grupo prenatal**

		IC 95%
Sensibilidad	62,5%	38,6% a 81,5%
Especificidad	73,7%	51,2% a 88,2%
Valor predictivo positivo	66,7%	41,7% a 84,8%
Valor predictivo negativo	70,0%	48,1% a 85,5%

Para la tercera pregunta “Si respondió “Si” a alguna de las dos preguntas anteriores preguntas, siente que necesita ayuda?” se encontró una sensibilidad del 68.8%, especificidad del 76.5%, VPP del 73.3%, VPN: 72.2%.

**Tabla 5. Tercera pregunta Whooley grupo prenatal**

		IC 95%
Sensibilidad	68,8%	44,4% a 85,8%
Especificidad	76,5%	52,7% a 90,4%
Valor predictivo positivo	73,3%	48,0% a 89,1%
Valor predictivo negativo	72,2%	49,1% a 87,5%

**- Depresión postparto, 4 a 6 semanas de puerperio**

Para el grupo de pacientes entre 4 y 6 semanas posparto se obtuvo un total de 121 participantes, sus características sociodemográficas se encuentran consignadas en la tabla 5, de las cuales se obtuvieron 28 pacientes con encuesta de Edimburgo mayor o igual de 10 puntos, que representa el 23.1% de la muestra, 24 de las pacientes fueron valoradas por profesionales del área de salud mental y las 4 restantes no continuaron el proceso debido a situaciones personales y administrativas no asistieron a la consulta programada con salud mental a pesar de múltiples llamadas telefónicas y citas otorgadas.

**Tabla 6. Características socio demográficas pacientes posparto**

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS			
Número de pacientes	121		
HOSPITAL		VIA DEL PARTO	
Engativa	48 (39.33%)	Vaginal	44 (36.36%)
IMI	73 (60.33%)	Vaginal instrumentado	23 (19.00%)
EDAD		Cesárea	54 (44.60%)
15 -19 años	32 (26.44%)	Termino	
20 – 29 años	67 (55.37%)	Pre termino	38 (31.97%)
30 – 39 años	19 (15.70%)	A termino	83 (68.03%)
> 40 años	3 (2.47%)	SEXO	
AFILIACION		Masculino	64 (52.89%)
Contributivo	1 (0.83%)	Femenino	57 (47.11%)

Subsidiadas	100 (82.64%)	PESO DEL RN	
Vinculadas	20 (16.53%)	< 2500 g	32 (26.44%)
ESTADO CIVIL		2500 - 2999g	43 (35.53%)
Soltera	44 (36%)	3000 - 3500g	37 (30.57%)
Casada	11 (9.09%)	> 3500 g	9 (7.43%)
Unión Libre	62 (51.24%)	HOSPITALIZACION EN UCIN	
Divorciada	4 (3.31%)	SI	39 (32.24%)
ESCOLARIDAD		NO	82 (67.76%)
Secundaria incompleta o menos	45 (37.20%)	PROBLEMAS LACTANCIA	
Secundaria completa o mas	76 (62.80%)	SI	15 (12.40%)
NIVEL SOCIOECONOMICO		NO	106 (87.60%)
Alto	1 (0.83%)	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	
Bajo	57 (47.10%)	SI	90 (74.38%)
Medio	63 (52.07%)	NO	31 (25.62%)
OCUPACION		APOYO PAREJA EMBARAZO	
Hogar	93 (76.85%)	SI	26 (21.49%)
Estudiante	12 (9.91%)	NO	95 (78.51%)
Comerciante	4 (3.30%)	APOYO PAREJA POSPARTO	
Empleada Domestica	5 (4.13%)	SI	26 (21.49%)
Empleo No Profesional	6 (4.95%)	NO	95 (78.51%)
Empleo Profesional	1 (0.83%)	APOYO FAMILIA EMBARAZO	
VIVE SOLA		SI	115 (95.04%)
SI	3 (2.48%)	NO	6 (4.96%)
NO	118 (97.52%)	APOYO FAMILIA POSPARTO	
NUMERO DE EMBARAZOS		SI	118 (97.52%)
1	68 (56.20%)	NO	3 (2.48%)
2	28 (23.14%)	EMOCION PREDOMINANTE EN EL POSPARTO	
3	14 (11.57%)	Alegría	91 (75.21%)
4	9 (7.44%)	Confusión	12 (9.92%)
5	2 (1.65%)	Miedo	12 (9.92%)
EMBARAZO PLANEADO		Rabia	2 (1.65%)
NO	81 (66.94%)	Tristeza	4 (3.31%)
SI	40 (33.06%)	CONFORMIDAD CON EL CUERPO	
CONSUMO DE CIGARRILLO		Conforme	78 (64.46%)
SI	1 (0.83%)	Disconforme	18 (14.88%)
NO	120 (99.17%)	Indiferente	25 (20.66%)
CONSUMO DE ALCOHOL		REANUDACION DE VIDA SEXUAL	
SI	2 (1.67%)	SI	73 (60.33%)
NO	119 (98.33%)	NO	48 (39.67%)
CONSUMO DE DROGAS			
SI	0 (0%)		
No	121 (100%)		

De las 24 pacientes evaluadas, 11 fueron diagnosticadas con TDMP - Depresión periparto en el posparto, 4 presentaron diagnóstico de Distimia, 5 presentaban reacción de ajuste y las 4 restantes se diagnosticaron como pacientes sanas.

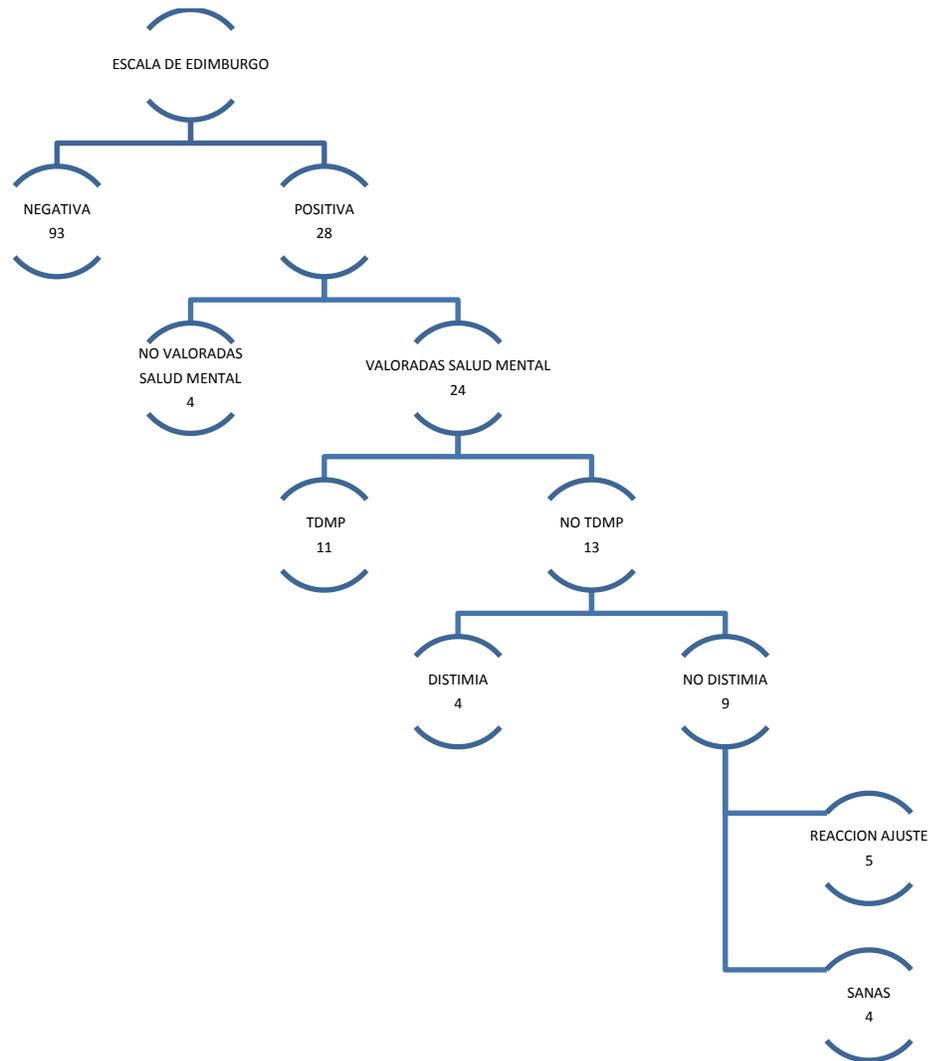
Se calculó una prevalencia de 9.09% para Depresión periparto en el posparto y al sumarlo con la pacientes diagnosticadas como Distima, se encontró diagnóstico de Trastorno del Estado del Animo o Trastornos depresivos en el 12.3% de la población valorada. Estas pacientes fueron direccionadas para continuar tratamiento por salud mental de la EPS según criterio de los especialistas del área.

Dentro de las variables socio demográficas de las pacientes, se encontró relación con depresión periparto estadísticamente significativa en las participantes que habían presentado parto pre termino con OR 4.39 IC 95% (1.19 – 18.2) y p 0.013, en aquellas con consumo de cigarrillo con OR 12 IC 95% (6.6 - 21) CON p 0.04 y el haber presentado problemas económicos con un OR 4.37 IC 95% (1.28 – 15.5) y p 0.012.

Se encontró como factor protector el reportar como sentimiento predominante después del parto Alegría al compararlo con rabia, miedo, confusión o tristeza con OR de 0.15 IC 95% (0.03 – 0.57) con p 0.02

Las variables evaluadas de las pacientes postparto se resumen en la Tabla 7.

**Grafico 2. Resultados de la tamización con escala de Edimburgo y diagnóstico de TDMP en el grupo posparto**



**Tabla 7. Relación de características sociodemográficas con TDMP en el grupo posparto**

<b>CARACTERISTICA SOCIODEMOGRAFICA</b>	<b>DPP</b>	<b>No DPP</b>	<b>OR</b>	<b>95% CI</b>
Edad < 20 años	3 (2.47%)	29 (23.97%)	1.04	0.21 - 4.11
No unidas a compañero	6 (4.96%)	42 (34.71%)	1.88	0.51 - 7.10
Bachiller incompleto o menos	6 (4.96%)	39 (32.23%)	2.17	0.59- 8.18
Ocupación hogar	10 (8.26%)	83 (68.6%)	3.23	0.50 – 73,7
Primer parto	5 (4.13%)	63 (52.06%)	0,62	0.16 - 2.26
Embarazo no planeado	8 (6.61%)	73 (60.33%)	1.34	0.34 - 6.60
Menos de 5 controles prenatales	5 (3.30%)	28 (23.14%)	1.62	0.40 - 6.19
Parto pretermino	7 (5.78%)	31 (25.62%)	4,39	1.19 - 18.2 p 0,013
Problemas con lactancia	3 (2.47%)	12 (9.91%)	3.17	0.98 - 10.23
Complicaciones salud recién nacido	2 (1.65%)	31 (25.62%)	0.62	0.08 - 2.80
Falta de apoyo familiar en embarazo	2 (1.65%)	4 (3,3%)	5,73	0,65 - 37
Falta de apoyo familiar en posparto	1 (0.83%)	2 (1.65%)	5,26	0,16-74,4
Falta de apoyo pareja en embarazo	8 (6.61%)	87 (71.90%)	0.70	0,17 -3,52
Falta de apoyo pareja en posparto	7 (5.78%)	87 (71.90%)	0.46	0.12 - 1.9
Alegría luego del parto	4 (3.30%)	87 (71.90%)	0,15	0.03 - 0.57 p 0,0027
Consumo cigarrillo	1 (0.83%)	0	12	6.63 - 21.7 p 0,04
Consumo de alcohol	1 (0.83%)	1 (0.83%)	10,4	0,25 - 427
Disconformidad con el cuerpo	7 (5.78%)	36 (29.75%)	3,55	0,96 – 14,6
No reinicio relaciones sexuales	8 (6.61%)	40 (33.06%)	0.72	0.20 - 2.25
Tener Problemas Económicos	6 (4,59%)	20 ( 16,5 %)	4,37	1.281– 15,5 p 0,012

En las pacientes postparto también se evaluó la relación entre el diagnóstico de Depresión Periparto tamizado con la encuesta de Edimburgo, como gold standard, y las preguntas de Whooley consignadas en las Guías de práctica clínica, anteriormente mencionadas, encontrando lo siguiente:

Para la primera pregunta “¿Durante el mes pasado, se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza con frecuencia?” se encontró una sensibilidad del 100%, especificidad del 61.5%, VPP del 68.8%, VPN: 100%.

**Tabla 8. Primera pregunta Whooley grupo posparto**

		IC 95%
Sensibilidad	100,0%	74,1% a 100,0%
Especificidad	61,5%	35,5% a 82,3%
Valor predictivo positivo	68,8%	44,4% a 85,8%
Valor predictivo negativo	100,0%	67,6% a 100,0%

Para la segunda pregunta “¿Durante el mes pasado, ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas?” se encontró una sensibilidad del 63.6%, especificidad del 38.5%, VPP del 46.7%, VPN:55.6 %.

**Tabla 9. Segunda pregunta Whooley grupo posparto**

		IC 95%
Sensibilidad	63,6%	35,4% a 84,8%
Especificidad	38,5%	17,7% a 64,5%
Valor predictivo positivo	46,7%	24,8% a 69,9%
Valor predictivo negativo	55,6%	26,7% a 81,1%

Para la tercera pregunta “Si respondió “Si” a alguna de las dos preguntas anteriores preguntas, siente que necesita ayuda?” se encontró una sensibilidad del 72.7%, especificidad del 72.7%, VPP del 72.7%, VPN: 72.7%.

**Tabla 10. Tercera pregunta Whooley grupo posparto**

		IC 95%
Sensibilidad	72,7%	43,4% a 90,3%
Especificidad	72,7%	43,4% a 90,3%
Valor predictivo positivo	72,7%	43,4% a 90,3%
Valor predictivo negativo	72,7%	43,4% a 90,3%

## **11. Discusión**

La depresión en la etapa perinatal es un problema de salud público ignorado y por lo tanto subdiagnosticado en nuestro medio.

La alta prevalencia de esta patología ha sido evidenciada en múltiples estudios que la ubican entre el 10 – 30% en la mayoría de los reportes y que es congruente con los resultados de nuestro estudio en el cual se encontró una prevalencia de 10.59% en el grupo preparto y 9.09% en el grupo posparto. Sin embargo a nivel nacional se han obtenido resultados tan disimiles como el un grupo de Bucaramanga en 2004 que reporto una prevalencia de 4.2 % o el grupo de Cali en 2013 con una prevalencia de 46%. Esto se puede explicar por las diferencias sociodemográficas de las poblaciones evaluadas además del hecho de incluir trastornos depresivos menores dentro del diagnóstico realizado en Cali.

La literatura también ha identificado múltiples factores de riesgo asociados a la presencia de la Depresión periparto, sin embargo, no existe un consenso al respecto ya que los resultados pueden ser contradictorios.

En nuestro estudio identificamos que la mala relación de la paciente con su compañero sentimental estaba relacionada con la presencia de Depresión periparto, hallazgo que ha sido repetidamente reportado en artículos al respecto, sin embargo, por el tipo de estudio realizado no podemos definirlo como concluyente.

Encontramos también relación entre la Depresión periparto y el consumo de cigarrillo lo cual ha sido debatido por artículos internacionales, debido a que no podemos establecer si el cigarrillo es un factor de riesgo, o si la mujer deprimida tiende a fumar más por su estado emocional.

El antecedente de parto pre término fue estadísticamente significativo en nuestro estudio sin que hayamos encontrado en la literatura reportes similares.

Como factores protectores con significancia estadística encontramos el ser ama de casa y sentir alegría en el posparto.

Otro hallazgo que consideramos importante fue la correlación realizada entre la contestación afirmativa de alguna de las preguntas consignadas en las guías de práctica clínica de control prenatal de Colombia, publicadas en el 2013, y el diagnóstico definitivo de Depresión periparto ya que se encontró que podrían alcanzar una sensibilidad del 100% en alguno de los momentos de diagnóstico con un valor predictivo negativo del 100%. Este hallazgo, aunque de alguna forma valida la utilidad de la herramienta recomendada por dichas guías, requiere nuevos estudios con un diseño apropiado para generar resultados más concluyentes. Además hace necesario que se evalúe esta herramienta para que sea aplicada no solo durante el embarazo sino también en el posparto.

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio consideramos que el hecho de haber recolectado los datos en instituciones de salud urbanas, nuestros hallazgos no pueden ser extrapolados a la población rural, así mismo, por pertenecer a la red pública del distrito, casi la totalidad de las participantes pertenecían al régimen subsidiado de salud, por lo que nuevos estudios debería realizarse con población de los dos regímenes de aseguramiento.

Consideramos que los resultados obtenidos son muy valiosos debido a que nos muestra una realidad que está sucediendo durante la gestación y el puerperio en la ciudad de Bogotá. Esperamos los resultados de este estudio sean útiles para generar nuevas hipótesis y ser el punto de partida para nuevas investigaciones.

## 12. REFERENCIAS

1. Urdaneta J, Rivera A, García J, et al. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo Rev. ChilObstetGinecol 2010; 75(5): 312 - 320
2. Latorre-Latorre JF, Contreras-Pezzottic LM, Herrán-Fall OF. Depresión posparto en una ciudad colombiana Factores de riesgo, Aten Primaria 2006;37(6):332-338
3. Oviedo Lugo G, Jordán Mondragón V. Trastornos afectivos posparto. UNIVERSITAS MÉDICA. 2006; 2 (47): 131-140
4. Hendrick V, Altshuler L, Suri R, Hormonal Changes in the Postpartum and Implications for Postpartum Depression. PSYCHOSOMATICS. 1998; 39 (2): 93-101
5. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Álvarez, A, Estrada-Martínez S, et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. Gac Méd Méx. 2010; 146 (1): 1-9
6. Milligrom J, Gemmill A, Screening for perinatal depression, Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2014; 28: 13–23
7. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987; 150: 782 - 6
8. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R, A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. Acta Psychiatr Scand 2009; 119: 350–364
9. Garcia-Esteve L, Ascaso C y cols. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. Journal of Affective Disorders. 2003; 75: 71–76
10. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Álvarez, A et al. Validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a Population of Adult Pregnant Women in Mexico. J Clin Med Res. 2014; 6(5): 374-378
11. Campo-Arias A, Ayola-García C. Escala de Edimburgo para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*. 2007; 58 (4): 277-283
12. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. RevMéd Chile 2008; 136: 851-858
13. Chung TKH, Lau TK, Yip ASK et al. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. Psychosom Med 2001;63: 830– 834.

14. Moran TE, O'Hara MW. A partner-rating scale of postpartum depression: the Edinburgh Postnatal Depression Scale - Partner (EPDS-P). *Arch Womens Ment Health*. 2006; 9(4):173-180.
15. Becht MC, Van Erp CF, Teeuwisse TM, et al. Measuring depression in women around menopausal age: towards a validation of the Edinburgh Depression Scale. *Affect Disord*. 2001; 63 (1-3): 209-13.
16. Lloyd-Williams M, Friedman T, Rudd N. Criterion validation of the Edinburgh postnatal depression scale as a screening tool for depression in patients with advanced metastatic cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2000; 20(4):259-65.
17. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Hum* 2013; 27 (3): 185-193
18. Lara M.A, Navarrete L, Nieto L, Barba Martin JP, Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *Journal of Affective Disorders* 175 (2015) 18 – 24
19. Cuero Vidal O.L, Diaz Marin A. M. Prevalencia de Depresión Posparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia. Septiembre – Diciembre, 2011. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Vol 64 No 4. Octubre – Diciembre 2013. (371 – 378).
20. Krauss P, Marcos – Lovisi G, Pilowsky D, Lima L, Fortes – Legay L. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro, 25 (12): 2725 – 2736, dez, 2009.
21. Poo A.M, Espejo, C, Godoy C, Gualda de la C. M, Hernandez T, Perez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depression posparto en puerperas de un Centro de Atencion Primaria en el Sur de Chile. *Rev Med Chile* 2008; 136:44-52.
22. Gaynes B, Gavin N, Meltzer – Brody S, Lohr K, Swinson T. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. Evidence Report/ Technology Assesment, Number 119. 2005
23. Milgrom J, Gemmill A, Bilszta J, Hayes B, Barnett B. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders* 108 (2008) 147–157.
24. Banti S, Mauri M, Oppo A, Borri Ch, Rambelli C. From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression–Research & Screening Unit study. *Comprehensive Psychiatry* 52 (2011) 343–35.
25. Perez Villegas R, Saez Carrillo K, Alarcon Barra L, Aviles Acosta V. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2007;67(3):187-191.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### Escala Edinburgh para la Depresión Postnatal (Spanish Version)

Nombre de participante: \_\_\_\_\_ Número de identificación de participante: \_\_\_\_\_

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

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

A continuación se muestra un ejemplo completado:

Me he sentido feliz:

Sí, todo el tiempo \_\_\_\_\_ 0

Sí, la mayor parte del tiempo  1

No, no muy a menudo \_\_\_\_\_ 2

No, en absoluto \_\_\_\_\_ 3

*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 \_\_\_\_\_ 0  
No tanto ahora \_\_\_\_\_ 1  
Sin duda, mucho menos ahora \_\_\_\_\_ 2  
No, en absoluto \_\_\_\_\_ 3
2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:  
Tanto como siempre \_\_\_\_\_ 0  
Algo menos de lo que solía hacerlo \_\_\_\_\_ 1  
Definitivamente menos de lo que solía hacerlo \_\_\_\_\_ 2  
Prácticamente nunca \_\_\_\_\_ 3
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:  
Sí, casi siempre \_\_\_\_\_ 3  
Sí, algunas veces \_\_\_\_\_ 2  
No muy a menudo \_\_\_\_\_ 1  
No, nunca \_\_\_\_\_ 0
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:  
No, en absoluto \_\_\_\_\_ 0  
Casi nada \_\_\_\_\_ 1  
Sí, a veces \_\_\_\_\_ 2  
Sí, muy a menudo \_\_\_\_\_ 3
5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:  
Sí, bastante \_\_\_\_\_ 3  
Sí, a veces \_\_\_\_\_ 2  
No, no mucho \_\_\_\_\_ 1  
No, en absoluto \_\_\_\_\_ 0
6. Las cosas me oprimen o agobian:  
Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas \_\_\_\_\_ 3  
Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera \_\_\_\_\_ 2  
No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien \_\_\_\_\_ 1  
No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre \_\_\_\_\_ 0
7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:  
Sí, casi siempre \_\_\_\_\_ 3  
Sí, a veces \_\_\_\_\_ 2  
No muy a menudo \_\_\_\_\_ 1  
No, en absoluto \_\_\_\_\_ 0
8. Me he sentido triste y desgraciada:  
Sí, casi siempre \_\_\_\_\_ 3  
Sí, bastante a menudo \_\_\_\_\_ 2  
No muy a menudo \_\_\_\_\_ 1  
No, en absoluto \_\_\_\_\_ 0
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:  
Sí, casi siempre \_\_\_\_\_ 3  
Sí, bastante a menudo \_\_\_\_\_ 2  
Ocasionalmente \_\_\_\_\_ 1  
No, nunca \_\_\_\_\_ 0
10. He pensado en hacerme daño:  
Sí, bastante a menudo \_\_\_\_\_ 3  
A veces \_\_\_\_\_ 2  
Casi nunca \_\_\_\_\_ 1  
No, nunca \_\_\_\_\_ 0

31

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Texto adaptado del *British Journal of Psychiatry*, Junio, 1987, vol. 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Segovsky.

## ANEXO 2

### Consentimiento Informado

#### CARACTERIZACIÓN DE DEPRESIÓN PERINATAL EN MUJERES ATENDIDAS EN HOSPITALES DE LA CIUDAD DE BOGOTA VALORADAS POR LA ESCALA DE EDIMBURGO - 2015

#### Formato de consentimiento informado para la participación en el estudio y la recolección de datos

<b>Investigadores:</b>	Adriana Marcela Caamaño Gómez, MD Diana Constanza Contreras Hernández, MD
<b>Director del proyecto:</b> <b>Co Directora del Proyecto</b>	Arturo Parada , MD. Ginecólogo Obstetra. MSc Ma. Victoria Valero, Dr SP.
<b>Institución ejecutora:</b>	Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia

#### Propósito del estudio

El departamento de obstetricia y ginecología de la Universidad Nacional de Colombia está realizando un estudio para determinar la frecuencia en que ocurre **depresión perinatal en el control prenatal y en el puerperio** tardío entre las 4 - 6 semanas, evaluadas con la escala de Edimburgo y diagnosticadas según los criterios del DSM V y evaluar su asociación con variables sociodemográficas, clínicos y psicosociales de las pacientes. Con el fin de determinar la aplicabilidad de implementar de forma estandarizada la escala de Edimburgo como método de tamización de depresión perinatal, como herramienta de bajo costo, fácil acceso para determinar mujeres en riesgo, que requieran intervención oportuna y tratamiento de ser el caso.

#### ¿Quiénes participarán en el estudio?

En este estudio participarán mujeres gestantes y en posparto hasta las 6 semanas nacidos por cesárea o por parto vaginal, atendidos en hospitales seleccionados de la red pública o privada de segundo o tercer nivel de la ciudad de Bogotá que cuentan con el convenio docencia servicio con la Universidad Nacional y que deseen participar voluntariamente en la investigación. No recibirán ningún tipo de retribución económica

**¿Qué pasará durante el estudio?** Si usted acepta participar en el presente estudio, se desarrollarán las siguientes actividades:

Personal médico entrenado y calificado le hará una serie de preguntas generales sobre sus datos y el desarrollo de su embarazo.

Personal de la salud le entregará una encuesta que usted diligenciará y que consta de 10 preguntas sobre su estado de ánimo. La información obtenida por el médico será utilizada para la presente investigación de manera confidencial.

De ser necesario según los resultados de su encuesta, será entrevistada por un especialista en psiquiatría quien realizará unas preguntas generales y una evaluación clínica. La información obtenida en el examen por el médico será utilizada para la presente investigación.

### **¿Qué información sobre el estudio recibirá a lo largo del desarrollo del proyecto?**

Al participar usted será informada de los resultados clínicos de su encuesta, y si está en riesgo o cursa con diagnóstico de depresión perinatal. Así mismo, podrá conocer los resultados del estudio una vez este haya sido terminado y sea difundido en revistas o medios científicos especializados.

### **¿Qué daños podrían ocurrirle si toma parte de este estudio?**

Ninguno. Dado que el interrogatorio y el examen físico para la mujer son iguales a los que se practican en un acto médico y serán realizados por personal entrenado y calificado, no se espera ningún riesgo o daño para la salud por su participación en el estudio. Asimismo, la información obtenida en la encuesta se centrará en datos personales y demográficos generales, se garantiza la protección a la intimidad, confidencialidad y privacidad de la información obtenida. Usted puede negarse a contestar cualquier pregunta si así lo considera pertinente.

### **¿Cómo se podría beneficiar si participa en el estudio?**

Esta investigación podrá beneficiar a muchas personas tanto personal de la salud como pacientes en las instituciones en su control prenatal y puerperio, al evaluar la necesidad de realizar la tamización activa de Depresión Perinatal, como herramienta de bajo costo, fácil acceso para determinar mujeres en riesgo, que requieran intervención oportuna y tratamiento de ser el caso. Usted no recibirá ningún tipo de incentivo o estímulo de cualquier índole por su participación en el presente estudio.

### **Confidencialidad**

La información que se obtenga será utilizada únicamente para los propósitos del estudio y no se compartirá o revelará con otras personas no involucradas en él. No se utilizarán su nombre o cualquier mecanismo que permita su identificación en ningún reporte o publicación. .

### **Costo de su participación**

La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted.

### **Sus derechos en el estudio**

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted no desea participar, esta decisión no tendrá ninguna consecuencia para usted, su recién nacido o su grupo familiar, y continuará recibiendo los mismos cuidados médicos necesarios para la atención de su condición clínica. Adicionalmente, después de iniciado el estudio, usted podrá retirarse en cualquier momento y por cualquier razón sin que ello afecte la calidad de la atención o los cuidados que usted recibirá como consecuencia de la atención de su embarazo o parto y puerperio.

En caso de que tenga preguntas adicionales sobre el presente estudio usted puede contactar a cualquiera de los investigadores del presente estudio. Para preguntas sobre sus derechos o para reportar algún tipo de daño que usted crea se deba a su participación en el estudio, por favor contacte al Dr. Alejandro Bautista, Director del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional de Colombia, Hospital la victoria Instituto Materno Infantil, Cra 10 # 1-75 sur Piso 4 teléfono 2465841

**¿Qué otros aspectos debo tener en cuenta?**

Se puede requerir la utilización de los datos recolectados en este estudio para ser usados en estudios posteriores. Esta información puede resultar en nuevo conocimiento que beneficie directa o indirectamente a los miembros de la comunidad como usted. Para el almacenamiento y utilización de los datos en estudios posteriores, además de su autorización, se deberá contar con la aprobación del comité de ética y se conservará en anonimato los datos de identificación.

**Autorizo el almacenamiento y utilización de los datos que fueron extraídos en estudios de investigación posteriores:**

SI  NO

Con su firma usted certifica que ha leído o alguien le ha leído el presente formato de consentimiento informado, que le han sido resueltas todas sus preguntas satisfactoriamente y que acepta participar voluntariamente en el presente estudio. Los efectos de este consentimiento informado serán para la totalidad de la duración del estudio..

**Lugar y fecha**

Nombre de la participante : \_\_\_\_\_

Número de documento de Identidad: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Firma o huella digital:** \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo : \_\_\_\_\_

Número de documento de Identidad: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Firma o huella digital:** \_\_\_\_\_

Nombre del Investigador: \_\_\_\_\_

Número de documento de Identidad: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

ANEXO 3

CARACTERIZACIÓN DE DEPRESIÓN PERINATAL EN MUJERES ATENDIDAS  
EN HOSPITALES DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ VALORADAS POR LA  
ESCALA DE EDIMBURGO -2015

Escala Socio-Demográfica

Nombre y Apellido:

Edad:

Documento de Identidad:

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Edad Gestacional:

Afiliación SGSS:  Vinculado  Subsidiado  Contributivo

Estado Civil:  Soltera  Casada  Unión Libre  Divorciada  Viuda

Escolaridad:  Ninguna  Primaria Incompleta  Primaria Completa  
 Secundaria incompleta  Secundaria Completa  Técnica Incompleta  
 Técnica Completa  Universidad Incompleta  Universidad Completa

Nivel socioeconómico:  Bajo  Medio  Alto

¿Vive sola? Sí  No  ¿Con Quién?

Ocupación Actual

Número de Veces que ha estado embarazada incluyendo el presente:

Número de Partos (vaginales o cesáreas) que ha tenido:

Número de Abortos o Pérdidas

Nº hijos vivos

Hijos con enfermedad mental  Sí  No

Hijos con enfermedad física  Sí  No

¿Este embarazo fue Planeado?  Sí  No

¿Actualmente ha aceptado este?  Sí  No

Número de controles prenatales:

Fuma Sí  No  Cigarrillos/día

Consumo alcohol Sí  No  ¿cuantas veces a la semana?

Consumo drogas Sí  No  ¿cuál?

#### Alteraciones propias del embarazo

¿Que alteraciones o enfermedades ha presentado en este embarazo?

Ninguno  Trastornos hipertensivos del embarazo

Diabetes Gestacional  Diabetes Pregestacional

Hipotiroidismo  Hipertiroidismo

Otros

Que enfermedades ha tenido antes del embarazo?

---

¿Cómo es su relación de pareja?:  Buena  Mala

Durante el embarazo ha tenido apoyo de su familia:  Si  No

Tiene algún problema personal que le cause estrés:  Si  No

Tiene algún problema familiar que le cause estrés:  Si  No

Tiene algún problema económico que le cause estrés:  Si  No

¿Durante el mes pasado, se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza con frecuencia?

Si\_\_\_ No\_\_\_

¿Durante el mes pasado, ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Si respondió " Si "a alguna de las dos preguntas anteriores responda

- Siente que necesita ayuda? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

ANEXO 4

CARACTERIZACIÓN DE DEPRESIÓN PERINATAL EN MUJERES ATENDIDAS  
EN HOSPITALES DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ VALORADAS POR LA  
ESCALA DE EDIMBURGO -2015

Escala Socio-Demográfica a evaluar en el posparto

Nombre y Apellido:

Edad: Documento de identidad:

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Afiliación SGSS:  Vinculado  Subsidiado  Contributivo

Estado Civil:  Soltera  Casada  Unión Libre  Divorciada  Viuda

Escolaridad:  Ninguna  Primaria Incompleta  Primaria Completa  
 Secundaria incompleta  Secundaria Completa  Técnica Incompleta  
 Técnica Completa  Universidad Incompleta  Universidad Completa

Nivel socioeconómico:  Bajo  Medio  Alto

¿Vive sola? Sí  No  ¿Con Quién?

Ocupación Actual

Número de Veces que ha estado embarazada incluyendo el presente:

Número de Partos (vaginales o cesáreas) que ha tenido:

Número de Abortos u Pérdidas

Nº hijos vivos

Hijos con enfermedad mental  Sí  No

Hijos con enfermedad física  Sí  No

¿Este embarazo fue Planeado?  Sí  No

¿Actualmente ha aceptado este?  Sí  No

Número de controles prenatales:

Fuma Sí  No  Cigarrillos/día

Consumo alcohol Sí  No  ¿cuantas veces a la semana?

Consumo drogas Sí  No  ¿cuál?

Fecha del Parto:

Vía del Parto:  Vaginal  Vaginal Instrumentado  Cesárea

Parto a Término  Parto Pretérmino

Lugar de atención

Sexo:  Masculino  Femenino

Peso del Recién Nacido

¿Complicaciones neonatales y Patológicas del Recién Nacido?:

Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Fue hospitalizado en UCI? Sí  No  ¿Cuantos días?

Problemas con la lactancia  Sí  No

Lactancia materna exclusiva  Sí  No

¿Conto con el apoyo de sus familiares durante el embarazo? Sí  No

¿Conto con el apoyo de sus familiares en el postparto? Sí  No

¿Conto con el apoyo de su pareja durante el embarazo? Sí  No

¿Conto con el apoyo de su pareja en el postparto? Sí  No

¿Tiene algún problema personal que le cause estrés? Sí  No

¿Tiene algún problema familiar que le cause estrés: Sí  No

¿Tiene algún problema económico que le cause estrés: Sí  No

En los primeros días luego de su parto ¿Cómo se sentía respecto a la maternidad?

Bien  Mal  Muy mal

De las siguientes emociones: ¿Cuál predominó después del parto?

Alegría  Tristeza  Rabia  Miedo  Confusión

¿Cómo se siente con su cuerpo?

Conforme  Disconforme  Indiferente

¿Reanudó su vida sexual?

Sí  No

Al cuanto tiempo de nacido el bebé (Semanas)

Nivel de estrés (sobrecarga) experimentado en los cuidados del niño  
De cero a diez (siendo cero no estresada y diez muy estresada)



¿Durante el mes pasado, se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza con frecuencia?

Sí \_\_\_ No\_\_\_

¿Durante el mes pasado, ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas? Sí\_\_\_ No\_\_\_

Si respondió "Sí" a alguna de las dos preguntas anteriores responda  
- ¿Siente que necesita ayuda? Sí\_\_\_ No\_\_\_