

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---



FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI  
HOSPITAL DE PEDIATRÍA "DR. SILVESTRE FRENK FREUD"

TITULO:

**"DETECCIÓN DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN MADRES DE  
HIJOS HOSPITALIZADOS EN UCIN DE UN HOSPITAL TERCIARIO"**

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER TÍTULO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN NEONATOLOGIA

PRESENTA:

**DR OMAR ESPINOSA HERNÁNDEZ**

TUTOR DE TESIS:

**DRA LAURA CARINA FERIA KAISER**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MEXICO, 2018





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **IDENTIFICACION DE INVESTIGADORES**

### **INVESTIGADOR PRINCIPAL**

Dra. Laura Carina Feria Kaiser  
Pediatra Neonatóloga  
Médico adscrito a la UCIN de la UMAE HP CMN SXXI  
E-mail: carina\_feria@yahoo.com.mx

### **INVESTIGADOR ASOCIADO**

Omar Espinosa Hernández  
Residente segundo año en neonatología en la unidad de cuidados intensivos neonatales de la UMAE HP CMN SXXI  
E- mail: dr.espinosah@me.com

### **COLABORADORES**

Dr. Leonel Jaramillo Villanueva  
Jefe del Servicio de Salud Mental UMAE HP CMN SXXI  
E-mail: leoneljaramillo2012@gmail.com

Psi Karmina Rojas C  
Sicóloga adscrita al servicio de Salud Mental  
UMAE HP CMN SXXI  
E-mail:

## INDICE

	PAGINA
• INTRODUCCIÓN.....	4
• MARCO TEORICO.....	5
• JUSTIFICACIÓN.....	8
• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
• OBJETIVOS.....	10
• MATERIAL Y METODOS.....	11
• ASPECTOS ETICOS.....	15
• RESULTADOS.....	22
• CONCLUSIONES.....	24
• CRONOGRAMA.....	25
• BIBLIOGRAFIA.....	26
• ANEXOS.....	28

## **Introducción**

La depresión en nuestro país es un problema de salud pública que afecta a todos los estratos sociales y económicos y cuenta con un bajo índice de detección y tratamiento. <sup>1,2</sup>

La depresión postparto se define como un episodio depresivo no psicótico moderado a grave <sup>2</sup> esta entidad se presenta en las madres inmediatamente después del parto y hasta el primer año posterior a éste. El posparto propiamente dicho es un periodo de gran vulnerabilidad para el inicio o recidiva de diversos trastornos emocionales; entre ellos la depresión, por lo que es de vital importancia detectarla a tiempo.<sup>1</sup>

La incidencia de la depresión postparto resulta muy variable, en un rango entre 30 y 200 casos por cada 1 000 nacimientos (3–20 %), tasa de recurrencia estimada entre 10 y 35% de la población mundial <sup>2</sup>

En nuestra unidad de cuidados intensivos se reporta una población de pacientes de alto riesgo neurológico tanto por factores maternos como externos, una de las principales morbilidades es la depresión postparto, ya que esta entidad puede ser el “disparador” de eventos adversos a múltiples niveles no solo dentro de nuestra terapia intensiva así como también fuera de ella, afectando de manera irreversible la dinámica familiar y el estado anímico en general de los integrantes del núcleo familiar.

## Marco Teórico

Existen pocas referencias bibliográficas en nuestro país respecto al ámbito materno afectivo que engloba el tema de la depresión; uno de los estudio realizado en México se llevó a cabo en el año 2010 por Romero Gutiérrez y asociados donde documentó la prevalencia de lo que se denomina coloquialmente “baby-blues” (denominados así a los eventos de tristeza encontrados en las madres que duran menos de 10 días) de hasta un 1.8%, muy por debajo de lo informado en otros países<sup>3</sup>, así mismo Álvarez Escutia y asociados realizaron una investigación en mujeres mexicanas en el año de 2008, encontraron una prevalencia de 24.6% de depresión posparto.<sup>4</sup>

Se desconoce la etiología de esta psicopatología pero existen diversas teorías para explicar dicho suceso, una de ellas es la del apego; en la cual el vínculo establecido entre la madre y el recién nacido debería ser de índole primario y privilegiado para que pueda garantizar la supervivencia y el desarrollo óptimo del neonato. Este tipo de vínculo es consecuencia de la interacción de variables psicológicas y ambientales; el proceso comienza mucho antes del nacimiento y se consolida hacia el final del primer año de vida. Cuando este proceso o vínculo no se perciben o interpreta adecuadamente, se establece una interacción disarmónica dando lugar a un proceso de vinculación inadecuado con alta probabilidad de conducir a un trastorno emocional y afectivo<sup>6</sup>.

Otra de las teorías que podrían explicar esta depresión posparto es la llamada “programación fetal”, en la cual existe una alteración en el eje hipotálamo hipófisis glándula adrenal, la cual se encarga del manejo de estrés a nivel sistémico, se ha encontrado alteración en la respuesta al estrés con liberación irregular de mediadores esteroideos. Además de una disminución de los receptores hipocampales para los glucocorticoides lo que incrementaría aún más

la liberación de estos mediadores. Otras sustancias que se han reportadas incrementadas en el LCR de estos bebés expuestos a la depresión materna son el cortisol y la norepinefrina, así como disminución los niveles de serotonina y dopamina; estos se normalizaron hasta 6 meses después en la población estudiada<sup>7</sup> existen algunos estudios realizados a las madres que presentan depresión y se ha encontrado disminución en la metilación del gen receptor NR3C1 para glucocorticoides<sup>8</sup>

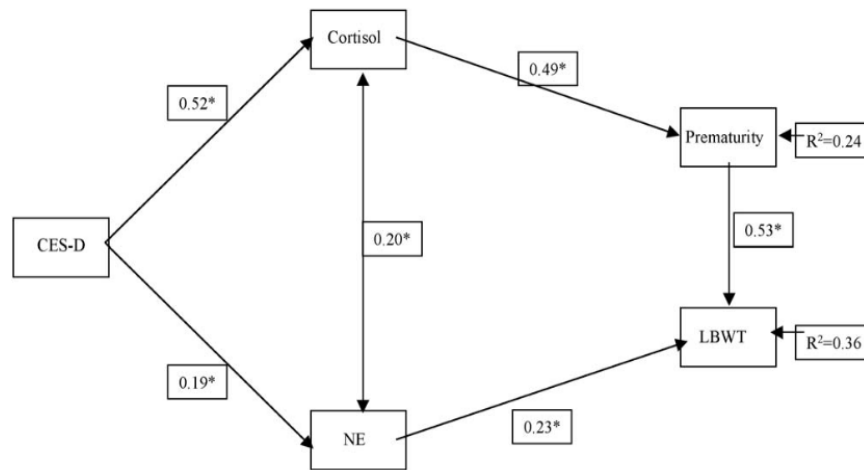


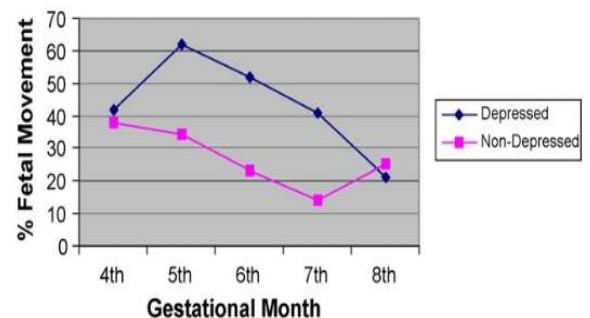
Figura 1. Relación entre depresión materna, RNPTMBP, niveles séricos de serotonina, cortisol y norepinefrina (9)

## Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones reportadas en los hijos de madres con depresión pueden dividirse de 2 maneras

### Intrauterinas

Siendo las principales: alteraciones en los movimientos fetales relacionados con la edad gestacional, alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal, incremento en el índice pulsátil de la arteria



cerebral media y umbilical, bajo peso al nacimiento<sup>9</sup> alteraciones en la conformación del microambiente neuronal encargado del desarrollo de la amígdala derecha, esto es favorecido por los niveles altos de cortisol materno<sup>12</sup>

### **Extrauterinas**

Las causas de depresión en la etapa extrauterina son muy variables, a continuación describiremos algunas de las principales causas y posibles etiologías así como manifestaciones clínicas<sup>17</sup>.

Existen estudios reportando la presencia de anticuerpos anti tiroideos como causa de una baja en la titulación de la hormona tiroidea sanguínea y en consecuencia, una alteración del estado de ánimo, bajo nivel de energía y cansancio. Durante el embarazo existe un aumento en la concentración sérica de globulina ligadora de hormonas y hay un aumento de T3 y T4; después del parto, se presenta un súbito cambio de estas concentraciones. Puede ocurrir que 5% de las mujeres en la etapa posparto sufran de un hipotiroidismo transitorio; se ha demostrado una asociación entre la presencia de anticuerpos anti tiroideos y depresión postnatal<sup>17</sup>.

Otra teoría relaciona los antecedentes maternos de haber sufrido pérdidas tempranas; esto puede involucrar la pérdida de uno de los padres antes de los 10 años de edad o haber perdido contacto con alguno de ellos por abandono, separación o divorcio de los padres. Además de haber sido objeto de maltrato físico, emocional o sexual en la infancia, son experiencias que predisponen a la mujer a tener depresión en la edad adulta. En realidad, no se trata de fenómenos que sean raros ya que alrededor de 15 a 20% de mujeres han sido objeto de alguna forma de abuso sexual antes de alcanzar la edad adulta. Los maltratos crean una vulnerabilidad emocional importante en la mujer adulta<sup>17</sup>.

Las manifestaciones clínicas mostradas tanto por la madre como por el recién nacido son discretas, las más comunes en la madre son: sentirse triste la mayor parte del tiempo, tener pensamientos pesimistas sobre el futuro,



pensamientos de auto reproche, sentirse abrumada por alguna situación acerca del cuidado del recién nacido etc.

Las manifestaciones expresadas por los recién nacidos también son sutiles pudiendo pasar desapercibida, una de las principales reportadas en estudios sobre este tema es la disminución significativa del tono vagal, el cual se ve reflejado en alteraciones del sistema nervioso autónomo al momento de interactuar con la madre y el entorno. Existe una escala llamada “Escala para la evaluación del comportamiento neonatal” o escala “Brazelton” la cual evalúa con 28 ítems conductuales que se valoran según una escala de 9 puntos. Así mismo incluye una valoración del estado neurológico en 18 ítems de reflejos, cada uno con una graduación de 4 puntos. Los ítems de reflejos identificarán grandes anomalías neurológicas si las puntuaciones se desvían de la norma, aunque no se han diseñado para obtener un diagnóstico neurológico.

Su aplicación es un perfil de puntuaciones que nos permite detectar una posible alteración o patología, pero a su vez, dentro de los parámetros normales, detectar cuáles son tanto las potencialidades o “puntos fuertes” como los problemas o “puntos débiles del neonato, así como sus peculiares formas de actuar y de reaccionar ante las variables del entorno. Se obtiene, por tanto, un perfil de las características conductuales del niño, que se puede considerar como un primer esbozo de sus rasgos temperamentales<sup>10</sup>.

Otras manifestaciones son notorias más tardíamente al presentar problemas de adaptación social y emocional en la etapa preescolar y escolar, mostrando dificultad para exteriorizar emociones y manifestando síntomas de depresión<sup>11</sup>.

Existen estudios que han dado seguimiento neurológico a estos pacientes durante el primer año de vida y se ha comprobado que existe asimetría en la región frontal derecha en los estudios electroencefalográficos realizados hasta los 6 meses de edad en los hijos de madres con depresión posparto<sup>13</sup>

En nuestra unidad de cuidados intensivos se reporta una población de pacientes de alto riesgo neurológico para presentar depresión posparto en el binomio madre-recién nacido. Aunado a factores externos como núcleos familiares disfuncionales, redes familiares inexistentes, abandono conyugal etc.

Por todo lo anterior decidimos realizar un estudio basado en la Escala de Edinburgh la cual se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que los llamados “Baby-Blues” pero menos grave que la psicosis del puerperio.

Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo.

Dicha escala se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh se encuentra estructurada de la siguiente manera:

-Consiste de diez cortas interrogantes donde la madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior.

El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad sin embargo cabe señalar que a pesar de que existen resultados fuera de la normalidad en las encuestas la finalidad de nuestro trabajo solo es detectar la presencia o ausencia de dicha psicopatología y en su momento derivar a las pacientes que requieren apoyo o terapia con los profesionales especialistas en higiene mental

## **Justificación**

La depresión postparto es un evento que puede suceder en las madres puérperas y del cual se han descrito diferentes factores de riesgo como lo son: las enfermedades maternas, las enfermedades del recién nacido, estancias hospitalarias prolongadas, entre y otros, y pasar desapercibido para la familia y el personal de salud.

Así mismo, el ingreso de un neonato a una Unidad de Cuidados Intensivos puede ser una causa de estrés materno y que puede propiciar o acrecentar este estado de depresión postparto y originar una falta de apego o de cuidado hacia el recién nacido prolongando su estancia hospitalaria.

Aunado a estos factores, también debemos considerar, que la mayoría de nuestra población es de estados adyacentes a la ciudad de México y eso implica desplazarse de sus domicilios de origen y que junto con el ausentismo laboral pueden alterar por completo la dinámica familiar.

Algunas de estas madres, si no es que la mayoría, no cuentan con red de apoyo familiar durante su estancia en nuestra UCIN, lo que perpetúa el estado depresivo.

## **Planteamiento del Problema**

En nuestro país, la depresión postparto es un problema que no se identifica adecuadamente en las madres con factores de riesgo. Se sospecha que sea más frecuente de lo que se identifica o diagnostica, y que también puede resultar en un problema en cuanto al apego con el neonato que está en una situación crítica de salud.

El proceso de ingreso de los pacientes que llegan a nuestro centro de terapia intensiva neonatal puede ser un factor que desencadene la depresión postparto y poner en riesgo la dinámica familiar.

## **Objetivos**

- Conocer la frecuencia de la depresión posparto en las madres con hijos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en la UMAE HP CMN siglo XXI.
- Otorgar orientación y derivar a las madres con puntajes de riesgo al servicio de psicología de nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en la UMAE HP CMN siglo XXI

## **Material y Métodos**

### **Diseño del estudio**

- Prospectivo, longitudinal

### **Lugar del estudio**

- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría “Dr. Silvestre Frenk Freund” Centro Médico Nacional Siglo XXI.

### **Periodo de estudio**

- Del 1º de mayo al 31 de diciembre del 2018

### **Criterios de inclusión**

- Madres de todos los recién nacidos que ingresen a la UCIN de la UMAE HP CMN SXXI
- Tener una estancia hospitalaria mayor a tres días

### **Criterios de exclusión**

- Las madres de los neonatos que ingresen a la UCIN y que no quieran contestar la encuesta.
- Madres que no se encuentran durante el internamiento del paciente en la UCIN por alguna razón.
- Madres de pacientes cuyo internamiento sea menor a 72hrs

### **Tamaño de Muestra**

- Por conveniencia

## **Análisis estadístico**

### **Estadística descriptiva**

- Para las variables cualitativas se calcularán frecuencias simples y para las cuantitativas se obtendrán medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo al tipo de distribución

### **Descripción General del Estudio**

1. Al ingresar un neonato a la UCIN, sea cual fuere su diagnóstico y su condición de gravedad, se identificará a la madre del menor y se invitará a participar en el estudio.
2. Se le explicará en que consiste el estudio, las indicaciones de llenado del cuestionario y el consentimiento informado.
3. En caso de aceptar participar se leerá el formato de Consentimiento Informado (Anexo 3), se preguntará si existe alguna duda al respecto y de no ser así se solicitará su aceptación o no y firma del participante, investigador y testigos.
4. Se le solicitará registrar sus datos generales (Anexo 1), y se procederá a aplicar la encuesta: la escala de Edinburgh (Anexo 2).
5. Al término de la misma se calificará.
6. Si la escala cuenta con menos de 10 puntos se registra y no se requiere ninguna intervención. Si se detecta que la madre del menor tiene 10 puntos o más en dicha escala, se solicitará al equipo de Salud Mental (Psicólogos y Psiquiatras) para una intervención oportuna al detectar el riesgo.
7. De todas las encuestas se realizará una base de datos en un programa SPSS v 22 para su análisis posterior.

## **Recursos Financieros**

### **Humanos**

- El tesista Dr. Omar Espinosa Hernández para llevar a cabo la recolección de las encuestas.
- La Dra. Carina Feria Kaiser quien revisará la tesis, los avances y colaborará en la recolección de los datos para su análisis.
- Dr. Leonel Jaramillo Villanueva y Psi Karmina Rojas quienes apoyarán en el proceso de atención de las madres con depresión posparto que se detecten.

### **Recursos Materiales**

- Computadora
- Impresora
- Papel bond
- Una carpeta
- Plumas
- Lápices
- Internet.

### **Recursos financieros**

Serán sufragados por los investigadores



## **Variables**

### **Recién Nacido**

- Definición conceptual: Producto de la concepción desde el nacimiento
- hasta los 28 días de edad principio su familia, o de donde algo proviene.
- Definición operacional: recién nacido término, pretérmino o pos término
- Escala de medición: cualitativa, ordinal

### **Edad**

- Definición conceptual: es el tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio...
- Definición operacional: número de años cumplidos, según fecha de nacimiento. Conjunto de valores
- Escala de medición: cualitativa, ordinal continua

### **Estancia hospitalaria**

- Definición conceptual: Acción de estar determinado tiempo en determinado lugar
- Definición operacional: número de días hospitalizado
- Escala de medición: cualitativa, ordinal

### **Origen**

- Definición conceptual: Patria, país donde alguien ha nacido o donde tuvo principio su familia, o de donde algo proviene.
- Definición operacional: estado de origen
- Escala de medición: cualitativa, ordinal

### **Sitio de Residencia**

- Definición conceptual: lugar en que la persona vive al momento de ser interrogado.
- Definición operacional: dirección actual.
- Escala de medición: cualitativa

### **Escolaridad**

- Definición conceptual: años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional
- Definición operacional: educación básica, educación media, profesional, posgrado
- Escala de medición: nominal

### **Ocupación**

- Definición conceptual: tipo de trabajo que desempeña la persona encuestada y que le genera recursos económicos
- Definición operacional: ama casa, empleada, desempleada, jubilado, pensionado
- Escala de medición: Cualitativa nominal

### **Estado civil**

- Definición conceptual: situación civil de la persona encuestada.
- Definición operacional: casada, soltera, unión libre, divorciada. Viudo.
- Escala de medición: Cualitativa nominal

### **Enfermedad**

- Definición conceptual: proceso y a la fase que atraviesan los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar al modificar su condición ontológica de salud.
- Definición operacional: Si o no

- Escala de medición: cualitativa nominal

### **Enfermedad durante la gestación**

- Definición conceptual: enfermedad que no está causada directamente por el embarazo pero que puede empeorar o ser potencialmente riesgosa para la gestación
- Definición operacional: diabetes materna, hipertensión arterial, anemia, depresión previa al embarazo
- Escala de medición: Cualitativa nominal

### **Tipo de parto (nacimiento)**

- Definición conceptual: expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre independientemente de la duración de la gestación de un producto de la concepción que después de dicha separación respire o de cualquier señal de vida
- Definición operacional: eutócico, distócico, cesárea, parto
- Escala de medición: Cualitativa nominal

### **Depresión**

- Definición conceptual: trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastorno de sueño, apetito, sensación de cansancio, falta de concentración.
- Definición operacional: aguda o crónica. Prenatal o posnatal
- Escala de medición: Nominal

### **Medicamentos antidepresivos**

- Definición conceptual: fármacos que alivian los síntomas de la depresión
- Definición operacional: ISRS, ISRN, tricíclicos, IMAO's.
- Escala de medición: Nominal

### **Escala de Edinburgh (16, 17) (Anexo 2)**

- Definición conceptual: herramienta diseñada y validada para evaluar la sintomatología depresiva durante el periodo perinatal.
- Definición operacional: Puntos
- Escala de medición: Cuantitativa discreta

## **Consideraciones éticas**

El presente trabajo se someterá a evaluación por el Comité Local de Investigación y Ética en la Investigación en Salud, conforme a los lineamientos de la Ley General de Salud.

Este trabajo se apega al artículo 17, inciso 1, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación,

### **Forma de selección de los participantes:**

Se invitara a participar a todo paciente que cumpla con los criterios de inclusión previamente establecidos. Estará regido por la declaración de Helsinki con enmienda en la 64va Asamblea General, Fortaleza, Brasil 2013, no se afectará el principio de no maleficencia ni el de beneficencia y se resguardara la confidencialidad de todos los participante. Así como los lineamientos internacionales de Buenas prácticas de la investigación clínica y la normatividad vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se declara que se respetarán los principios contenidos en el Código de Nüremberg, la enmienda de Tokio.

### **Beneficios:**

Personal: En caso de encontrarse con un puntaje de riesgo la madre del menor sería canalizada al servicio de Salud Mental para su seguimiento.

Comunidad: Establecer la escala de Edinburgh para poder detectar oportunamente a las madres con riesgo y poder establecer políticas de apoyo que nos ayuden en su Salud mental y por consiguiente el apego con el neonato.

### **Riesgo:**

Es un estudio sin riesgo para la madre y se busca disminuir el riesgo de falta de apego hacia el menor.

## **Confidencialidad**

Se mantendrá en todo momento el anonimato de la madre y el paciente, únicamente los autores conocerán el nombre con fines de identificación para el seguimiento. Para proteger los datos del paciente se realizaron dos bases de datos, una de ellas tendrá el nombre completo y en otra solo se manejaran los datos con número de identificación.

## **Conflicto de Interés**

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

## **RESULTADOS**

En el lapso de tiempo establecido para el estudio se aplicaron 218 ejemplares de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh. Del total de cuestionarios obtenidos, se eliminaron nueve por errores en su llenado o fallas en su aplicación

Finalmente, 209 forman parte del análisis estadístico de la prueba, los cuales se distribuyen de la siguiente manera: • 97 sujetos, que equivalen a 46%, obtuvieron un puntaje igual o mayor a 14 en la prueba, es decir, clasificaron como casos positivos. • 54% de los sujetos obtuvieron menos de 14 Puntos (un total de 112 sujetos), los cuales se consideran como casos negativos.

A su vez, los casos positivos pueden subclasificarse en: falsos positivos y verdaderos positivos. Los “falsos positivos” son aquellos casos que obtuvieron 14

o más puntos en el cuestionario, pero no se corroboraron como casos de depresión al ser valorados por el equipo de psicólogos del Departamento. En este caso 11% del total de sujetos (22 casos) resultaron ser falsos positivos, que son 23% de los positivos. 36% del total de sujetos, es decir 75 sujetos, resultaron clasificados como “verdaderos positivos”, 77% de todos los positivos. Se trata de pacientes que obtuvieron puntajes de 14 o más y se les diagnosticó depresión. Entre los 112 casos negativos, encontramos 106 casos (50%), que equivale a 95% de los casos negativos “verdaderos negativos”, es decir, pacientes con puntajes menores de 14 y sin diagnóstico final de depresión. 3%, es decir, seis sujetos (5% del total de negativos), como “falsos negativos”, con puntajes menores de 14 y con diagnóstico de depresión. Los sujetos que resultaron estar cursando con depresión se clasificaron como “verdaderos positivos” fueron 75 (36%) y “falsos negativos” seis (3%). Finalmente, la tabla de 2 x 2 muestra los resultados del estudio sobre depresión postnatal.

Aplicando las fórmulas respectivas obtenemos: • Sensibilidad: 90%, es decir, 90 de cada 100 pacientes con depresión perinatal serán correctamente detectadas como positivas por la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh.

• Especificidad: 82%, es decir, 82 de cada 100 pacientes sin depresión perinatal serán correctamente detectadas como negativas por la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh. • Valor predictivo positivo: 77%, es decir, 77 de cada 100 pacientes que resultaron “positivo” en la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh presentarán depresión perinatal. • Valor predictivo negativo: 94%, es decir, 94 de cada 100 pacientes que resultaron “negativo” en la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, no presentarán depresión perinatal.

## **CONCLUSIONES**

Las pruebas diagnósticas son aquellas que apuntan inequívocamente a la patología, el concepto no se restringe a exámenes de laboratorio y gabinete, sino también a la presencia de signos y síntomas de una enfermedad.<sup>9-10</sup> Para evaluar la exactitud de una prueba diagnóstica, esta se contrasta contra los resultados de una referencia denominada “estándar de oro”, como no se puede aplicar siempre el estándar de oro, los clínicos recurren a pruebas diagnósticas que permitan establecer con determinada probabilidad el estado de salud de un paciente

Las condiciones que deben ser exigidas a una prueba son la validez y seguridad.<sup>11</sup> La sensibilidad y la especificidad de una prueba son medidas de su validez definidas como: • Sensibilidad: proporción de personas realmente enfermas que son identificados como tales por la prueba. • Especificidad: proporción de personas realmente no enfermas que fueron identificados como tales por la prueba.<sup>9</sup>La seguridad viene determinada por el valor predictivo de un resultado positivo o negativo, es decir, valor predictivo es la probabilidad de que el resultado de la prueba corresponda al estado del paciente.<sup>12</sup> Un instrumento capaz de detectar depresión perinatal debe ser incorporado a los estudios iniciales de la paciente obstétrica para detectar este cuadro oportunamente y brindar el tratamiento indicado para las pacientes que lo requieren para minimizar los efectos sobre ella y el recién nacido.<sup>13</sup>

Todos los resultados obtenidos, el cálculo de la sensibilidad y especificidad de la prueba, así como de su capacidad predictiva tanto positiva como negativa, demuestran que la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo es un instrumento seguro y válido para ser utilizado como tamiz en detección de trastornos depresivos en la población de la UCIN de CMN siglo XXI.

El embarazo conduce a la creación de una vida que cambiará el lugar de la mujer en su propio mundo para siempre. Involucra tremendas transformaciones físicas, como son la alteración de procesos fisiológicos básicos como el sueño, digestión, apetito y los cambios hormonales que regularmente afectan el estado afectivo y la cognición.<sup>14</sup>

Es necesario que se implementen servicios preventivos que atiendan a las mujeres gestantes, servicios destinados a disminuir la preeminencia de las incapacidades crónicas o de las recaídas depresivas y, por tanto, reducir al mínimo las limitaciones funcionales consecutivas, pero al mismo tiempo servicios dirigidos a la prevención precoz que frene una cadena de transmisión transgeneracional de patología depresiva. El embarazo con los desafíos psicológicos que implica constituye una maravillosa oportunidad para crecer e integrar, pero también un enorme riesgo para el desarrollo de psicopatología que puede tener efectos a largo plazo para la relación materno infantil.<sup>15</sup>

### **Cronograma de Actividades 2018.**

	<b>Mayo</b>	<b>Junio</b>	<b>Jul- Nov</b>	<b>Nov-Dic</b>	<b>Ene 2019</b>
<b>Investigación bibliográfica</b>	X				



<i>Realización de protocolo</i>	X		
<b>Revisión por el Comité de Investigación y Ética</b>	X		
<i>Aplicación de encuestas</i>		X	X
<b>Análisis de Resultados</b>			X
<i>Escrito Final</i>			X

## Referencias

1. Barra F, Barra L. Depresión posparto hacia un tratamiento integral. Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa 2009;1:77-88

2. De la Gándara MJ y col. 1 ed. Depresión en pacientes de riesgo 006, Grupo ARS XXI, México 2005.
3. Vargas MJE, García JM. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología 2009;3(1):11-18
4. Portilla GMP, Bascara MT y col. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 5 ed. ARS Médica México 2005
5. Bowlby J: El apego. Volumen 1 de la trilogía. El apego y la pérdida. Barcelona España; paidós, 2009.
6. Lecannelier Foculos, influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Segunda parte: La teoría del apego. Santiago, Chile: Editorial LOM 2009.
7. Oberlander TF, et cols, Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. Epigenetics 2008;3(2): 97-106.
8. Liu D, Diorio J, Tannenbaum B, Caldji C, Francis D, Freedman A, Sharma S, Pearson D, Plotsky PM, Meaney MJ. Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. Science 1997; 277:1659-62.
9. Alder J, Fink N, Bitzer J, Ho Sli I, Holzgreve W. Depression And Anxiety During Pregnancy: A Risk Factor For Obstetric, Fetal And Neonatal Outcome? A Critical Review Of The Literature. J Maternal-Fetal and Neonatal Medicine,.2007; 20(3): 189–209
10. Lundqvist C, Sabel KG. Brief Report: The Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale Detects Differences Among Newborn Infants of Optimal Health. J Pediatric Psychology. 2000; 25(8): 577–582.
11. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. Infant Behavior & Development. 2006;29: 445–455.
12. Rifkin-Graboi A, Bai J, Chen H, Bak'r Hameed W, Sim LW, Thway Tint M, Leutscher-Broekman B, Chong YS, Gluckman PD, Fortier MV, Meaney MJ, Qiu A. Prenatal Maternal Depression Associates With Microstructure Of Right Amygdala In Neonates At Birth. Biol Psychiatry 2013;74:837–844.
13. Gentile S. Untreated Depression During Pregnancy: Short- And Long-Term Effects In Offspring. A Systematic Review. Department Of Mental Health Asl Salerno, Mental Health Centre, Piazza Galdi, 1 84013 Cava De' Tirreni (Salerno), Italy
14. Shari I. Lusskin, Md, Sabrina J. Khan, Md, Carrie Ernst, Md, ‡ Sally Habib, Md, Madeleine E. Fersh, Md, And Elizabeth S. Albertini, Pharmacotherapy For Perinatal Depression. Clinical Obstetrics And Gynecology Volume 00, Number 00, 2018

15. Ing H, Fellmeth G, White J, Stein A, Simpson JA and McGready R. Validation of the Edinburgh postnatal Depression Scale (EPDS) on the Thai-Myanmar border. Tropical Doctor 2017;47(4):339-347.
16. Cox JL, Holden JM, and Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry 1987;150:782-786.
17. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum Depression. N Engl J Med 2002;347:194-199.

Anexo 1

Folio No \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de egreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre paciente: \_\_\_\_\_ No afiliación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ EG: \_\_\_\_\_ No de cama: \_\_\_\_\_ EIH: \_\_\_\_\_

Diagnostico principal: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Originaria: \_\_\_\_\_

Sitio de residencia: \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo?: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado civil: 0 Soltera 0 Casada 0 Unión libre 0 Divorciada

Ocupación: \_\_\_\_\_

Relación con el esposo/pareja: 0 Mala 0 Regular 0 Buena 0 Muy buena

Relación con la familia: 0 Mala 0 Regular 0 Buena 0 Muy buena

Relación con familia política: 0 Mala 0 Regular 0 Buena 0 Muy buena

Vivienda: 0 Propia 0 Rentada 0 con la familia

Enfermedades: \_\_\_\_\_

Enfermedad durante el embarazo: 0 Si 0 NO

0 Infecciones 0 Hipertensión 0 Diabetes

Otras: \_\_\_\_\_

Tipo de parto: 0 Cesárea 0 Vaginal Gesta: \_\_\_\_ P: \_\_\_\_ C: \_\_\_\_ A: \_\_\_\_

Antecedentes de depresión: 0 Si 0 No

Especifique: \_\_\_\_\_

Ingesta de medicamentos: 0 Si 0 No

Especifique: \_\_\_\_\_

## Anexo 2

### Escala de Edinburgh

Nombre: \_\_\_\_\_

No Cama bebé: \_\_\_\_\_

Estuviste embarazada y ahora tienes un bebé, queremos conocer cómo te has sentido en los últimos 7 días, no necesariamente cómo te sientes hoy.

**Este es un ejemplo**, ya completo. Yo se me sentido feliz:

- Si, toda la semana **Si la mayor parte del tiempo**. Esto significa: yo he estado feliz la mayor parte del tiempo, durante la semana pasada.
- No muy seguido
- No, no del todo

**En los últimos 7 días:**

1. He sido capaz de reír y ver el lado divertido de las cosas:

- Tanto como siempre
- No tanto ahora
- Mucho menos ahora
- No, nada

2. Yo siempre miro hacia delante gozando las cosas

- Tanto como siempre lo he hecho
- Quizá menos de lo usual
- Definitivamente menos de lo usual
- Casi nada

3. Cuando las cosas salen mal, me culpo a mí misma innecesariamente

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

4. He estado nerviosa e inquieta, sin tener motivo

- No, nunca
- Casi nunca
- Si algunas veces
- Si muy seguido

5. Yo me he sentido con miedo o asustadiza sin tener motivo

- Si, bastante
- Si, algunas veces
- No, no siempre
- No, nunca

6. Las cosas me han estado abrumando

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

7. He estado tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

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

8. Me he sentido triste o desgraciada

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

9. Yo me he sentido infeliz, y he empezado a llorar

- Si, la mayor parte del tiempo
- Si, muy seguido
- Solo ocasionalmente
- No, nunca

10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño

- Si, muy seguido
- Algunas veces
- Casi nunca
- No, nunca

Fecha de elaboración: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Puntaje: \_\_\_\_\_

**Anexo 3**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD**

**HOSPITAL DE PEDIATRIA “DR. SILVESTRE FRENK FREUND”**  
**CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Protocolo aprobado por el comité local de investigación y ética del hospital. Registro No: \_\_\_\_\_

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ 2018

Se le invita a usted \_\_\_\_\_ a participar voluntariamente en el estudio de investigación, **Detección y frecuencia de depresión postparto en madres de hijos hospitalizados en UCIN de un hospital de tercer nivel**

**El objetivo del estudio es:** Encontrar cuál es la frecuencia de la depresión postparto en madres de recién nacidos que ingresan a nuestra UMAE del Hospital de Pediatría “Dr. Silvestre Frenk Freund”, que es donde se encuentra hospitalizado su bebé: \_\_\_\_\_

**Su participación consistirá en:**

Dar información sobre datos personales, como nombre, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, número de hijos, historia de depresión previa, responder las preguntas de la encuesta de Edinburg, el cual ya tiene un formato utilizado en otras mamás de recién nacidos.

**Procedimientos del estudio:**

Se leerá el consentimiento informado, se aclararán las dudas que puedan surgir del mismo y se procede a firmar tanto la madre como el investigador y los testigos.

Se entregarán dos formatos el primero que incluye los datos generales como: nombre, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, procedencia, estado familiar y antecedentes de depresión y el segundo que es la escala de Edinburg el cual es un formato validado que de acuerdo a la calificación obtenida nos puede mostrar un riesgo de depresión. Las preguntas son sencillas y de fácil respuesta y pueden responderse en un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos.

Los datos se manejarán de manera anónima, únicamente por los investigadores principales, de manera que usted no podrá identificarse en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio. Los resultados que obtengamos de la encuesta se comentarán con usted y de acuerdo a los resultados, en caso de requerirlo, será informada oportunamente y usted recibirá la atención necesaria por el servicio de Salud Mental por medio de una cita programada con la Psicóloga y/o Psiquiatra si usted así lo decide. Este servicio se encuentra al final del pasillo en el 2º piso, en el área de la consulta externa.

**Los beneficios y riesgos del estudio incluyen:**

Los posibles riesgos e inconvenientes, derivados de su participación son: el tiempo que le tomará en contestar el cuestionario o reacciones de preocupación, mismas que son poco frecuentes y que se atenderán de forma inmediata por él investigador en caso de que se presenten; el beneficio será la atención oportuna en caso de depresión postparto y su atención oportuna por parte de Salud Mental para aquellas madres de recién nacidos, así como la contribución al conocimiento científico. De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el presente estudio por sus características metodológicas se clasifica como de **riesgo mínimo**.

**Aceptación de participación:**

Declaro que se me ha informado sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados del estudio. Entiendo que conservamos el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe nuestro hijo (a) o nuestra familia por parte del Instituto.

Los investigadores responsables del estudio son: Dr. Omar Espinosa Hernández, Dra. Laura Carina Fera Kaiser, quienes se pueden localizar en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del 4º piso del Hospital y Psicóloga Karmina Rojas C y el Dr. Leonel Jaramillo Villanueva quienes se pueden localizar en la consulta externa de Salud Mental, todos ellos de lunes a viernes de 8 a 14 horas.

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)

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

Nombre y firma del Participante      Nombre y firma del Investigador Responsable

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Testigo

Nombre y firma del Testigo

\_\_\_\_\_