



Validez de criterios para la Escala de Edimburgo en la tamización de depresión post parto en mujeres en puerperio inmediato la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E en Bogotá, Colombia

Daniela del Valle Bravo Chacón

María Cristina Suarez Ángel

Trabajo presentado como requisito para optar por el
título de Psiquiatra

Bogotá – Colombia

2020

Validez de criterios para la Escala de Edimburgo en la tamización de depresión post parto en mujeres en puerperio inmediato la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E en Bogotá, Colombia

Autor

Daniela del Valle Bravo Chacón

María Cristina Suarez Ángel

Tutores

Juan Fernando Cano Romero

Danna Lesley Cruz Reyes

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Especialización en Psiquiatría

Universidad del Rosario

Bogotá – Colombia

2020

Identificación del proyecto

Institución académica: Universidad del Rosario

Dependencia: Facultad de Medicina

Título de la investigación: Validez de criterios para la Escala de Edimburgo en la tamización de depresión post parto en mujeres en puerperio inmediato la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E en Bogotá, Colombia

Instituciones participantes: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E en Bogotá, Colombia

Tipo de investigación: Observacional, de tipo corte Transversal.

Investigador principal: Daniela del Valle Bravo Chacón y María Cristina Suarez Ángel

Asesor clínico o temático: Juan Fernando Cano Romero

Asesor metodológico: Danna Lesley Cruz Reyes

6 Tabla de contenido

1.	<i>Introducción</i>	7
1.1.	Planteamiento del problema	7
1.2.	Justificación	8
2.	<i>Marco teórico</i>	9
2.1	Depresión Postparto	9
2.2	Definición	10
2.3	Epidemiología	10
2.4	Fisiopatología	11
2.5	Consecuencias de la depresión postparto	12
2.6	Identificación de la depresión postparto	13
2.7	Tamización de depresión postparto	14
2.8	Validación de Escala de Edimburgo en español	16
2.9	Entrevista Estructurada Clínica SCID-I	17
3.	<i>Pregunta de investigación</i>	17
4.	<i>Objetivos</i>	17
4.1	Objetivo general	18
4.2	Objetivos específicos	18
5.	<i>Formulación de hipótesis de investigación</i>	18
6.	<i>Metodología</i>	18
6.1	Tipo y diseño de estudio	18
6.2	Población y muestra	19
6.3	Criterios de inclusión y exclusión	19
6.3.1	<i>Criterios de inclusión:</i>	19
6.3.2	<i>Criterios de exclusión</i>	20

6.4	Tamaño de muestra	20
6.5	Muestreo	20
6.6	Definiciones.....	21
6.7	Técnicas, procedimientos e instrumentos de la recolección de datos	26
6.8	Plan de procesamiento de muestras biológicas.....	27
6.9	Plan análisis de datos	27
6.10	Alcances, control de sesgos y límites de la investigación	29
7.	<i>Aspectos éticos</i>	30
8.	<i>Administración del proyecto</i>	32
8.1	Cronograma	32
8.2	Presupuesto.....	34
9.	<i>Resultados</i>	35
10.	<i>Discusión</i>	38
11.	<i>Conclusiones y limitaciones</i>	41
13.	<i>Anexos</i>	46
	Anexo 1. Formato de recolección de datos.....	47
	Anexo 2. Escala de Edimburgo	49
	Anexo 3. SCID-1.....	50
	Anexo 4. Consentimiento informado.....	56

Resumen

La depresión postparto es una condición de gran importancia durante el período de gestación y posterior al parto, ya puede generar alteraciones a largo plazo en la salud mental tanto de la madre como del neonato. Es importante identificar los síntomas de manera temprana para dar un manejo oportuno. La escala de depresión post parto de Edimburgo es una herramienta de tamizaje útil y sencilla utilizada alrededor del mundo. En Colombia, tiene un único estudio de validación donde se identificó su consistencia interna y estructura factorial, sin embargo, no se conocen en nuestro medio su sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo. Por esta razón, se realizó un estudio de corte transversal de validación de la escala en comparación con la entrevista estructurada SCID-I y los criterios CIE-10, con el fin de identificar el punto de corte ideal para definir depresión en la población de maternas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., en Bogotá Colombia. De acuerdo a lo anterior, se recolectó una muestra de 167 pacientes encontrándose una prevalencia de 13.4% de depresión postparto. Con un punto de corte óptimo mayor de 10 para la escala, se obtuvo una sensibilidad y una especificidad de 96%, con un valor predictivo positivo de 78%. De acuerdo a estos resultados, se puede concluir que la escala de depresión postparto de Edimburgo presenta un excelente rendimiento, por lo que se recomienda su uso como elemento de prevención y detección oportuna de depresión en esta población.

Abstract:

Postpartum depression is an important condition during pregnancy and postpartum period. It can generate long-term impact on mental health of both the mother and the newborn. It is important to identify symptoms early in order to provide timely management. The Edinburgh scale is a useful and simple screening tool used around the

world. In Colombia, it has a single validation study where its internal consistency and factorial structure were identified, however, its sensitivity, specificity and positive predictive value are not known in our environment. For this reason, a cross-sectional study to validate the scale will be carried out in comparison with the SCID-I structured interview and the ICD-10 criteria, in order to identify all these variables as well as establish the ideal cut-off point for the maternal population of Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., in Bogotá Colombia. According to the above, a sample of 167 patients was collected, finding a prevalence of 13.4% of postpartum depression. With an optimal cut-off point greater than 10 for the scale, a sensitivity and specificity of 96% was obtained, with a positive predictive value of 78%. Based on these results, it can be concluded that the Edinburgh Postpartum Depression Scale has excellent performance, so its use is recommended as an element of prevention and timely detection of depression in this population.

1. Introducción

1.1. Planteamiento del problema

El embarazo es un período de gran vulnerabilidad para la mujer, en el cual se presentan cambios fisiológicos que impactan tanto su salud física como su salud mental, por esta razón en dicho periodo se debe tener especial cuidado para prevenir problemas tanto en la gestante como en el neonato.

La depresión post parto, tradicionalmente definida como un episodio depresivo no psicótico con severidad variable que puede ocurrir desde el embarazo hasta los 12 meses posteriores(1), es un problema a nivel mundial con una incidencia entre el 7 y el 25% (2), siendo ésta una de las principales afecciones de las mujeres que se encuentran en este período.

Existen muchos factores de riesgo que predisponen al desarrollo de depresión perinatal (3,4) como lo son la edad materna, las semanas de gestación al momento del parto, la violencia intrafamiliar, dificultades económicas, complicaciones obstétricas, entre otras; dentro de las cuales se encuentran factores que pueden ser controlados o minimizados con intervenciones tempranas y oportunas lo que generaría gran impacto tanto en la vida de la madre como en la del bebé (5).

Una mujer que padece de depresión postparto puede tener dificultades para vincularse adecuadamente con el recién nacido, para interpretar las señales enviadas por este, lo cual impacta en el neurodesarrollo del infante y genera

problemas en distintas esferas como: el lenguaje, el afecto y la conducta(4,6,7); se sabe que los cambios neurobiológicos producidos en la madre que sufre depresión postparto impactan directamente en la conducta de ésta, reduciendo interacciones madre e hijo, así como exhibiendo una conducta negativa y desapegada hacia los niños, no solo el recién nacido sino todos los hijos de esta madre, lo que reduce la posibilidad de un apego seguro en los infantes. Sin embargo, es importante resaltar que aún se encuentran discrepancias entre estudios, por lo que una mayor investigación en esta materia es pertinente (8).

Durante las consultas prenatales, se evalúa el estado de salud físico de las maternas, así como el bienestar fetal, sin embargo, es de igual importancia la identificación de factores de riesgo para padecer patologías en esta esfera. Según las guías de práctica clínica, del ministerio de salud con respecto a la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, se recomienda identificar la depresión materna mediante tamizaje trimestral, sin embargo no dan recomendación específica de escala para la realización de la misma ni puntos de corte para dividir en grupos de alto y bajo riesgo y así identificar las paciente que requieren intervención por parte de profesional de salud mental.

Los instrumentos de medición deben ser ajustados al contexto, particularmente en psiquiatría, donde las variables que se pretende medir son subjetivas, y tienen un alto nivel de variabilidad entre individuos (9). Su utilidad se basa en el mejoramiento de procesos diagnósticos y tratamiento, así como para ayudar al progreso científico (10).

Actualmente, la detección temprana de síntomas depresivos en gestantes se realiza con Escala de depresión post parto de Edimburgo, la cual cuenta con un único estudio de validación en Colombia, donde se determinó consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia (11), sin embargo no se explora la sensibilidad y especificidad de la misma, ni los valores predictivos de ésta, ya que no se hace comparación contra Gold estándar.

1.2. Justificación

En Colombia las estadísticas locales hablan de una incidencia entre el 14 y el 23 % (3) de depresión postparto e incluso se ha llegado a considerar un subregistro en cuanto a la identificación de estas maternas. En este orden de ideas resulta como una prioridad contar con una escala de tamizaje para depresión perinatal adecuada, adaptada al contexto que permita la detección temprana de pacientes en riesgo.

Así mismo, llama la atención el hecho de que acuerdo al estudio empleado, se utilizan puntos de corte diferentes para definir según la escala de depresión postparto de Edimburgo los grupos de alto y bajo riesgo de presentar depresión postparto, haciendo de esta manera difícil extrapolar los resultados entre un estudio y otro.(3,12)

La finalidad de este proyecto de investigación es realizar un estudio para validación de una escala, determinando el punto de corte del instrumento a través de los valores de sensibilidad y especificidad, así como su valor predictivo positivo, en comparación con el Gold estándar que en este caso corresponde a la entrevista SCID-I en el módulo para trastornos afectivos para las mujeres en puerperio inmediato de un hospital de cuarto nivel en Bogotá, Colombia.

Esta información permitirá contar con una escala validada para la población colombiana, con un punto de corte único que permita una unificación en la interpretación de ésta, con miras a realizar una adecuada identificación de los síntomas depresivos que sugerirían el diagnóstico de depresión perinatal. Lo anterior con el fin de realizar una identificación temprana, para instaurar un manejo oportuno que permita disminuir las consecuencias de dicho trastorno tanto para la madre como para los hijos de ésta.

Así mismo, es importante resaltar, que se busca conocer estos datos con el fin de que puedan ser distribuidos y publicados en revistas científicas, como por ejemplo la de la sociedad colombiana de psiquiatría con el fin de que la información obtenida pueda ser utilizada por todo el personal de salud colombiano, que tenga acceso a ésta, principalmente en la población de Bogotá. Este conocimiento permitirá de tomar medidas preventivas y acciones de detección tempranas no solo dentro de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, sino en todos aquellos que tengan servicios de ginecología.

2. Marco teórico

2.1 Depresión Postparto

La depresión es una condición prevalente alrededor del mundo, con aproximadamente 264 millones de personas afectadas, lo que genera un alto costo a la economía mundial, situándose éste aproximadamente en 210 billones de dólares(13). Esta condición es entre dos y tres veces más frecuente en las mujeres que en los hombres (5). Las cifras más altas de prevalencia se alcanzan durante la vida fértil de la mujer, lo cual incluye el período de gestación.(14,15). Según la encuesta nacional de salud mental del 2015, el 70,4% de las personas atendidas con

diagnóstico de depresión moderada fueron mujeres, convirtiendo esto un problema de salud pública de gran importancia (16). Para la organización mundial de la salud, la depresión es la mayor causa de discapacidad a nivel mundial y para personas entre 15 y 29 años, corresponde a la primera causa de carga de enfermedad con 168 años de vida saludable perdida por cada 1000 habitantes (15,17)

En los últimos años ha aumentado la importancia de la psiquiatría perinatal, rama que se ocupa de los aspectos relacionados con el embarazo y el puerperio. La depresión postparto es una de las condiciones asociadas a la salud mental materna más prevalentes con mayor tasa de complicaciones y de discapacidad en esta población. Generando consecuencias no solo para la madre sino también alteraciones en su relación con el recién nacido y por lo consiguiente en la salud mental de éste (18) . Por esta razón es de vital importancia que no solo los psiquiatras, sino también los médicos generales, los gineco-obstetras y los pediatras estén en conocimiento de estos temas para así minimizar las consecuencias que esta condición podría generar.

2.2 Definición

El cuadro de depresión postparto es muy similar al que puede presentarse en otras oportunidades a lo largo del ciclo de la vida de la mujer. Persistiendo el ánimo triste, el desinterés, la labilidad emocional, las alteraciones en el sueño y el apetito, entre otros, como los síntomas cardinales de la condición. Se incluyen dentro de ésta, a parte de los previamente mencionados, sentimientos como rechazo, rabia o ambivalencia hacia el embarazo, preocupación por el bienestar del infante, síntomas ansiosos y ataques de pánico. Inclusive, se asume que la mayoría de estas mujeres tienen trastornos de ansiedad como comorbilidad (19).

El término postparto estaba incluido en la clasificación del DSM hasta la edición anterior, siendo reemplazado por el término “periparto” a partir de la edición del 2013, con el fin de incluir dentro de este trastorno el período asociado a la gestación. Por esta razón, según el DSM-V, se define como un episodio depresivo mayor con inicio asociado al período de periparto, cuando los síntomas inician durante la gestación o en las 4 semanas posteriores al parto. Sin embargo para términos de la investigación y la práctica clínica, la depresión post parto comprende desde las 4 semanas hasta 12 meses posteriores al parto (1,20,21).

2.3 Epidemiología

A nivel mundial, la depresión postparto tiene una prevalencia entre el 7 y 15% en países con ingresos elevados y entre 19 y 25% en países con ingresos medios y bajos (1). En Colombia, las estadísticas son muy similares, encontrándose su prevalencia en 12,9% aproximadamente. A pesar de esto, se considera que existe un importante sub-diagnóstico, principalmente asociado al hecho de que no existe un protocolo estándar de tamizaje de síntomas depresivos durante el período pre y posnatal (22). La prevalencia de la depresión postparto está influenciada por factores de riesgo como la edad al embarazarse, el alto número de síntomas somáticos, la exposición a violencia por parte de la pareja, una pobre red de apoyo y los problemas propios del postparto como la dificultad para la lactancia o dar a luz a un recién nacido de bajo peso. Así mismo, identificar estos factores de riesgo, importa en gran medida, ya que las mujeres deprimidas tienen mayor probabilidad de tener parto prematuro y una menor calidad de vida (23)

La depresión postparto es diferente del “blues”, el cual está definido como una leve disforia que ocurre en las primeras semanas después del embarazo y también se diferencia de la psicosis postparto, la cual es de rápida instauración e incluye alucinaciones, delirios, conducta desorganizada y alteraciones cognitivas (24).

2.4 Fisiopatología

En cuanto a la fisiopatología, se considera que ésta es compleja, de origen multifactorial y todavía no entendida completamente. A nivel hormonal, los rápidos cambios que se producen en las concentraciones de estrógeno y progesterona han sido de gran interés al estudiar esta patología, ya que éstas juegan un importante rol en funciones como el procesamiento emocional, la cognición y la motivación es factible pensar que influyen de manera importante en la etiología de la depresión postparto. Así mismo, regulan varios sistemas biológicos como la función tiroidea, la producción de leche, el sistema inmune y la expresión génica. Las hormonas tiroideas han sido propuestas como biomarcadores de la depresión post parto por la relación que existe entre estas y de la depresión. Por otro lado, las hormonas lactogénicas, también han estado involucradas en la fisiopatología de la depresión post parto. Problemas para la lactancia y depresión ocurren en conjunto con cierta frecuencia. A menores niveles de oxitocina en el tercer trimestre, mayores síntomas depresivos se presentan (21,24).

A nivel genético, se ha observado cierto grado de heredabilidad al realizar estudios en familiares y en gemelos. Se han identificado polimorfismos en los cromosomas 1q21.3–q32.1 y 9p24.3–p22.3 (25), sin embargo, aún se requieren más estudios en cuando a esto.

En cuanto a la asociación con el sistema inmunológico, la desregulación en este sistema se ha hipotetizado, contribuyó con el desarrollo de la depresión post parto. Durante el embarazo, existe un estado antiinflamatorio. El parto, genera un cambio abrupto a un estado proinflamatorio. Los pacientes con depresión tienden a tener elevación de citoquinas proinflamatorias como TNF alfa e IL-6, y la elevación de éstas está asociada con el inicio de síntomas depresivos (24).

2.5 Consecuencias de la depresión postparto

La depresión postparto es una entidad que genera múltiples consecuencias que pueden afectar la vida tanto de la madre como del feto, así como de toda la familia alrededor de esta diada. En cuanto a la madre, la depresión materna está asociada con peor salud tanto física como psicológica, repercutiendo de manera significativa en la calidad de vida de ésta. Así mismo, madres deprimidas parecen experimentar mayores dificultades en sus relaciones sociales y perciben recibir menor apoyo de su círculo cercano. Por otro lado, presentan mayor cantidad de conductas riesgosas, entre las que se incluye el uso del cigarrillo y los pensamientos suicidas (26).

A nivel de los circuitos neuronales, existen múltiples cambios asociados a la depresión postparto, sin embargo, los más importantes son aquellos que impiden la correcta relación entre la madre y el bebé. Existen múltiples estudios que han evidenciado que no solo se presentan alteraciones en los patrones del sueño de la madre y su estado afectivo, sino que también se ve afectado la respuesta hedónica a los estímulos, la función ejecutiva y cognitiva (2). Estos cambios cognitivos generan un impacto en la habilidad de la mujer de realizar todas aquellas actividades asociadas a la maternidad. Estas madres tienden a ser más intrusivas, irritables y con respuestas menos sensibles y contenedoras con respecto a las madres no deprimidas. Evaluadas más adelante, estas diadas madre e hijo, presentan menor atención mutua, comunicación verbal y visual, sonrisas y toques en comparación con diadas no deprimidas (27).

Para los hijos de estas madres, estas consecuencias se ven reflejas en distintas esferas. Se han realizado estudios que abarcan desde las consecuencias sobre el peso y la altura hasta aquellas correspondientes al neurodesarrollo. En cuanto los cambios en altura y peso de los niños hijos de madres con depresión post parto, los resultados son contradictorios. En aquellos estudios realizados en países en vías de desarrollo, se ha encontrado relación entre el desarrollo físico del infante (menor peso) y la patología mental de la madre, mientras que en aquellos que se han realizado en países desarrollados no se ha encontrado esta relación (28).

En cuanto al lenguaje, se conoce que la depresión materna no tiene casi relación en cuanto a la habilidad para la recepción del lenguaje, sin embargo, si influye en cuanto a la expresión de este. Por último, en cuanto al desarrollo cognitivo, los niños menores de un año con madres con depresión postparto mostraron peor rendimiento en comparación con niños de madres sanas, sin embargo, estos cambios no se han podido replicar en niños mayores. Todo esto lleva a considerar, que aún se requieren más estudios para determinar efectivamente las consecuencias de la depresión post parto en los niños hijos de estas madres. Así mismo, es importante resaltar que estos cambios en el desarrollo de los niños no son universales y pueden variar de acuerdo a la red de apoyo que tenga la diada así como al manejo oportuno que se le dé a la patología (27,29).

2.6 Identificación de la depresión postparto

La forma de identificación de pacientes con depresión post parto es la realización de tamizajes durante la consulta prenatal y de seguimiento posterior al nacimiento del bebe, ya sea en la consulta de atención primaria o en la cita con el especialista de ginecología y obstetricia. La recomendación de este seguimiento varía de acuerdo con las guías de manejo, pero va desde el nacimiento hasta 6 a 12 meses posteriores al parto. Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, se recomienda realizar el tamizaje mínimo una vez durante la gestación y una vez posterior al parto (30).

El potencial de la tamización está en la habilidad del sistema para efectivamente tratar y seguir a las mujeres que salen positivas en las encuestas. Si esto no se realiza de manera educada puede llevar a pobre adherencia al seguimiento médico durante la gestación, el abuso de sustancias, suicidio y mortalidad infantil. Las mujeres que experimentan un episodio de depresión postparto están en riesgo de volver a presentarlo en los subsiguientes embarazos. Por esta razón es importante realizar una identificación oportuna. Existe un subregistro en cuanto a la prevalencia de depresión perinatal, y esto se debe principalmente al hecho de que solo aproximadamente 65% son evaluadas en el período prenatal y 64.4% en el período postnatal (21,31).

En Colombia, la guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio también recomienda el tamizaje para depresión postparto, sin embargo, no indica alguna escala ni punto de corte específico para tomar como referencia para la sospecha de este trastorno. Así mismo, no hace referencia al proceso a seguir una vez se realiza la identificación de una materna o puérpera en riesgo de presentar depresión post parto o que efectivamente presente dicha patología.

2.7 Tamización de depresión postparto

El tamizaje de depresión postparto genera un costo aproximado de 943 USD por mujer. Cuando se realiza este proceso de detección, y se identifican a las maternas el costo promedio de la atención es de 13.857 frente a los 50.000USD que en promedio cuesta la atención cuando lo se realiza este proceso y se permite que la materna avance en el trastorno depresivo. Es por esto por lo que la tamización y el tratamiento de depresión postparto es una intervención costo especifica que debe ser parte del cuidado posnatal usual(32).

La tamización para depresión postparto se debe hacer lo más temprano posible, ya que la investigación en esta materia evidencia que la eficacia de las intervenciones se asocia con el momento del inicio de la intervención. Dentro de un metaanálisis realizado en 2014, se identificó que las intervenciones preventivas son más eficaces entre más temprano se realizan (33).

Existen múltiples escalas utilizadas para el tamizaje de depresión durante el embarazo y el postparto (34–36), dentro de las escalas disponibles para el tamizaje se encuentran la escala de tamizaje de depresión postparto (PDSS, por sus siglas en ingles), cuestionario para riesgo gestacional (PRQ), Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), Cuestionario general de salud 12 (GHQ-12), Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos, entre otras(35). La siguiente tabla muestra una comparación entre los estampidos de sensibilidad entre escalas.

Tabla 1. Escalas de tamizaje de Depresión durante la gestación y postparto.

Herramienta de Tamizaje	No. de Ítems	De Tiempo para completarla	Sensibilidad y Especificidad	Disponibilidad en español
Escala de Edimburgo	10	Menos de 5 minutos	59-100 y 49-100	Si
Escala de Tamizaje de depresión postparto	35	5-10 minutos	91-94 y 72-98	Si

Herramienta de Tamizaje	No. de Ítems	De Tiempo para completarla	Sensibilidad y Especificidad	Disponibilidad en español
Cuestionario en salud del paciente (PHQ-9)	9	Menos de 5 minutos	75 y 90	Si
Inventario Depresión de Beck	21	5-10 minutos	47.6-82 y 56-57	Si
Inventario Depresión de Beck -II	21	5-10 minutos	56-57 y 97-100	Si
Escala de Depresión de centro de estudios epidemiológicos	20	5-10 minutos	60 y 92	Si
Escala de depresión de auto reporte de Zung	20	5-10 minutos	45-89 y 77-88	No

Tomado de: Asociación Americana de Ginecología y Obstetricia.

No obstante, el desempeño de muchas de las herramientas para tamizaje para depresión postparto depende de diferentes factores, entre ellos, las diferencias en las metodologías entre los estudios lo que repercute en los distintos valores de sensibilidad y especificidad (35). Se necesitan más estudios para conocer puntos de corte de dichas herramientas, el mejor método disponible, el mejor momento para realizar el tamizaje y la mejor combinación de herramientas para optimizar el diagnóstico (35,36).

De todas las herramientas desarrolladas para identificar depresión postparto, la Escala de depresión postparto de Edimburgo es la más utilizada. Es una escala de auto reporte que contiene 10 preguntas sobre la presencia de síntomas en los últimos 7 días, cada pregunta se califica de 0 a 3 para dar un puntaje total entre 0 y 30(34). Fue validada por Cox y colaboradores en 1987 frente a Criterios diagnósticos de Investigación. En esta validación definieron como puntos de corte después del nacimiento 9/10 para posible depresión postparto y en mujeres gestantes 12/13 para probable trastorno depresivo mayor. Adicionalmente se definió una sensibilidad 86% y una

especificidad de 78% (12). Es una herramienta de tamizaje, que no está validada como herramienta diagnóstica, sin embargo es fácil de aplicar y tiene buena aceptabilidad (34).

Anterior a la escala de Edimburgo, la escala más comúnmente usada por investigadores para detectar la depresión postparto era la escala de Beck, sin embargo, dicho instrumento tenía limitaciones relacionadas con la inclusión de múltiples síntomas somáticos que durante este periodo resulta difícil diferenciar entre cambios fisiológicos relacionados con gestación y el parto frente a síntomas depresivos. La Escala de Edimburgo evita esta sobre identificación de síntomas físicos frente a otras escalas (34).

2.8 Validación de Escala de Edimburgo en español.

Para determinar la validez de una escala para determinado contexto, la reproducibilidad no es, por si sola, suficiente para cumplir dicho objetivo. Es necesario hacer una traducción que se ajuste a al contexto social y cultural en que se va a aplicar.

La escala de Edimburgo en particular ha sido validada en muchos países de lengua española, que será revisada en el siguiente apartado.

En primer lugar, en 1995 se realizó la adaptación y validación de la escala en la población de mujeres postparto chilenas. Se identificó como punto de corte 9/10 con una sensibilidad 100%, especificidad 80% y valor predictivo positivo de 37%(37).

En 2002 fue validada en la población española por García-Esteve y colaboradores. En esta ocasión el punto de corte que se definió fue de 10/11 para tanto depresión mayor, como menor, con una sensibilidad 79% y especificada 95.5%, valor predictivo positivo de 63.2% y negativo 97.7%. Se utilizó como Gold estándar la entrevista clínica estructurada SCID-NP y se realizó en una población de 1201 pacientes que atendieron a control en la sexta semana postparto(38).

Posteriormente, en 2014 Alvarado-Esquivel y colaboradores realizaron la validación para la población gestante de México. En este caso, el estudio se realizó con 158 mujeres entre los meses 2 y 9 de gestación que acudían a control prenatal. Se reemplazaron algunas palabras de la escala española con el fin de hacerla más apropiada al contexto. El Gold estándar utilizado fue la entrevista estructurada con criterios DSM-IV, con el cual se identificó

como punto de corte 9/10 con una sensibilidad 75.7% y una especificidad 74.4%, un valor predictivo positivo 50.8% y negativo 94.7%(39).

2.9 Entrevista Estructurada Clínica SCID-I

La entrevista estructurada clínica SCID es una entrevista semiestructurada creada para hacer confiable los diagnósticos psiquiátricos, acorde con el Manual diagnóstico y estadístico en su cuarta edición (DSM-IV). Cuenta con 2 partes el eje I (SCID-I) y el eje II para trastornos de personalidad (SCID-II). A su vez, SCID-I está disponible en 2 versiones: la versión para investigación y la versión clínica. La primera incluye más trastornos, subtipos, y especificadores de severidad y curso (40).

Esta herramienta implica preguntas directas sobre criterios diagnósticos específicos siguiendo los criterios diagnósticos del DSM y corresponden con cada uno de los diagnósticos. Los investigadores desarrollaron esta entrevista desde 1970, se encuentra traducida al español desde 1999, y se convirtió en Gold estándar para todas las investigaciones en psiquiatría para aumentar la confianza de la evaluación diagnóstica y disminuir sesgos en el diagnóstico(40,41).

Diferentes estudios han demostrado buena validez y confiabilidad de la herramienta, aunque algunas dificultades en la práctica plantean el uso de otras herramientas igual de confiables, pero más fáciles de utilizar como el caso del CIDI (41). Es por esto por lo que es necesario elaborar entrenamientos en la administración de SCID para validar su uso (42).

3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo de la escala de Edimburgo para identificar pacientes con síntomas sugestivos de depresión post parto en comparación con el Gold estándar, SCID-1, en una población de mujeres en puerperio inmediato en Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., en Bogotá Colombia.?

4. Objetivos

4.1 *Objetivo general*

Determinar sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo de la escala de Edimburgo para identificar pacientes con síntomas sugestivos de depresión post parto en comparación con el Gold estándar, SCID-1, en una población de mujeres en puerperio inmediato en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, Bogotá Colombia.

4.2 *Objetivos específicos*

1. Describir los síntomas sugestivos de depresión posparto en las mujeres en puerperio inmediato de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E
2. Determinar la puntuación de la escala de depresión postparto de Edimburgo, según los síntomas depresivos que describan las mujeres en puerperio inmediato de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E
3. Comparar la puntuación obtenida en la escala de Edimburgo contra el Gold estándar SCID-1
4. Determinar el punto de corte óptimo para discriminar la presencia o ausencia de depresión postparto
5. Señalar la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo de la escala de depresión postparto de Edimburgo

5. *Formulación de hipótesis de investigación*

La escala de Edimburgo tiene una adecuada sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo para identificar pacientes con depresión en el período de puerperio inmediato en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

6. *Metodología*

6.1 *Tipo y diseño de estudio*

Se realizará un estudio observacional de tipo corte transversal para validación de una escala con un grupo de mujeres que se encuentre en puerperio inmediato en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Según las estadísticas reportadas en los informes de Rendición de cuentas del sector salud de 2019 y de 2020, en la Unidad de Ginecología de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, se atendieron 4888 y 1793 partos respectivamente (entre vaginales y cesáreas) durante todo el año, obteniéndose un promedio mensual de 300.

Se tomará una muestra significativa, por conveniencia y a las cuales posterior a la firma del consentimiento informado y a la aceptación para pertenecer al estudio, se les aplicará una encuesta de caracterización demográfica seguido de la escala de Edimburgo para tamización de síntomas depresivos asociados a depresión post parto.

Se seleccionó como Gold Standard, la entrevista estructurada SCID-I, módulo de trastornos afectivos, para el diagnóstico de trastorno depresivo, según criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades – CIE 10. Esta entrevista se aplicará a las mismas mujeres seleccionadas para la aplicación de la escala de Edimburgo. De esta manera se realizará un comparativo entre ambas y para así definir el punto de corte de esta última para la identificación asertiva de pacientes con esta patología mental. Así se calculará la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo de la escala de Edimburgo para esta población.

6.2 Población y muestra

Población blanco: Mujeres en puerperio inmediato con diagnóstico de depresión mayor, según criterios diagnósticos de severidad de la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima versión - CIE 10, que se encuentren hospitalizadas.

Población de estudio: Mujeres en puerperio inmediato, que hayan sido ingresadas en de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, que acepten participar en el estudio y que sean evaluadas por un clínico entrenado en la versión colombiana de la escala de Edimburgo.

6.3 Criterios de inclusión y exclusión

6.3.1 Criterios de inclusión:

1. Ser mujer mayor de 18 años.
2. Parto atendido en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E durante el periodo de realización del estudio.
3. Encontrarse en puerperio
4. Saber leer y escribir.
5. Lengua materna español.
6. Deseo voluntario para participar en la investigación.

6.3.2 Criterios de exclusión:

1. Diagnósticos previos a la gestación de algún trastorno mental.
2. Diagnóstico de condiciones médicas serias que pudieran afectar los resultados en la aplicación de escala incluyendo síndrome confusional, cuadros psicóticos de novo, consumo de sustancias psicoactivas.
3. Uso de psicofármacos.
4. Tener alguna comorbilidad que impida participar en el estudio incluyendo déficit cognitivo, problemas de audición o comunicación.
5. Recién nacido con enfermedad congénita u óbito fetal

6.4 Tamaño de muestra

Teniendo en cuenta una muestra de aproximadamente 1000 gestantes entre los meses de septiembre y noviembre de 2021 con una prevalencia 12.9% para depresión postparto, calculando un intervalo de confianza del 95%, teniendo en cuenta un error tipo alfa de 0.05 y un error tipo beta de 0.2, se estima un tamaño de muestra de 148 pacientes. Esta estimación poblacional se hace en base la cantidad de partos atendidos en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E durante los años 2019 y 2020.

6.5 Muestreo

Para cumplir los objetivos iniciales se realizará un estudio observacional de corte transversal para validación de una escala. Tras un muestreo por conveniencia, se seleccionarán por lo menos 150 mujeres mayores de 18 años en puerperio inmediato cuyo parto haya sido atendido en de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E que se encuentren en el servicio de ginecología, cada uno de los días en los que se realice la toma de la

muestra. Cada día que se recolecte muestra, se realizará una lista de pacientes y de entrevistarán aquellas que cumplan con los criterios de inclusión.

6.6 Definiciones

Depresión postparto: Episodio depresivo mayor con inicio en el período perinatal que puede prolongarse hasta los 12 meses posteriores al parto

Escala de Edimburgo: Escala para identificación de síntomas de depresión post perinatal, validada y traducida. Consta con 10 ítems auto aplicables. Las preguntas son puntuadas de 0 (no, nunca) a 3 (Sí, la mayor parte del tiempo). La puntuación máxima es de 30. Con punto de corte mayor o igual a 12 para identificar pacientes con alto riesgo de depresión postparto.

Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del eje I del DSM-IV (SCID-I): Se trata de una entrevista semiestructurada destinada a establecer los diagnósticos más importantes del Eje I del DSM-IV (1994).

Tabla 2. Definición de variables

Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Escala	Unidades o categorías
Edad	Tiempo de vida del paciente en años al ingreso. Calculada restando FING-FNCT.	Cuantitativa	Continua	Tiempo en años.
Ocupación	Labor, actividad u oficio.	Cualitativa	Nominal	Empleado formal (1), Empleado informal (2), Estudiante (3), Cesante (0)

Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Escala	Unidades o categorías
Nivel socioeconómico	Estrato socioeconómico del 1 a 6, según lo registrado en sus recibos.	Cualitativa	Ordinal	Número entero, del 1 al 6
Sostén económico	Persona o entidad que asume los gastos económicos de la paciente	Cualitativo	Nominal	Familia (1), Pareja (2), por sí misma (3), Estado (4)
Escolaridad	Nivel de educación alcanzado por el paciente.	Cualitativa	Nominal	Primaria incompleta (1), primaria completa. (2), bachillerato incompleto (3), bachillerato completo (4), técnico (5), pregrado incompleto (6), pregrado completo (7),
Estado Civil	Situación determinada por las relaciones de familia del individuo.	Cualitativo	Nominal	Soltero/a (0), novio/a o unión libre o casado/a (1), Separado/a o divorciado/a o viudo/a (2)

Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Escala	Unidades o categorías
Lugar de nacimiento	Grado de ruralidad del lugar de nacimiento del sujeto según lo definido por el DNP: Rural (<25mil hab), Intermedio (25mil-100mil hab) y Urbano (>100mil) ¹ .	Cualitativo	Nominal	Rural (1), Intermedio (2), Urbano (3)
Religión	Sistema de creencias o costumbres.	Cualitativo	Nominal	Practicante (1), no practicante (2), ateo (3)
Convivencia con el padre	La madre actualmente convive con el padre del recién nacido dentro de la misma vivienda.	Cualitativo	Nominal	Si (1), No (0)
Número de gestación	El número de embarazos, completos o incompletos, experimentado por una hembra. Es diferente de la paridad, que es el número de hijos a cargo.	Cuantitativa	Discreta	Numero entero
Modalidad del parto	Forma en la que el recién nacido, al completar la gestación sale del cuerpo de la gestante	Cualitativo	Nominal	Vaginal (1), Vaginal instrumentado (2), Cesárea de emergencia (3),

Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Escala	Unidades o categorías
				Cesárea programada (4)
Edad gestacional al momento del parto	<p>La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal.</p> <p>La edad gestacional se expresa en semanas completas.</p>	Cualitativo	Nominal	Menos de 32 semanas (1), 32-36 semanas (2), 37 semanas o más (3)
Número de controles prenatales	Cantidad de veces que la paciente asiste para valoración y seguimiento de la gestación por algún profesional de la salud en consulta externa	Cuantitativa	Discreta	Numero entero de 0 a 10.
Comorbilidades	Presencia de enfermedades coexistentes o adicionales en relación con el diagnóstico inicial o con respecto a la condición señalizadora sujeto del estudio, en este caso, la gestación. La comorbilidad puede afectar la capacidad de funcionar de los individuos afectados y	Cualitativo	Nominal	Si (1), No (0)

Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Escala	Unidades o categorías
	<p>también su supervivencia; puede ser usado como un indicador para pronosticar la duración de la permanencia en el hospital, factores de costos, y el resultado o supervivencia.</p>			
Resultado Escala de Edimburgo	<p>Escala para identificación de síntomas de depresión post parto, validada y traducida. Consta con 10 ítems auto-aplicables. Las preguntas son puntuadas de 0 (no, nunca) a 3 (Sí, la mayor parte del tiempo). La puntuación máxima es de 30.</p>	Cuantitativa	Discreta	0 a 30
Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del eje I del DSM-IV (SCID-I)	<p>Entrevista semiestructurada creada para hacer confiable los diagnósticos psiquiátricos, acorde con el Manual diagnóstico y estadístico en su cuarta edición (DSM-IV).</p>	Cualitativa	Nominal	Trastorno depresivo mayor: si o no

6.7 Técnicas, procedimientos e instrumentos de la recolección de datos

Dado que la escala ya cuenta con traducción, adaptación y estimación de consistencia interna por un trabajo realizado en la ciudad de Cartagena, en el año 2007, estos pasos serán omitidos durante este estudio.

Antes de realizar las pruebas en las pacientes seleccionadas, se realizó una prueba piloto con 10 personas sanas, de diferentes grados de escolaridad, que no sean profesionales en salud, a los cuales se les realizará el cuestionario y se evaluará si las preguntas son claras y comprensibles.

Para disminuir el sesgo de selección dentro de la investigación, se realizó un muestreo por conveniencia cada vez que se asistió a la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital de Kennedy. Se asistió diferentes días de la semana entre agosto de 2021 y agosto de 2022, se realizó una lista de todas las pacientes que se encontraban ingresadas en la unidad ese día. Se aplicaron posteriormente los criterios de inclusión y exclusión a las maternas. Una vez definido que la paciente era apta para ingresar al estudio, se le explicaba claramente el objetivo de este y cuando la paciente aceptaba participar, se procedía a la firma del consentimiento informado (*Anexo 4*).

Posteriormente se realizaba un cuestionario tipo encuesta que por parte de los investigadores para la caracterización psicosocial y sociodemográfica de las pacientes. Las respuestas de las pacientes eran digitalizadas por medio de la plataforma Google Forms, donde se recolectarán los datos para el posterior análisis.

El instrumento para la medición de síntomas asociados a depresión posparto utilizado, la escala de Edimburgo, es una escala de auto-reporte que contiene 10 preguntas para tamizaje de depresión postparto y que ha probado ser una forma eficiente de identificar pacientes en riesgo para desarrollarla (43). Esta escala se diseñó para cuantificar síntomas depresivos cognoscitivos en el posparto, excluyendo síntomas físicos que podrían relacionarse con la gestación. (44). Dicha escala fue resuelta por la gestante en compañía de uno de los investigadores quienes resolverán dudas en caso de que presenten alguna dificultad.

Así mismo, se aplicó el Gold estándar para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, el cual, para este caso, corresponde a la entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del eje I del DSM-IV (SCID-I). Los investigadores contaron con entrenamiento previo para la aplicación de la entrevista estructurada SCID-I, la cual se realizó a las mismas pacientes seleccionadas para la aplicación de la escala de Edimburgo. Dicha entrevista fue realizada por un investigador diferente al que aplicó escala de Edimburgo para reducir sesgo de evaluación. En

primer lugar, se aplicaba la entrevista estructurada SCID-I por uno de los evaluadores, mientras el otro realizaba la misma escala a otra de las pacientes seleccionadas de forma paralela. Una vez finalizaba la realización de la entrevista, los evaluadores se intercambiaban para el acompañamiento de la realización de la escala y de esta forma se mantenía el ciego entre evaluadores.

Los documentos anexos registran el formato con el cual se hizo la recolección de los datos (Anexo 1), la escala de Edimburgo utilizada para realizar el tamizaje (Anexo 2) y la entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del eje I del DSM-IV (SCID-I) (Anexo 3).

Posteriormente, con los datos obtenidos se calculó la sensibilidad y especificidad del instrumento en comparación con los estándares de DSM-IV, al igual que la medición del valor predictivo positivo.

6.8 Plan de procesamiento de muestras biológicas

Nuestro estudio no cuenta con toma de muestras biológicas.

6.9 Plan análisis de datos

Los investigadores consignarán los datos recabados en la plataforma Google Forms y una bitácora de análisis que posteriormente y mediante el software STATA se realizará un análisis cualitativo y cuantitativo de la información. Se calculará sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y la curva ROC del instrumento, al compararlo con los criterios diagnósticos CIE-10.

Tabla 3. Análisis estadístico de variables

Objetivo específico	Variable	Presentación	Análisis estadístico
----------------------------	-----------------	---------------------	-----------------------------

<p>Describir las características generales socioeconómicas, clínicas y biológicas de los pacientes</p>	<p>Cuantitativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Edad ○ Escolaridad ○ Número de gestación ○ Número de controles prenatales 	<p>Tabla</p>	<p>De acuerdo con la prueba de normalidad, estas variables se les calcula la media y rango intercuartílico.</p>
	<p>Cualitativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ocupación ○ Nivel socioeconómico ○ Sostén económico ○ Estado civil ○ Lugar de nacimiento ○ Religión ○ Convivencia con el padre ○ Modalidad del parto ○ Edad gestacional al momento del parto ○ Comorbilidades 	<p>Tabla</p>	<p>Estas variables se presentan como frecuencias relativas según cada categoría dentro de la variable</p>

Describir las características con respecto al objetivo de la investigación	<p>Cuantitativas</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Puntuación de la Escala de Edimburgo 	Tabla	Estas variables se presentan como frecuencias relativas según cada categoría dentro de la variable
Correlacionar la puntuación de la escala de Edimburgo con la SCID-I	<p>Cuantitativas</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sensibilidad y especificidad 	Gráfica	El análisis se ejecutará a través de la realización de una curva ROC y la interpretación del área bajo la curva correspondiente

6.10 Alcances, control de sesgos y límites de la investigación

Dado que el estudio fue realizado en la población de mujeres gestantes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, la información recabada puede ser extrapolada a otras poblaciones similares de otros hospitales de Bogotá.

Los sesgos de selección fueron controlados a través de la aleatorización en la selección de la pacientes a entrevistar. Se identificaron que pacientes se encontraban en puerperio hospitalizadas en la unidad en el Hospital Occidente de Kennedy y por lista únicamente con el nombre, sin conocer la historia clínica ni saber si presentaban o no sintomatología afectiva, una de las investigadoras se acercaba a la materna. Este proceso fue realizado entre el 1 de octubre de 2021 y el 9 de agosto de 2022. Se verificaba posteriormente el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, siendo únicamente después de este paso que se procedía a explicar el consentimiento informado y a realizar las entrevistas. Dado que el estudio es un estudio de corte transversal tipo encuesta se puede incurrir en sesgos de memoria donde la paciente omita alguna información que pueda ser importante para el análisis de su caso. Por este motivo, se instó a las maternas a que se tomaran su tiempo para que recordaran con la mayor precisión posible lo relacionado a las preguntas realizadas. La escala de Edimburgo y la entrevista estructural fueron realizados por dos evaluadores distintos. No se compartió la información entre ellos para evitar el sesgo de evaluador. Primero fue realizado el auto reporte y posteriormente la entrevista. Ambos fueron aplicados

el mismo día para evitar cambios en el estado de ánimo de la paciente que pudieran interferir con los resultados. Se permitió que las pacientes descansaran unos minutos en caso de que refirieran que se encontraban abrumadas con la evaluación, con miras a evitar respuestas poco verdaderas y apresuradas por este motivo.

Los resultados obtenidos se presentarán en revistas indexadas como la revista de asociación colombiana de psiquiatría, al igual que se expondrán en congresos como el congreso nacional de psiquiatría de 2021, entre otros.

7. Aspectos éticos

El equipo de investigación estuvo conformado por dos residentes de psiquiatría de la Universidad del Rosario, con apoyo temático del doctor Juan Fernando Cano, médico psiquiatra y epidemiológico, así como la doctora Rossana Calderón, médico psiquiatra especialista en psiquiatría de enlace y con apoyo metodológico de Danna García, epidemióloga de la universidad.

Este proyecto fue clasificado como de riesgo mínimo ya que se obtuvo la información directamente de las pacientes, la cual al ser de carácter sensible fue manejada de manera confidencial para disminuir el riesgo de discriminación y/o mala utilización de la misma

Se obtuvo el consentimiento informado de las pacientes, a través del cual se explicó ampliamente toda la intervención a realizar. Se permitió espacio para la realización de preguntas y se aclararon todas las dudas que surgieron por parte de las pacientes seleccionadas. El consentimiento fue recogido y firmado por las pacientes antes de iniciar las entrevistas.

Los datos obtenidos, fueron guardados en el servidor de one drive suministrado por la Universidad del Rosario, que se encuentra afiliado a la cuenta institucional. Solo tuvo acceso a esa información el equipo de la investigación, previamente descrito.

El proyecto de investigación obtuvo aprobación por parte del comité de ética de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur-Occidente, en la sesión del 4 de junio de 2021, bajo el acta N° 08 de 2.021 para inicio de ejecución.

7.1 Calificación del riesgo del estudio

Proyecto Calificado como de riesgo mínimo ya que se obtiene la información directamente de las pacientes, además de contener información de carácter sensible que debe ser manejada de manera confidencial para disminuir el riesgo de discriminación y/o mala utilización de la misma

7.2 Método de obtención de consentimiento informado

El consentimiento informado será obtenido directamente de las pacientes con el formato adjunto a este archivo previo a la realización de la escala y la entrevista estructurada. Se explicará ampliamente el objetivo de la investigación a las pacientes seleccionadas, así como los riesgos y beneficios de participar en el proyecto.

7.3 Métodos de minimización de riesgos principales en el sujeto de investigación

Al ser información sensible la que será manejada durante este proyecto de investigación, los datos obtenidos serán tratados de forma confidencial, únicamente podrán tener acceso a los mismos, el personal que forma parte del proyecto de investigación. Así mismo, serán almacenados en plataformas suministradas por la universidad como se explicó anteriormente.

7.4 Beneficios potenciales del estudio para el sujeto de investigación

Este estudio pretende validar la escala de Edimburgo, para unificar criterios en para la identificación temprana de la depresión post parto, con miras a realizar un manejo oportuno y así disminuir las consecuencias, tanto para la madre, como para el neonato. En el caso, de las maternas que participen en la investigación, aquellas que puntuen alto para riesgo de depresión postparto en las escalas así como en la entrevista estructural, serán remitidas para valoración por psiquiatría para que se realice un seguimiento oportuno de este trastorno.

8. Administración del proyecto

8.1 Cronograma

Tabla 4. Cronograma en meses sobre actividades a realizar

Actividades	2020	06/21	07/21	08/21	09/21	02/22	03/22	04/22	05/22	06/22	07/22	08/22	09/22	10/22	1 1 / 2 2	3 0 / 1 1 / 2 2
Realización de Protocolo de Investigación																
Sometimiento del protocolo al comité técnico científico y de ética																
Piloto de formatos de recolección de información																
Recolección de																

información															
Tabulación y análisis de los datos															
Análisis final de datos															
Redacción de informe final															
Entrega de borrador de artículo															
Entrega Artículo final															

8.2 Presupuesto

Tabla 5. Presupuesto utilizado para la realización del proyecto de investigación

RUBROS	FUENTE DE FINANCIACIÓN	FUENTE DE FINANCIACIÓN	TOTAL
	INVESTIGADOR x2	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO	
Recurso humano: Investigador Principal	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
Recurso humano: Asesor teórico	\$ 0,00	\$ 4,000,000	\$ 4,000,000
Software	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
Materiales y Suministros (Papelería)	\$ 100,000	\$ 0,00	\$ 100,000
Material Bibliográfico	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
Publicaciones	\$ 2,000,000	\$ 0,00	\$ 2,000,000
Servicios Técnicos	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
Asesoría epidemiológica	\$ 0,00	\$ 3,000,000	\$ 3,000,000
TOTAL	\$ 2,100,000	\$ 7,000,000	\$ 9,100,000



9. Resultados

Durante el trabajo de investigación se evaluaron 167 mujeres en puerperio ingresadas en la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, específicamente en el hospital de Kennedy.

En cuanto a la caracterización de la población estudiada, se identificó que la edad en el grupo fluctuó entre los 18 y 41 años. La media estuvo en 25 años. Con respecto a la procedencia, el 54.5% de las pacientes eran venezolanas, seguidas por 21% bogotanas y 3.6% tolimenses, el porcentaje restante se repartió en 16 departamentos (ver tablas 6 y 7).

Tabla 6. Descripción de características sociodemográficas: variables cuantitativas

Categorías	Frecuencias	Porcentajes
Edad	Media 25.3 min ≤ med ≤ max 18 ≤ 24 ≤ 41	
Número de gestaciones	1 2 3 4 Más de 4	63 (37.7%) 53 (31.7%) 27 (16.2%) 16 (9.6%) 8 (4.8%)
Número de controles prenatales	Ninguno 1-3 4-8 Más	23 (13.7%) 33 (19.7%) 86 (51.4%) 25 (14.9%)
Puntuación escala de depresión postparto de Edimburgo	Media 5 min ≤ med ≤ max 0 ≤ 4 ≤ 27	

Tabla 7. Descripción de características sociodemográficas: variables cualitativas

Categorías	Descripción	Porcentajes
Escolaridad	Primaria incompleta	3 (1.8%)

	Primaria completa Bachillerato incompleto Bachillerato completo Técnico Pregrado incompleto Pregrado completo	4 (2.4%) 48 (28.7%) 72 (43.1%) 21 (12.6%) 8 (4.8%) 11 (6.6%)
Estrato socioeconómico	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3	33 (19.8%) 119 (71.3%) 15 (9%)
Estado civil	Casada Soltera Unión libre más de dos años Unión libre menos de dos años	8 (4.8%) 31 (18.6%) 89 (53.3%) 39 (23.4%)
Lugar de nacimiento	Venezuela Bogotá Tolima Bolívar Otras	91 (54.5%) 39 (23.4%) 6 (3.6%) 4 (2.4%) 27 (16.1%)
Modalidad del parto	Cesárea de emergencia Cesárea programada Vaginal Vaginal instrumentado	58 (34.7%) 31 (18.6%) 76 (45.5%) 2 (1.2%)
Edad gestacional	Menos 32 semanas De 32 a 36 semanas 37 semanas o mas	2 (1.1%) 17 (10.1%) 148 (88.6%)
Sostén económico	Estado Familia Pareja Paciente	1 (0.6%) 27 (16.2%) 121 (72.5%) 18 (10.8%)
Comorbilidades	Si No	68 (40.7%) 99 (59.3%)

Ocupación	Ama de casa	127 (76%)
	Estudiante	9 (5.4%)
	Independiente	24 (14.4%)
	Empleada	7 (4.2%)

El 43.1% de las maternas, en cuanto a escolaridad, habían completado bachillerato, mientras que 28.7% presentaron bachillerato incompleto. El resto de las maternas estaban distribuidas entre las categorías de primaria completa, técnico y pregrado.

La mayoría de las pacientes no presentaban trabajo formal al momento de la valoración, 76% se dedicaban al cuidado del hogar. En cuanto al nivel socioeconómico, 71,3% pertenecen al estrato 2, mientras que 19.8% y 9.0% al 1 y 3 respectivamente.

Más de la mitad de las pacientes, específicamente, 76,3% de las mujeres se encontraban en unión libre, la mayoría con más de 2 años de relación, mientras que 18.6% estaban casadas y 4.8% solteras.

En cuanto a la religión, 56.9% de las maternas no profesan ninguna, mientras que el 29.9% practican la religión católica, el resto de las pacientes se identificaban como cristianas, evangélicas o testigos de Jehová.

Respecto al número de gestaciones, la mayoría se encontraba en su primer o segundo embarazo. El 88,6% tuvieron el parto después de la semana 37, la mayoría, 45,5%, por vía vaginal, siendo la cesárea de emergencia la segunda modalidad más frecuente con 34.7%.

A todas las pacientes valoradas se les aplicó la escala de depresión post parto de Edimburgo (EPDS). Los valores en el puntaje del EPDS fluctuaron entre 0 y 27 puntos, con un promedio de 5. La distribución del puntaje en el EPDS fue asimétrica, con una mayor cantidad de pacientes puntuando hacia los valores inferiores.

Para analizar la capacidad predictiva del EPDS se utilizó como Gold standard una entrevista psiquiátrica estandarizada: SCID-1, específicamente el apartado titulado, actual episodio depresivo mayor. Este permite confirmar el diagnóstico usando los criterios del DSM-IV. La aplicación de este módulo SCID-1 obtuvo que 23 gestantes (13,6%) presentaban un episodio depresivo.

Las mujeres que cumplían criterios para el diagnóstico de episodio depresivo, mostraron un puntaje más elevado en el EPDS, en comparación con aquellas gestantes que no tenían este cuadro depresivo.

Se identificó que el mejor punto de corte para identificar la presencia de depresión en la EPDS encontrado para la población estudiada fue mayor de 10; con este valor se obtuvo una sensibilidad de 96% y una especificidad también del 96% para el diagnóstico de depresión mayor, cubriendo un área bajo la curva de 0.992 (Intervalo de confianza del 95% de 0.984 - 1.000) (fig.1). Se obtuvo así mismo, un valor predictivo negativo del 99% y 78% como valor predictivo positivo. Ninguna mujer con puntuación menor de 10 tuvo depresión mayor.

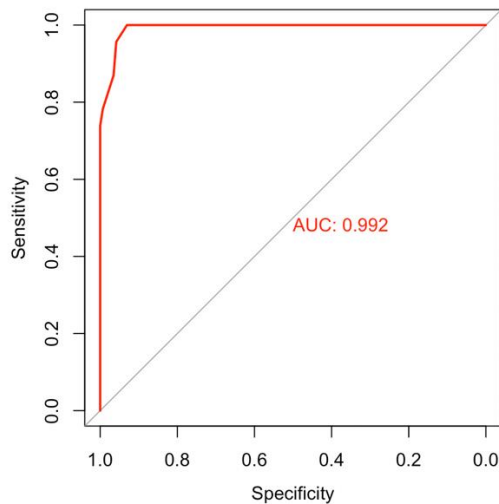


Figura 1: Curva ROC de la escala de depresión post parto de Edimburgo en la detección de depresión posparto en mujeres en puerperio en la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, Hospital de Kennedy

10. Discusión

El presente estudio es el primero que evalúa el rendimiento de la escala de depresión post parto de Edimburgo como prueba diagnóstica en mujeres colombianas cuyo resultado del tamizaje fue positivo para DPP.

La tamización en el estudio fue realizado en el puerperio inmediato, encontrando una incidencia de depresión post parto del 13.6%, lo que concuerda con las estadísticas que se tienen en cuanto a esta patología(3) . Esto sugiere

que es posible aplicar la escala rutinariamente mientras las maternas se encuentren aún hospitalizadas, esto busca disminuir la pérdida de pacientes una vez egresen de las unidades materno-infantiles.

Si bien nuestro objetivo no fue estudiar factores de riesgo de DPP, es importante resaltar que su detección aportaría información útil para implementar estrategias de prevención y tratamiento.

La escala de depresión post parto de Edimburgo, es una herramienta sencilla, económica y accesible en la práctica clínica rutinaria, que funciona para la tamización de todas las maternas pre y post parto(45,46) . En este estudio se obtuvo que los resultados mayores 10 en la escala como puntaje con mayor rendimiento. Cuanto más alto sea el punto de corte que se tome en cuenta para definir el diagnóstico de depresión, la sensibilidad de la escala tiende a disminuir mientras que la especificidad a aumentar (47). Con este valor, la escala obtiene una sensibilidad del 96% y una especificidad también del 96%, así como un valor predictivo negativo del 99% y 78% como valor predictivo positivo. El valor predictivo positivo nos indica la probabilidad de que la materna presente depresión si es que su puntuación se encuentra por encima del punto de corte, sin embargo, este valor depende de la puntuación obtenida en la escala lo cual incluye un amplio margen. La visualización de la curva ROC y el área bajo la curva 0.992 IC 95% 0.98, nos habla de un rendimiento diagnóstico excelente de esta prueba.

Estos resultados son similares en cuanto a punto de corte óptimo, a los obtenidos previamente en los países de habla hispana donde ya se había validado la escala como México, Chile y España, sin embargo, se obtuvieron valores más favorables en cuanto a sensibilidad y especificidad. En el caso de Chile, se obtuvo un punto de corte entre 12 y 13, con una sensibilidad del 87.4% (48). Algo similar ocurre con la validación en España donde el punto de corte óptimo establecido fue mayor a 9 (47) . Por su parte, los valores de corte en México fueron establecidos en 14, donde se obtuvo una sensibilidad de 90%, especificidad de 82% y valores predictivos positivos de 77% y negativos de 94%. (39,46)

A pesar de que las poblaciones son muy similares, los resultados tuvieron una marcada variación entre ellos. Esto puede deberse a múltiples factores, como el momento de la gestación donde fueron valoradas, el tamaño de la muestra, la población seleccionada, entre otros.

La importancia de los estudios en esta materia, radica en que la identificación de la depresión en esta etapa permitirá la intervención temprana para evitar el aumento de la severidad y la cronicidad del trastorno.

Es importante considerar las limitaciones del estudio. En primer lugar, se encuentra el reducido número de pacientes que efectivamente marcaron para depresión. Si bien, se logró obtener el punto de corte entre depresión y no depresión, no pudieron determinarse específicamente en cuanto a la severidad del trastorno (leve, moderado

o severo). Adicionalmente, como sabemos, durante toda la gestación, la paciente presenta cambios físicos y fisiológicos que pueden impactar en sus síntomas afectivos. Es por esta razón que el hecho de no realizar la medición en los distintos trimestres del embarazo, también constituye una limitante del trabajo de investigación.

Finalmente, la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, especialmente el Hospital de Kennedy, atiende población de escasos recursos, principalmente estratos 1 y 2, con una fuerte presencia de población migrante venezolana, mucha de la cual no cuenta con seguridad social. Lo anterior, dificulta aún más la atención de cualquier patología y en particular las relacionadas con salud mental. Todo esto aunado al estigma que configuran, aún hoy en día los síntomas en este período. Es por esta razón que resulta necesario implementar políticas de salud nacionales para cuidar el estado emocional de las maternas y específicamente, la atención oportuna de la depresión post parto.

11. Conclusiones y limitaciones

El embarazo es un período de gran vulnerabilidad para la mujer, en el cual se presentan cambios fisiológicos que impactan tanto su salud física como su salud mental, por esta razón en dicho período se debe tener especial cuidado para prevenir problemas tanto en la gestante como en el neonato. La depresión postparto es una de las condiciones asociadas a la salud mental materna más prevalentes con mayor tasa de complicaciones y de discapacidad en esta población.

La forma de identificación de pacientes con depresión post parto es la realización de tamizajes durante la consulta prenatal y de seguimiento posterior al nacimiento del bebe, ya sea en la consulta de atención primaria o en la cita con el especialista de ginecología y obstetricia. De todas las herramientas desarrolladas para identificar depresión postparto, la Escala de depresión postparto de Edimburgo es la más utilizada. Es una escala de auto reporte que contiene 10 preguntas sobre la presencia de síntomas en los últimos 7 días.

El presente estudio es el primero que evalúa el rendimiento de la escala de depresión post parto de Edimburgo como prueba diagnóstica en mujeres colombianas cuyo resultado del tamizaje fue positivo para DPP. El presente trabajo de investigación fue realizado con la población de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente. Se tomó una muestra de 167 mujeres en puerperio, a las cuales se les aplicó la escala de depresión posparto de Edimburgo, junto con la entrevista estructurada SCID-I. Dentro de esta muestra, se encontró una prevalencia de depresión del 13.4%, similar a lo obtenido en la población general.

Con un punto de corte óptimo mayor de 10 para la escala, se obtuvo una sensibilidad del 96% y una especificidad del 96%, un valor predictivo positivo 78%, por lo que se puede decir que la escala de depresión post parto de Edimburgo, presenta un excelente rendimiento diagnóstico.

Ésta es una herramienta sencilla, económica y accesible en la práctica clínica rutinaria, que funciona para la tamización de todas las maternas pre y post parto, por lo que sugerimos su uso para la identificación de estas pacientes.

Para finalizar, el uso de la escala en estos niveles de atención resulta ser un elemento de prevención y detección oportuna de depresión postparto, para poder reducir así a morbimortalidad que este trastorno trae consigo tanto para la madre como para el bebé.

12. Referencias

1. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(10):973–82.
2. Pawluski JL, Lonstein JS, Fleming AS. The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression. *Trends Neurosci*. 2017;40(2):106–20.
3. Gaviria SL, Duque M, Vergel J, Restrepo D. Perinatal Depressive Symptoms: Prevalence and Associated Psychosocial Factors. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 2019;48(3):166–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.09.002>
4. Aoyagi SS, Tsuchiya KJ. Does maternal postpartum depression affect children’s developmental outcomes? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2019;45(9):1809–20.
5. Jadresic M. E. Depresión Perinatal : Detección Y Tratamiento Perinatal Depression : Detection and Treatment. *Revista médica clínica Las Condes*. 2014;25(6):1019–28.
6. González G, Moraes M, Sosa C, Umpierrez E, Duarte M, Cal J, et al. Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: Estudio de cohorte. *Rev Chil Pediatr*. 2017;88(3):360–6.
7. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; What needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):25–35.
8. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav*. 2016 Jan;77:153–66.
9. Lamprea M JA, Gómez-Restrepo C. Validez en la evaluación de escalas . Vol. 36, *Revista Colombiana de Psiquiatría* . scieloco ; 2007. p. 340–8.
10. Roncero C. La validación de instrumentos psicométricos: un asunto capital en la salud mental . Vol. 38, *Salud mental* . scielomx ; 2015. p. 235–6.
11. Campo-Arias A, Ayola-Castillo C, Peinado-Valencia HM, Amor-Parra M, Cogollo Z. Escala de Edinburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia . Vol. 58, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* . scieloco ; 2007. p. 277–83.
12. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150:782–6.
13. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *The Lancet*. 2018;392(10161):2299–312.

14. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder. *Evidence-Based Eye Care*. 2003;4(4):186–7.
15. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *The Lancet*. 2018;392(10161):2299–312.
16. MinSalud, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Encuesta Nacional de Demografía y Salud Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Profamilia. 2015;2:1–832.
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica Detección temprana y diagnóstico del episodio. 2013. 630 p.
18. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annu Rev Med*. 2019;70:183–96.
19. Halberstadt. 乳鼠心肌提取 HHS Public Access. *Physiol Behav*. 2017;176(5):139–48.
20. Diagn C. American psychiatric association. Vol. 9, *Archives of Neurology And Psychiatry*. 1923. 636 p.
21. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annu Rev Med*. 2019;70:183–96.
22. Ramírez-Vélez R, Rincón-Pabón D. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. *Revista de Salud Pública*. 2014;16(4):534–46.
23. Ramírez-Vélez R. Pregnancy and health-related quality of life: A cross sectional study. *Colomb Med*. 2011;42(4):476–81.
24. Halberstadt. 乳鼠心肌提取 HHS Public Access. *Physiol Behav*. 2017;176(5):139–48.
25. Couto TC e. Postpartum depression: A systematic review of the genetics involved. *World J Psychiatry*. 2015;5(1):103.
26. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Vol. 15, *Women’s Health*. 2019.
27. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Vol. 15, *Women’s Health*. 2019.
28. Badr LK. Is the effect of postpartum depression on mother-infant bonding universal? *Infant Behav Dev*. 2018;51(February):15–23.

29. Badr LK. Is the effect of postpartum depression on mother-infant bonding universal? *Infant Behav Dev.* 2018;51(February):15–23.
30. Sidebottom A, Vacquier M, LaRusso E, Erickson D, Hardeman R. Perinatal depression screening practices in a large health system: identifying current state and assessing opportunities to provide more equitable care. *Arch Womens Ment Health.* 2020;
31. Sidebottom A, Vacquier M, LaRusso E, Erickson D, Hardeman R. Perinatal depression screening practices in a large health system: identifying current state and assessing opportunities to provide more equitable care. *Arch Womens Ment Health.* 2020;
32. Wilkinson A, Anderson S, Wheeler SB. Screening for and Treating Postpartum Depression and Psychosis: A Cost-Effectiveness Analysis. *Matern Child Health J.* 2017 Apr;21(4):903–14.
33. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2013 Dec;33(8):1205–17.
34. Moraes GP de A, Lorenzo L, Pontes GAR, Montenegro MC, Cantilino A. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? *Trends Psychiatry Psychother.* 2017;39(1):54–61.
35. Ukatu N, Clare CA, Brulja M. Postpartum Depression Screening Tools: A Review. *Psychosomatics.* 2018;59(3):211–9.
36. Maurer DM, Raymond TJ, Davis BN. Depression: Screening and Diagnosis. *Am Fam Physician.* 2018 Oct;98(8):508–15.
37. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1995 Dec;16(4):187–91.
38. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord.* 2003 Jun;75(1):71–6.
39. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Alvarez A, Salas-Martinez C. Validation of the edinburgh postpartum depression scale in a population of adult pregnant women in Mexico. *J Clin Med Res.* 2014/07/28. 2014 Oct;6(5):374–8.
40. Kübler U. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) BT - Encyclopedia of Behavioral Medicine. In: Gellman MD, Turner JR, editors. New York, NY: Springer New York; 2013. p. 1919–20.
41. Drill R, Nakash O, DeFife JA, Westen D. Assessment of clinical information: Comparison of the validity of a Structured Clinical Interview (the SCID) and the Clinical Diagnostic Interview. *J Nerv Ment Dis.* 2015 Jun;203(6):459–62.

42. Lobbestael J, Leurgans M, Arntz A. Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clin Psychol Psychother*. 2011;18(1):75–9.
43. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150:782–6.
44. Campo-Arias A, Ayola-Castillo C, Peinado-Valencia HM, Amor-Parra M, Cogollo Z. Escala de Edinburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia . Vol. 58, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* . scieloco ; 2007. p. 277–83.
45. MinSalud, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Encuesta Nacional de Demografía y Salud Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva. *Profamilia*. 2015;2:1–832.
46. Macías-Cortés E del C, Lima-Gómez V, Asbun-Bojalil J, Macías-Cortés E del C, Lima-Gómez V, Asbun-Bojalil J. Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. *Gaceta de México* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2022 Oct 21];156(3):202–8. Available from: http://gacetamedicademexico.com/frame_eng.php?id=424
47. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti Suárez G, Campos Sánchez M. Validación de una versión en español de la escala de depresión posnatal de edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30(2):106–11.
48. Castañón S C, Pinto L J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev Med Chil* [Internet]. 2008 Jul [cited 2022 Oct 21];136(7):851–8. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000700005&lng=en&nrm=iso&tlng=en

13. Anexos

Anexo 1. Formato de recolección de datos

Anexo 2. Escala de Edimburgo

Anexo 3. Módulo Episodio Afectivo – SCID

Anexo 4. Consentimiento Informado

Anexo 1. Formato de recolección de datos

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

Validez de criterios para la Escala de Edimburgo en la tamización de depresión post parto en mujeres en puerperio inmediato en la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente de Bogotá, Colombia

Fecha _____
Nombres y Apellidos del Paciente _____
CC _____
Teléfonos _____
Dirección _____ Municipio _____
Edad (años cumplidos) _____
Lugar de nacimiento _____
Escolaridad (No. Años) _____
Ocupación _____
Nivel socioeconómico _____
Estado civil _____
Religión _____

¿Quién es la persona o entidad que asume sus gastos económicos?

1. Familia
2. Pareja
3. Usted misma
4. Estado.

¿Actualmente convive con el padre del bebe? Si__ No__

Gestación no. _____

Edad Gestacional al momento del parto ____ semanas

No. de CPN _____

Comorbilidades Si ____ No ____ ¿Cuál? _____

Modalidad del parto

1. Vaginal
2. Vaginal instrumentado

3. Cesárea de emergencia

4. Cesárea programada

Resultado Escala de Edimburgo ____

Diagnóstico por criterios CIE-10 y SCID

Trastorno depresivo mayor Si No

Severidad Leve

Moderada

Severa

Anexo 2. Escala de Edimburgo

Escala Edimburgo para la Depresión Postnatal (Spanish Version)

Nombre de participante: _____ Número de identificación de participante: _____

Fecha: _____

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

A continuación se muestra un ejemplo completado:

Me he sentido feliz:
 Sí, todo el tiempo _____ 0
 Sí, la mayor parte del tiempo 1
 No, no muy a menudo _____ 2
 No, en absoluto _____ 3

Esto significa: "Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo" durante la última semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

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

31

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

Anexo 3. SCID-I

SCID ACTUAL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

Ahora voy a hacerle unas preguntas que tienen que ver con su estado de ánimo.

- A.** Cinco o más de los presentes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida del interés o de la capacidad para el placer
- B.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo en la actividad del individuo.
- C.** Los síntomas no son debidos a una sustancia o enfermedad
- D.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo.

? INFORMACION INADECUADA

1 AUSENTE O FALSO

2 SUB UMBRAL, NO CUMPLE SATISFACTORIAMENTE EL CRITERIO

3 VERDADERO, CUMPLE SATISFACTORIAMENTE EL CRITERIO

A		?	1	2	3	
A1	En el último mes.... ¿Un periodo de tiempo en el que se siente triste o deprimido la mayor parte del día, casi todos los días? Si es SI ¿hace cuanto? (mínimo 2 semanas)	?	1	2	3	
A2	¿Ha perdido el interés o el placer en cosas que antes disfrutaba? Si es SI , ¿casi todos los días? ¿hace cuanto? (mínimo 2 semanas)	?	1	2	3	
A3	¿Durante estas dos semanas ha perdido/ ganado peso? ¿Cuánto? Si es NO , ¿Cómo está su apetito comparado con el usual? ¿Come menos/más?	?	1	2	3	
A4	¿Cómo está durmiendo? (¿problemas para iniciarlo o mantenerlo?)	?	1	2	3	

A5	Cuando está inquieto o intranquilo ¿es incapaz de permanecer quieto? (¿qué le dice la gente?) Si es NO , ¿está más quieto o inmóvil de lo usual?	?	1	2	3	
A6	¿Cómo está su energía? ¿Permanece cansado?	?	1	2	3	
A7	Durante este tiempo, ¿cómo se siente acerca de usted mismo? (¿sin valor?), Si es NO , ¿se siente culpable por sus pensamientos? <i>Codifica 1 o 2 si solo hay baja auto estima</i>	?	1	2	3	
A8	¿Ha tenido problemas o dificultad para concentrarse? Si es NO , ¿le cuesta trabajo tomar decisiones acerca de cosas cotidianas?	?	1	2	3	
A9	Cuando las cosas están mal, usted, ¿piensa un poco en la muerte, o que sería mejor que estuviera muerto? ¿Ha pensado en hacerse daño? ¿Ha intentado cualquier cosa para hacerse daño? <i>Codifica 1 para auto mutilación o intento suicida.</i>	?	1	2	3	
	AL MENOS 5 DE LOS ANTERIORES SINTOMAS (1 AL 9) CODIFICARON 3 Y AL MENOS UNO DE ESTOS ERAN ITEM 1 O 2		1		3	
B	¿Estos (síntomas depresivos) le han causado alteración en su trabajo, en sus responsabilidades o cuando está con otras personas?	?	1	2	3	
C	¿Antes de que esto empezara cómo estaba su salud física? (criterios exclusión) ¿Usaba alguna medicación? ¿Usaba drogas o abusaba del alcohol?	?	1		3	
D.	Esto que le pasa se explica, por ejemplo, por haber perdido un ser querido.		1		3	
***	CUMPLE CRITERIOS PARA EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, SI LOS CRITERIOS A,B,C,D SON CODIFICADOS EN 3		1		3	
	¿Cuántos episodios como estos ha tenido en su vida?		_____			

SEVERIDAD DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR.

Si es desconocida, Cómo este periodo de (depresión) está afectando su vida.

1	LEVE Pocos síntomas de más de los requeridos para hacer el diagnóstico, los cuales resultan solo en una alteración menor en las funciones ocupacionales, sociales y con los otros.	
2	MODERADA Síntomas o alteración funcional entre leve y moderado	
3	SEVERA SIN SINTOMAS PSICOTICOS Muchos síntomas además de los requeridos para hacer el diagnóstico los que interfieren marcadamente con sus actividades	
4	SEVERO CON SINTOMAS PSICOTICOS CONGRUENTES CON EL AFECTO Delirios o alucinaciones cuyo contenido es consistente con temas típicamente depresivos de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo, o castigo merecido	
5	SEVERO CON SINTOMAS PSICOTICOS INCONGRUENTES CON EL AFECTO Delirios o alucinaciones cuyo tema NO involucra temas típicos depresivos sino temas tales como ideas persecutorias (no directamente relacionadas con temas depresivos) inserción de pensamiento, proyección de pensamiento e ideas de control.	
0	INESPECIFICO	

CON HALLAZGOS MELANCOLICOS

¿DURANTE ESTE TIEMPO, Cuando ha sido el momento en que se siente peor?(los momentos de mayor severidad durante el episodio actual)

Se interrogan específicamente si no están claros los ítems

A	HALAZGOS MELANCOLICOS	?	1	2	3	
A1	Pérdida del placer SE CODIFICA IGUAL QUE A2	?	1	2	3	
A2	Si algo bueno pasa no se siente mejor ni siquiera por algún tiempo	?	1	2	3	
SI A1 O A2 NO CODIFICAN 3 SE PASA A HALLAZGOS ATIPICOS						
B1	Su estado de ánimo es diferente ahora que, por ejemplo, cuando alguien muy cercano se muere o a usted le pasa algo malo, si es SI, ¿cuál es la diferencia?	?	1	2	3	

B2	¿Usualmente se siente peor en las mañanas?	?	1	2	3	
B3	¿A qué horas se levanta en las mañanas? ¿Más temprano de lo usual?	?	1	2	3	
B4	¿Se está moviendo o hablando mas lento de lo que es normal en usted?	?	1	2	3	
B5	¿Cuánto peso ha perdido? (¿es significativo?) ¿Ha tenido que esforzarse para comer?	?	1	2	3	
B6	¿Se ha sentido culpable por cosas que ha hecho o dejado de hacer? Si es SI, cuénteme	?	1	2	3	
Al menos tres ítems B codificaron 3			1 go atípica		3	
CRITERIOS A Y B CODIFICARON 3			1	3		melan

CON HALLAZGOS ATIPICOS

Si el episodio actual es considerado como con hallazgos melancólicos se pasa a historia de episodios maníacos.

DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

	SUCEDE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO DURANTE 2 SEM.	?	1	2	3	
A	Si algo bueno pasa si se siente mejor aunque sea por algún tiempo	?	1	2	3	
B1	Según pregunta A3 ¿Ha ganado peso o se ha incrementado su apetito?	?	1	2	3	
B2	¿Cuántas horas duerme usualmente al día? (incluye siestas) Codifica 3 si son mas de 10 horas al día	?	1	2	3	
B3	¿Siente frecuentemente sus piernas o brazos más pesados?	?	1	2	3	
B4	¿Es especialmente sensible a la forma como otros lo tratan? ¿Qué pasa si otros lo critican o rechazan? ¿Cómo lo afecta?	?	1	2	3	
AL MENOS 2 CRITERIOS B SON CODIFICADOS 3			1		3	
No cumple en este episodio con criterios para melancolía			1		3	
CRITERIOS ABC CODIFICARON 3			1		3	

HISTORIA DE EPISODIOS MANIACOS

	PUEDE SER MANIACO(3) IRRITABLE (4)	¿	1	2	3	
A	¿Ha tenido un periodo de tiempo en el que se sienta mucho mejor que los demás o grandioso y que esto le ha causado problemas?, si es NO, ¿un periodo de tiempo demasiado irritable o pelea fácilmente?	?	1	2	3	
CUANDO??		FECHA				
	¿Cuánto tiempo duró? (una semana o menos si lo hospitalizan)	?	1	2	3	
B	En el peor momento de estos episodios....					
B1	¿Cómo se sentía? (gran autoestima, grandiosidad, poderes especiales)	?	1	2	3	
B2	¿Necesitaba dormir menos de lo usual? (¿descansaba con menos horas?)	?	1	2	3	
B3	¿Más hablador de lo usual?	?	1	2	3	
B4	¿Sus pensamientos estaban más rápido que lo usual?	?	1	2	3	
B5	¿Se distraía fácilmente o tenía problemas para concentrarse?	?	1	2	3	
B6	¿Cómo disponía de su tiempo? (trabajo, amigos, hobbies), ¿estaba más activo que sus amigos o familiares?	?	1	2	3	
B7	Durante este tiempo, ¿realizó cualquier cosa que pudiera causarle problemas a Usted O su familia? (¿compras o indiscreciones sexuales?)	?	1	2	3	
3 SINTOMAS EN B (CODIFICAN 3) O 4 SINTOMAS SI ES IRRITABLE			1		3	
C	Por estas dificultades ¿ha tenido problemas con sus actividades usuales o ha requerido hospitalización?	?	1	2	3	
D	Antes de que esto empezara ¿cómo estaba su salud física? (criterios exclusión) ¿Usaba alguna medicación? Usaba drogas o abusaba del alcohol?	?	1	2	3	
CRITERIOS PARA EPISODIO MANIACO ABCD CODIFICAN 3			1		3	

¿Cuántos episodios de estos ha tenido en su vida?	_____			
¿Ha tenido un año particularmente malo en el que se hayan presentado por lo menos 4 episodios maníacos y/o depresivos?		1	3	

Diagnóstico por criterios CIE-10 y SCID

Trastorno depresivo mayor Si No

Severidad Leve

Moderada

Severa

Anexo 4. Consentimiento informado

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN VALIDEZ DE CRITERIOS PARA LA ESCALA DE EDIMBURGO EN LA TAMIZACIÓN DE DEPRESIÓN POST PARTO EN MUJERES EN PUERPERIO INMEDIATO EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE DE BOGOTÁ, COLOMBIA

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Por favor, lea cuidadosamente esta información sobre el estudio de investigación titulado “Validez de criterios para la Escala de Edimburgo en la tamización de depresión post parto en mujeres en puerperio inmediato en la subred integrada de servicios de salud suroccidente de Bogotá, Colombia”
- Siéntase en completa libertad de preguntar al personal del estudio todo aquello que no entienda.
- Una vez haya comprendido la información, se le preguntará si desea participar del estudio. En caso afirmativo, deberá firmar este documento y recibirá una copia.

¿POR QUÉ FUE USTED ELEGIDO PARA PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Usted ha sido escogida por ser mujer mayor de 18 años, que se encuentra inmediatamente después del parto, el cual ha sido atendido en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E durante el periodo de realización del estudio. Adicionalmente fue seleccionada por saber leer y escribir, y tener el español como lengua materna. Lo más importante es que usted acepte participar en el estudio.

RIESGOS Y BENEFICIOS

Este estudio no trae consigo ningún riesgo. La información será manejada de manera confidencial. Se buscará realizar una identificación temprana para instaurar un manejo oportuno que permita disminuir las consecuencias de dicho trastorno tanto para la madre como para los hijos de ésta.

¿COMO SERÁ LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO?

Su participación requiere de los siguientes procedimientos, que usted podrá libremente aceptar o rechazar:

1. Se le realizará unas preguntas relacionadas a sus características sociodemográficas por parte de alguno de los investigadores.
2. Posteriormente se entregará una hoja que contiene un cuestionario frente a su salud mental actual. Durante este tiempo estará acompañada por uno de los investigadores al cual le podrá preguntar cualquier duda que tenga frente al cuestionario.
3. Posteriormente, será entrevistado por el investigador quien tomará la información brindada por usted para aplicar la entrevista diagnóstica
4. Si en cualquier momento se llega a identificar un diagnóstico de depresión, será remitida para valoración por psiquiatría por parte de su eps.

GARANTÍAS DE SU PARTICIPACIÓN

Participar en el estudio no tiene ningún costo. Los procedimientos que se le practiquen en este estudio tampoco tendrán costo.

Ni usted, ni otra persona involucrada en el estudio, recibirá beneficios políticos, económicos o laborales como compensación por su participación.

Su participación será completamente voluntaria y tendrá el derecho de retirarse en cualquier momento del estudio si usted así lo desea. Igualmente, si en algún momento desea que la información que usted brinda no sea utilizada por los investigadores, lo podrá comunicar y respetaremos su decisión.

ACEPTACIÓN

Por favor marque con una “X” en caso que acepte o no acepte lo siguiente:

Autorizo a los investigadores del estudio validez de criterios para la escala de Edimburgo en la tamización de depresión post parto en mujeres en puerperio inmediato en la Subred Integrada de Servicios de Salud Suoccidente de Bogotá, Colombia para:	Acepto	No acepto
---	---------------	------------------

<ul style="list-style-type: none"> Realizar los procedimientos descritos en este documento, necesarios para la realización del estudio de investigación 		
<ul style="list-style-type: none"> Comunicarse conmigo para hacer los seguimientos requeridos por el estudio 		

Participante

_____, _____
Nombre Cédula Firma Día/Mes/Año

Testigo

_____, _____
Nombre Cédula Firma Día/Mes/Año

¿INFORMACIÓN O PREGUNTAS ADICIONALES?

Si en algún momento desea obtener información adicional sobre el estudio puede contactar a:

Investigadores principales – Universidad del Rosario

María Cristina Suarez Ángel

Celular: 315-6667151

Daniela del Valle Bravo Chacón.

Celular: 301-4312545

Investigador institucional – Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente

Rossana Calderon

Celular: 311-5493431

ESPACIO RESERVADO PARA EL INVESTIGADOR

En nombre del estudio “validez de criterios para la escala de Edimburgo en la tamización de depresión post parto en mujeres en puerperio inmediato de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente de Bogotá, Colombia” me comprometo a guardar la identidad de _____ como participante. Acepto su derecho a conocer el resultado de todas las pruebas realizadas y a retirarse del estudio a su voluntad en cualquier momento. Me comprometo a manejar los resultados de esta evaluación de acuerdo con las normas para la realización de investigación en Colombia y la ley para la protección de datos personales (Ley estatutaria 1581 de 2012).

Nombre: _____

Documento de Identidad No. _____

Firma: _____

Fecha (día/mes/año) ____/____/____