



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**Facultad de Medicina**  
**División de Estudios de Postgrado**

---

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**Unidad Médica de Alta Especialidad No. 4**  
**Hospital de Gineco Obstetricia**  
**“Luis Castelazo Ayala”**

**SOSPECHA DE DEPRESIÓN POSPARTO MEDIANTE LA APLICACIÓN DE  
LA ESCALA DE EDIMBURGO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES  
HIPERTENSIVAS**

Tesis para obtener el grado de especialista en Ginecología y Obstetricia

**Presenta**

Dr. Irving Olaf Morales Cruz

**Tutor**

Dra. María Guadalupe Álvarez Jiménez



Ciudad de México

**Diplomación Oportuna Junio 2019**  
**Graduación Febrero 2020**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS**

Por medio de la presente informamos que el Dr. Irving Olaf Morales Cruz residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia ha concluido la escritura de su tesis **“Sospecha de depresión posparto mediante la aplicación de la escala de Edimburgo en pacientes con enfermedades hipertensivas”** con número de registro del proyecto R-2018-3606-006 por lo que otorgamos la autorización para la presentación y defensa de la misma.

---

**Dr. Oscar Moreno Álvarez**

Director General

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”

---

**Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer**

Director de Educación e Investigación en Salud

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”

---

**Dr. Sebastián Carranza Lira**

Jefe de la División de Investigación en Salud

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”

---

**Dra. María Guadalupe Álvarez Jiménez**

Asesor de Tesis

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”



**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación en Salud **3606** con número de registro **17 CI 09 010 024** ante COFEPRIS y número de registro ante  
CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 026 2016121**.  
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA

FECHA **Lunes, 26 de marzo de 2018.**

**DRA. MARÍA GUADALUPE ALVAREZ JIMÉNEZ**  
**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**SOSPECHA DE DEPRESIÓN POSPARTO MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE EDIMBURGO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS**

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro  
R-2018-3606-006

ATENTAMENTE

**DR. OSCAR MORENO ALVAREZ**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3606

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

## ÍNDICE

Dedicatoria	5
Resumen	6
Summary	7
Antecedentes	8
Planteamiento del problema	13
Objetivos	13
Hipótesis	13
Justificación	14
Material y métodos	14
Definición de variables	15
Análisis estadístico	18
Recursos y financiamiento	18
Aspectos éticos	19
Resultados	20
Discusión	21
Conclusiones	22
Bibliografía	23
Anexos	25

## **DEDICATORIA**

A Dios, por darme la vida y la oportunidad de continuar este camino con la fortaleza necesaria para enfrentar, con serenidad, cada día.

A mis padres y a mi hermana, por los valores que me inculcaron, por el amor y el apoyo incondicional que me brindan en cada paso de mi vida y mi formación académica.

A mis maestros Fabiola Soto y Karina Cabrera por darme el cobijo de una familia en la Ciudad de México, por todo el cariño y motivación durante la residencia médica.

A mi asesora de tesis, Dra. Álvarez, al Dr. Martínez Chéquer y Dr. Carranza por la orientación, enseñanza que hicieron posible culminar este trabajo.

## RESUMEN

**Título.** Sospecha de depresión posparto mediante la aplicación de la escala de Edimburgo en pacientes con enfermedades hipertensivas

**Antecedentes:** La depresión posparto es una complicación del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después del parto. Las mujeres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio, que obstaculiza la realización de sus actividades diarias, el cuidado de sí mismas y de otras personas. Presenta una prevalencia del 24.6% en México. En la actualidad desconocemos la prevalencia de depresión postparto en pacientes que presentan enfermedades hipertensivas del embarazo en la UMAE HGO No. 4. "Luis Castelazo Ayala" por lo que este estudio puede aportar datos útiles para mejorar la atención de estas pacientes.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de sospecha de depresión postparto mediante la aplicación de la escala de Edimburgo en pacientes con enfermedades hipertensivas.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo, aplicando la escala internacional validada llamada "Escala de Edimburgo" a como instrumento validado para la sospecha de depresión postparto, a 130 pacientes puérperas que cursaron con el diagnóstico de puerperio complicado con alguna enfermedad hipertensiva del embarazo que recibieron atención de parto o cesárea, en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se describieron las características del grupo y se calcularon medidas de tendencia central (promedio, moda y mediana), así como medidas de dispersión (rango y desviación estándar), para su análisis y descripción. La puntuación de corte para determinar una prueba sospechosa de depresión postparto es >11 puntos y para sospecha de depresión severa > 13 puntos, basados en las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del CENETEC SS-666-14 para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Depresión Prenatal y Posparto.

**Resultados:** Se estudiaron 130 pacientes, 92 (70.9%) pacientes presentaron ausencia de depresión postparto, 38 (29.1%) presentaron sospecha de depresión postparto, de ellas 30 (23%) obtuvieron un puntaje en la Escala de Edimburgo >11 puntos, de las cuales 24 pacientes (18.4%) cursaron con preeclampsia con criterios de severidad, la vía de resolución del embarazo por parto y cesárea en este grupo de pacientes fue de 10 y 90% respectivamente; y 8 (6.1%) pacientes obtuvieron un puntaje > 13 puntos, de las cuales 6 pacientes (4.6%) cursaron con preeclampsia con criterios de severidad, la vía de resolución del embarazo, en este grupo de pacientes, por parto y cesárea fue de 50 y 50% respectivamente.

**Conclusiones:** La prevalencia de depresión postparto en pacientes que cursaron con enfermedades hipertensivas del embarazo es del 29.1% en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", mayor a la prevalencia reportada en la población general en nuestro país. Pacientes con preeclampsia con criterios de severidad son las más susceptibles a padecer este trastorno del estado de ánimo. La escala de Edimburgo, aplicada en este grupo de población es una estrategia que genera la identificación oportuna de esta patología.

**Palabras Clave:** Puerperio, depresión posparto, escala de Edimburgo, hipertensión gestacional, preeclampsia, hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada.

## SUMMARY

**Title.** Suspicion of postpartum depression through the application of the Edinburgh scale in patients with hypertensive diseases.

**Background.** Depression is a complication of mood that can affect women after childbirth. Women suffering from postpartum depression have feelings of extreme sadness, anxiety and fatigue, which hinders the performance of their daily activities, the care of themselves and others. It has a prevalence of 24.6% in Mexico.

Currently, we do not know the prevalence of postpartum depression in patients with hypertensive diseases of pregnancy in UMAE HGO No. 4. "Luis Castelazo Ayala", so this study can provide useful data to improve the care of these patients.

**Objective.** To determine the prevalence of suspicion of postpartum depression by applying the Edinburgh scale in patients with hypertensive diseases.

**Material and methods.** A cross-sectional, observational and descriptive study was carried out, applying the validated international scale called "Edinburgh Scale" as a validated instrument for the suspicion of postpartum depression, to 130 puerperal patients who attended the diagnosis of puerperium complicated with some hypertensive disease of pregnancy who received delivery or cesarean care, in the High Specialty Medical Unit, Gynecology and Obstetrics Hospital "Luis Castelazo Ayala" of the Mexican Social Security Institute. The characteristics of the group were described and measures of central tendency (average, mode and median) were calculated, as well as dispersion measures (range and standard deviation), for their analysis and description. The cut score to determine a suspicious test for postpartum depression is  $> 11$  points and for suspicion of severe depression  $> 13$  points, based on the recommendations of the Clinical Practice Guide of CENETEC SS-666-14 for Prevention, Diagnosis and Management of Prenatal and Postpartum Depression.

**Results.** 130 patients were studied, 92 (70.9%) patients presented absence of postpartum depression, 38 (29.1%) had suspected postpartum depression, of which 30 (23%) obtained a score on the Edinburgh Scale  $> 11$  points, of which 24 patients (18.4%) underwent preeclampsia with criteria of severity, the route of resolution of pregnancy by delivery and cesarean section in this group of patients was 10 and 90% respectively; and 8 (6.1%) patients obtained a score  $> 13$  points, of which 6 patients (4.6%) had preeclampsia with criteria of severity, the route of pregnancy resolution, in this group of patients, by delivery and cesarean section was 50 and 50% respectively.

**Conclusion.** The prevalence of postpartum depression in patients with hypertensive diseases of pregnancy is 29.1% in the UMAE Hospital of Gynecology and Obstetrics No. 4 "Luis Castelazo Ayala", higher than the prevalence reported in the general population in our country. Patients with preeclampsia with criteria of severity are the most susceptible to suffer from this disorder of mood. The Edinburgh scale applied in this population group is a strategy that generates the opportune identification of this pathology.

**Key words:** Puerperium, postpartum depression, Edinburgh scale, gestational hypertension, preeclampsia, chronic hypertension with over-aggregated preeclampsia.



## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Frecuentemente, los trastornos del estado de ánimo en el postparto no son considerados como una enfermedad, debido a la falta de información sobre esta entidad, inclusive los síntomas se suelen atribuir a la poca capacidad o la falta de fortaleza de la madre para superar un periodo difícil de la maternidad.<sup>1</sup>

No todas las mujeres logran contar con una evaluación, asesoramiento y tratamiento oportuno, por lo que el problema se puede convertir en un padecimiento crónico, con repercusión en la calidad de vida para la mujer, recién nacido, pareja y familia. Sin la falta de una intervención apropiada, es posible se presenten consecuencias graves o se ponga en riesgo la vida de la mujer y/o de su hijo.

Debido a su alta frecuencia y los elevados índices de discapacidad, actualmente los trastornos del estado de ánimo en la etapa perinatal son considerados un problema de salud pública<sup>2</sup>. Los trastornos del estado de ánimo en el periodo puerperal son:

### Tristeza puerperal

Se conoce comúnmente como Baby Blues y se describe como una alteración del estado de ánimo, debida principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Éstos tienen una duración variable<sup>3</sup>, y suelen aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto. Los síntomas son generalmente leves y de alivio espontáneo dentro de las dos a tres semanas siguientes al alumbramiento y no requieren de atención médica y/o psicológica<sup>4</sup>.

No se ha determinado que exista una causa específica de la tristeza postparto, únicamente se han encontrado factores de riesgo que la hacen susceptible a presentarla. El estado de tristeza postparto se debe primordialmente a los cambios hormonales, así como al ajuste familiar y social que enfrenta la madre. Es preciso enfatizar que cuando los síntomas aumentan o no desaparecen después de dos a tres semanas, se debe contactar a un profesional de la salud.

### Depresión Posparto

Dentro de la nomenclatura psiquiátrica, la depresión posparto es definida rigurosamente como un trastorno/episodio depresivo de inicio en el posparto<sup>5</sup>. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR)<sup>6</sup>, la clasificación es la siguiente: F32.x para el Trastorno depresivo mayor y 296.2x para el episodio único. Mientras que en el CIE-10, los trastornos mentales y del comportamiento<sup>7</sup>, tiene la categorización siguiente: F32 Episodio depresivo leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos, F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados, depresión postnatal/postparto NOS.

Hasta el momento, no se conocen bien las causas de la depresión posparto, pero se han podido observar factores de riesgo, por ejemplo, multiparidad, embarazo no deseado, baja escolaridad, antecedente de aborto u óbito, nivel socioeconómico bajo<sup>8</sup> aunque también puede presentarse en ausencia de algún antecedente, suele comenzar en cualquier momento posterior al parto, ya sea días, semanas, meses y hasta un año después<sup>9</sup> y afectar a cualquier tipo de resolución del embarazo o número de embarazos<sup>8</sup>.

Para la sospecha es importante detectar la presencia de signos de alarma como: quejas psicósomáticas, cansancio, dolores, múltiples llamadas a sus familiares o amistades para pedir

ayuda, tristeza, preocupación y miedo. El manejo es multidisciplinario para proporcionar un tratamiento integral.<sup>10</sup>

Existen dos opciones de intervención terapéutica:

- 1) Terapia (individual o de grupo)
- 2) Medicación

Se recomienda combinar ambas modalidades en aquellos casos con depresión moderada a grave. La psicoterapia interpersonal o con un enfoque cognitivo-conductual, debe basarse en los siguientes aspectos:

- a) Educación e información a la mujer, la pareja y los familiares sobre la depresión posparto.
- b) Control, disminución y extinción de los síntomas.
- c) El nuevo rol como madre, las dificultades, miedos o angustias que esto puede generar.
- d) Uso de estrategias para proteger, mejorar o fortalecer el vínculo madre-hijo, así como la relación de pareja.
- e) Promover un buen funcionamiento familiar, especialmente cuando existan otros hijos.
- f) Disminución de las situaciones estresantes actuales.
- g) Búsqueda y fortalecimiento de redes de apoyo (familiares, sociales e institucionales).

En cuanto al tratamiento psiquiátrico, los fármacos más utilizados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS). Se tiende a utilizar benzodiazepinas para tratar la ansiedad y el insomnio. Si la mujer tiene una historia previa de depresión posparto, lo más recomendable es iniciar la medicación inmediatamente después del parto, para prevenir una posible recaída. Es indispensable informar a la mujer y a su pareja acerca de la lactancia y el uso de psicofármacos. Cuando la mujer con depresión posparto no recibe tratamiento, puede presentar dificultades y estrés para cuidar al recién nacido, lo que tiende a generar problemas en el vínculo materno-infantil, retraso en el desarrollo psicomotor, temperamento difícil o irritabilidad, así como mostrar un apego inseguro. Así mismo, se ha observado que algunos niños muestran problemas de atención, actividad y sonríen menos, lo que puede generar déficits en el área social y cognitiva. Las madres que no reciben atención médica o psicológica, suelen percibir de forma negativa a sus hijos, y considerar que son difíciles de criar.

Con una intervención adecuada, la depresión posparto es temporal y se puede alcanzar una completa recuperación. Por el contrario, cuando la mujer no recibe tratamiento, se puede convertir en un padecimiento crónico, recurrente y/o refractario además de tener graves consecuencias.

Tanto en nuestro país, como en otras partes del mundo, la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS por su abreviatura en inglés: Edinburgh Postnatal Depression Scale), es la prueba más utilizada. Esto es debido a la accesibilidad, a que no representa un costo, la rapidez, facilidad de aplicación, calificación e interpretación siendo el más adecuado para identificar posibles casos de depresión posparto.<sup>10</sup>

Los factores de riesgo para depresión posparto son:

- Historia de psicopatología (especialmente depresión y ansiedad).
- Presencia de alteraciones psicológicas durante el embarazo

- Depresión postparto previa
- Complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o después del mismo (principalmente embarazos de alto riesgo)
- Embarazo no planeado y/o deseado
- Falta de apoyo familiar y/o social
- Problemas familiares y/o sociales
- Pobre relación marital
- Abandono o separación de la pareja
- Pareja que no proporciona apoyo emocional
- Falta de redes de apoyo
- Situaciones estresantes
- Dificultades económicas
- Abuso físico, emocional o sexual en la infancia
- Fallecimiento, abandono o separación de un familiar o ser querido
- Mala relación con la madre
- Antecedente de pérdidas perinatales
- Sensibilidad a los cambios hormonales
- Alteración de la función tiroidea
- Dificultades en la lactancia
- Complicaciones del recién nacido

Los síntomas de depresión posparto más comunes son:

- Estado de ánimo deprimido
- Tristeza o llanto persistentes
- Disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades
- Cambios en los patrones de alimentación y sueño (principalmente insomnio)
- Cansancio o fatiga crónica
- Ansiedad que puede llegar hasta los ataques de pánico
- Sentirse abrumada, indefensa e incapaz
- Auto desvalorización y auto reproche, generalmente relacionados a su competencia como madre
- Dificultad, reticencia o imposibilidad de buscar ayuda y apoyo para sí misma
- Irritabilidad
- Problemas de atención, concentración y memoria
- Dificultad para vincularse con el recién nacido
- Sentimientos de ambivalencia hacia su hijo
- Sobreprotección del menor
- Dificultades en la lactancia
- Dificultad y/o imposibilidad de cuidar al neonato
- Pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, relacionados con el hijo (por ejemplo, verificar constantemente que respira cuando está dormido) y con sobre cuidado (lavar y desinfectar varias veces sus artículos).
- Pensamientos negativos hacia su hijo, especialmente creer que lo puede dañar
- Sentimientos de culpa
- Pensamientos de auto daño o al recién nacido
- Pensamientos atemorizantes
- Ideación suicida <sup>11</sup>

La Escala de Depresión de Posparto de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de la salud en la detección de depresión de posparto, condición alarmante, más prolongada y de mayor severidad que la tristeza postparto.

La Escala de Edimburgo consiste en evaluar 10 conductas, con 4 posibles respuestas que indagan sobre su estado durante los últimos 7 días. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. Es importante mencionar que no se debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico, por lo que es conveniente realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico.

Pautas para la evaluación:

Una puntuación de >11 muestra la probabilidad de una depresión. En caso de obtener una puntuación > de 13 se debe sospechar depresión severa.

Cualquier número que la paciente elija diferente al "0" en la pregunta 10, implica la necesidad de realizar una evaluación adicional inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo y es recomendable hacer evaluaciones adicionales a las pacientes antes de decidir el tipo de tratamiento<sup>11</sup>.

Psicosis postparto (PPP)

Se define como un episodio afectivo con síntomas psicóticos y se presenta en 1 a 2 mujeres por cada 1,000 partos, siendo más común en primíparas.

Las mujeres que han padecido un trastorno psicótico previo tienen un riesgo del 33% de desarrollarla<sup>12</sup>. Las manifestaciones inician generalmente de forma brusca entre el tercer y noveno día postparto, aunque puede iniciarse incluso hasta el sexto mes. Los síntomas suelen comenzar como insomnio o incapacidad para descansar, junto con irritabilidad, ansiedad e inestabilidad del estado de ánimo. A continuación, pueden darse conductas suspicaces, signos de confusión, preocupación excesiva por trivialidades o rechazo de la comida. Después de la fase inicial, generalmente de una semana, tiene lugar la fase aguda, en la que aparece propiamente la actividad delirante y alucinatoria, así como otros síntomas graves.

En la mayoría de los casos, se recomienda la hospitalización, suelen prescribirse antipsicóticos y estabilizadores del ánimo, se tiende a utilizar benzodiazepinas para controlar los episodios de agitación y de ansiedad. Si la paciente no responde favorablemente a la farmacoterapia o los síntomas van en aumento, puede ser necesaria la terapia electroconvulsiva<sup>13</sup>.

Trastornos hipertensivos del embarazo

Los trastornos hipertensivos del embarazo representan una de las complicaciones más comunes del embarazo, afectando al 15% de los embarazos y representa el 18% de todas las muertes maternas en el mundo, con un estimado de 62 000 a 77 000 muertes por cada año. La morbilidad materna y perinatal se incrementa en pacientes con preeclampsia y sus complicaciones<sup>14</sup>.

Sin duda, un apropiado control prenatal es lo más importante en la prevención y detección oportuna de la enfermedad y sus complicaciones<sup>16</sup>. Los estados hipertensivos en el embarazo agrupan a una gama de enfermedades o procesos que tienen en común la existencia de hipertensión durante el embarazo.

De acuerdo a la Clasificación del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología se identifican 4 categorías que son:

- Hipertensión crónica: Hipertensión de novo antes de la semana 20 de gestación o hipertensión preexistente antes del embarazo.
- Hipertensión arterial crónica con preeclampsia Sobre agregada: Pacientes con hipertensión crónica que presentan signos y/o síntomas de preeclampsia.
- Preeclampsia: Se define como la presencia de hipertensión asociada a daño a órgano blanco por daño endotelial o sintomatología de preeclampsia.
- Hipertensión gestacional: Presión arterial posterior a la semana 20 de la gestación con ausencia de proteinuria y datos de preeclampsia.<sup>15</sup>

La depresión se asocia con una amplia gama de resultados negativos que pueden afectar a la madre, el recién nacido y la familia. Éstos incluyen dificultades obstétricas y perinatales. El suicidio tras el parto es poco frecuente, no obstante, puede ser una causa de muerte materna y un trastorno mental no tratado en el embarazo y puerperio puede asociarse con resultados adversos a largo plazo para el niño. La depresión en el período posparto puede estar asociada con problemas cognitivos, emocionales, de comportamiento, retraso en el desarrollo, deterioro cognitivo, desajustes emocionales y de conducta. Hay que señalar también que las mujeres con depresión grave pueden, en muy raras ocasiones, dañar a su recién nacido.<sup>16</sup>

Por todas estas consecuencias es necesario identificar a aquellas susceptibles de padecer esta condición para que reciban un manejo integral y oportuno y las pacientes con complicaciones durante el embarazo y/o parto son factores de riesgo conocidos para la presentación de depresión posparto, por lo que es fácil suponer que los trastornos hipertensivos puedan incrementar este riesgo, sin embargo hasta el momento se desconoce la frecuencia de esta afectación en mujeres con enfermedades hipertensivas, por lo que la realización de este estudio puede aportar datos útiles para determinar la prevalencia y la necesidad de diseñar estrategias de detección de manera rutinaria en esta población.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia de pacientes sospechosas de Depresión posparto mediante la aplicación de la Escala de Edimburgo en pacientes con enfermedades hipertensivas?

Durante el embarazo y el puerperio se presentan cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición de trastornos psíquicos. Cerca del 80% de las mujeres sufren algún tipo de alteración durante estas etapas, pudiendo ser desde molestias leves y transitorias como la tristeza, llanto, angustia y dificultad para vincularse con su hijo, hasta estados graves como la ideación suicida.

Actualmente no se dispone con estadísticas que permitan evidenciar la magnitud del problema en la población de pacientes que sufren una enfermedad hipertensiva y que se encuentran en el periodo posparto en la UMAE 4 Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala".

Por tal motivo se desea conocer la prevalencia de depresión posparto en esta población de estudio, lo cual puede aportar datos importantes para mejorar el manejo integral de estas pacientes de alto riesgo. Además de que las pacientes con una prueba sospechosa de depresión posparto serán canalizadas al servicio de Psicología para recibir atención especializada y en caso necesario se realizará envío al servicio de Psiquiatría.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de pacientes con sospecha de Depresión posparto mediante la aplicación de la Escala de Edimburgo en pacientes con enfermedades hipertensivas

## **HIPÓTESIS**

No es necesaria para este estudio descriptivo.

## **JUSTIFICACIÓN**

El estado grávido y puerperal es factible de presentar complicaciones y en ocasiones el personal de salud puede subestimar diversos síntomas, que lo lleven a sospechar una depresión posparto y con ello, la presentación de consecuencias negativas para la paciente y su hijo como conflictos familiares o psicosociales y problemas de moderados a graves en el desarrollo infantil.

La Organización Mundial de la Salud estima que una mujer muere cada siete minutos en todo el mundo por algún trastorno hipertensivo del embarazo, ocasionando 50 000 muertes maternas por año, en particular con preeclampsia, por lo que los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una causa importante de morbi-mortalidad materna y perinatal en el mundo y Latinoamérica y la depresión posparto incrementaría la problemática de estas pacientes de manera sustancial, sin embargo a pesar de su importancia se desconoce la prevalencia de depresión posparto en este grupo vulnerable. En particular en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” no contamos con datos precisos de esta complicación, por lo que este estudio es importante y puede contribuir a mejorar los protocolos de atención médica de pacientes complicadas con trastornos hipertensivos.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Diseño del estudio**

Estudio transversal, observacional y descriptivo.

Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo, aplicando la escala internacional validada llamada “Escala de Edimburgo” a como instrumento validado para la sospecha de depresión posparto, a 130 pacientes puérperas que cursaron con el diagnóstico de puerperio complicado con alguna enfermedad hipertensiva del embarazo que recibieron atención de parto o cesárea, en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia “Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se describieron las características del grupo y se calcularon medidas de tendencia central (promedio, moda y mediana), así como medidas de dispersión (rango y desviación estándar), para su análisis y descripción. La puntuación de corte para determinar una prueba sospechosa de depresión posparto es >11 puntos y para sospecha de depresión severa > 13 puntos, basados en las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del CENETEC SS-666-14 para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Depresión Prenatal y Posparto.

## **Universo de trabajo**

Pacientes atendidas en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” que cursaron con puerperio complicado con alguna enfermedad hipertensiva, que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio en el periodo comprendido del 1 de abril del 2018 al 28 febrero 2019. se aplicó la Escala de Edimburgo como instrumento validado para la sospecha de depresión posparto.

### **Criterios de inclusión**

- Puerperio posparto o postcesárea
- Curse con Enfermedad hipertensiva diagnosticada durante el embarazo, parto y/o puerperio
- Cuente con expediente clínico donde se documente el diagnóstico de un trastorno hipertensivo
- Hospitalización en UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” durante el periodo de estudio
- Acepten participar en el estudio
- Firma de consentimiento informado
- Conteste todas las preguntas del instrumento para la sospecha de Depresión posparto: Edimburgo

### **Criterios de exclusión**

- Paciente cuyo diagnóstico hipertensivo se haya realizado fuera de la UMAE HGO No.4 “Luis Castelazo Ayala”
- Ausencia de expediente clínico
- Enfermedad hipertensiva mal fundamentada
- Imposibilidad médica para contestar el instrumento

### **Criterios de eliminación**

- Petición por la paciente para no continuar en el estudio
- Falta de firma del consentimiento informado

## **Obtención de la muestra**

Muestro no probabilístico, se incluyeron a todas las pacientes atendidas en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” que cursaron con puerperio complicado con alguna enfermedad hipertensiva, que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio en el periodo comprendido del 1 de abril del 2018 al 28 febrero 2019, mediante la aplicación de Escala de Edimburgo como instrumento validado para la sospecha de depresión posparto.



## Definición de variables

### Variables dependientes

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Enfermedad hipertensiva del embarazo	Grupo de enfermedades que tienen en común la elevación de la presión arterial antes, durante y/o durante las 6 primeras semanas postparto.	Grupo de enfermedades que tienen en común la elevación de la presión arterial antes, durante y/o durante las 6 primeras semanas postparto.	Cualitativa Nominal	1 = Hipertensión crónica 2 = Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada 3 = Hipertensión gestacional 4 = Preeclampsia
Preeclampsia	Estado que se caracteriza por la presencia de signos y/o síntomas de preeclampsia como pueden ser: hipertensión, proteinuria significativa, datos de vasoespasmo o daño a órganos, secundario a daño endotelial cuya aparición inicial ocurre posterior a la semana 20 del embarazo o en el puerperio.	Estado que se caracteriza por la presencia de signos y/o síntomas de preeclampsia como pueden ser: hipertensión, proteinuria significativa, datos de vasoespasmo o daño a órganos, secundario a daño endotelial cuya aparición inicial ocurre posterior a la semana 20 del embarazo o en el puerperio.	Cualitativa dicotómica	1 = Sin criterios de severidad 2 = Con criterios de severidad
Hipertensión arterial crónica	Enfermedad hipertensiva cuya presentación ocurre antes del embarazo o en las primeras 20 semanas de gestación	Enfermedad hipertensiva cuya presentación ocurre antes del embarazo o en las primeras 20 semanas de gestación.	Cualitativa politómica	0 = Ausente 1 = Presente
Hipertensión arterial crónica con	Hipertensión crónica que inicia con signos y/o	Hipertensión crónica que inicia con signos y/o	Cualitativa dicotómica	0 = Ausente 1 = Presente

Preeclampsia sobreagregada	síntomas de preeclampsia	síntomas de preeclampsia		
Hipertensión gestacional	Estado hipertensivo caracterizado por hipertensión de novo posterior a la semana 20 de la gestación en ausencia de proteinuria y/o signos y síntomas de preeclampsia	Estado hipertensivo caracterizado por hipertensión de novo posterior a la semana 20 de la gestación en ausencia de proteinuria y/o signos y síntomas de preeclampsia	Cualitativa dicotómica	0 = Presente 1 = Ausente
Parto	Finalización de la gestación, en la cual se expulsa el feto, placenta y membranas por vía vaginal.	Finalización de la gestación, en la cual se expulsa el feto, placenta y membranas por vía vaginal.	Cualitativa dicotómica	0 = Ausente 1 = Presente
Cesárea	Intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de los productos de la concepción mediante una incisión abdominal	Intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de los productos de la concepción mediante una incisión abdominal	Cualitativa dicotómica	0 = Ausente 1 = Presente

#### Variables independientes

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICIÓN
Depresión posparto	Trastorno/episodio depresivo de inicio en el posparto.	Trastorno depresivo del puerperio cuyo diagnóstico es confirmado en una paciente sospechosa posterior a una evaluación clínica por un especialista en el área.	Cualitativa dicotómica	0 = Ausente 1 = Presente

Sospecha de depresión posparto	Signos y síntomas de depresión en una paciente de inicio posterior al parto.	Presunción de un estado depresivo posterior a la aplicación del cuestionario de Edimburgo con una puntuación $\geq 11$ puntos para sospecha de depresión o $\geq 13$ para sospecha de depresión severa.	Cualitativa politómica	0 = Sin sospecha de depresión 1 = Sospecha de depresión ( $\geq 11$ puntos). 2 = Sospecha de depresión severa ( $\geq 13$ puntos).
--------------------------------	--	---	------------------------	--

#### **Procedimiento de recolección de datos**

Se trata de una muestra por conveniencia en donde se incluyó a todas las pacientes que aceptaron participar en el estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión durante el periodo de tiempo establecido.

#### **Vaciado en programa estadístico**

Se recolectó la información a partir de la entrevista directa a la paciente y del expediente clínico, registrando los datos en la hoja de captación de datos y la Escala de depresión posparto de Edimburgo (anexo 2 y 3) y se condensaron en una tabla de Excel.

#### **Análisis estadístico**

Para el análisis se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central, determinación de frecuencias absolutas, porcentajes, media y desviación estándar. Se calculó la frecuencia de la sospecha de depresión posparto en mujeres con los distintos tipos de trastornos hipertensivos del embarazo. El procesamiento de los datos se realizará con el programa estadístico SPSS versión 24.0

#### **Tipo de investigación propuesta**

Clínica.

#### **Recursos humanos**

Dra. María Guadalupe Álvarez Jiménez, Dr. Irving Olaf Morales Cruz

#### **Recursos materiales**

Expedientes clínicos  
1000 Hojas blancas para impresión tamaño carta  
1 impresora  
1 fotocopidora  
1 computadora  
Programa estadístico SPSS versión 24.0  
Material de papelería: Bolígrafos, lápices, gomas, sacapuntas.

#### **Recursos financieros**

No contamos con ningún patrocinio, los gastos fueron absorbidos por los investigadores.

## ASPECTOS ÉTICOS

1. El investigador garantiza que este estudio tiene apego a la legislación y reglamentación de la Ley General de salud en materia de Investigación para la Salud, lo que brinda mayor protección a los sujetos del estudio.
2. De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, este estudio no tiene riesgos, ya que implica únicamente la realización de una encuesta a la paciente y no se requiere ningún tipo de procedimiento invasivo, muestra, análisis de sangre o procedimiento quirúrgico.
3. Los procedimientos de este estudio se apegan a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y se llevará a cabo en plena conformidad con los siguientes principios de la “Declaración de Helsinki” (y sus enmiendas en Tokio, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica) donde el investigador garantiza que:
  - a) Se realizó una búsqueda de la literatura científica sobre el tema a realizar.
  - b) Este protocolo será sometido a evaluación por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3606 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
  - c) Este protocolo será realizado por bajo la supervisión de un médico especialista, competente y certificado en la especialidad.
  - d) Este protocolo guardará la confidencialidad de las personas.
  - e) Este protocolo se suspenderá si se comprueba que los riesgos superan los posibles beneficios.
  - f) La publicación de los resultados de esta investigación se preservará la exactitud de los resultados obtenidos.
  - g) Al tratarse de un estudio transversal en donde la paciente proporciona datos personales en cuanto a su estado emocional y su libre participación, requiere consentimiento informado por escrito.
4. Se respetaron cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg y el Informe Belmont.
5. El procedimiento para invitar a las pacientes y obtener el consentimiento informado fue mediante la explicación verbal, directa del investigador a la paciente, de los objetivos del estudio y la participación mediante la contestación de una encuesta.
6. El procedimiento para garantizar la confidencialidad de los datos personales y la información obtenida fue mediante el manejo de la información única y exclusivamente por el investigador y el asesor y la difusión de los resultados no incluirá ningún dato sobre la identidad de las pacientes y los datos serán analizados de manera grupal.
7. No existe ningún conflicto de interés ya que no existe ninguna participación por empresas de laboratorios ni de ninguna otra índole.

## RESULTADOS

Se entrevistaron a 130 pacientes, durante el puerperio complicado con alguna enfermedad hipertensiva del embarazo que cumplieron con los criterios de inclusión.

La edad materna promedio fue de  $28.9 \pm 6.3$  años. 95 pacientes (73.1%) tuvieron cesárea como vía de resolución del embarazo y 35 pacientes (26.9%) parto. La edad promedio del diagnóstico de las enfermedades hipertensivas del embarazo fue de 36 semanas  $\pm 5.5$  semanas.

De la población estudiada se encontraron 92 pacientes con ausencia de depresión postparto que corresponde al 70.9% del total de la población, 38 pacientes presentaron sospecha de depresión postparto que corresponde al 29.1%, de ellas 30 obtuvieron un puntaje en la Escala de Edimburgo  $>11$  puntos que corresponde al 23% de la población total, 8 pacientes obtuvieron un puntaje  $> 13$  puntos en la Escala de Edimburgo que corresponde al 6.1% de la población estudiada. Grafica 1 y grafica 2.

De la enfermedades hipertensivas del embarazo, se encontraron 6 pacientes (4.5%) del total de la población estudiada con hipertensión crónica, 4 pacientes (3.1%) con hipertensión crónica con preeclampsia sobre agregada, 63 pacientes (48.5%) con hipertensión gestacional y 57 pacientes (43.9%) con preeclampsia, de las cuales 27 (20.7%) corresponden preeclampsia sin criterios de severidad y 30 (23.3%) a preeclampsia con criterios de severidad. Tabla 1.

En pacientes con sospecha de depresión posparto no se encontraron pacientes con hipertensión crónica, 2 pacientes (1.5%) cursaron con hipertensión crónica con Preeclampsia sobreagregada, 3 pacientes (2.3%) con hipertensión gestacional, 1 paciente (0.8%) con preeclampsia sin criterios de severidad y 24 pacientes (18.4%) con Preeclampsia con criterios de severidad. En pacientes con sospecha de depresión severa no se encontraron pacientes con hipertensión crónica, hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada ni preeclampsia sin criterios de severidad, sin embargo se encontraron 2 pacientes (1.5%) con hipertensión gestacional y 6 pacientes (4.6%) con preeclampsia con criterios de severidad.

De las 38 pacientes con sospecha de depresión postparto, 3 pacientes (10%) tuvieron parto como vía de resolución del embarazo, de las cuales 1 paciente (3.3%) curso con hipertensión gestacional y 2 pacientes (6.6%) con preeclampsia con criterios de severidad. 27 (90%) pacientes tuvieron una cesárea como vía de resolución del embarazo. De las cuales 2 pacientes cursaron con hipertensión crónica con preeclampsia sobre agregada, 2 (6.6%) con hipertensión gestacional, 1 (3.3%) con preeclampsia leve y 22 (73.3%) preeclampsia con criterios de severidad. De las pacientes con sospecha de depresión postparto severa, 4 (50%) pacientes tuvieron parto como vía de resolución del embarazo, de las cuales 2 (25%) tuvieron hipertensión gestacional y 2 (25%) preeclampsia con criterios de severidad. 4 (50%) tuvieron cesárea como vía de resolución del embarazo y las 4 (50%) cursaron con preeclampsia con criterios de severidad. Tabla 3.

## DISCUSIÓN

La depresión postparto como una complicación del estado de ánimo durante el puerperio que tiene una prevalencia en nuestro país de 24.6% en la población general sin embargo no se cuenta con estadísticas en pacientes que cursaron con enfermedades hipertensivas del embarazo, si bien es sabido que estos trastornos hipertensivos tienen una prevalencia del 15% en las gestaciones y que es una causa del incremento de la morbilidad materna, también es un factor que puede incrementar el riesgo de padecer depresión posparto como se demuestra en esta investigación, la cual describe una prevalencia del 29.1% en la población estudiada.

Las estadísticas denotan una prevalencia de depresión postparto en pacientes que cursaron con enfermedades hipertensivas del embarazo similar a la de la población general, sin embargo, es importante remarcar una prevalencia mayor en pacientes que cursaron con preeclampsia con criterios de severidad (18.4% y 4.6% con sospecha de depresión postparto y sospecha de depresión severa, respectivamente), por lo que este grupo de pacientes son más susceptibles de padecer esta condición y por lo tanto requieren una identificación oportuna para brindar un manejo integral. Así mismo, una estrategia diseñada a la detección de pacientes con depresión postparto como la Escala de Edimburgo de manera dirigida a este grupo de población ayudaría a la identificación temprana.

La vía de resolución del embarazo en pacientes con sospecha de depresión postparto y sospecha de depresión severa por cesárea se observó en un 90% y 50% en cada grupo, respectivamente. Sin bien la vía de resolución del embarazo no es un factor de riesgo descrito los mayores días de hospitalización, de recuperación y el incremento de complicaciones postquirúrgicas secundarias a una cesárea podrían hablar de las complicaciones obstétricas que conllevan los trastornos hipertensivos del embarazo principalmente en pacientes con preeclampsia con criterios de severidad, ya que el 73.3% del grupo de sospecha de depresión postparto lo presentó y de igual manera el 50% descrito en el grupo de sospecha de depresión severa.

## **CONCLUSIONES**

La prevalencia de depresión postparto en pacientes que cursaron con enfermedades hipertensivas del embarazo es del 29.1% en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", la cual refleja una mayor a la prevalencia que la reportada en la población general en nuestro país.

De las enfermedades hipertensivas del embarazo, las pacientes que cursan con preeclampsia con criterios de severidad son las más susceptibles a padecer este trastorno del estado de ánimo en el puerperio.

La escala de Edimburgo, siendo una herramienta validada para la detección de depresión postparto, aplicada en este grupo de población es una estrategia que genera la identificación oportuna de esta patología, por lo que la aplicación dirigida, principalmente a pacientes que cursan con preeclampsia con criterios de severidad, crea una oportunidad para un manejo integral de la depresión postparto, así mismo contribuye a mejorar los protocolos de atención médica de pacientes complicadas con trastornos hipertensivos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Medina. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Hum* 2013;27(3):185-193.
2. Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2003;68:491-494.
3. Romero A, Carrillo A. Alteraciones psiquiátricas en el postparto. *JANO: Medicina y Humanidades.*2002;1449(63):30-36.
4. Carro T, Sierra J, Hernández J, Ladrón E, Antolín E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Rev Med Gral.* 2000;24:452-456.
5. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postparto depresión. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200:357-364.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revised. Washington, DC: American Psychiatric Press. 2000;297-428.
7. Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento: pautas diagnósticas.1996. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43979?locale=es>
8. Almanza J, Salas L, Olivares S. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en pacientes púerperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. *Rev Sanid Milit Mex.* 2011;65:78-86.
9. Vargas E, García M. Depresión postparto: presencia y manejo psicológico. *Centro Regional de Investigación en Psicología.* 2009;3:11-18.
10. Álvarez A, Ponce R, Irigoyen A. Frecuencia de depresión postparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México. *Arch Med Fam* 2008;9:133-136.
11. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item, Edinburgh Postnatal Depression Scale. *BJ Psych* 1987;150(6):782-786.
12. Maldonado J, Saucedo J, Lartigue T. Psicosis no orgánicas y otros trastornos mentales graves en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum.* 2008;22:90-99.
13. García T, Otín R. Sobre la psicosis puerperal. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2007;27:501-506.
14. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención, Secretaría de Salud, 09/03/2017.
15. Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009.
16. Detección, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención. México: Secretaria de Salud; 08/Julio/2014.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Mes														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Aceptación por el comité de investigación	X														
Recolección de datos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Análisis estadístico													X	X	
Escritura y publicación del informe final en formato de tesis															X

---



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y  
POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE  
INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE  
INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	Sospecha de depresión posparto mediante la aplicación de la escala de Edimburgo en pacientes con enfermedades hipertensivas
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, a
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de pacientes sospechosas de depresión posparto mediante la aplicación de la escala de Edimburgo en pacientes con enfermedades hipertensivas, ya que la combinación de ambas entidades pudiera incrementar la morbi-mortalidad materna y perinatal. Actualmente no contamos con datos precisos de la prevalencia de depresión posparto en pacientes con estados hipertensivos, por lo que este estudio es importante permitirá conocer la magnitud del problema y con ello contribuir a mejorar los protocolos de atención médica de estas pacientes.
Procedimientos:	Aplicación de un cuestionario de 10 preguntas sobre el estado de ánimo (Escala de Edimburgo)
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios directos para la paciente son: recibir un manejo oportuno e integral, otorgar el resultado de la prueba para sospecha de depresión posparto de manera inmediata, ser notificado de su resultado de manera directa por los investigadores y en caso necesario se le otorgará el manejo multidisciplinario por un psicólogo y/o psiquiatra ante una prueba sospechosa de depresión posparto que permita mejorar su estado de salud y calidad de vida.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados de la prueba serán dados a conocer de manera inmediata a la paciente al igual que a su médico tratante, además de que se anotarán en el expediente clínico y se realizarán las acciones pertinentes en caso necesario, como valoración por el servicio de psicología (puntuación mayor o igual a 11 puntos de la Escala de Edimburgo) y si éste lo determina así, interconsulta a psiquiatría. En caso de requerir algún tratamiento farmacológico será otorgado como parte de la atención integral que se otorga al derechohabiente. Los resultados también conformarán una base de datos, serán publicados en forma de tesis y artículo en una revista científica.
Participación o retiro:	Su participación en esta investigación es voluntaria. Usted puede decidir libremente si participa o no en esta investigación, la atención médica y el tratamiento que amerite serán los mismos independientemente de su decisión y estarán de acuerdo a los procedimientos establecidos en el IMSS. Si usted inicialmente decide participar en esta investigación y posteriormente cambia

de opinión, podrá hacerlo en cualquier momento.

Privacidad y confidencialidad: Los datos personales que se obtengan en esta investigación son estrictamente confidenciales.

En caso de colección de material biológico (si aplica): NO APLICA

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en En caso de requerir algún tratamiento médico y/o farmacológico derivado del diagnóstico o sospecha de depresión posparto, será otorgado como parte de la atención integral que se otorga al derechohabiente

Beneficios al término del estudio: Incrementar el conocimiento sobre depresión posparto en mujeres complicadas con una enfermedad hipertensiva, información útil en el diseño de estrategias y planes de manejo que permitan mejorar os programas de atención y la calidad de la atención médica, la detección oportuna de riesgos y una apropiada toma de decisiones.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse con:

Investigadores Responsables: Dr. Irving Olaf Morales Cruz y Dra. María Guadalupe Álvarez Jiménez  
Dirección de Educación en Salud, UMAE HGO No. 4, "Luis Castelazo Ayala" 6 piso, en horario de 8:00-14:00 hrs, Teléfonos: 9612558922, 5518430246 y 55506422 ext. 28015

Colaboradores: NO APLICA

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

## INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

---

### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA N°4 "LUIS CASTELAZO AYALA"

#### CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO (EPDS)

Número de afiliación: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no solamente cómo se siente hoy.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas  
Tanto como siempre  
No tanto ahora  
Mucho menos  
No, no he podido
2. He mirado el futuro con placer  
Tanto como siempre  
Algo menos de lo que solía hacer  
Definitivamente menos  
No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien  
Sí, la mayoría de las veces  
Sí, algunas veces  
No muy a menudo  
No, nunca
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo  
No, para nada  
Casi nada  
Sí, a veces  
Sí, a menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno  
Sí, bastante  
Sí, a veces  
No, no mucho  
No, nada
6. Las cosas me oprimen o agobian  
Sí, la mayor parte de las veces  
Sí, a veces  
No, casi nunca  
No, nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir  
Sí, la mayoría de las veces  
Sí, a veces  
No muy a menudo  
No, nada
8. Me he sentido triste y desgraciada  
Sí, casi siempre  
Sí, bastante a menudo

No muy a menudo

No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

Sólo en ocasiones

No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

Sí, bastante a menudo

A veces

Casi nunca

No, nunca

Taken from the British Journal of Psychiatry. June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA N°4 "LUIS CASTELAZO AYALA"**

**HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.**

Folio: \_\_\_\_\_  
Número de seguridad social: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_ 2. GESTA: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ C: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

3. Diagnóstico integral: \_\_\_\_\_

4. Vía de resolución del embarazo: Parto \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_.

5. Enfermedad Hipertensiva:

a. Hipertensión crónica: \_\_\_\_\_

b. Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada: \_\_\_\_\_

c. Hipertensión gestacional: \_\_\_\_\_ Leve \_\_\_\_\_ Severa \_\_\_\_\_

d. Preeclampsia: \_\_\_\_\_ Leve \_\_\_\_\_ Severa \_\_\_\_\_

6. Semanas de embarazo de diagnóstico de Enfermedad hipertensiva \_\_\_\_\_ y/o tiempo de evolución \_\_\_\_\_

7. Tiempo de hospitalización: \_\_\_\_\_

**PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO**

8. Otras enfermedades de la paciente: \_\_\_\_\_

9. Enfermedades psiquiátricas en abuelos, padres, hermanos

Cuál: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

10. Antecedente de enfermedades psiquiátricas o depresivas de la paciente: \_\_\_\_\_

Cual: \_\_\_\_\_ Severidad: \_\_\_\_\_ Tiempo de evolución \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

11. Presencia de depresión o ansiedad en el embarazo: \_\_\_\_\_

12. Depresión postparto en embarazos previos \_\_\_\_\_

13. Complicaciones obstétricas durante este embarazo, el parto o después del mismo (principalmente embarazos de alto riesgo): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Embarazo no planeado: \_\_\_\_\_

15. Embarazo no deseado: \_\_\_\_\_

16. Falta de apoyo familiar \_\_\_\_\_

17. Problemas familiares y/o sociales \_\_\_\_\_

18. Problemas maritales \_\_\_\_\_

19. Abandono o separación de la pareja \_\_\_\_\_

20. Pareja que no proporciona apoyo emocional \_\_\_\_\_

21. Situaciones estresantes \_\_\_\_\_ Cuales: \_\_\_\_\_

22. Dificultades económicas \_\_\_\_\_

23. Abuso físico, emocional o sexual en la infancia \_\_\_\_\_

24. Fallecimiento, abandono o separación de un familiar o ser querido \_\_\_\_\_

25. Mala relación con la madre \_\_\_\_\_

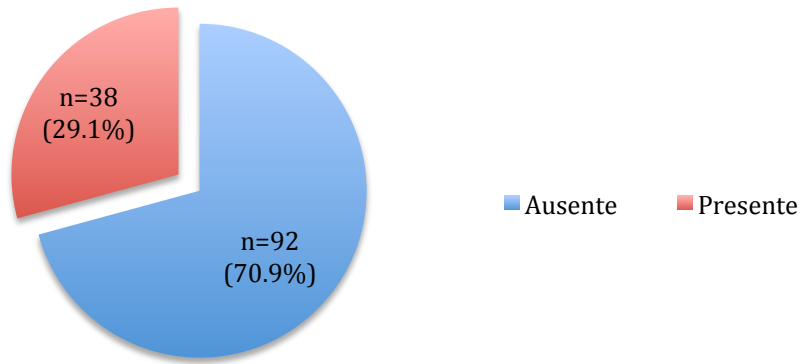
26. Antecedente de pérdidas perinatales \_\_\_\_\_

- 27. Alteración de la función tiroidea \_\_\_\_\_
- 28. Dificultades en la lactancia \_\_\_\_\_
- 29. Complicaciones del recién nacido \_\_\_\_\_

#### SINTOMAS ADICIONALES DE DEPRESIÓN

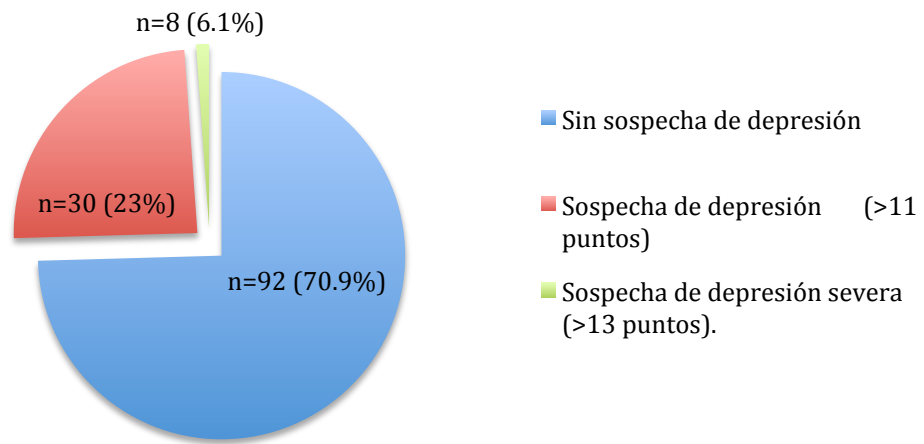
- 28. Disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades \_\_\_\_\_
- 29. Cambios en los patrones de alimentación \_\_\_\_\_
- 30. Cambios en los patrones de sueño (principalmente insomnio): \_\_\_\_\_
- 31. Cansancio o fatiga crónica \_\_\_\_\_
- 32. Auto desvalorización y auto reproche, generalmente relacionados a su competencia como madre \_\_\_\_\_
- 33. Irritabilidad \_\_\_\_\_
- 34. Problemas de atención, concentración y memoria \_\_\_\_\_
- 35. Dificultad para vincularse con el recién nacido \_\_\_\_\_
- 36. Dificultad y/o imposibilidad de cuidar al neonato \_\_\_\_\_
- 37. Pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, relacionados con el hijo (por ejemplo verificar constantemente que respira cuando está dormido) y con sobre cuidado (lavar y desinfectar varias veces sus artículos). \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 38. Pensamientos negativos hacia su hijo, especialmente creer que lo puede dañar \_\_\_\_\_
- 39. Sentimientos de culpa \_\_\_\_\_
- 40. Pensamientos de daño al recién nacido \_\_\_\_\_
- 41. Pensamientos atemorizantes \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Grafica 1 . Depresión Posparto**





**Grafica 2. Sospecha de Depresión Posparto**

Tabla 1. Enfermedad hipertensiva del embarazo.

	Número	Porcentaje (%)
Hipertensión crónica	6	4.5
Hipertensión crónica con Preeclampsia sobreadregada	4	3.1
Hipertensión gestacional Preeclampsia	63	48.5
-sin criterios de severidad	27	20.7
-con criterios de severidad	30	23.3

Tabla 2. Sospecha de depresión posparto.

	Sospecha de depresión ( $\geq 11$ puntos).		Sospecha de depresión severa ( $\geq 13$ puntos).	
	número	%	número	%
Hipertensión crónica	0	0	0	0
Hipertensión crónica con Preeclampsia sobre agregada	2	1.5	0	0
Hipertensión gestacional	3	2.3	2	1.5
Preeclampsia -sin criterios de severidad	1	0.8	0	0
-con criterios de severidad	24	18.4	6	4.6
total	30	23	8	6.1

Tabla 3. Número de casos dependiente de la vía de resolución.

	Sospecha de depresión posparto ( $\geq 11$ puntos)		Sospecha de depresión severa ( $\geq 13$ puntos).	
	Parto (%)	Cesárea (%)	Parto (%)	Cesárea (%)
Hipertensión crónica	0	0	0	0
Hipertensión crónica con Preeclampsia sobre agregada	0	2	0	0
Hipertensión gestacional	1	2	2	0
Preeclampsia -leve	0	1	0	0
-severa	2	22	2	4
total	3	27	4	4