



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL PARAGUAY
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

Trabajo Final de grado

**Depresión posparto: herramientas de diagnóstico temprano aplicadas a madres del
barrio Remansito de Ciudad del Este, Paraguay. Año 2023**

Autores:

Charles J. Cândido Nunes, Mario V. Guirro Endo, Samara R. Vieira Teles

Tutor:

Dr. Jorge José Daniel Zorrilla Rivas

Catedrático de la universidad central del Paraguay

Ciudad del Este, Paraguay

14 de Julio del 2023



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL PARAGUAY
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

Trabajo Final de grado

**Depresión posparto: herramientas de diagnóstico temprano aplicadas a madres del
barrio Remansito de Ciudad del Este, Paraguay. Año 2023**

Autores:

Charles J. Cândido Nunes, Mario V. Guirro Endo, Samara R. Vieira Teles

Tutor:

Dr. Jorge José Daniel Zorrilla Rivas

Catedrático de la universidad central del Paraguay

Ciudad del Este, Paraguay

14 de Julio del 2023

Aprobación del tutor

En mi calidad de Tutor de análisis del presenta trabajo de investigación, sobre el tema: “Depresión posparto: herramientas de diagnóstico temprano aplicadas a madres del barrio Remansito, ciudad del este, Py. año 2023” de Charles Junior Cândido Nunes, Mario Vitor Guirro Endo y Samara Roberta Vieira Teles, **estudiantes** de la Carrera de Medicina de la Universidad Central del Paraguay, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes por lo que autorizo su defensa oral y publica y a ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad, así mismo certifico que el mismo trabajo de investigación ha sido prolijamente revisado, respondiendo a los requisitos establecidos en el reglamento de graduación de la universidad.

Ciudad del Este, Julio del 2023

EL TUTOR

.....
Dr. Jorge José Daniel Zorrilla Rivas

**“Depresión posparto: herramientas de diagnóstico
temprano aplicadas a madres del barrio Remansito,
ciudad del este, Py. año 2023”**

Trabajo Final de Grado **presentado a la carrera de medicina de la
facultad de ciencias de la salud de la universidad central del Paraguay
– Filial Ciudad del Este, como requisito para la obtención del Título
de Médico. Defensa oral realizada el 14 de Julio del 2023**

Miembros de la Mesa examinadora

Nombre y Apellido	Firma	Sello
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Calificación Final

Charles Junior Cândido Nunes _____

Mario Vitor Guirro Endo _____

Samara Roberta Vieira Teles _____

Declaración Jurada

Bajo fe de juramento de decir la verdad, declaramos que nuestro trabajo de grado, bajo el título de “DEPRESIÓN POSPARTO: HERRAMIENTAS DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO APLICADAS A MADRES DEL BARRIO REMANSITO, CIUDAD DEL ESTE, PY AÑO 2023” es de nuestra autoría personal y únicos responsables del mismo, exonerando expresamente a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL PARAGUAY de cualquier responsabilidad en caso de algún plagio. Además, autorizamos expresamente a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL PARAGUAY para la publicación del material en todos los medios lícitos a nivel nacional e internacional con la expresa aclaración de mi autoría.

Alumna/o:

C.I.:

Firma: _____

Alumna/o:

C.I.:

Firma: _____

Alumna/o:

C.I.:

Firma: _____

Dedicamos este trabajo final de graduación principalmente a Dios, quien en su grandeza nos conduce por el camino de la ética profesional. A pacientes que sufren de depresión posparto y sus hijos. Además, lo dedicamos a nuestros queridos y devotos padres y familiares.

Agradecimientos

Agradecemos a nuestras familias por todos los esfuerzos a favor de nuestra formación. Por la creencia y apoyo incondicional a nuestros sueños. Agradecemos también a la Universidad Central del Paraguay de Ciudad del Este por brindarnos las herramientas para nuestra formación académica, de manera competente y acogedora. Finalmente, nuestro inmenso agradecimiento a los profesores de la institución, por compartir conocimientos y guiarnos con devoción y competencia.

"La salud de la mujer es la clave para la salud mundial".

-Gro Harlem Brundtland

I. Resumen

La depresión posparto (DPP) es una enfermedad cuya etiología resulta de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, los principales aspectos clínicos de la DPP son la ansiedad, la privación del sueño y los pensamientos obsesivos egodistónicos esencialmente relacionados con dañar al bebé. Se sabe que el conocimiento disponible sobre la detección temprana de la enfermedad es disperso y está fuera del alcance y práctica del médico general. Por lo tanto, surge la necesidad de reunir, e Identificar métodos para el diagnóstico precoz de la depresión posparto ya que la enfermedad representa una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna a largo plazo, considerada un grave problema de salud pública. Existen formas de diagnóstico precoz publicadas, pero poco conocidas y aplicadas. El objetivo del trabajo es reunir, aplicar y explorar métodos de diagnóstico temprano para la depresión posparto en la región de Remansito, Ciudad del Este-Py mediante una exhaustiva y analítica revisión bibliográfica, sustentado en la lectura exploratoria de material de investigación integradora que busca identificar la producción científica sobre el diagnóstico precoz de la Depresión Posparto, la revisión se realiza de enero a junio de 2023, en bases de datos electrónicas e investigaciones de campo para la aplicación de los métodos, a través de un estudio transversal, con 50 puérperas, se presentan también los cuestionarios y el resultados de campo de investigaciones revisadas y los conocimientos previos sobre métodos para el diagnóstico precoz de la depresión posparto, de manera que las mismas sean fácilmente aplicables, contribuir a la salud pública y al acceso a la información compilada de manera accesible.

Palabras claves: depresión posparto, diagnóstico, posparto, salud pública.

Abstract

Postpartum depression (PPD) is a disease whose etiology results from the interaction of biological, psychological and social factors. The main clinical aspects of PPD are anxiety, sleep deprivation and egodystonic obsessive thoughts essentially related to harming the baby. It is known that the available knowledge on the early detection of the disease is scattered and is beyond the scope and practice of the general practitioner. Therefore, there is a need to gather and identify methods for the early diagnosis of postpartum depression, since the disease represents one of the main causes of long-term maternal mortality and morbidity, considered a serious public health problem. There are forms of early diagnosis published, but little known and applied. The objective of the work is to gather, apply and explore methods of early diagnosis for postpartum depression in the region of Remansito, Ciudad del Este-Py through an exhaustive and analytical bibliographic review, supported by the exploratory reading of integrative research material that seeks to identify the scientific production on the early diagnosis of Postpartum Depression, the review is carried out from January to June 2023, in electronic databases and field research for the application of the methods, through a cross-sectional study, with 50 puerperal women, Questionnaires and field results of reviewed investigations and previous knowledge on methods for the early diagnosis of postpartum depression are also presented, so that they are easily applicable, contribute to public health and access to information compiled from accessible way.

Keywords: postpartum depression, diagnosis, postpartum, public health.

Índice

Declaración Jurada	5
Dedicatoria	Erro! Indicador não definido.
Agradecimiento	7
I. RESUMEN	9
ÍNDICE.....	11
INTRODUCCION	Erro! Indicador não definido.
CAPÍTULO I MARCO INTRODUTORIO	16
I. – Planteamiento del Problema	16
II. – Objetivos:	17
Objetivo General:.....	17
Objetivos Específicos:	17
III. Justificación:	18
IV. - Cronograma y Actividades asignadas:.....	18
CAPÍTULO II MARCO TEORICO	19
i. Apartados de revisión de literatura.....	19
ii. Apartados de descripción de experiencias:	36
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	38
Delimitación:.....	38
Criterios de inclusión, Población y Muestra:.....	38
Nivel de Investigación	38
Informe Legal	39

CAPÍTULO IV MARCO ANALITICO	40
ANÁLISIS Y INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	40
Datos Biodemográficos	40
Método A - Análisis de factores de riesgo	41
Método B - Seguimiento de pensamientos obsesivos.	42
Método C: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).....	43
Método D: Escala de detección de depresión posparto (PDSS)	45
Método E: Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)	46
Análisis total	47
CAPÍTULO V	48
CONCLUSIÓN	48
BIBLIOGRAFIA	49
ANEXO:.....	53
INFORME LEGAL:	53
Cuestionario pensamientos obsesivos	54
Cuestionario Edimburgo:.....	57
Cuestionario Postpartum Depression Screening Scale (PDSS).....	61
Cuestionario Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	64
A)Cuestionario Análisis de Factores de riesgo:	70

Introducción

Descrita por primera vez en 1968 como una presentación atípica de depresión en el puerperio, con predominio de síntomas neuróticos como ansiedad, irritabilidad y fobias³², la depresión posparto aún es poco conocida, de etiología incierta y muchas veces infradiagnosticada⁹.

El puerperio es la fase en la que las mujeres son más vulnerables a los trastornos psiquiátricos⁵. Por lo tanto, la enfermedad mental perinatal es una de las complicaciones más importantes del embarazo y el puerperio⁶, con implicaciones significativas para la salud materna, el resultado del parto y el desarrollo de la descendencia^{7, 8}.

La depresión posparto, el tema de este estudio, se considera la salud mental más importante en el puerperio⁹, con una prevalencia mundial estimada en torno al 10-15%^{10, 11}. La enfermedad representa una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna a largo plazo^{4, 16}, contribuyendo al 20% de las muertes maternas en el puerperio¹⁷, siendo considerada un grave problema de salud pública¹⁸.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mental - 5 (DSM) amplió la definición de depresión posparto para incluir episodios depresivos mayores de inicio perinatal como los que comienzan en el embarazo o en las primeras cuatro semanas posparto.

Aunque la depresión posparto y el trastorno depresivo mayor tienen los mismos criterios de diagnóstico en el DSM (es decir, estado de ánimo depresión, anhedonia, trastornos del sueño y del apetito, concentración alterada, alteración psicomotora, letargo, sentimientos de inutilidad o culpa e ideación suicida), síntomas

de agitación, los trastornos psicomotores y el letargo son más prominentes en la depresión posparto, que también puede incluir síntomas como inestabilidad humor y preocupación por el bienestar del bebé, además de ansiedad, pensamientos rumiantes y ataques de pánico.

Los signos y síntomas del estado depresivo varían en cuanto a la forma e intensidad en que se manifiestan, ya que dependen del tipo de personalidad de la mujer puérpera y de su propia historia de vida, además de los cambios bioquímicos que ocurren poco tiempo después del parto (Bernazzani, Onroy, Marks, Siddle, Guedeney, Bifulco et al., 2004). Godfroid (1997) y Chaudron & Pies (2003) describieron las consecuencias de la depresión posparto, dividiéndolas en tempranas y tardías.

Las primeras consecuencias incluyen: suicidio y/o infanticidio (0,2% de los casos), negligencia en la alimentación del bebé, bebé irritable, vómitos del bebé, muerte súbita del bebé, lesiones “accidentales” del bebé, depresión del cónyuge y divorcio; el tardío sería: niño maltratado, desarrollo cognitivo inferior, retraso en la adquisición del lenguaje, trastorno de conducta y psicopatologías en el futuro adulto.

A menudo, las mujeres con depresión puerperal no reconocen los síntomas como parte de la enfermedad, ya que se superponen con muchas de las molestias habituales del puerperio, como fatiga, cambios en el sueño, disminución de la libido (WISNER et al, 2013 apud CARDILO et al. ,2016). Entre los intentos de desarrollar instrumentos de detección para facilitar la identificación y el tratamiento temprano de la DPP, se crearon varios tipos de herramientas. Unos basados en cuestionarios, escalas, factores de riesgo y antecedentes patológicos personales.

Esta investigación brinda una revisión de los principales métodos diagnósticos encontrados en la revisión, los cuales pueden ser utilizados para la detección temprana de la enfermedad en puérperas: la análisis de factores de riesgo psicosociales y gestacionales; atención a los Esquemas Inadaptados Iniciales (EID)-Esquemas de Young; pensamientos obsesivos (escala y-Bocs), la lista de verificación de pensamientos y comportamiento posparto (PTBC); la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPS), la Escala de Detección de Depresión Posparto (PDSS), la Lista de Verificación de Síntomas de Hopkins (SCL-25) y el Cuestionario de Autoinforme 20 (SRQ-20). A

nte la necesidad de una mayor atención por parte de los profesionales de la salud ante la depresión posparto, se hace necesaria la revisión y experimentación de métodos. De manera que, desde el médico general, la atención puerperal sea completa, y la detección y tratamiento precoz de la depresión posparto sea fácilmente accesible.

Capítulo I marco introductorio

I. – Planteamiento del Problema

Lo que justifica la necesidad de realizar una investigación para generar conocimientos que contribuyan al diagnóstico precoz de la depresión posparto, son las repercusiones directas de la relación madre-bebé con consecuencias definitivas para el niño¹² Durante el transcurso de la enfermedad, existe una reducción de la afectividad y del cuidado del bebé. Las primeras repercusiones están descritas en la literatura (bajo rendimiento en pruebas de desarrollo y altos niveles de apego inseguro a la madre a los 12 meses) y tardía (trastornos de conducta, deterioro de la salud física, apego inseguro y episodios depresivos)¹³.

La depresión posparto es considerada un problema de salud pública debido a su alta tasa de prevalencia. Estos alarmantes datos están asociados a la falta de diagnóstico precoz y al uso incorrecto de instrumentos de cribado por parte de los profesionales sanitarios. La falta de conocimiento previo sobre los trastornos resulta en un abordaje sanitario restringido, con énfasis en los aspectos fisiológicos y biomédicos durante las consultas, no cubriendo los aspectos biopsicosociales del paciente. Como resultado, la asistencia ofrecida se descalifica y se enfoca solo en el modelo biomédico (FERREIRA, 2006).

Esto demuestra que el conocimiento disponible sobre la detección temprana de la enfermedad es disperso y está fuera del alcance y práctica del médico general. Necesitando por tanto Reunir, Aplicar y Explorar las herramientas encontradas en la literatura médica que sean suficientes para dar cuenta del problema y sus posibles alternativas de solución.

II. – Objetivos:

Objetivo General:

Identificar herramientas para diagnóstico temprano de depresión posparto y demostrar su efectividad en puérperas del barrio Remansito, Ciudad del Este, Py año 2023.

Objetivos Específicos:

- Reunir herramientas para el diagnóstico de la depresión posparto a través de una revisión de la literatura;
- Aplicar las diferentes herramientas que se encuentran en la población de Remansito- Ciudad del Este; para diagnosticar la depresión posparto en los primeros meses del puerperio;
- Explorar la aplicabilidad y efectividad de las pruebas aplicadas por esta investigación y otros autores.

III. Justificación:

La depresión posparto representa una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna a largo plazo, considerada un grave problema de salud pública. A pesar de su alta prevalencia y magnitud, la depresión posparto sigue siendo generalmente sub identificada. Así, justifican la necesidad de ampliar el conocimiento sobre herramientas para el diagnóstico precoz. El trabajo tiene como objetivo reunir, aplicar y explorar métodos de diagnóstico temprano para la depresión posparto en la región de Remansito, Ciudad del Este-Py, con el fin de contribuir al escenario de este problema de salud pública en la región. Beneficiar a pacientes que aún no han tenido este tipo de atención médica y probar la aplicabilidad de los métodos.

IV. - Cronograma y Actividades asignadas:

ACTIVIDADES	MESES					
	JAN	FEV	MAR	ABRI	MAIO	JUN
Elección del tema para la preparación de la tesis con los supervisores	X					
Presentación del primer borrador del futuro proyecto a los supervisores.			X			
Revisión del primer borrador del marco teórico			X			
Desarrollo del marco teórico	X	X	X	X		
Procesamiento de datos		X	X	X	X	
Organización de la tesis y la redacción de los capítulos			X	X	X	X
Introducción de los datos				X	X	

Capítulo II marco teórico

i. Apartados de revisión de literatura

La depresión posparto (DPP) es una enfermedad cuya etiología resulta de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales (Bennet et al., 2004a; vHalbreich, 2005a). Según Wisner et al. (2003), los principales aspectos clínicos de la DPP son la ansiedad, la privación del sueño y los pensamientos obsesivos egodistónicos esencialmente relacionados con dañar al bebé. También es común que las mujeres se sientan culpables por no ser lo suficientemente buenas madres, se sientan inseguras sobre sus habilidades de crianza y tengan preocupaciones excesivas y/o irrazonables sobre el bienestar y desarrollo del bebé (Brockington, 1996; Buist et al. al., 2006a; Wisner et al., 1999).

Por otro lado, muchas mujeres refieren la incapacidad de sentir cercanía e interés por el bebé, lo que muchas veces representa la queja que las lleva a buscar ayuda (Riescher & Rohde, 2005). Cabe señalar, sin embargo, que dado que la depresión es un fenotipo complejo (Macedo & Azevedo, 2001), no todas las mujeres tienen la misma constelación de síntomas (Bishop, 1999; Brockington, 2004b; Huysman, 2003). De lo descrito hasta ahora, podemos concluir que la combinación de síntomas ansiosos, obsesivos y depresivos es común (Brockington, 2004a,b), por lo que la depresión no es necesariamente el primer síntoma ni el más importante para causar sufrimiento a las mujeres en este contexto. (Beck, 2002a, 2005a; Bernstein et al., 2006). En la investigación de Dalton (1996) sobre los síntomas iniciales de la DPP, se encontró que los más mencionados eran la ansiedad, la agitación, la irritabilidad y la confusión mental, ocupando únicamente la tristeza el décimo lugar. En el estudio de Andersson et al. (2003) sobre los síntomas depresivos de las mujeres durante el embarazo (2do trimestre) los más frecuentes fueron fatiga, pérdida de energía y disminución del interés. Born y Steiner

(1999) conceptualizaron la irritabilidad del PTSD como caracterizada por lo siguiente: sensibilidad excesiva a los estímulos externos; tensión física y psicológica, que puede acumularse rápidamente hasta niveles muy intensos; falta de control de los impulsos; tendencia a la impaciencia, irascibilidad verbal, ira y comportamiento agresivo. Los ataques de pánico acompañan muy a menudo a la DPP y el miedo a que ocurran puede llevar a la mujer a evitar estar sola con el bebé (Metz et al., 1988) o incluso a desarrollar una evitación fóbica del bebé (Sved-Williams, 1992). Los síntomas obsesivo-compulsivos también suelen aparecer en paralelo con los síntomas depresivos. En este contexto, una de las presentaciones más comunes es la obsesión por dañar al bebé o matarlo, que puede ser tan intensa y perturbadora que la mujer es incapaz de cuidarlo (Wisner et al., 1994).

El diagnóstico es difícil, ya que no existe un consenso final sobre el diagnóstico en sí, la etiología y el tratamiento. Por ejemplo, para que un episodio depresivo se caracterice como posparto, debe ocurrir dentro de las primeras cuatro semanas después del nacimiento del bebé, según los criterios del DSMIV, y seis semanas según la Clasificación Internacional de Enfermedades – 10ª edición (CIE -10).

Los siguientes son los criterios diagnósticos de un Episodio Depresivo Mayor, según el DSM-IV-TR:

A. Al menos cinco de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período mínimo de dos semanas y son un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es: (1) estado de ánimo depresivo o (2) anhedonia (disminución o pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba):

(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, como lo indica el informe subjetivo (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación hecha por otros (p. ej., llora mucho).

- (2) Interés o placer marcadamente disminuido en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (según lo indicado por informes subjetivos u observaciones hechas por otros).
 - (3) Pérdida o ganancia significativa de peso sin hacer dieta (p. ej., más del 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no meramente instancias subjetivas de inquietud o ralentización).
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - (7) Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante), casi todos los días (no simplemente auto-reproche o culpa por estar enfermo).
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (por relato subjetivo u observación hecha por otros).
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, intento de suicidio o plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.
- C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento en la vida del individuo.
- D. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., droga de abuso o medicación) oa una afección médica general (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por duelo, es decir, después de la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten durante más de dos meses, o se caracterizan por un marcado deterioro funcional, preocupación mórbida por la inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

En cuanto a la evaluación de los síntomas, existe controversia sobre la utilidad de las

escalas de autoevaluación como herramientas de tamizaje para casos de enfermedad mental posparto. A partir de las décadas de 1960 y 1970 se hizo evidente la necesidad de utilizar escalas de seguimiento en psiquiatría. Los estudios han reportado variaciones diagnósticas en la misma población cuando es evaluada por diferentes profesionales.

Existen varias escalas validadas de cribado de depresión general publicadas en varios idiomas (autovaloración, aplicación por observador, valoración global y mixta). Considerando la alta prevalencia de DPP y la importancia de la detección temprana, el objetivo de este estudio fue realizar una revisión sistemática de estas herramientas, escalas e instrumentos que pueden ser utilizados en el diagnóstico.

Para este estudio, se seleccionaron las siguientes herramientas de diagnóstico temprano para la depresión posparto:

- a) Análisis de factores de riesgo
- b) Rastreo de pensamientos obsesivos.
- c) Escala de Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)
- d) Escala de detección de depresión posparto (*Postpartum Depression Screening Scale - PDSS*)
- e) Inventario de depresión de Beck-II (*Beck Depression Inventory-II /BDI-II*)

Análisis de factores de riesgo: Este cuestionario tiene como objetivo identificar los factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de la depresión posparto. Valora diferentes aspectos, como antecedentes personales o familiares de enfermedad mental, estrés durante el embarazo, apoyo social, entre otros.

Seguimiento de los pensamientos obsesivos: este cuestionario se centra en los pensamientos obsesivos e intrusivos que pueden ocurrir durante la depresión posparto. Ayuda a identificar la presencia de estos pensamientos y evaluar su intensidad.

Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS): esta escala se usa ampliamente para

detectar y evaluar los síntomas de la depresión posparto. Es un cuestionario autoadministrado que evalúa sentimientos y emociones relacionados con la depresión, como tristeza, desánimo, falta de interés y problemas para dormir.

Escala de detección de depresión posparto (PDSS): esta escala es específica para detectar la depresión posparto y aborda diferentes síntomas, como tristeza, ansiedad, fatiga, cambios en el apetito y la libido. Es útil para identificar la presencia y severidad de los síntomas.

Inventario de depresión Beck-II (BDI-II): aunque no se desarrolló específicamente para la depresión posparto, el Inventario de depresión Beck-II es una medida ampliamente utilizada para evaluar la gravedad de la depresión en general. Se puede adaptar y aplicar para evaluar la presencia de síntomas depresivos en puérperas.

A. Análisis de Factores de riesgo:

La mayoría de los predictores de DPP son factores psicosociales e incluyen un diagnóstico previo de depresión o ansiedad perinatal, antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo, relación marital frágil, condiciones socioeconómicas, parto prematuro, embarazo no planificado, eventos vitales estresantes durante el embarazo y lactancia, así como desempleo (KWOK et al., 2015; BECK, 2001). Las condiciones del parto también son factores de riesgo importantes e incluyen el miedo de la mujer a recibir anestesia epidural, parto vaginal traumático y cesárea de emergencia, que se han asociado con desestabilización emocional perinatal (SADAT et al., 2014; SCHYTT et al., 2011).

El parto traumático se reconoce cada vez más como una causa de angustia psicológica materna: alrededor del 30 % de las mujeres describen su parto como traumático, y la prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) varía alrededor del 7 % (BYRNE et al., 2017). Un estudio reciente encontró que las mujeres que tienen una fuerte preferencia por el parto transpélvico y que, por otras razones, terminan teniendo una cesárea, podrían tener un mayor riesgo de incidencia de PPD en el período posparto inicial (HOUSTON et al., 2015). La preferencia de la mujer cuando se siente frustrada, por lo tanto, podría estar asociada con cambios de humor y síntomas depresivos. En cuanto a las características de las mujeres, se observó que el estilo cognitivo disfuncional (CHURCH; BRECHMAN-TOUSSAINT; HINE, 2007) y los autoesquemas negativos (EVANS et al., 2005) están relacionados con la DPP.

Otro factor señalado en la literatura como factor de riesgo para DPP es la presencia de síntomas depresivos durante el embarazo (JOSEFSSON et al., 2001). También se encontró que las mujeres con síntomas depresivos, que fuman o beben durante el embarazo, tienen mayor riesgo de continuar deprimidas en el puerperio. Aún con relación

al período gestacional, se observó que las mujeres que se enferman más durante el embarazo, acuden más al médico y tienen más complicaciones clínicas tienen mayor riesgo de ser afectadas por DPP (JOSEFSSON et al., 2002). La ansiedad y los eventos estresantes durante el embarazo también se relacionaron con episodios de depresión posparto (ROBERTSON et al., 2004). Otros estudios señalan:

- Cesárea, violencia obstétrica, alta pérdida de sangre durante el parto, mayor estancia hospitalaria, interrupción voluntaria del embarazo previa, menor nivel educativo, número de embarazos previos, falta de apoyo, Apgar 5' y DPP anterior. (Peripartum Predictors of the Risk of Postpartum Depressive Disorder: Results of a Case-Control Study)
- Multiparidad, parto por cesárea, antecedentes de Baby blues; Falta de apoyo de la pareja, violencia de la pareja íntima y no amamantamiento del bebé.
(Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in Lagos, Nigeria)
- Antecedentes familiares de depresión por parte del padre de la gestante (prenatal), madres que viven sin pareja, sentimientos de infelicidad por el embarazo, baja escolaridad, madres que optaron por no amamantar, madres que viven sin pareja y falta de apoyo.(Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study)
- Bajo nivel educativo, madres con enfermedades ginecológicas durante el embarazo y madres primíparas, maltrato de pareja (Postpartum Depression and Risk Factors among Vietnamese Women.2018)
- Complicaciones del embarazo, miedo al parto, mala relación conyugal, depresión o ansiedad prenatal y falta de apoyo. (Prevalence of postpartum depression at the clinic for obstetrics and gynecology in Kosovo teaching hospital: Demographic, obstetric and psychosocial risk Factors. Vjosa, et al. (2020);

- Multiparidad, haber vivido violencia obstétrica verbal y psicoafectiva, hospitalización en UCI neonatal y falta de apoyo. (Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. Sergio, et al. (2022);

Esta revisión integradora permitió el análisis de estudios que destacaron factores sociodemográficos y clínicos, que fueron más representativos en el estudio, revelando un vínculo directo entre el ambiente en que se inserta la puérpera y su salud. Además, la falta de apoyo social fue el factor más evidente y asociado con la predisposición a la melancolía y la DPP en la presente revisión. Los factores clínicos fueron los segundos más frecuentes, con énfasis en: cesárea, interrupción de la lactancia materna exclusiva y experiencia traumática durante el parto. Finalmente, los factores personales fueron los menos abordados, a saber: dolor durante el parto, baja autoestima y mala calidad del sueño materno.

Por lo tanto, en el período prenatal, o incluso posparto, la entrevista sobre estos factores de riesgo es de suma importancia, ya que incluye un filtro para las pacientes más sujetas a la enfermedad. Estas pueden finalmente, desde el inicio del puerperio, ser monitoreadas más de cerca, y con mayor atención a la salud mental materna, que otras pacientes sin factores de riesgo. No dejar ir así, posibles complicaciones que se podrían haber previsto.

Por lo tanto, la verificación de todos los antecedentes patológicos personales de la gestante, su situación psiquiátrica actual, su estado civil, situación económica y familiar, complicaciones gestacionales o del parto pueden ser una herramienta para la detección precoz de la depresión posparto. Se encontraron estudios que analizan los factores de riesgo de la depresión posparto y que afirman que estos datos pueden ser utilizados para detectar la depresión posparto de manera temprana. Estos estudios han identificado varios

factores de riesgo para la depresión posparto, incluyendo antecedentes de depresión, falta de apoyo social, eventos estresantes durante el embarazo o el parto, y problemas de relación con la pareja. Por ejemplo, un estudio en Paraguay encontró que las mujeres con antecedentes de depresión tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión posparto (Britez et al., 2020).

La detección temprana de la depresión posparto es importante porque puede ayudar a prevenir complicaciones y mejorar los resultados para la madre y el bebé. La identificación temprana también puede llevar a un tratamiento más efectivo. Un estudio en Paraguay encontró que el uso de una escala de detección de depresión posparto puede ayudar a identificar mujeres en riesgo de depresión posparto y llevar a una intervención temprana (Aquino et al., 2019). En conclusión, es importante que los proveedores de atención médica en Paraguay estén atentos a los factores de riesgo de la depresión posparto y utilicen herramientas de detección temprana, como las escalas de detección de depresión posparto, para identificar a las mujeres en riesgo y brindar tratamiento y apoyo adecuados.

El Cuestionario FACTORES DE RIESGO se encuentra en anexo.

B. Rastreado pensamientos obsesivos:

Según el DSM-IV, las obsesiones son pensamientos, ideas, impulsos, imágenes o escenas que invaden la mente, la conciencia a pesar de la voluntad del sujeto, de forma repetitiva, persistente y estereotipada. No son meras preocupaciones sobre los problemas de la vida y se experimentan como egodistónicos, es decir, se experimentan como intrusivos e inapropiados. De esta forma, el individuo reconoce los pensamientos como pertenecientes a su propia mente, y no como provenientes del exterior, pero tiene la sensación de que el contenido de sus pensamientos le es ajeno y que no está bajo su control.

El individuo es capaz de percibir las obsesiones como excesivas e irrazonables. Se acompañan de ansiedad y un alto grado de malestar. A veces el individuo trata de resistirlos ya veces trata de neutralizarlos a través de otros pensamientos o acciones. Young (2003) elaboró una teoría sobre los esquemas y los denominó “Esquemas Inadaptados Iniciales”, que se utilizará como referencia principal para el presente estudio. Según él, el esquema desadaptativo inicial (EID) es el nivel más profundo de cognición. Se desarrollan durante la infancia y se refieren a temas extremadamente estables y duraderos.

Son disfuncionales en un grado significativo y se elaboran a lo largo de la vida, sirviendo como modelos para el procesamiento posterior de la experiencia. No todos los esquemas tienen un trauma en su origen, sin embargo son patrones destructivos que causan sufrimiento (YOUNG, 2003). Young et al. (2008) identificaron un total de 18 EID, que serían: Abandono/Inestabilidad, Desconfianza/Abuso, Privación Emocional, Defecto/Vergüenza, Aislamiento social/Alienación, Dependencia/Incompetencia, Vulnerabilidad/Incompetencia, Enredo/Yo subdesarrollado, Fracaso, Derecho/Grandiosidad, Insuficiente autocontrol/Autodisciplina, Subyugación, Autosacrificio,

Búsqueda de aprobación/Búsqueda de reconocimiento , Negativismo/Pesimismo, Inhibición Emocional, Estándares Inflexibles/ Postura Crítica Exagerada, Postura Punitiva. Aron Beck (1997) ha identificado dos esquemas particularmente importantes para la vulnerabilidad cognitiva a la depresión.

Estos esquemas serían la necesidad de aprobación y aceptación y una inclinación a la crítica exacerbada de uno mismo. Los pensamientos obsesivos son más comunes en el puerperio que en el embarazo (BROCKINGTON; MACDONALD; WAINSCOTT, 2006). Un estudio realizado con mujeres de la región metropolitana de Recife-PE mostró que el 63% de las puérperas tenían alguna obsesión y/o compulsión (ZAMBALDI, 2008). La DPP se asocia más con pensamientos obsesivos que con episodios depresivos que ocurren fuera del puerperio (WISNER et al., 1999).

Las mujeres con DPP tienen siete veces más probabilidades de tener síntomas obsesivo-compulsivos que las mujeres posparto no deprimidas (ZAMBALDI, 2008). Los estudios revelan que las madres deprimidas tienen más pensamientos de dañar al bebé, en comparación con las madres no deprimidas, y una mayor frecuencia de pensamientos obsesivos, en comparación con las mujeres deprimidas fuera del puerperio (JENNINGS et al., 1999; WISNER et al., 1999).

Algunos ejemplos de los pensamientos mencionados serían: tirar agua hirviendo sobre el bebé, tirarlo al río cada vez que cruza un puente, meterlo en el microondas, ahogarlo, apuñalarlo, tirarlo por las escaleras o contra la pared. Ejemplos de imágenes visuales obsesivas en relación con el bebé serían: verlo morir asfixiado en la cuna, ser picado por insectos, tener un accidente, sangrar, ser comido por tiburones o que le duela la cabeza (ZAMBALDI, 2008; WISNER et al. ., 1999).

Los pensamientos obsesivos a veces pueden ir acompañados de síntomas compulsivos. Para medir los pensamientos obsesivos, la escala más utilizada es la Escala

Obsesiva Compulsiva de Yale-Brown (Y-Bocs), sin embargo, este instrumento no hace referencia a los pensamientos obsesivos y conductas compulsivas más recurrentes en el posparto, que en su mayoría, se refieren al recién nacido y su cuidado. El Young Schema Questionnaire - Short Form (YSQ-S2) es un instrumento que evalúa los 15 Esquemas Inadaptados Iniciales considerados centrales en la cognición humana. Consta de 75 afirmaciones divididas en cinco dominios (anexo 1).

Por lo tanto, existe una relación fuertemente sustentada en la literatura médica entre los pensamientos obsesivos en puérperas y la depresión posparto. Por lo tanto, es importante cuestionar los pensamientos obsesivos de la madre sobre el niño. Qué hacer de la siguiente manera: El Cuestionario pensamientos obsesivos se encuentra en anexo.

C. Escala de Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Entre las escalas de autoevaluación existentes, la Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) es la más utilizada para el seguimiento de los síntomas depresivos que se manifiestan después del parto, habiéndose traducido a 24 idiomas, con estudios de validación en la mayoría de los países (COX, 2004 apud RUSCHI et al, 2007). La EPDS fue creada en 1987 por Cox et al y validada en Brasil por Santos et al en 1999. Fue el primer instrumento encontrado en la literatura desarrollado para el tamizaje específico de la DPP. Es un instrumento de auto informe que contiene preguntas sobre síntomas comunes de la DPP y utiliza un formato de respuesta de opción múltiple en el que la madre elige las respuestas que mejor describen cómo se ha sentido en la última semana (GUEDES et al, 2011).

La EPDS es un instrumento de autoinforme que contiene 10 preguntas sobre síntomas comunes de depresión en los últimos 7 días. Cada pregunta se califica en una escala de 0 a 3, y las puntuaciones totales pueden variar de 0 a 30 (COX; ; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987). Los puntos de corte seleccionados por los autores de la escala para puérperas son

9/10 para posible depresión o trastorno depresivo menor y 12/13 para probable depresión o trastorno depresivo mayor. Para estudios en mujeres embarazadas, se utiliza un punto de corte de 14/15 para probable depresión (GIBSON, et al., 2009).

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es una herramienta ampliamente utilizada para la detección temprana de la depresión posparto. Es una escala autoadministrada que consta de diez preguntas y se centra en síntomas de depresión y ansiedad experimentados por las madres en las primeras semanas después del parto. La EPDS ha demostrado ser una herramienta efectiva en la detección de la depresión posparto en diferentes países, incluido Paraguay. En Paraguay, la EPDS ha sido utilizada en varios estudios para evaluar la prevalencia de la depresión posparto y su relación con factores sociodemográficos y obstétricos.

Por ejemplo, un estudio realizado en 2017 en el Hospital Regional de Ciudad del Este encontró que el 17,4% de las mujeres que habían dado a luz en el hospital tenían puntuaciones elevadas en la EPDS, lo que sugiere la presencia de depresión posparto (Alonso et al., 2017). Otro estudio realizado en 2018 en el Hospital Regional de Encarnación encontró que el 23,4% de las mujeres tenían puntuaciones elevadas en la EPDS (Ferreira et al., 2018).

La efectividad de la EPDS en la detección temprana de la depresión posparto también ha sido respaldada por estudios en otros países. Por ejemplo, un estudio realizado en el Reino Unido encontró que la EPDS tenía una sensibilidad del 86% y una especificidad del 78% en la detección de la depresión posparto (Cox et al., 1987). Además, otro estudio en Australia encontró que la EPDS tenía una precisión diagnóstica del 96,9% (Boyce et al., 2000). El análisis de los datos recopilados a través de la EPDS se realiza mediante la sumatoria de las respuestas de cada pregunta, y una puntuación total se utiliza para

clasificar la presencia y gravedad de la depresión posparto. Una puntuación superior a 12 se considera indicativa de depresión posparto probable, mientras que una puntuación superior a 15 sugiere depresión posparto moderada a severa (Cox et al., 1987). En resumen, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo es una herramienta efectiva y ampliamente utilizada para la detección temprana de la depresión posparto en Paraguay y en otros países. Su uso es importante para identificar la depresión posparto y garantizar que las madres reciban el tratamiento adecuado. El análisis de los datos recopilados a través de la EPDS es simple y permite una fácil interpretación de los resultados, lo que la convierte en una herramienta útil para la práctica clínica y la investigación. El Cuestionario Edimburgo se encuentra en anexo.

D. *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)*

El PDSS fue desarrollado luego de estudios cualitativos utilizando la teoría fundamentada y la fenomenología (15). Es un cuestionario autoaplicable y posee 35 reactivos tipo "likert" con puntajes que van desde uno a cinco; donde uno es "completamente en desacuerdo" y cinco "completamente de acuerdo". En su aplicación el PDSS entrega un puntaje general de DPP, con puntajes que van de 35 a 175. Los autores del PDSS recomiendan aplicar el cuestionario entre las dos a seis semanas postparto.

Una de las principales ventajas del PDSS es su multidimensionalidad con la cual mide DPP, ofreciendo 7 subescalas: a) trastornos del sueño y alimentación, b) ansiedad/inseguridad, c) inestabilidad emocional, d) confusión mental, e) pérdida del yo, f) culpabilidad/vergüenza y g) pensamientos suicidas. Se ha informado consistencia interna de las subescalas que va desde .77 para "ansiedad/ inseguridad" hasta .93 para "pensamientos suicidas"; la consistencia interna de toda la escala es .95 (16, 17). Otra de las ventajas que se describe para este instrumento es su superioridad en la pesquisa de síntomas de DPP, además de lograr capturar en sus mediciones dimensiones relacionadas

a problemas para dormir, ansiedad y disminución en la capacidad cognitiva; los cuales no son medidos por otros instrumentos (16, 18). La PDSS-SF es la versión corta de la escala PDSS, que consta de 35 ítems. Esta escala de 7 ítems tomó los elementos centrales de cada una de las dimensiones de la PDSS demostrando unos buenos niveles de fiabilidad y validez (Beck y Gable, 2002).

La literatura (Beck y Gable, 2002) ha descrito tres ventajas principales en el uso de la PDSS-SF: se adapta al contexto cultural de las mujeres embarazadas, es un cuestionario que por su brevedad es fácil de aplicar y, finalmente, evalúa características importantes de la depresión perinatal, como el deterioro cognitivo o la evaluación de los pensamientos suicidas. La PDSS-SF se ha desarrollado en diferentes idiomas, teniendo todas las versiones unas buenas propiedades psicométricas (Beck y Gable, 2000, 2002; Zubaran et al., 2010), incluido el español (Beck y Gable, 2001; Beck y Gable, 2005). Con el fin de detectar la depresión prenatal, algunos ítems de la PDSS-SF fueron modificados ligeramente por las propias autoras para su aplicación durante el embarazo.

La Escala de Detección de Depresión Posparto (PDSS) es un instrumento desarrollado para identificar la depresión menor y mayor en el período posparto. En el PDSS se incluyen siete dominios conceptuales: trastornos del sueño y del apetito; ansiedad/inseguridad; labilidad emocional; deterioro cognitivo; pérdida de autoestima; culpa/vergüenza y pensamientos suicidas.

Cada dimensión consta de cinco ítems. Los síntomas hasta 2 semanas antes de la aplicación de la escala se miden según la intensidad, con respuestas en una escala tipo Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). La forma larga de la PDSS tiene una puntuación total posible entre 35 y 175. El punto de corte sugerido por los autores de la escala para la presencia de depresión menor es 60, y para depresión mayor

es 80 (BECK; GABLE, 2001a). En Paraguay, se han realizado estudios sobre la efectividad de la PDSS en la detección temprana de la depresión postparto. En un estudio realizado en el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, se evaluó a un total de 300 mujeres durante su sexta semana posparto utilizando la PDSS. Los resultados mostraron que el 15% de las mujeres presentaban síntomas de depresión postparto, lo que demuestra la importancia de la detección temprana ³⁴.

Para utilizar la escala PDSS, se requiere que la mujer complete un cuestionario que abarca los siete dominios mencionados anteriormente. Cada ítem de la escala se puntúa en una escala de 0 a 3, siendo 0 la ausencia de síntomas y 3 la presencia de síntomas graves. La puntuación total se calcula sumando los puntos de cada ítem y puede variar de 0 a 105. Se considera que una puntuación de 80 o más indica la presencia de síntomas significativos de depresión postparto ³³.

Los datos recopilados con la PDSS se analizan mediante pruebas estadísticas adecuadas, como el análisis de correlación o la regresión logística. Los resultados pueden ayudar a los médicos a identificar a las mujeres que presentan un mayor riesgo de depresión postparto y a proporcionar un tratamiento oportuno para mejorar su calidad de vida y la de su bebé ³⁵. En conclusión, la escala PDSS es una herramienta efectiva para detectar la depresión postparto en mujeres paraguayas. Su uso puede mejorar la atención a la salud materna y infantil y prevenir las consecuencias negativas de la depresión postparto. Es importante que los médicos clínicos generales estén capacitados en el uso de esta herramienta para que puedan proporcionar un diagnóstico y tratamiento oportunos a las mujeres que lo necesiten.

El Cuestionario Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) se encuentra en anexo.

E. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

El Inventario para la Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*; BDI), tanto en su versión original de 1961 (BDI-I; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) como en su versión revisada de 1978 (BDIIA; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck y Steer, 1993), ha sido ampliamente utilizado como medida de sintomatología depresiva en pacientes con trastornos psicológicos y en población normal, hasta constituirse en el instrumento autoaplicado para evaluar la depresión más utilizado en la práctica clínica y en investigación (Beck, Steer y Garbin, 1988; Piotrowski, 1996; Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).

El Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición (BDI-II) (BECK; STEER; BROWN, 1996), un cuestionario de autoinforme que evalúa los síntomas cognitivos, conductuales, afectivos y somáticos de la depresión durante las dos semanas previas, que se asemeja más a los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. El BDI-II consta de 21 ítems puntuados en una escala de 4 puntos que van de 0 a 3. La puntuación de corte presentada por el autor del BDI-II es 14, lo que indica un alto riesgo de depresión clínica, siendo 14-19, leve depresión; 20 a 28, depresión moderada; 29 a 63, depresión severa (BECK; STEER; BROWN, 1996).

El inventario de Depresión de Beck (BDI-II) es una escala utilizada para medir la gravedad de la depresión en pacientes adultos. La versión más reciente, BDI-II, se ha utilizado en estudios sobre depresión posparto en varios países, incluyendo Paraguay^{36,37}.

La BDI-II consta de 21 ítems, que evalúan diferentes síntomas de depresión, como tristeza, falta de energía y pensamientos negativos. Los pacientes seleccionan la respuesta que mejor describe cómo se han sentido en la última semana. La puntuación total oscila entre 0 y 63, siendo una puntuación más alta indicativa de una mayor gravedad de la depresión³⁸.

En Paraguay, la BDI-II ha sido utilizada en estudios sobre depresión en diferentes grupos de pacientes, incluyendo mujeres posparto. Un estudio encontró una alta prevalencia de depresión posparto en mujeres paraguayas, utilizando la BDI-II como herramienta de diagnóstico³⁹. En términos de efectividad, la BDI-II ha demostrado ser una herramienta fiable y válida para medir la gravedad de la depresión en diferentes poblaciones, incluyendo pacientes posparto.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que la BDI-II no debe ser utilizada como herramienta de diagnóstico única, sino como parte de una evaluación integral de la salud mental del paciente. En cuanto al análisis de los datos recopilados, la puntuación total de la BDI-II se utiliza para clasificar a los pacientes en diferentes categorías de gravedad de la depresión. Además, los diferentes ítems de la escala pueden ser analizados individualmente para obtener información más detallada sobre los síntomas de depresión específicos que el paciente está experimentando.

En resumen, la BDI-II es una herramienta útil y efectiva para medir la gravedad de la depresión posparto en pacientes paraguayos y debe ser utilizada como parte de una evaluación integral de la salud mental del paciente.

El Cuestionario Beck Depression Inventory-II (BDI-II) se encuentra en anexo.

ii. Apartados de descripción de experiencias:

A partir de la selección de 5 métodos que pueden ser utilizados en el diagnóstico temprano de la depresión posparto, este trabajo buscó aplicar las diferentes herramientas que se encuentran en la población de Remansito- Ciudad del Este-Paraguay 2023. Con el fin de explorar la aplicabilidad y efectividad de las pruebas aplicadas por esta investigación y otros autores. Se entrevistaron un total de 50 púerperas.

Se aplicó un método a cada 10 pacientes.

- a) Análisis de factores de riesgo
- b) Seguimiento de pensamientos obsesivos.
- c) Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)
- d) Escala de detección de depresión posparto (PDSS)
- e) Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)

Los resultados se describen a continuación a través del marco metodológico y analítico.

Capítulo III marco metodológico

Delimitación:

- a) Temática: Es necesario ampliar el conocimiento sobre los diagnósticos precoces de depresión posparto.
- b) Temporal: 2023, primero semestre, enero - julio
- c) Geográfica: Ciudad Del Este- barrio Remansito -Paraguay

Criterios de inclusión, Población y Muestra:

- Población: Comprende mujeres, puérperas, de 3 semanas a 2 meses posparto.
- Muestra: En esta investigación se estudia una problemática de la detección precoz de la depresión posparto a partir de la recolección y análisis de datos directos con las puérperas del Barrio Remansito-Ciudad Del Este, Paraguay 2023. La muestra estuvo constituida por 50 Mujeres. Mediante conglomerados se escogieron al azar pacientes que fueran a consultas pediátricas o ginecológicas en el Barrio Remansito, Ciudad Del Este, Paraguay 2023.
- Criterios de inclusión: Mujer, puérpera con 3 semanas a 2 meses posparto, que no tuvieron evaluación de salud mental en el puerperio. Que tengan más de 18 años y aceptan participar de forma anónima en el estudio.

Nivel de Investigación

Sera una investigación de nivel descriptivo por investigación narrativa, buscará describir un fenómeno: especificar propiedades, características y rasgos importantes.

La investigación narrativa es una revisión de la literatura sobre un tema específico, con el objetivo de analizar, sintetizar y presentar los principales hallazgos y tendencias encontradas en los estudios existentes. A diferencia de otros tipos de TCC, como la experimental o el estudio de casos, la revisión narrativa no implica la recopilación de datos primarios. En cambio, busca estudios relevantes ya publicados en libros, artículos científicos, tesis, disertaciones, entre otros materiales académicos. La revisión puede cubrir un período de tiempo específico o incluir todos los estudios disponibles sobre el tema.

Informe Legal

Se realizó un informe jurídico en el que los autores del TCC médico "Depresión postparto: temprano diagnóstico herramientas aplicadas a madres del Barrio Remansito, Ciudad del Este, PY Año 2023" de la Universidad Central del Paraguay garantizaron el anonimato de las mujeres que participaron en la investigación de campo. Basado en la ley, se respetó la protección de los datos personales y la privacidad de las personas, según lo establecido por la Constitución Nacional de Paraguay.

En este sentido, se cumplió con las medidas específicas establecidas por la Ley de Protección de Datos Personales en Paraguay para garantizar la privacidad y seguridad de los datos personales de las mujeres. Todo esto quedó debidamente documentado en el informe jurídico para garantizar el cumplimiento de las normativas legales aplicables en Paraguay.

Capítulo IV marco analítico

Análisis e interpretación de los datos

Datos Biogeográficos

DATOS	CATEGORIA	N: 50	100%
Edad	19 – 25		
	26 – 32		
	33 – 39		
	40 -46		
Nivel de escolaridad	Escolar base		
	Superior incompleto		
	Superior completo		
	Pos grado		
Estado civil	Soltera		
	Casada		
	Amancebada		
	Viuda		
Nacionalidad	Brasileña		
	Paraguaya		

Tabla: 1

Fuente: Datos recolectados por los investigadores.

Del total de puérperas entrevistadas más de la mitad tienen edades que oscilan entre los diecinueve y veinticinco años, podemos observar que la gran mayoría son solteros frente a una minoría que son casados o amancebados; los niveles de escolaridad que prevalecen son con nivel superior incompleto.

Método A - Análisis de factores de riesgo



Gráfico N° 1. Fuente: Datos recolectados por los investigadores

Se aplicó el Método A - Análisis de factores de riesgo en un estudio con 10 puérperas de la región de Remansito. Durante las entrevistas realizadas por los autores se recogieron los siguientes datos: 4 de las 10 pacientes presentaban factores de riesgo para el desarrollo de depresión posparto, lo que representa un porcentaje del 40% de la muestra estudiada.

El método de fácil aplicación y adherencia de los pacientes. Estos resultados resaltan la importancia de evaluar los factores de riesgo para la detección temprana de la depresión. Por lo tanto, la aplicación del Método A - Análisis de factores de riesgo puede ser una herramienta útil en la práctica clínica para la detección temprana de la depresión posparto y para el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento. Este método funcionó para evaluar a las pacientes y alertarlas sobre

la necesidad de monitorear su salud mental durante el período posparto. Además, las mujeres que fueron identificadas con factores de riesgo fueron instruidas para buscar atención en la Clínica da Universidade central do paraguay en Remansito - Ciudad del Este, con el fin de recibir un seguimiento y tratamiento adecuados para prevenir el desarrollo de la enfermedad.

Método B - Seguimiento de pensamientos obsesivos.



Grafico N° 2. Fuente: Datos recolectados por los investigadores

Se puede observar que El Método B - Seguimiento de pensamientos obsesivos, también se aplicó en una encuesta a 10 puérperas de la región de Remansito. Se aplicó un cuestionario y encontraron que solo 2 de los 10 pacientes tenían pensamientos obsesivos, constituyendo factor de riesgo para depresión posparto, lo que corresponde al 20% de las mujeres entrevistadas. El método utilizado fue fácil de aplicación y cooperativo por parte de los pacientes. Estos resultados sugieren que la técnica de seguimiento de pensamientos obsesivos puede ser eficaz en la detección temprana de la depresión posparto. Los pacientes identificados en la encuesta Método B fueron instruidos para buscar atención en la clínica, UCP en Remansito-Ciudad del Este para acompañar su salud en puerperio.

Método C: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)



Gráfico N° 3. Fuente: Datos recolectados por los investigadores

En esta investigación, que utilizó el Método C, o sea, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), 10 puérperas de la región de Remansito fueron entrevistadas por los autores. Entre las participantes, se observó que 6 (60%) tenían síntomas que apuntan para depresión posparto. A través del uso de la EPDS, fue posible identificar a las mujeres que tenían mayor riesgo y derivarlas al tratamiento adecuado, lo que permitió la detección temprana de la enfermedad y la reducción de los impactos negativos en la salud mental de las pacientes. De acuerdo con los resultados encontrados en la investigación, el Método C - Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) demostró ser el más específico en relación a los otros dos métodos. Es importante resaltar que la EPDS no solo evaluó, sino que apuntó directamente al diagnóstico de depresión posparto en pacientes con resultados positivos en el tamizaje. Estos pacientes fueron remitidos para atendimento inmediato.

En esta investigación, que utilizó el Método C, o sea, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), 10 púerperas de la región de Remansito fueron entrevistadas por los autores. Entre las participantes, se observó que 6 (60%) tenían síntomas que apuntan para depresión posparto. A través del uso de la EPDS, fue posible identificar a las mujeres que tenían mayor riesgo y derivarlas al tratamiento adecuado, lo que permitió la detección temprana de la enfermedad y la reducción de los impactos negativos en la salud mental de las pacientes. De acuerdo con los resultados encontrados en la investigación, el Método C - Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) demostró ser el más específico en relación a los otros dos métodos. Es importante resaltar que la EPDS no solo evaluó, sino que apuntó directamente al diagnóstico de depresión posparto en pacientes con resultados positivos en el tamizaje. Estos pacientes fueron remitidos para atendimento inmediato.

Método D: Escala de detección de depresión posparto (PDSS)

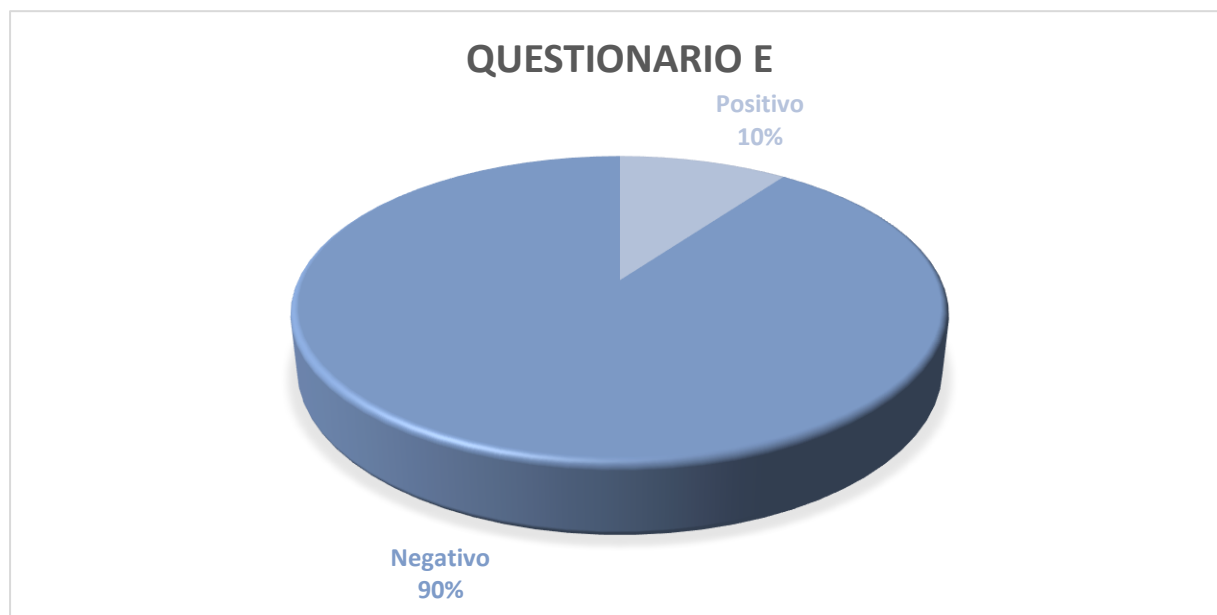
Grafico N° 4



Fue constatado que En la investigación realizada con 10 puérperas de la región de Remansito, se utilizaron el Método D - Escala de Detección de Depresión Posparto (PDSS) – que identificó factores de riesgo en 2 de las 10 pacientes entrevistadas (20% de prevalencia). Los pacientes con un resultado positivo en la calificación fueron referidos para atención. Además, este método se consideró específico y fácil de abordar y apunta directamente al diagnóstico de depresión posparto.

Método E: Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)

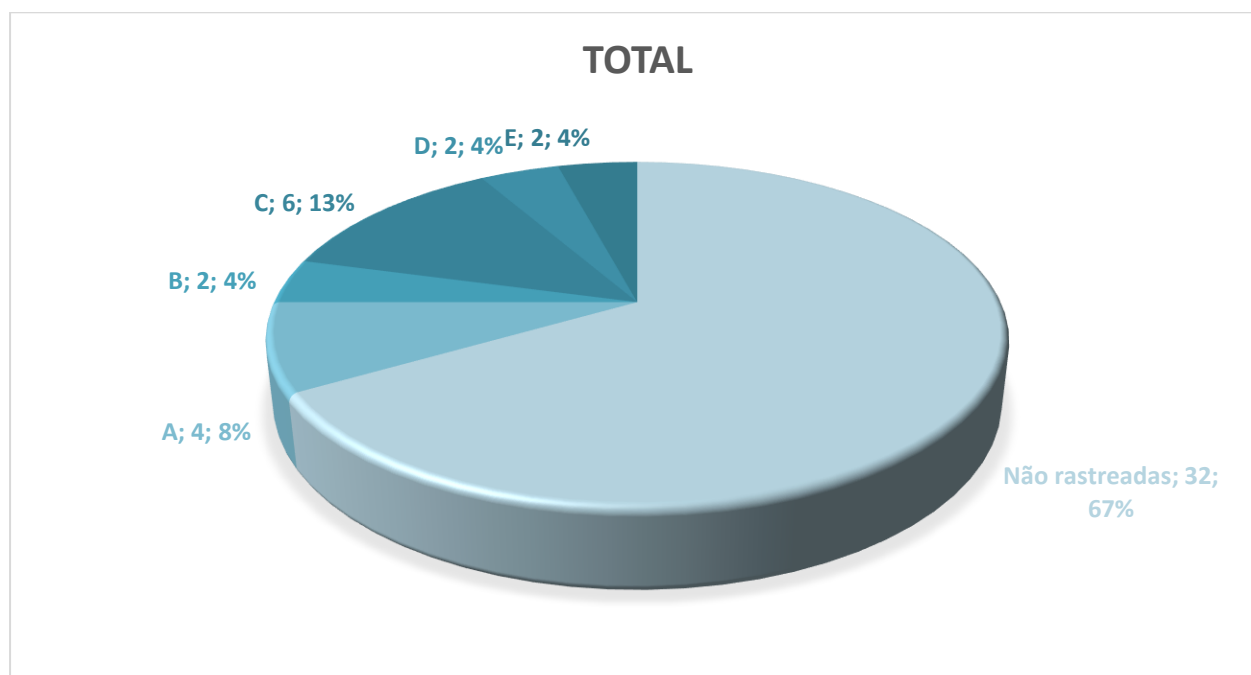
Grafico N° 5



Fue identificado que Durante la encuesta a 10 puérperas de la región de Remansito, en el Método E, el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), se encontró que el 10% de las pacientes tenían síntomas de depresión posparto. Los pacientes con resultado positivo fueron derivados para su atención. Este método se consideró muy específico y más fácil de abordar, y no solo hacía un tamizaje como los demás, sino que apuntaba directamente al diagnóstico.

Análisis total

Grafico N° 6



De los métodos de cribado de depresión posparto evaluados, podemos concluir que todos fueron útiles para identificar a las mujeres con riesgo de desarrollar depresión posparto. El porcentaje total de resultados positivos fue del 36%, lo que significa que 18 de las 50 mujeres entrevistadas tenían síntomas de depresión posparto o factores que deben ser acompañados.

Es importante resaltar que la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y la Escala de Detección de Depresión Postparto (PDSS) fueron los métodos más específicos y dirigidos para diagnosticar la depresión posparto, mientras que los otros métodos (Risk Factor Analysis, Obsessive Thinking Tracking y Beck -II Inventario de Depresión) fueron los más útiles para la detección y evaluación preliminar. En total, de las 18 mujeres con tamizaje positivo, todas fueron derivadas a la clínica UCP de Remansito - Ciudad del Este para su adecuada evaluación y tratamiento

Capítulo v

Conclusión

La recopilación de herramientas para diagnóstico de depresión posparto a través de una revisión, señaló varios caminos para el diagnóstico precoz. Hoy existe gran variedad de instrumentos utilizados en la investigación sobre la depresión posparto que contribuye a la gran heterogeneidad de parámetros metodológicos en los artículos científicos.

La mayoría de los estudios encontrados tienen como principal objetivo, identificar los factores relacionados con un mayor o menor riesgo de presentar este trastorno. Entre los diversos estudios seleccionados: Análisis de factores de riesgo, Seguimiento de pensamientos obsesivos, Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), Escala de detección de depresión posparto (PDSS), Inventario de depresión Beck-II (BDI-II). Herramientas basadas en estudios previos, estudiadas en eficiencia y aplicación. Teniendo estas bases sólidas que justifican su uso en la rutina médica de la atención puerperal.

A través de la aplicación de las herramientas en Barrio Remansito-Ciudad del este-Py, se evidenció que se trata de opciones de fácil manejo, que no requieren de un especialista en psiquiatría para su tamizaje. A través de ellos, las mujeres que no habían sido interrogadas sobre su salud mental pudieron obtener la atención médica necesaria.

Explorar la aplicación de los métodos elegidos trae beneficios para las pacientes, y contribuye para mejorar las condiciones de vida de la madre y el niño, envueltos en esta problemática. Reduciendo el impacto de la enfermedad en la región con el diagnóstico temprano. Es de gran valor identificar herramientas para el diagnóstico temprano de la depresión posparto. La atención a la mujer en el período puerperal debe asegurar el bienestar materno, contemplando posteriormente el bienestar de los niños. Este cuidado tiene como objetivo llevar la depresión posparto, entre otras enfermedades, a la rutina médica, deshaciendo tabúes en torno a la enfermedad y contribuyendo a la salud colectiva.

Referencias Bibliograficas

1. CARDILLO, V.A; et al. Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 18:e1149, ago-mar. 2016.
2. Bernazzani, O., Conroy, S., Marks, M. N., Siddle, K. A., Guedeney, N., Bifulco, A. et al. (2004). Contextual assessment of the maternity experience: Development of an instrument for cross-cultural research. *Br J Psychiatry*, 46, 24-30
3. Godfroid, O. (1997). Une vue d'ensemble sur la dépression du postpartum. *Ann Med Psychol*, 155, 379-385.
4. Meltzer-Brody S, Stuebe A. The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):49–60.
5. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord*. 2005;88(1):9–18.
6. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):3–12.
7. Paschetta E, Berrisford G, Coccia F, Whitmore J, Wood AG, Pretlove S, et al. Perinatal psychiatric disorders: an overview. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210(6):501–509.e6.
8. Field T. Postpartum Depression Effects on Early Interactions, Parenting, and Safety Practices: A Review. *Infant Behav Dev*. 2010;33(1):1.
9. Gillaspay S, Tahirkheli N, Cherry A, McCaffree MA, Tackett A. Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: current perspectives. *Int J Womens Health*. 2014;975.
10. O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996;8(1):37–54.
11. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res*. 2014;215(2):341–6.
- 12 Silva DG, Souza MR, Moreira VP, Genestra M. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. *Ver Mal-Estar Subj*. 2003;3(2):439-50.

- 13 Schimidt EB, Piccoloto NM, Müller MC. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psicol USF*. 2005;10(1):61-8.
14. KURTINAITIS Laila da Camara Lima, PENSAMENTOS OBSESSIVOS RELACIONADOS AO BEBÊ E ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO, Recife 2011
15. CAZASSA, M. J. Mapeamento de esquemas cognitivos: validação da versão brasileira do Young Schema Questionnaire- short form. 2007. 87 f. Dissertação (mestrado em Psicologia Clínica)-Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
16. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. The extent of post-partum depression in Brazil: a systematic review. *Rev Bras Saúde Materno Infant*. 2011;11(4):369–79.
17. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot*. 2017;6:60–60.
18. Gulamani SS, Premji SS, Kanji Z, Azam SI. A Review of Postpartum Depression, Preterm Birth, and Culture. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2013;27(1):52–9.
19. Silva ET, Botti NCL. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. *Rev Eletrônica Enferm*. 2005;7(2): 231-8.
20. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- 21 Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de psiquiatria. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
22. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(1):65-70.
23. HOUSTON, Kathryn A. *et al*. Mode of delivery and postpartum depression: the role of patient preferences. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 212, n. 2, p.1-7, Feb. 2015. Disponível em: <[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(14\)00921-1/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(14)00921-1/fulltext)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

24. BYRNE, Veronica et al. What about me? The loss of self through the experience of traumatic childbirth. *Midwifery*, v. 51, p. 1-11, Aug. 2017. Disponível em: <[https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(17\)30309-1/references](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(17)30309-1/references)>. Acesso em: 10 jul. 2018.
25. RIBEIRO CHRISTIANE CARVALHO, A relação entre as formas de nascimento, a percepção de trauma durante o parto, a escolha materna e a depressão pós-parto- Belo horizonte- 2018
26. GOUVEIA Daniela dos santos Alves; Maria Solange silva; Monique batinga leite; Antonio fernado silva xavier junior; Danielle de oliveira teodósio assis- Uso da escala de depressão pós-parto de edimburgo no brasil
27. Saúde Mental: interfaces, desafios e cuidados em pesquisa - ISBN 978-65-5360-257-1 - Vol. 1 - Ano 2023 - Editora Científica Digital - www.editoracientifica.com.br
28. Guedes-Silva, Damiana; Souza Ramos de, Marise; Moreira Perez, Vilma; Genestra, Marcelo; Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências; *Revista Mal-estar E Subjetividade*, vol. III, núm. 2, setembro, 2003, pp. 439 – 450 Universidade de Fortaleza Fortaleza, Brasil
29. Blom EA, Jansen PW, Verhulst FC, Hofman A, Raat H, Jaddoe VWV, et al. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2010;117(11):1390–8.
30. Schardosim JM, Heldt E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2011 mar;32(1):159-66.
31. MORAES GUSTAVO PARANHOS DE ALBUQUERQUE, revisão sistemática dos parâmetros metodológicos utilizados nos artigos científicos sobre os instrumentos de pesquisa e o tempo relacionados a triagem, diagnóstico e avaliação da depressão pós-parto - RECIFE/PE 2015
32. Pitt B. "Atypical" depression following childbirth. *Br J Psychiatry*. 1968;114(516):1325–1335.
33. Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and

psychometric testing. *Nurs Res.* 2000;49(5):272-282.

34 Benítez-Dominguez M, Martínez-Delgado Á, Gómez-Gómez G, et al. Postpartum depression in Paraguay: prevalence, risk factors, and validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Spanish. *Arch Womens Ment Health.* 2017;20(3):421-430.

35 García-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord.* 2003;75(1):71-76.

Anexo, los diferentes métodos utilizados:

Informe legal:

Se está realizando un informe jurídico en el que los autores del TCC médico "Depresión postparto: temprano diagnóstico herramientas aplicadas a madres del Barrio Remansito, Ciudad del Este, PY Año 2023" de la Universidad Central del Paraguay están garantizando el anonimato de las mujeres que participan en la investigación de campo. Basado en la ley, se respeta la protección de los datos personales y la privacidad de las personas, según lo establecido por la Constitución Nacional de Paraguay.

En este sentido, se están cumpliendo con las medidas específicas establecidas por la Ley de Protección de Datos Personales en Paraguay para garantizar la privacidad y seguridad de los datos personales de las mujeres. Se asegura que los datos recopilados durante la investigación sean tratados de forma confidencial y que solo se utilicen con fines específicos relacionados con la investigación.

Además, se está obteniendo el consentimiento informado de las mujeres que participan en la investigación, explicándoles claramente los objetivos del estudio y las medidas que se tomarán para proteger su privacidad y confidencialidad. Los autores del trabajo "Depresión postparto: temprano diagnóstico herramientas aplicadas a madres del Barrio Remansito, Ciudad del Este, PY Año 2023" de la Universidad Central del Paraguay se comprometen a garantizar la privacidad y confidencialidad de las mujeres que participan en la investigación de campo. Por lo tanto, se asegura que se mantendrá la confidencialidad de las personas entrevistadas y que los datos obtenidos solo se utilizarán con fines específicos relacionados con la investigación. Esto permitirá cumplir con las normativas legales aplicables en Paraguay y garantizar el respeto de los derechos fundamentales de las personas.

Edad:		
Nivel de escolaridad:	Escolar base	
	Superior incompleto	
	Superior completo	
	Pos grado	
Estado civil:	Soltera	
	Casada	
	Amancebada	
	Viuda	
Nacionalidad:	Brasileña	
	Paraguaya	

Questionario pensamientos obsesivos

¿Alguna vez has tenido alguno de estos pensamientos no deseados?

1. **Pensamientos relacionados con la asfixia:** Pensamientos de que el bebé puede haber dejado de respirar, Pensamientos de que el bebé se está quedando sin aire, Pensamientos de que el bebé se asfixiará mientras duerme, Pensamientos de que el bebé morirá repentinamente
 SI NO ALGUNAS VECES
2. **Pensamientos no deseados agresivos/violentos:** Pensamientos de golpear al bebé demasiado fuerte al eructar; Pensamientos de gritar, sacudir o abofetear al bebé
Pensamientos de ahogar al bebé a propósito; Pensamientos de apuñalar al bebé;

Pensamientos de quemar al bebé en agua caliente; Pensamientos de perforar el punto blando del bebé; Otros actos dañinos o violentos; Pensamientos de que su pareja podría lastimar al bebé;

() SI () NO () ALGUNAS VECES

3. **Accidentes/responsabilidad:** Pensamientos de que el bebé muera debido a un accidente, Miedo de que el bebé se caiga o de que el bebé se resbale, Miedo de que el bebé se lastime si lo levanta de la manera incorrecta, Miedo de que el bebé se atragante con algo (p. ej., juguete, comida), Miedo de que un animal (p. ej., el perro del vecino) pueda atacar al bebé, Pensamientos de que el bebé se ahoga mientras se baña, Pensamientos de un accidente automovilístico que involucre al bebé, Pensamientos de que algo le suceda a usted (o a su pareja) y no puedes cuidar al bebé.

() SI () NO () ALGUNAS VECES

4. **Pensamientos sobre perder al bebé:** Miedo a dejar al bebé en el asiento del automóvil, Pensamientos no deseados de abandonar al bebé, Miedo a que alguien pueda llevarse al bebé, Pensamientos no deseados de dejar al bebé en algún lugar cuando está llorando.

() SI () NO () ALGUNAS VECES

5. **Contaminación:** Pensamientos de que el bebé se enfermará por estar en el piso u otros lugares sucios, Pensamientos de que el bebé se enfermará por el desgaste físico, Preocupaciones sobre artículos de limpieza del hogar como limpiadores, solventes, lejías, Preocupaciones relacionadas con animales o insectos, preocupaciones relacionadas con la contaminación del bebé de alguna manera.

() SI () NO () ALGUNAS VECES

6. **Obsesiones sexuales:** pensamientos inaceptables sobre los genitales del bebé, pensamientos sobre la sexualidad del bebé (orientación sexual), pensamientos sexuales inaceptables durante la lactancia, pensamientos no deseados de violar al bebé.

SI

NO

ALGUNAS VECES

7. **Enfermedad:** temor irreal de que el bebé tenga una enfermedad médica grave (parálisis cerebral, retraso en el desarrollo).

SI

NO

ALGUNAS VECES

8. **“Algún pensamiento intrusivo te llevó a...”:** Tranquilizar tu confianza de que las cosas van a estar bien; Trate de racionalizar el pensamiento; Controle al bebé con más frecuencia; distraerse con otras actividades; Distraerse con otros pensamientos; Intentar suprimir o detener el pensamiento no deseado; Evite situaciones en las que aparezcan estos pensamientos; Ejemplos: evitar al bebé, buscar apoyo social (p. ej., hablar con el esposo o los padres), preguntar a otras personas si sus pensamientos son normales;

SI

NO

ALGUNAS VECES

Edad:		
Nivel de escolaridad:	Escolar base	
	Superior incompleto	
	Superior completo	
	Pos grado	
Estado civil:	Soltera	
	Casada	
	Amancebada	
	Viuda	
Nacionalidad:	Brasileña	
	Paraguaya	

Cuestionario Edimburgo:

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente.

Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

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

Edad:		
Nivel de escolaridad:	Escolar base	
	Superior incompleto	
	Superior completo	
	Pos grado	
Estado civil:	Soltera	
	Casada	
	Amancebada	
	Viuda	
Nacionalidad:	Brasileña	
	Paraguaya	

Questionario Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)

A continuación hay una lista de declaraciones que describen los sentimientos que las madres pueden tener **DESPUÉS DEL NACIMIENTO** de su bebé. Indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación. Al completar el cuestionario, encierre en un círculo la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido durante las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**. Indique su grado de acuerdo del 1 al 5 con cada frase:

- 1- Totalmente en desacuerdo
- 2- En desacuerdo
- 3- Ni en desacuerdo ni de acuerdo

- 4- Acepto
- 5- Estoy totalmente de acuerdo

EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, YO...

1. Tenía problemas para dormir incluso cuando mi bebé dormía. ()
2. Me sentí completamente solo ()
3. Lloré mucho sin motivo/razón ()
4. No podía concentrarme en nada ()
5. Ya no sabía quién era ()
6. Me sentí como un fracaso como madre ()
7. Empecé a pensar que estaría mejor muerto ()
8. Perdí el apetito ()
9. Me sentí muy angustiado oprimido ()
10. Tenía miedo de no volver a ser feliz nunca más ()
11. Sentí que estaba perdiendo la cabeza ()
12. Sentí que me estaba convirtiendo en un extraño para mí mismo ()
13. Sentí que otras madres eran mejores que yo ()
14. Pensé que la muerte sería la única salida de esta pesadilla ()
15. Me desperté en medio de la noche y tuve problemas para volver a dormir()
16. Sentí que me estaba volviendo loco (muy nervioso) ()
17. Sentí altibajos en mis emociones ()

18. Pensé que me estaba volviendo loca, Tenía miedo de no volver a ser la misma persona. ()
20. Me sentí culpable por no sentir el amor que debería tener por mi bebé ()
21. quería hacerme daño ()
22. Daba vueltas y vueltas en la cama durante mucho tiempo tratando de conciliar el sueño (por la noche ()
23. Me sentía nerviosa por la más mínima cosa relacionada con mi bebé ()
24. He estado muy irritable ()
25. He tenido dificultad para tomar incluso decisiones simples ()
26. Sentí que no era una persona normal ()
27. Sentí que tenía que ocultar lo que pensaba o sentía sobre mi bebé ()
28. Sentí que mi bebé estaría mejor sin mí ()
29. Sabía que debía comer pero no pude ()
30. Me sentía inquieto, tenía que caminar de un lugar a otro ()
31. Me sentí lleno de rabia, casi a punto de estallar ()
32. Tuve problemas para concentrarme en una tarea ()
33. no se sentía real ()
34. Sentí que no era la madre que quería ser ()
35. solo quería dejar este mundo ()

Edad:		
Nivel de escolaridad:	Escolar base	
	Superior incompleto	
	Superior completo	
	Pos grado	
Estado civil:	Soltera	
	Casada	
	Amancebada	
	Viuda	
Nacionalidad:	Brasileña	
	Paraguaya	

Cuestionario Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

El siguiente cuestionario está compuesto por varios grupos de afirmaciones. En cada grupo elige **UNA SOLA** afirmación, la que mejor describa cómo te has sentido **EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS**.

1. Tristeza

- no me siento triste
- Estoy triste a menudo
- siempre me siento triste
- Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo más.

2. Pesimismo

- No estoy desanimado por el futuro.
- Me siento más desanimado acerca del futuro que antes.
- Ya no espero a que se resuelvan mis problemas
- No tengo ninguna esperanza para el futuro y creo que solo puede empeorar.

3. Fracasos pasados

- no me considero un fracasado
- Fallé más veces de las que debería
- Cuando miro hacia atrás en mi pasado, lo que veo es una miríada de fracasos
- Me siento completamente fracasado como persona.

4. Pérdida de placer

- Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto
- No me gustan las cosas tanto como antes
- Obtengo poco placer de las cosas que solía disfrutar
- No obtengo ningún placer de las cosas que solía disfrutar

5. Sentimientos de culpa

- no me siento particularmente culpable
- Me siento culpable por muchas cosas que hice o debí haber hecho
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo

6. Sentimientos de castigo

- No siento que estoy siendo castigado.
- Siento que puedo ser castigado

- espero ser castigado
- Siento que estoy siendo castigado

7. Autodesprecio

- Lo que pienso de mí mismo es lo que siempre pensé
- perdí la confianza en mí mismo
- estoy decepcionado de mi mismo
- no me gusto

8. Autocrítica

- No me culpo ni me critico más de lo que solía
- Me critico más que antes
- Me critico por todos mis defectos
- Me culpo por todo lo malo que me pasa

9. Pensamientos o deseos suicidas

- no tengo idea de suicidarme
- Tengo pensamientos de suicidarme pero no los llevaré a cabo
- me gustaria suicidarme
- Me suicidaría si tuviera la oportunidad

10. Llorando

- No lloro más de lo que solía
- lloro mas que antes
- lloro por todo y nada
- Tengo ganas de llorar, pero ya no puedo más.

11. Agitación

- No me siento más inquieto que de costumbre
- Me siento más inquieto que de costumbre.
- Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta quedarme quieto
- Estoy tan inquieto o agitado que tengo que seguir moviéndome o
- Hacer algo

12. Pérdida de interés

- No he perdido el interés por otras personas ni por mis actividades.
- Estoy menos interesado en las cosas y otras personas que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés en las cosas y otras personas.
- Es difícil estar interesado en algo que es

13. Indecisión

- No he perdido el interés por otras personas ni por mis actividades.
- Estoy menos interesado en las cosas y otras personas que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés en las cosas y otras personas.
- Es difícil estar interesado en cualquier cosa.

14. Sentimientos de inutilidad

- No me considero incapaz/inútil
- Ya no me considero tan válido y útil como antes.
- Me siento más inútil en comparación con otras personas.
- me siento completamente inutil

15. Perda de energía

- tengo la misma energia de siempre

- Me siento con menos energía que de costumbre.
- No me siento enérgico para muchas cosas.
- no me siento con energía para nada

16. Cambios en el patrón de sueño en las últimas dos semanas

- No noté ningún cambio en mi sueño.
- Duermo un poco más de lo habitual
- duermo un poco menos de lo habitual
- Duermo mucho más de lo habitual.
- duermo mucho menos de lo normal
- Duermo la mayor parte del tiempo durante el día.
- Me despierto alrededor de 1-2 horas antes de lo habitual y no puedo volver a la cama.
- dormir

17. Irritabilidad

- No estoy más irritable que de costumbre.
- Estoy más irritable que de costumbre.
- Estoy más irritable que de costumbre.
- estoy irritable todo el tiempo

18. Cambios en el apetito

- No noté ningún cambio en mi apetito.
- Tengo un poco menos de apetito de lo habitual
- Tengo un poco más de apetito de lo habitual.
- Mi apetito es mucho menos de lo normal.
- Mi apetito es mucho más alto de lo normal.

- perdí completamente el apetito
- Tengo antojo de comida todo el tiempo

19. Dificultades de concentración

- Me concentro tan bien como siempre.
- No puedo concentrarme tan bien como antes
- Es difícil mantener mis ideas sobre algo durante mucho tiempo.
- Encuentro que no puedo concentrarme en nada

20. Cansancio o Fatiga

- No me siento más cansado/fatigado de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo habitual.
- Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer una serie de cosas que uso para hacer.
- Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que uso para hacer.

21. Pérdida de interés sexual

- No he notado ningún cambio reciente en mi interés por la vida sexual.
- Me encuentro menos interesado en la vida sexual de lo que solía estar
- Actualmente me siento menos interesado en la vida sexual.
- Perdí por completo el interés en la vida sexual.

Edad:		
Nivel de escolaridad:	Escolar base	
	Superior incompleto	
	Superior completo	
	Pos grado	
Estado civil:	Soltera	
	Casada	
	Amancebada	
	Viuda	
Nacionalidad:	Brasileña	
	Paraguaya	

A) Cuestionario Análisis de Factores de riesgo:

- 1) diagnóstico previo de depresión o ansiedad perinatal
- 2) antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo
- 3) relación marital frágil
- 4) condiciones socioeconómicas
- 5) parto prematuro
- 6) embarazo no planificado
- 7) eventos vitales estresantes durante el embarazo y lactancia, así como desempleo
- 8) el miedo de la mujer a recibir anestesia epidural
- 9) parto vaginal traumático
- 10) cesárea de emergencia

- 11) tenía una fuerte preferencia por el parto transpélvico y que, por otras razones, terminan teniendo una cesárea
- 12) síntomas depresivos durante el embarazo
- 13) síntomas depresivos, que fuman o beben durante el embarazo
- 14) Se enfermo más durante el embarazo
- 15) Eventos estresantes durante el embarazo
- 16) interrupción voluntaria del embarazo previa,
- 17) número de embarazos previos
- 18) falta de apoyo
- 19) DPP anterior
- 20) Multiparidad
- 21) violencia de la pareja íntima
- 22) no amamantamiento del bebé.
- 23) Antecedentes familiares de depresión por parte del padre de la gestante (prenatal)
- 24) madres que viven sin pareja
- 25) sentimientos de infelicidad por el embarazo
- 26) Madres que optaron por no amamantar
- 27) Bajo nivel educativo
- 28) madres con enfermedades ginecológicas durante el embarazo
- 29) madres primíparas
- 30) miedo al parto
- 31) mala relación conyugal
- 32) hospitalización en UCI neonatal y falta de apoyo
- 33) interrupción de la lactancia materna exclusiva
- 34) mala calidad del sueño materno
