

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**EL EMBARAZO NO DESEADO Y EL AUMENTO DE LA DEPRESIÓN
POSTPARTO**

Fiorella María Sierra Murillo

Sonja Embree, Ph.D, Directora de Trabajo de Titulación

Trabajo de Titulación presentado como requisito
Para la obtención de título de Psicóloga Clínica

Quito, 16 de julio de 2015

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**EL EMBARAZO NO DESEADO Y EL AUMENTO DE LA DEPRESIÓN
POSTPARTO**

Fiorella María Sierra Murillo

Sonja Embree, Ph.D.,

Directora del Trabajo de Titulación _____

Teresa Borja, Ph.D.,

Directora del Programa _____

Carmen Fernández-Salvador, Ph.D.,

Decana del Colegio de Ciencias

Sociales y Humanidades _____

Quito, 16 de julio de 2015

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: _____

Nombre: Fiorella María Sierra Murillo

C.I.: 0916750284

Lugar: Quito – Ecuador

Fecha: 16 de julio de 2015

DEDICATORIA

Para mi mamá, aunque no este, siempre ha sido un ángel que me motiva a dar todo de mi.

A mi familia, un pilar fundamental en su vida que me han mostrado su apoyo a cada momento y son un motor que me mantiene con los pies firmes cada día. Sin ustedes no lo hubiera logrado hombres de mi vida.

A Lolita, mi segunda madre que ha estado alentandome desde que empece la carrera, quién más que ella para creer en mi.

Para todas las personas, amigos y profesores que me han acompañado en este proceso de cinco años. Me han enseñado no solo a mejorar de manera profesional sino también personal buscando crecer en cada ámbito.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi familia por su apoyo y comprensión. Gracias por soportar el mal humor provocado por estrés, el cansancio y la falta de sueño. Son hermosos.

A Teresa Borja, nuestra Decana, quien siempre estuvo no solo como profesora dandonos soporte, escuchando nuestras quejas y dandonos soluciones sino también mostrandonos su lado humano y brindandonos su amistad.

A mis amigos y compañeros que me acompañaron durante este largo y exhaustivo proceso: Pamela, Marisa, Isabel, Nena, Christian, Nadia, Belen, María José. Gracias por los trabajos juntos, las risas, las explicaciones de deberes. Ha sido muy grato compartir estos cinco años con ustedes.

RESUMEN

La finalidad de este estudio es demostrar que el embarazo no deseado aumenta la posibilidad de sufrir de depresión postparto a diferencia de aquellos que han sido planeados. Se presume que mundialmente la prevalencia de este desorden es de 10 a 15%. Se utilizará una muestra de 70 mujeres entre 28 a 38 años, casadas, provenientes de la Maternidad Isidro Ayora de Quito, que hayan alumbrado en período de uno a seis meses. Las participantes llenaran la Escala Depresión Postparto de Edimburgo, el Inventario de Depresión de Beck y una encuesta que busca indagar en los planes de embarazo. Se anticipa que los resultados aprobaran la hipótesis previamente establecida de acuerdo a las investigaciones encontradas, además de proponer que el estado marital y situación económica también afectan en el desarrollo la psicopatología. En conclusión el embarazo no deseado es un factor de riesgo que incrementa la depresión postparto.

ABSTRACT

The purpose of this study is to demonstrate that rates of postpartum depression are higher when pregnancy is unwanted as opposed to one that is planned. Presumably worldwide prevalence of this disorder is 10 to 15%. The sample will be of 70 women between 28-38 years old, married, from Isidro Ayora Maternity in Quito, who gave birth in a period of one to six months. Participants will fill the Edinburgh Postpartum Depression Scale, the Beck Depression Inventory and a survey that searches for pregnancy plans. It is anticipated that the results approved the previously established hypothesis according to researches found, in addition to proposing that the marital status and economic status also affect the develop of the psychopathology. In conclusion, the unwanted pregnancy is a risk factor that increases postpartum depression.

CONTENT

Abstract.....	8
Introduction.....	10
Literature Review.....	12
Postpartum depression.....	12
Risk factors.....	13
Planned pregnancy vs. Unwanted.....	15
Treatment of postpartum depression and psychoeducation.....	16
Methodology.....	18
Recruitment of Participants.....	18
Participants.....	18
Study Design.....	19
Analysis of the Data.....	20
Ethics.....	21
Anticipated Results.....	22
Discussion.....	23
Limitations.....	25
Future Research.....	26
References.....	27
Appendix A: Advertisements.....	29
Poster.....	29
Appendix B: Ethics.....	30
Solicitud Para Aprobación De Un Estudio De Investigación.....	30
Formulario Consentimiento Informado.....	35
Appendix C: Instruments.....	37
Inventario De Depresión De Beck.....	37
Escala De Depresión Postparto De Edimburgo.....	44
Survey.....	49

INTRODUCTION

Postpartum depression is a mental illness that is defined as an episode of depressive mood and or anhedonia, guilt, difficulty making decisions, and somatic signs, such as fatigability, changes in appetite and sleep patterns; depending the severity of the case, suicide ideation and attempts appear, even psychotic symptoms (Wolff, Valenzuela, Esteffan, Zapata, 2009). It is present at the first four weeks of the delivery but it has been prove that it can appear six months later, even a year later of the postpartum (Wolff, et al, 2009). It is common that the obsessive ideas, guilt and depressive indicators revolve around the newborn baby, feeling this way lack of interest in the child or even inability to be a mother (Wolff, et al., 2009). The prevalence of this disorder is about the 10% of the population, equivalent to the rate of women not pregnant who suffer from depression; even so it is increasing with the pass of the years (Wolff, et at., 2009). Some risks factors to suffer from postpartum depression is having stressful life events such as unwanted pregnancies, insecure attachments, lack of support, economic problems, marital problems, bad relationships with the mother, miscarriages, and other (Wolff, et at., 2009).

Nowadays there is not enough information in Ecuador about rates of postpartum depression, letting a lack of education about the subject. Knowing that this psychopathology requires from special assistance such as psychological and sometimes psychopharmacological intervention, it is important to inform to the population about the severity of the illness and the needs of it to be treated bot only as a way of investigation but as psychoeducation too. It is relevant to promote the seek for help in women that are crossing the disorder.

That is why; in this case the hypothesis drawn is that rates of postpartum depression are higher when a pregnancy is unwanted as opposed to one that one that is planned.

Knowing that un-planning gestations counts as risk factors to develop the psychopathology is important to study the incidence of it at the time of giving birth.

I have chosen to explore the unwanted pregnancy and the postpartum depression because I feel that in Ecuador there is a several ignorance about this topic even it is vital because it involves not only the mental health of the patient but the life of others that can be implicate. Nowadays there are no rates about how depression postpartum affects women in our country, and there is no information about what are the symptoms and the development of the pathology. It is worrisome that knowing that this is a psychological illness and can appear with psychotic symptoms people do not make campaigns providing the adequate prevention for the pregnant population.

By other hand the postpartum depression need from psychological and psychiatric treatment so it require the importance necessary such as a medical illness, even depending on the gravity of the episode, patients will demand medication. In Ecuador, poverty is one of the biggest problems in population and there is no an accurate health public system that provides the necessary postpartum cares. Women in the maternity receive only delivery attention, neglecting the concerns of the psychological health; the only preoccupation is about the post surgery or complication in partum. This topic will provide not only a rate about postpartum depression in unwanted pregnancy but also the planning.

Nowadays families are reducing their members and are planning how many children they will have, so it is important to know if the depression postpartum increases when the delivery is of unplanned kids. Also even if the pregnancy is planned, there is no known cause for suffering from this type of depression so patients who want the delivery can have the psychopathology. In general, the main reason for choosing this topic is because is not explore and can be helpful for the society as a psychoeducational project.

LITERATURE REVIEW

Postpartum Depression

Postpartum depression is an onset specifier of major depressive episode (American Psychiatric Association, 2000). According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2000) women with this pathology need to meet the criteria for major depression and then search for the specifier of postpartum after four weeks of delivery. It is important to take into account that there are not differences in the criteria to determine postpartum depression between the DSM IV-TR and DSM V (American Psychiatric Association, 2013). By other hand, International Classification of Diseases -10 (1992), do not recognize postpartum depression as a distinct illness, it is also an onset for depression within the six weeks of labor. Some of the general symptoms are anhedonia, guilt, difficulty making decisions, and somatic signs, such as fatigability, changes in appetite and sleep patterns; but depending the severity of the case, suicide ideation and attempts appear, even psychotic symptoms that can damage the integrity of the patient and the child, as well (Wolff, Valenzuela, Esteffan, Zapata, 2009). It is important to considerate that psychosis in postpartum is presented really rare like a symptoms, it happens in rates of 1 or 2 episodes per 1000 labors (World Health Organization, 2008). Even the manuals have their own terms to determinate the time of appearance, some researches approve that it is present at the first four weeks of the delivery but it has been prove that it can appear six months later, or even a year later of the postpartum (Wolff, et al., 2009).

In postpartum depression, it is common that the obsessive ideas, guilt and depressive indicators revolve around the newborn baby; lack of interest in the child or even inability to be a mother can intervene in the process of carrying and attachment (Wolff, et al., 2009). The prevalence of this disorder is about the 10% of the population, equivalent to

the rate of women not pregnant who suffer from depression; even so it is increasing with the pass of the years (Wolff, et al., 2009). Other investigation approve that the prevalence of postpartum depression can be in a 15% rate, higher in women with economic disadvantages (Evans, Vicuña, Marin, 2003). Likewise other kind of investigations shown that the prevalence of the disease is higher in emerging countries that in developed ones, providing an assumption that poverty has an intervention in postpartum depression (Rojas, Fritsch, Solis, Gonzalez, Guajardo, Araya, 2006). There is not a known fact of what cause this psychopathology but sometimes researchers associated it with the biochemical imbalance and psychological distress that a labor can produce in the patient (Evans, et al., 2003). Also, pregnancy is an important vital event that promotes the changes of roles in a family, and in the mother's tasks, the quality of life change making it stressful to enjoy the maternity and the delivery of the newborn baby, causing obsessive-compulsive thoughts interfere in the psychological wellness of the patient (Rojas, et al., 2006).

Risk Factors

Knowing that there is not a determinate cause for postpartum depression it is important to considerate which are the risk factors to develop the illness. Generally some researches approve that previous personal history of mental health can determine of suffering from this kind of depression after delivery (Póo, Espejo, Godoy, Gualda, Hernandez, Pérez, 2008). Also the number of kids takes consideration in the psychopathology, a study shown that 20% of the women crossing to the first labor and 24% of the mothers with multiple labors were diagnosed by the DSM-IV with postpartum depression; supporting that the number of children cans influence in women affection state (Urdaneta, Rivera, García, Guerra, Baabel, Contreras, 2010). Likewise some social factors such as absence of education, unemployment, lack of social support promote the

development of postpartum depression (Rojas, Fritsch, Guajardo, Rojas, Barroilhet, Jadresic, 2010).

By other hand unwanted pregnancy take a huge role in postpartum depression (Rojas, et al., 2010). Alvarado, Sifuentes, Estrada, Salas, Hernández, Ortiz, García, Torres and Sandoval (2009) study the prevalence of the disorder in public hospital from Durango, Mexico and discover that marital discord, unplanned pregnancies and lack of education are contributing factors to suffer from the pathology. Marital satisfaction is one of the social features that more influence has in postpartum depression, certain studies found with a Likert Scale that women with this type of depression tend to considerate their husband as less helpful and caring (Robert, Celasun, Stewart, 2003). This information previously presented approves that woman in this life stage search for stability and supportiveness from their love ones (Robert, et al., 2003). In Cali, Colombia, Canaval, Gonzales, Valencia, Martinez, Tovar, Valencia (2000) made a research about the correlation between quality of life and social support with suffering from the psychopathology, they found that there is a significant correlation between marital discord and postpartum depression, major in patients that are not in legal marriages. Dysfunctions in marital relationship increase the possibility of suffering from this type of depression even if the couple is not longer together because of bad experiences or some time violence or psychological abuse (Póo, et al., 2008).

By other hand, socioeconomic status is also a risk factor to develop postpartum depression (Rojas, et al., 2010). Certain studies found that financial deprivation and unemployment are associated with this psychopathology because a low income generates distress of mother occupations and participations in house holding (Robert, et al., 2003). Also there is not enough salary to receive the necessary health consultation for the care of

the pregnancy and also for the newborn baby (Alvarado, et al, 2009). A study shown that the prevalence of postpartum depression is slightly higher in rural areas than in town, supporting a low socioeconomic status as a risk feature that contributes to the illness (Alvarez, et al, 2009).

Planned Pregnancy vs. Unwanted

Recognizing that unplanned pregnancy is a risk factor for suffering from postpartum depression, it is important to investigate literature that approves this. A research in Mexico D.F., shows that the levels of this kind depression increase when pregnancy is unwanted proving a significant difference ($p > 0.015$); it is important to emphasize that there was no significant correlation between this feature and socioeconomic status or marital status (Lara, Navarro, Navarrete, Cabrera, Alamanza, Morales, Juarez, 2006). By other hand, other studies support a correlation between poverty and lack of support with unplanned pregnancies and the development of this illness (Rich, Kleinman, Abrams, Harlow, McLaughlin, Joffe, Gillman, 2006). According to Rich, et al. (2006) lack of a partner goes hand in hand with the decision of having a child because there is not a stability not only in the couple but in the new family that is going to be form so this is when distress appear on the women like a stressful life event.

Also it is important to compare mother that have planned their pregnancies. According to a study run by Cheng, Schwarz, Douglas and Horon (2009) women that have unplanned pregnancies are less preoccupied for the baby's care and gestation development so tend to consume less amount of vitamins, smoke pre and postpartum, and have a lower prenatal care that is why present a higher rate of postpartum depression that in some cases begin at the first trimester of conception. In comparison with patients that wanted the pregnancy, the prenatal care and consumption of vitamins are higher and depression after

delivery rates lower (Cheng, et al., 2009). So unwanted pregnancies are highly related with unhealthy prenatal behaviors and postpartum affection problems (Cheng, et al., 2009).

Likewise it is important to recognize that every woman can suffer from postpartum depression regardless the social factors such as unwanted pregnancies or marital status. Even the gestation is planned it is necessary to approve that conception is an vital life event that triggers distress and fear from the mother and causes a change in family roles and dynamics (Evans, et. al, 2003).

Treatment of Postpartum Depression and Psychoeducation

Likewise, it is important to determine which is the better treatment for postpartum depression knowing that lactation is a determinant factor because can harm the child, so it depends on the severity of the pathology. According to O'Hara, Stuart, Gorman and Wenzel (2000) individual psychotherapy is an efficacious treatment to decrease the depressive symptoms in patients and also provide a higher social regulation that produces a secure bond between mother and newborn baby, offering a different alternative than pharmacological usage. Taking into account that breastfeeding interferes with a psychopharmacological treatment, however individual therapy demonstrated efficacy reducing major depressive episodes that could help the women to reduce the affection signs (O'Hara, et al., 2000).

By other hand, some studies approve that postpartum depression can be caused by a hormone imbalance at pregnancy that produces mood changes (Ahokas, Kaukoranta, Wahlbeck, Aito, 2001). Mainly it is believe that there is a decrease on estrogens levels that generates depressive symptoms in just delivery women, so if they consume estradiol as treatment, postpartum depression will be reduce (Ahokas, et al, 2001). It is important to considerate that this low concentration of estrogen has to be measure by a blood test to

confirm that the psychopathology is related to this hormone lack (Ahokas, et al, 2001). This information proves that is not necessary a pharmacological treatment that can harm or injure the just born child by breastfeeding.

Even though some researchers are concern about the mother- children bond. An investigation done by Forman, O'Hara, Stuart, Gorman, Larsen and Coy (2007) states that even with an effective therapy, postpartum depression will affect the attachment between the patient and the newborn baby creating an insecure one. This time of relationship between these two can cause a negative temperament and behavior on the child that generates more tension and distress in the family dynamic (Forman, et al., 2007). Forman, et al., (2007) recognize as an efficacious treatment the interpersonal therapy that helps to reduce depressive symptoms in women that suffer from this psychopathology.

Also it is important for women that suffer from postpartum depression to seek for professional help knowing the severity of this pathology (Forman, et al., 2007). According to Dennis and Chung-Lee (2006) patients with this illness do not tend to request specific treatment because of the barriers that carries pregnancy and delivery. It is important to provide prevention and information about this type of depression to prove the society that it is about mental health and requires from attention (Dennis, Chung-Lee, 2006). By other hand, these researchers found that these sorts of clients prefer to talk to psychologist and look for this kind of treatment rather than prove pharmacological usage because of the secondary effects on the baby (Dennis, Chung-Lee, 2006).

METHODOLOGY

Recruitment of Participants

To find the participants, I will attend to the Maternity Isidro Ayora in Quito, Ecuador. Then I will talk to the administrator of the hospital searching for permission to talk to patients that just went in labor. Then I will put a flyer, that describe the age that is needed, on the maternity's installations for recruiting a sample that prove the hypothesis previously proposed. Also, I will talk to the chief of obstetrics with the finality of know the health of the women inpatient in this institution and the considerations they need to protect the subjects from any risk that can may be present. Once the participants reach for contribute with the research, I will contact each of them to sign the informed consent and have their permission to run the instruments adequate to measure postpartum depression.

Participants

The participants for this research will be women between 28 and 38 years old from Quito, Ecuador that gave birth in the Maternity Isidro Ayora in a period of one to six months of labor that are married. The sample will count with 70 subjects, mestizos, between middle low and middle socioeconomic status. Taking into account that in the census of 2010 the results throw that 71,9 % of population were mestizos, the sample will be representative from the general population (El Universo, 2011). Also is important to considerate that there is not another investigation about postpartum depression in Ecuador, so the finality of the sample is to provide the most precise information about the psychopathology. By other hand, is vital to emphasize that the middle socioeconomic status in the country is about 83,3% being the majority, so mainstream population will represent the sample (INEC, 2010).

Study Design

For this thesis the study use will be by surveys. This type of study can examine different variable that cannot be manipulate by an experiment, such as age, social class, religion, and others. Also the surveys provide this benefits that can acknowledge important factors that can be related to this illness. The questionnaire that will be used is the Edinburgh Scale of Postpartum Depression, it counts with 10 questions correspond to important symptoms that can determine clinical depression (Eberhard, Eskild, Tambs, Opjordsmoen, Ove, 2008). This test was use in 23 countries around the world with the finality of getting validity; it has a short procedure that takes of five minutes answering and can be self-administrated (Vega, Mazzoti, Campos, 2003). It is important to take into account that this questionnaire is develop for an English population, so a study was made searching for the validity of it traduced to an Spanish language in Peru; the results show that the scale functions in an adequate why and can be used in this singular version (Vega, et al., 2003). In the English version the confidence and validity for using the test is of 95%, with a positive prediction of depressive symptoms (Eberhard, et al., 2008).

Using surveys and interviews are the best designs for the project because it will provide the necessary information to determine the hypothesis and also throw data that is not raised but is essential to conclude which are the risk factors of the postpartum depression. By other hand it will be used the Beck Depression Inventory to know the severity of the episode that the patient is actually passing. This inventory was created in by Aaron Beck and has three versions; one created on 1961 and two revisions of it, one in 1971 BDI-IA and the second in 1996 BDI-II (Beck, Steer, Ball, Ranieri, 1996). A research was made with the determination of find the correlation between the first and second revisions from the test; the results show that in a sample of 140 patients the BDI-II scored

two points higher than the revision proposed in 1971, also at least one more symptoms was endorsed in this revision, approving a more optimal determination of the depression in the last scale projected (Beck, et al., 1996).

By other hand the surveys are important because they let collect the indispensable data of the participants and the current situation they are having in the economic, marital, and distress environment. The surveys are the most use study to recollect information in any field, but nowadays people prefer to answer at the by telephone, or a web media (Kiesler, Sproull, 1986). A study found that the web surveys are more extremely responded because there is no social pressure than in paper, also an advantage of them is the saving of costs (Kiesler, Sproull, 1986). It is important to considerate that knowing that these women will come from a lower socio economic status so they may not have the adequate education to know how to use the computer so the test and survey will be realized by paper to avoid misunderstood problems.

To respond to the research question it is necessary to use these study designs to confirm the hypothesis previously raised and get to a concrete conclusion. Knowing that the women will be just delivery is important that the method will be easy and quick for not getting a lot of time of the population and a major collaboration.

Analysis of the data

For analyzing the data that will be collected from the participants will be use a Microsoft Excel worksheet to determine a database with the relevant affiliation information about the participants. Also the Minitab software will be use to make a T-Test to determine de differences between the two groups: the planned pregnancy and the ones that are not, it will be use for the two surveys that will be run to the subjects. This program will provide de adequate information to approve or decline the hypothesis raised at first.

Ethics

To preserve the integrity and the physical, emotional and mental wellness of the participants I will present to them an informed consent. It will contain the main information of what is the study about to maintain the women informed about the procedure they have to complete. By other hand is important to reserve the subjects' confidentiality and let them in anonymity. Also this consent may inform them can retire from the process any time and that they can refuse to answer some of the questions that I can ask.

There will be a little explanation about what which test will measure and the women will receive the scores they may get. Once the data is complete and the investigation is already done, the study will be delivery from each participants to be informed about the results obtained and conclusions made. Also psychoeducation will be providing to the subjects to learn how to recognize postpartum depression and know when to seek for help.

ANTICIPATED RESULTS

Mainly I anticipate that the Edinburg Scale of Postpartum Depression results would indicate that unwanted pregnancies would rate higher as opposed to one is planned. By other hand, knowing that the survey that will be run investigates marital situation and number of gestations, I anticipate too that women who have marital problems will rate a higher score in the scale too. The number of the children will also play a role to be more prone to the psychopathology.

Also in the Beck Depression Inventory I anticipated that women with unwanted pregnancies would score higher levels of depression that the opposed with planned ones. Knowing that this inventory measures the disorder in general and no with a specific onset on postpartum depression, the number of participants with planned pregnancies that get elevated results would be higher. Also some social factor can take a role in the increase of the levels of depression according to this inventory in the subjects.

It is important to considerate that most of these women will be from a middle low and middle socioeconomic status, so according to this I anticipated that the survey results would indicate a higher marital discord, and the number of children would also be elevated. It is probable that most of the pregnancies were not planned as well so that produces a higher risk to develop postpartum depression knowing the economic conditions of the women. Also it is important to emphasizes that knowing the financial situation some of the participants that planned their pregnancies would present symptoms of depression even they are not related to the gestation.

DISCUSSION

Mainly the results throw that women with unwanted pregnancies would rate higher scores on Edinburg Scale of Postpartum Depression as opposed to ones that planned it. According to Lara, et al. (2006) when gestation is unplanned the possibility to develop the disorder is elevated and it is one of the most relevant factors to considerate in the patient. By other hand, unwanted pregnancies sometimes determinate a lack of support or economic problems, factors that are correlated with postpartum depression (Rich, et al., 2006). Several investigations approve that this specific type of gestation is a risk factor to develop the psychopathology, and knowing that some of the participants not only meet this feature but also came from a middle low and middle socioeconomic status and could have marital status support the anticipated results. Also it is important to considerate that women with unwanted pregnancies tend to get less prenatal and postnatal care having higher health problems which allows to assume that this population struggles more with the illness.

Nevertheless this investigation is not considering that in the socioeconomic status that this population relapse some of the risk factors to develop postpartum depression are present. According to Urdaneta, et al. (2010) the number of the children is an important feature, knowing that women with multiple labors are more prone to develop the disorder. Also lack of education, unemployment and absence of social support can bring the psychopathology (Rojas, et al., 2010). It would be likely that the participants suffer from more than one of thesis criteria so the possibility of postpartum depression would be bigger not only in unwanted pregnancies but in the opposed ones that were planned because of the social involvement of the sample elected. Similarly financial deprivation and unemployment are associated with postpartum depression so the unemployment can

interfere also in the anticipated results because a low income generates distress of mother occupations and participations in house holding (Robert, et al., 2003).

Likewise, even the two groups of participants are married, it is important to recognize that the relationship with the husband will influence from suffering postpartum depression. In a research was found that women with this type of depression tend to see their spouses as less supportive and helpers (Robert, 2003). Marital satisfaction is one of the social features that more influence has in postpartum depression (Robert, 2003). These approve the anticipate results that unplanned pregnancies rate higher scores for the psychopathology. According to Canaval, et al. (2000) there is a correlation between marital discord and this type of depression. The relationship that patients have with their partners is not requiring so this can disapprove in some the previous results.

By other hand, in the Beck Depression Inventory the results would be higher in the unwanted pregnancies too but the differences will relapse in the fact that women with planned gestations will get elevated scores on the inventory because of the social factors that involve these sorts of patients. Knowing that this inventory measure depression episodes without the specific onset in postpartum depression, it would be likely to find that some of the participants are crossing the disorder in a way that is not related with the gestation.

LIMITATIONS

The mainly limitation of the study relapse in the fact that is a small sample so the investigation cannot be widespread because there is not an adequate reliability or validity. By other hand, this investigation use a population with middle low and middle socioeconomic status so this can skew the results that will be obtained. Likewise it is important to considerate that the participants are only women legally married, and in Ecuador is common to see couples that live together but not in nuptials.

Also the investigation will be made in a public hospital and that cannot represent Quito's population. Similarly the level of education, lack of social support, unemployment or other condition will provide a more depressive life than if they have major opportunities so the sample tend to be skew lowing the trustworthiness. The population took to the research is not representative to all the country.

FUTURE RESEARCH

Knowing the importance that postpartum depression demands it will be interesting for future researches to investigate about the knowledge of the community about the psychopathology giving the opportunity of psychoeducation. By other hand, recognizing that there are different risk factors that can produce the disorder, it will be important to run a study that includes the correlation between socioeconomic level and marital support. Also it will be necessary to study the influence of the pregnant age in the illness, if it tends to be higher being older. Furthermore will be essential is the investigation wants to be replay to use a Marital Discord Scale to measure the relationship between the participants with their husbands, knowing that there exists a correlation among the nuptial relationship and postpartum depression.

REFERENCES

- Ahokas, A., Kaukoranta, J., Wahlbeck, K., & Aito, M. (2001). Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment with sublingual physiologic 17beta-estradiol: a preliminary study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(5), 332-336.
- Alvarado-Esquivel, C., Sifuentes-Álvarez, A., Estrada-Martínez, S., Salas-Martínez, C., Hernández-Alvarado, A. B., Ortiz-Rocha, S., ... & Sandoval-Herrerad, F. (2010). Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Méd Méx*, 146(1), 1-9.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4ta ed, Text rev.). Washington, DC, EE.UU.: APA
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*, 67(3), 588-597.
- Cheng, D., Schwarz, E. B., Douglas, E., & Horon, I. (2009). Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception*, 79(3), 194-198.
- Dennis, C. L., & Chung- Lee, L. (2006). Postpartum depression help- seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth*, 33(4), 323-331.
- Eberhard- Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Opjordsmoen, S., & Ove Samuelsen, S. (2001). Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(4), 243-249.
- Evans, M., Vicuña, M., & Marín, R. (2003). Depresión Postparto Realidad en el sistema Público de Atención de Salud. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 68(6), 491-494.
- Forman, D. R., O'hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E., & Coy, K. C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and Psychopathology*, 19(02), 585-602.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). *El estrato socioeconómico medio del Ecuador es del 83,3%*. Retrieved from http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=474%3Ael-estrato-socioeconomico-medio-del-ecuador-es-del-833&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (02 de Septiembre del 2011). Población del país es joven y mestiza, dice censo del INEC. *El Universo*. Retrieved from <http://www.eluniverso.com/2011/09/02/1/1356/poblacion-pais-joven-mestiza-dice-censo-inec.html>

- Kiesler, S., & Sproull, L. S. (1986). Response effects in the electronic survey. *Public Opinion Quarterly*, 50(3), 402-413.
- Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J., Morales, F., & Juárez, F. (2006). Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres instituciones de salud de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 29(4), 55-62.
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., & Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, 57(11), 1039-1045.
- Póo, A. M., Espejo, C., Godoy, C., Hernández, T., & Pérez, C. (2008). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en púerperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Revista Médica de Chile*, 136(1), 44-52.
- Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. L., McLaughlin, T. J., Joffe, H., & Gillman, M. W. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(3), 221-227.
- Robertson, E., Celasun, N., and Stewart, D.E. (2003). Risk factors for postpartum depression. *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh&chd_chapter_1.pdf
- Rojas, G., Fritsch, R., Guajardo, V., Rojas, F., Barroilhet, S., & Jadresic, E. (2010). Caracterización de Madres Deprimidas en el Posparto. *Revista Médica de Chile*, 138(5), 536-542
- Rojas, G., Fritsch, R., Solís, J., González, M., Guajardo, V., & Araya, R. (2006). Calidad de Vida de Mujeres Deprimidas en el Posparto. *Revista Médica de Chile*, 134(6), 713-720.
- Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N., & Contreras, A. (2010). Prevalencia de Depresión Posparto en Primigestas y Multíparas Valoradas por la Escala de Edimburgo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 75(5), 312-320.
- Vega-Dienstmaier, J. M., Mazzotti Suarez, G., & Campos Sanchez, M. (2002). Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(2), 106-111.
- Wolff, C., Valenzuela, P., Esteffan, K., & Zapata, D. (2009). Depresión Posparto en el Embarazo adolescente: Análisis del Problema y sus Consecuencias. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 74(3), 151-158.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

APENDIX A: ADVERTISEMENTS**Poster**

¿Eres casada?
¿Tienes de 28 a 38 años?
Pariste en los últimos 6 meses
Si cumples estos requisitos, te invitamos
a formar parte de este estudio psicológico
post parto

Contacto: Fiorella Sierra
Telefonos: 099 555 2383
E-mail: fsm9210@hotmail.com



Universidad San Francisco de Quito

APENDIX B: ETHICS



Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

SOLICITUD PARA APROBACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

INSTRUCCIONES:

1. Antes de remitir este formulario al CBE, se debe solicitar vía electrónica un código para incluirlo, a comitebioetica@usfq.edu.ec
2. Enviar solo archivos digitales. Esta solicitud será firmada en su versión final, sea de manera presencial o enviando un documento escaneado.
3. Este documento debe completarse con la información del protocolo del estudio que debe servir al investigador como respaldo.
4. Favor leer cada uno de los parámetros verificando que se ha completado toda la información que se solicita antes de enviarla.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Título de la Investigación	
	El embarazo no deseado y el aumento de la depresión postparto
Investigador Principal	<i>Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica</i>
	Fiorella Sierra, USFQ, fsm9210@hotmail.com
Co-investigadores	<i>Nombres completos, afiliación institucional y dirección electrónica. Especificar si no lo hubiera</i>
	No aplica
Persona de contacto	<i>Nombre y datos de contacto incluyendo teléfonos fijo, celular y dirección electrónica</i>
	Fiorella Sierra, 2504158/ 0995552383/ fsm9210@hotmail.com
Nombre de director de tesis y correo electrónico	<i>Solo si es que aplica</i>
	Sonja Embree, sembree@usfq.edu.ec
Fecha de inicio de la investigación	<i>16-06-15</i>
Fecha de término de la investigación	<i>14-07-2015</i>
Financiamiento	<i>Personal</i>

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	
Objetivo General	<i>Se debe responder tres preguntas: qué? cómo? y para qué?</i>
	Investigar si la depresión postparto aumenta en mujeres casadas cuando el embarazo a sido no deseado a diferencia de cuando es planificado mediante la escala de Edimburgo de depresión postnatal y el inventario de depresión de Beck.
Objetivos Específicos	
	Conocer la prevalencia de la depresión postparto en el embarazo no deseado.
Diseño y Metodología del estudio	<i>Explicar el tipo de estudio (por ejemplo cualitativo, cuantitativo, con enfoque experimental, cuasi-experimental, pre-experimental; estudio descriptivo, transversal, de caso, in-vitro...) Explicar además el universo, la muestra, cómo se la calculó y un breve resumen de cómo se realizará el análisis de los datos, incluyendo las variables primarias y secundarias..</i>
	Es un estudio cuantitativo que busca medir en que tipo de población se encuentra más la depresión postparto. Se desarrollara a traves de encuestas que pueden ser llenadas por los participantes. Se tratara a 70 mujeres parturientas de la Maternidad Isidro Ayora de Quito. Se utilizara un consentimiento informado para buscar la aprobación. Los datos se analizaran a traves de la corrección de los respectivos inventarios para conocer que población de las ya mencionadas es más propensa a esta psicopatología.
Procedimientos	<i>Los pasos a seguir desde el primer contacto con los sujetos participantes, su reclutamiento o contacto con la muestra/datos.</i>
	Se buscara la aprobación de la administración de la maternidad para reclutar a los participantes. Se colgara un flyer en las instalaciones del lugar de manera que las participantes se pongan en contacto. Se buscara participantes que tengan entre 1 a 6 meses de haber parido. Se buscara la integridad física y psicologica asegurandose los cuidados que requiere esta población.
Recolección y almacenamiento de los datos	<i>Para garantizar la confidencialidad y privacidad, de quién y donde se recolectarán datos; almacenamiento de datos—donde y por cuánto tiempo; quienes tendrán acceso a los datos, qué se hará con los datos cuando termine la investigación</i>
	Se recolectaran los datos por un tiempo de un mes para que luego estos sean analizados meticulosamente. Seran archivados en la computadora de las investigadora de manera anonima guardo y presrvando la confidencialidad y el anonimato de las participantes. Nadie más que la investigadora tendra acceso a estos documentos y una vez terminada la investigación y sacadas las conclusiones eso datos seran borrados.
Herramientas y equipos	<i>Incluyendo cuestionarios y bases de datos, descripción de equipos</i>
	<p>Escala de depresión postnatal de Edimburgo</p> <p>Inventario de depresión de Beck</p> <p>Encuesta sobre estado marital y familiar.</p>

Macbook Air
Minitab

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

Se debe demostrar con suficiente evidencia por qué es importante este estudio y qué tipo de aporte ofrecerá a la comunidad científica.

La depresión post parto requiere de atención medica ya que dependiendo de su severidad se puede ver afectada la salud y estabilidad no solo de la madre sino también del bebe, y tomando en cuenta la lactancia es importante requerir de la terapia más que de tratamiento farmacologico (Evans, Vicuña, Marín, 2003). En el Ecuador no hay datos estadísticos que comprueben la prevalencia del trastorno, por lo tanto se cree que puede ver un desconocimiento amplio del tema.

Referencias bibliográficas completas en formato APA

Evans, M., Vicuña, M., & Marín, R. (2003). Depresión Postparto Realidad en el sistema Público de Atención de Salud. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 68(6), 491-494.

DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Criterios para la selección de los participantes *Tomando en cuenta los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto*

Mujeres casadas, de 28 a 38 años. Ya que esa es la población a investigar

Riesgos *Describir los riesgos para los participantes en el estudio, incluyendo riesgos físico, emocionales y psicológicos aunque sean mínimos y cómo se los minimizará*

No existiran riesgo a nivel fisico emocional o psicologicos ya que solo se requiere llegar unas encuestas que no arremeten contra las participantes.

Beneficios para los participantes *Incluyendo resultados de exámenes y otros; solo de este estudio y cómo los recibirán*

Conocer si existen niveles de depresión, ya que recibirán los resultados de sus respectivos inventarios de manera fisica.

Ventajas potenciales a la sociedad *Incluir solo ventajas que puedan medirse o a lo que se pueda tener acceso*

Proveer psicoeducación en la maternidad sobre la depresión postparto

Derechos y opciones de los participantes del estudio *Incluyendo la opción de no participar o retirarse del estudio a pesar de haber aceptado participar en un inicio.*

Pueden decidir no participar, así como retirarse en cualquier momento del proceso.

Seguridad y Confidencialidad de los datos *Describir de manera detallada y explícita como va a proteger los derechos de participantes*

Mediante el consentimiento informado se resguarda el anonimato de los participantes y se respaldara los archivos que posean información.

Consentimiento informado *Quién, cómo y dónde se explicará el formulario/estudio. Ajustar el formulario o en su defecto el formulario de no aplicación o modificación del formulario*

Responsabilidades del investigador y co-investigadores dentro de este estudio.

Preservar los derechos y deberes de los participantes así como el anonimato.

Documentos que se adjuntan a esta solicitud *(ponga una X junto a los documentos que se adjuntan)*

Nombre del documento	Adjunto	Idioma	
		Inglés	Español
PARA TODO ESTUDIO			
1. Formulario de Consentimiento Informado (FCI) y/o Solicitud de no aplicación o modificación del FCI *	X		X
2. Formulario de Asentimiento (FAI) <i>(si aplica y se va a incluir menores de 17 años)</i>			
3. Herramientas a utilizar <i>(Título de:: entrevistas, cuestionarios, guías de preg., hojas de recolección de datos, etc)</i>	X		X
4. Hoja de vida (CV) del investigador principal (IP)			
SOLO PARA ESTUDIOS DE ENSAYO CLÍNICO			
5. Manual del investigador			
6. Brochures			
7. Seguros			
8. Información sobre el patrocinador			
9. Acuerdos de confidencialidad			
10. Otra información relevante al estudio (especificar)			

(*) La solicitud de no aplicación o modificación del FCI por escrito debe estar bien justificada.

PROVISIONES ESPECIALES

Esta sección debe llenar solo si aplica. En ella se incluyen manejo de población vulnerable y muestras biológicas, manejo de eventos adversos, seguros de incapacidad o muerte, entre otros.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Junio 2015

Descripción de la Actividad (pasos a seguir dentro del proceso de investigación, comenzando por el contacto inicial, reclutamiento de participantes, intervención y/o recolección de datos, análisis, publicación...)	Fechas								
		1	2	3	4	5	6	8	16
Contacto inicial mediante flyers		x							
Reclutamiento de participantes					x				
Toma de encuestas y escalas					x				
Análisis de datos en en Minitab							x	x	
Publicación									x

CERTIFICACIÓN:

1. Certifico no haber recolectado ningún dato ni haber realizado ninguna intervención con sujetos humanos, muestras o datos. Sí () No ()
2. Certifico que los documentos adjuntos a esta solicitud han sido revisados y aprobados por mi director de tesis. Sí () No () No Aplica ()

Firma del investigador: _____ (con tinta azul)

Fecha de envío al Comité de Bioética de la USFQ: 17-05-15_____



Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: El embarazo no deseado y la depresión postparto

Organización del investigador Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal Fiorella Sierra Murillo

Datos de localización del investigador principal 2504158- 0995552383- fsm9210@hotmail.com

Co-investigadores No aplica

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre depresión postparto porque se cree que cuando este es no planificado tiende a aumentar.

Propósito del estudio *(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)*

El estudio decide explorar si el embarazo no planificado aumenta la depresión postparto a diferencia de aquel que ha sido deseado en mujeres casadas. Por lo tanto se buscara la participación de puerperas entre 28 a 38 años para afirmar esta hipótesis por lo que se tomaran unos test que aprobaran si existe esta patología.

Descripción de los procedimientos *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

Se tomaran dos test que miden depreseión, cada uno de esto toma de 10 a 15 minutos en responderse. Finalmente se hara una encuesta donde se deben responder cierta información personal sobre estado civil y embarazos previos totalmente confidencial, esto tomara aproximadamente 5 minutos.

Riesgos y beneficios *(explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)*

No se ha encontrado riesgos para las participantes en este estudio. En cuanto a los beneficios se podra saber si las participantes padecen de depresión postparto y se les dara información sobre que es esta patología.

Confidencialidad de los datos *(se incluyen algunos ejemplos de texto)*

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrán acceso.

2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio

2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo

3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante (se incluye un ejemplo de texto)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0229771700 que pertenece a Teresa Borja , o envíe un correo electrónico a tborja@usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Fiorella Sierra	
Firma del investigador	Fecha

APENDIX C: INSTRUMENTS

Inventario de Depresión de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no

mejorarán.

3) .

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

2

4) .

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6) .

No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7) .

No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8) .

No me considero peor que cualquier otro.

Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

3

9) .

No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque
quiera.

11) .

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían
irritarme.

12) .

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13) .

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

4

14) .

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta

difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo

volverme a dormir.

17) .

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

5

19) .

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Escala de Depresion Postparto de Edimburgo

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

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

Porfavor marque la respuesta que más se acerque ha 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 motive 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

Survey

Edad:

Fecha de nacimiento del bebe:

1. ¿Fue su embarazo planeado?

Si____ No____

2. ¿En que mes detectaron su embarazo?

1ero____ 2do____ 3ero____ Otro____

3. ¿Tuvo alguna complicación durante su embarazo?

Si____ No____

4. ¿Tuvo alguna complicación durante el parto?

Si____ No____

5. ¿Conto con cuidado prenatal necesario?

Si____ No____

6. ¿Qué número de hijo es el recién nacido?

1ero____ 2do____ 3ero____ Otro____

7. ¿Tiene una buena relación con su esposo?

Si____ No____

8. ¿Siente apoyo de su esposo en cuanto a los cuidados del bebe?

Si____ No____