



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Adaptación y Validación de la Escala 'Highs' para la Detección de Sintomatología Hipomaníaca en el Puerperio

Memoria para optar al título de Psicólogo

Investigador Responsable:
Lic. Ps. María Eugenia Farías Reszczyński

Profesora Patrocinante y Asesora Metodológica:
Ps. Elisabeth Wenk Wehmeyer

Asesor Estadístico:
Lic. Ps. Francisco Jiménez Parodi

2007

DEDICATORIAS

A mi adorado Reinhard por su amor y apoyo.

A mis padres, Mónica y Rodolfo, mi hermano Pablo que me prestó ayuda y uno de sus bienes más preciados (su computador) y a mi amada abuela María que ya no se encuentra con nosotros.

A mis queridos suegros Christine y Franz y a Jürgen por su cariño y apoyo a distancia.

A mi amigo Javier por ayudarme a editar el formato Word.

A aquellos profesionales que desinteresadamente apoyan la investigación de los estudiantes en pro de lo fundamental: generar conocimiento que sirva para mejorar la calidad de vida de las personas.

AGRADECIMIENTOS

En el proceso de elaboración de la presente investigación, diversas fueron las personas e instituciones que colaboraron a su concreción. Quisiera comenzar agradeciendo el respaldo brindado por el Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales (CEDIP) del Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río, especialmente al Jefe de la Unidad de Psicología Perinatal, el Psicólogo Miguel Cordero. De dicho complejo, agradezco además a la Dra. Ximena Fuentes, Médico Jefe del Hospital de Día, por asumir la responsabilidad del estudio en el hospital; a los distinguidos miembros del Comité de Ética que aprobaron esta investigación, a la alumna en práctica de la carrera de Psicología Paola Malujer, así como a la Dirección de la Maternidad y a su personal.

A su vez, quiero agradecer la guía y entrega cálida de conocimientos de mi Profesora Patrocinante y Asesora Metodológica, la Psicóloga Elisabeth Wenk, así como la generosa asesoría del Licenciado en Psicología Francisco Jiménez.

Mis agradecimientos se dirigen también a los Médicos Psiquiatras Enrique Jadresic, Hernán Silva, Pedro Retamal, Claudia Pereira Crisóstomo, Luis Risco, Kristina Weil, Fernando Ivanovic-Zuvic y a la Médico Gineco-Obstetra, Alexandra Jadresic, por sus distintas contribuciones en torno a la Escala 'Highs'.

Finalmente, quiero expresar mi gratitud a todas las madres que participaron en este estudio por haber compartido un tiempo tan precioso para ellas.

RESUMEN

Períodos breves y leves de hipomanía se presentan de modo bastante común inmediatamente después del parto, pero rara vez son detectados. No existen en Chile investigaciones en la materia –habiéndose pocas a nivel internacional. El presente trabajo intenta llenar ese vacío, abocándose a la adaptación y validación de la Escala 'Highs' ('Highs' Scale), cuestionario de autorreporte desarrollado en Inglaterra para tamizar sintomatología hipomaniaca en el puerperio. Se validó de contenido la escala original y se la administró en un hospital urbano y público a 98 mujeres que cursaban el segundo o tercer día postparto y readministró telefónicamente durante la tercera y sexta semanas. Paralelamente se aplicó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. En cuanto resultados, el 20,4% de la muestra presentó sintomatología hipomaniaca considerable en la primera medición, existiendo una asociación significativa entre los dos instrumentos aplicados. La Escala 'Highs' mostró una confiabilidad algo menor a la aceptada, atribuible a la homogeneidad de la muestra y bajo número de ítems. Se concluye que la escala es capaz de discriminar entre mediciones realizadas en momentos diferentes.

PALABRAS CLAVES: – Escala 'Highs' – Hipomanía postparto – Escala de Depresión Postparto de Edimburgo – Depresión postparto –

ÍNDICE

	pág.
I. ANTECEDENTES	1
1. Disforia Postparto	1
2. Depresión Postparto	2
3. Psicosis Postparto	4
4. Desorden Bipolar y Leve Hipomanía Postparto (o ' <i>Highs</i> ')	4
II. OBJETIVOS:	
1. Objetivos Generales	7
2. Objetivos Específicos	7
III. HIPÓTESIS	8
IV. METODOLOGÍA:	
1. Tipo y diseño de investigación.....	8
2. Definición de Variables	9
3. Población	12
4. Muestra y Tamaño Muestral	12
5. Instrumentos:	
5.1. <i>Escala 'Highs': Antecedentes Teóricos y Empíricos</i>	13
5.2. <i>Escala de Depresión Postparto de Edimburgo</i>	14
5.3. <i>Escala 'Highs' y de Depresión Postparto de Edimburgo Versiones Telefónicas</i>	16
5.4. <i>Formulario de Consentimiento Informado</i>	17
5.5. <i>Cuestionario de Antecedentes Personales de la Madre</i>	17
6. Procedimientos	17

V. RESULTADOS	18
1. Características de la Muestra:	
1.1. <i>Datos Socio-demográficos y Obstétricos</i>	19
1.2. <i>Llanto Disociado de Pena</i>	20
1.3. <i>Historia Psiquiátrica Previa</i>	20
1.4. <i>Sentimiento General durante el Embarazo</i>	21
2. Características Psicométricas de la Escala 'Highs':	
2.1. <i>Evaluación de la Capacidad de Discriminación de los Ítems de la Escala 'Highs'.....</i>	22
2.2. <i>Confiabilidad de la Escala 'Highs' de acuerdo con el Coeficiente Alfa de Cronbach.....</i>	22
2.3. <i>Evaluación de la Validez de Contenido de la Escala 'Highs'</i>	23
3. Resultados de la Muestra en la Escala 'Highs':	
3.1. <i>Resultados de la Primera Medición ('Highs' 1)</i>	23
3.2. <i>Resultados de la Tercera Medición ('Highs' 3)</i>	25
3.3. <i>VARIABLES ASOCIADAS A HIPOMANÍA POSTPARTO</i>	28
4. Resultados de la Muestra en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.....	28
4.1. <i>VARIABLES ASOCIADAS A DEPRESIÓN POSTPARTO</i>	29
5. Relación entre los resultados de la Escala 'Highs' y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo:	
5.1. <i>Casos de Diátesis Bipolar</i>	29
5.2. <i>Correlaciones entre los instrumentos de acuerdo con Coeficiente de Correlación de Pearson</i>	31
5.3. <i>Diferencias entre "Casos Highs" y "No Casos" Respecto a la EPDS 3 de acuerdo con Prueba t de Student</i>	33
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES	34
VII. BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS.	

- I. Trastornos Bipolares: Breve Descripción.
- II. Escala 'Highs': Versión Original en Inglés.
- III. Cuestionario 'Highs': Versión Adaptada con Nuevos Ítems Incorporados.
- IV. Escala de Edimburgo (Con Instrucciones e Ítem Siete Adaptados para Propósitos de este Estudio).
- V. Escala 'Highs' Versión Telefónica.
- VI. Escala de Edimburgo Versión Telefónica.
- VII. Formulario de Consentimiento Informado para Participar en el Estudio.
- VIII. Cuestionario de Antecedentes Personales de la Madre.
- IX. Permiso para Validar el Cuestionario 'Highs'.
- X. Correlaciones Ítem-test Primera Aplicación Escala 'Highs'.
- XI. Correlaciones Ítem-test Tercera Aplicación Escala 'Highs'.
- XII. Diagrama de Cajas: Distribución de Puntajes de la Escala 'Highs' en las Distintas Mediciones (Ítems 1-9).
- XIII. Diagrama de Cajas: Distribución de Puntajes de la Escala 'Highs' en las Distintas Mediciones (Ítems 1-7).
- XIV. Diagrama de Cajas: Distribución de Puntajes de la Escala de Depresión Postnatal en las Distintas Mediciones.

I. ANTECEDENTES

El nacimiento de un hijo o hija es concebido, generalmente, como una experiencia de alegría inconmensurable que confiere a la madre bienestar desde el punto de vista emocional (Reicher-Rössler y Hofecker, 2003; Ryan y Kostaras, 2005). Lamentablemente, la elevada manifestación de trastornos emocionales durante las semanas y meses posteriores al parto (Trucco, 1987), refuta dichas expectativas sociales y consagra al puerperio como un período de gran vulnerabilidad mental para la mujer (Cindy-Lee, 2004; Cohen, Sichel, Robertson, Heckscher y Rosenbaum, 1995; Edhborg, 2004; Gale y Harlow, 2003; Reicher-Rössler y Hofecker, 2003; Ryan y Kostaras, 2005; Sharma, 2005).

Tradicionalmente, los desórdenes emocionales puerperales han sido conceptualizados bajo tres títulos: tristeza postparto (disforia postparto), depresión y psicosis postparto (Heron, Craddock y Jones, 2005; Sharma, 2005).

1. Disforia Postparto

La disforia postparto, también conocida como '*baby*' o '*postpartum blues*' (tristeza postparto), es un trastorno caracterizado por llanto fácil y fatiga (Heron et al., 2005), en el cual el ánimo depresivo puede o no estar presente (Henshaw, 2003). Se inicia generalmente entre el tercer y cuarto día postparto (Glover, Liddle, Taylor, Adams y Sandler, 1994; Sharma, 2005) y suele remitir espontáneamente dentro de horas o días (Jadresic, 2005; Reicher-Rössler y Hofecker, 2003; Sharma, 2005). La amplitud de la sintomatología descrita para el trastorno varía entre un estudio y otro (Heron et al., 2005). De igual modo, los reportes de incidencia difieren bastante según los criterios diagnósticos y métodos de investigación utilizados (Henshaw, 2003; Wolf, De Andraca y Lozoff, 2002), estimándose comúnmente entre un 50% y 80% (véase, por ejemplo, Ballestrem, Strauss y Kächele, 2005; Glover y Kammerer, 2004; Henshaw, 2003). Su etiología se ha atribuido a la caída brusca de diversas hormonas en el parto, pero todavía no existe evidencia empírica sólida sobre la causalidad de ninguna hormona en específico (Jadresic, 1994, 2005). Debido a que no interfieren con la vida normal de la madre y a que son autolimitadas, estas disforias no constituyen en rigor una patología (Jadresic, 2004, 2005). Pese a ello, diversos estudios han establecido que su presencia en magnitud

severa, constituye un factor de riesgo para el desarrollo posterior de un episodio depresivo (véase, por ejemplo, Henshaw, Foreman y Cox, 2004; Wolf et al., 2002; Yamashita, Yoshida, Nakano y Tashiro, 2000), recomendándose por ello monitorear cuidadosamente a las madres que presenten el trastorno (Ryan y Kostaras, 2005).

2. Depresión Postparto

La depresión postparto (DPP), es un síndrome clínico de síntomas depresivos moderados a severos, cuya duración e impacto sobre la familia sobrepasa al generado por los cuadros disfóricos (Gale y Harlow, 2003). De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Versión (DSM-IV), el cuadro debe aparecer dentro de las cuatro primeras semanas postparto (American Psychiatric Association [APA], 1994). Sin embargo, la mayoría de los autores plantean que puede desarrollarse en cualquier momento del primer año; con una máxima incidencia dentro de los cuatro primeros meses (Ryan y Kostaras, 2005) y prevalencia de seis meses (Sharma, 2005). La incidencia estimada para el trastorno a nivel internacional fluctúa entre un 10% y 15% (Heron et al., 2005). En Chile, los estudios han arrojado cifras de incidencia cercanas a las extranjeras, equivalentes a un 8,8% (Alvarado, Vera, Rojas, Olea, Monardes y Neves, 1992) y 9,2% (Jadresic, Jara, Miranda, Arrau y Araya, 1992). Esto significaría que de las estimadas 300.000 mujeres que anualmente dan a luz en nuestro país, 30.000 desarrollan un cuadro depresivo postnatal (Jadresic, 2004).

La sintomatología de la DPP no difiere de la que se manifiesta en otras etapas de la vida (Ballestrem et al., 2005; Jadresic, 2005; Ryan y Kostaras, 2005), pero puede incluir ansiedad, ataques de pánico o rasgos obsesivos (Ryan y Kostaras, 2005) concernientes a ineficacia en el rol materno, excesiva preocupación por la salud del niño o temor a agredirlo (Hendrick et al., 2000 citado en Sharma, 2005). Antecedentes depresivos familiares y/o personales, ya sean, puerperales, no puerperales (Gale y Harlow, 2003; Jadresic, 2004) o durante el embarazo (Ryan y Kostaras, 2005); la presentación de problemas socioeconómicos (Gale y Harlow, 2003); eventos vitales; apoyo social insuficiente; conflictos maritales y ambivalencia acerca del embarazo (Jadresic, 2004), son factores asociados a su desencadenamiento. En cuanto al parto, se estima que éste puede actuar como gatillante de una depresión por primera vez (Sharma, 2005), pero se

dispone escasa evidencia que sustente una base biológica para el trastorno (Jadresic, 2004).

En esta etapa de la vida, la depresión resulta especialmente preocupante porque además de afectar negativamente a la madre, puede perjudicar la relación con su bebé (Kumar, 1997), el desarrollo del recién nacido y a la familia completa (Austin y Priest, 2005; Cindy-Lee, 2004; Cohen et al., 1995; Gale y Harlow, 2003; Reicher-Rössler y Hofecker, 2003; Taylor, Atkins, Kumar, Adams y Glover, 2005). Más específicamente, la DPP no tratada puede generar: el desarrollo de un apego inseguro de los bebés a sus madres (Cindy-Lee, 2004; Gale y Harlow, 2003); aumento de la ansiedad infantil (Jadresic, 2005); alteraciones del desarrollo cognitivo y conductual (Cindy-Lee, 2004; Ryan y Kostaras, 2005) o conducta violenta (Hay, Pawlby, Angold, Harold y Sharp, 2003). En Chile, ha sido asociada a interrupción precoz del amamantamiento (Alvarado, Perucca, Rojas, Monardes, Olea, Neves et al., 1993) y a una merma importante en la calidad de vida de la madre, demostrándose una correlación lineal entre el trastorno y la presentación de discapacidad física y psíquica (Rojas, Fritsch, Solis, González, Guajardo y Araya, 2006).

A pesar del continuo contacto que la mujer tiene durante el período perinatal con los centros asistenciales, existe un gran subdiagnóstico del trastorno (Ryan y Kostaras, 2005). En Chile, por ejemplo, sólo la cuarta parte de las madres afectadas recibe tratamiento (Jadresic, 2004). Esta situación puede cronificar la enfermedad (Ryan y Kostaras, 2005; Sharma, 2005) y aumentar el riesgo de cometer suicidio (Ryan y Kostaras, 2005).

3. Psicosis Postparto

La psicosis postparto (PP) es un cuadro dramático que constituye una emergencia psiquiátrica (Jadresic, 2005). Su inicio ocurre de modo abrupto, prontamente después del parto (Gale y Harlow, 2003; Robertson, Jones, Haque, Holder y Craddock, 2005), generalmente, durante la primera semana (Rees, 2000), presentándose alucinaciones, delirios y síntomas que semejan un delirium, tales como, distraibilidad, labilidad emocional y confusión transitoria (Steiner, 1990, citado en Ryan y Kostaras, 2005). Corresponde al cuadro postparto menos frecuente (Gaynes et al., 2005), al afectar a un 0,1% a 0,2% de

las puérperas (Gale y Harlow, 2003; Robertson et al., 2005) y al más grave, debido al perjuicio funcional sustancial que provocan sus síntomas; su alta asociación a suicidio (Jones y Craddock, 2005; Rees, 2000); severas lesiones al recién nacido (Robertson et al., 2005) o infanticidio (Gale y Harlow, 2003; Rees, 2000). Si bien la probabilidad de que ocurra es rara, el riesgo de recurrencia es muy alto (Glover y Kammerer, 2004).

4. Desorden Bipolar y Leve Hipomanía Postparto (o 'Highs')

Pese a que la literatura en torno a los desórdenes mentales postnatales se ha enfocado casi exclusivamente en los trastornos hasta aquí presentados, el postparto es también un período asociado al comienzo o exacerbación de episodios maníacos, mixtos o de depresión bipolar, especialmente del tipo II (véase Anexo I) (Sharma, 2005). Particularmente, períodos breves de euforia y síntomas concomitantes de hipomanía se presentan de modo bastante común inmediatamente después del parto (Glover et al., 1994; Glover y Kammerer, 2004; Hasegawa, 2000; Heron et al., 2005; Lane, Keville, Morris, Kinsella, Turner y Barry, 1997). Este fenómeno subclínico (pero de discernible psicopatología leve), conocido internacionalmente como *'highs'* (término anglosajón que alude metafóricamente a un estado de extrema alegría o euforia) aparece generalmente el primer día postparto y parece estar presente diariamente, por lo menos durante los cinco primeros días, habiendo generalmente desaparecido a la sexta semana. Los *'highs'* (o leve hipomanía) podrían tener una base biológica y estar emparentados (biológicamente) a la tristeza postparto, debido a la inestabilidad del ánimo inducida por el parto. Sin embargo, la diferencia entre sus síntomas, tiempo de aparición y bioquímica asociada (niveles de cortisol más bajos de lo normal en los *'highs'* versus niveles aumentados en las disforias), los definirían como fenómenos diferentes (Glover et al., 1994).

Los *'highs'* rara vez son detectados, debido a la creencia, casi generalizada, de que la exaltación del ánimo materno no representa nada más que el regocijo natural que genera el nacimiento de un hijo (Heron et al., 2005; Sharma, 2005). Asimismo, y pese a que las mujeres con un historial de desorden bipolar presentan la mayor tendencia a recaer durante el puerperio (Jones y Craddock, 2005), la depresión bipolar sucedida en el postparto comúnmente no es diagnosticada o es confundida con depresión mayor unipolar (Sharma, 2005), lo que ocurre en general con este trastorno, debido a que sus presentaciones son variadas, inconsistentes, y a menudo confusas (Hantouche y Akiskal,

2005). Cabe entonces destacar que la irritabilidad (Benazzi y Akiskal, 2005), inestabilidad del ánimo y agitación psicomotora han mostrado ser síntomas distintivos de un estado mixto de depresión bipolar (Hantouche y Akiskal, 2005; Akiskal y Benazzi, 2005). Cabe señalar que el DSM-IV (APA, 1994) define como episodio mixto a la coexistencia de manía y depresión mayor. Los autores citados, en cambio, amplían el concepto y lo hacen aplicable a la presencia simultánea de depresión mayor y sintomatología hipomaníaca.

De acuerdo con algunos autores (véase, por ejemplo, Cookson, 2005) la irritabilidad (que en algunos casos puede enmascarar la euforia), agitación psicomotora e inestabilidad del ánimo (especialmente vista cuando se confronta a los sujetos con problemas personales) también son síntomas a menudo presentes en la manía e hipomanía. Significativo resulta entonces el hallazgo reportado por Glover et al. respecto de la presencia de una alta prevalencia de irritabilidad en casos diagnosticados de hipomanía postparto (1994).

Distinguir la hipomanía puerperal de la alegría 'normal' es de considerable importancia. Primero, porque las formas subsindromáticas (como puede ser el caso de los '*highs*'), comúnmente llamadas "trastornos del espectro bipolar", son variantes de bipolaridad cada vez más aceptadas y tema de activa investigación (Silva, 2004). Segundo, porque al igual que los cuadros disfóricos severos, los '*highs*' más acentuados han mostrado ser un factor de riesgo para el desarrollo posterior de una depresión (Glover et al., 1994; Glover y Kammerer, 2004). Tercero, porque se han observado casos en los que mujeres que desarrollaron un cuadro psicótico postnatal del espectro bipolar -en mujeres bipolares la frecuencia de PP supera los 200 casos por cada mil mujeres (Correa, 2005)-, habían presentado previamente leves síntomas hipomaníacos (Heron et al., 2005), lo que es muy relevante si se considera que La PP generalmente es una variante de desorden bipolar (Sharma, 2005). Y cuarto, porque el reconocimiento temprano y preciso de un desorden bipolar es crucial para evitar la prescripción de antidepresivos, ya que en pacientes con una diátesis bipolar, pueden empeorar el curso de la enfermedad al inducir episodios hipomaníacos, maníacos, o mixtos, así como la aceleración de la frecuencia de los ciclos (Sharma, 2005).

De acuerdo con Heron et al. (2005), tan sólo dos estudios han evaluado sistemáticamente la presencia de '*highs*' en el puerperio. Dicha tarea fue llevada a cabo mediante un cuestionario de autorreporte realizado específicamente para ello: la Escala

'Highs' ('Highs' Scale; Glover et al., 1994). En estos estudios se halló, respectivamente, que el 10% (Glover et al., 1994) y 18,3% (Lane et al., 1997) de las madres presentaba el fenómeno, existiendo en ambas investigaciones una asociación significativa entre la presencia de '*highs*' y la manifestación de un episodio depresivo a las seis semanas posparto. La intercorrelación entre los puntajes de ambas escalas llevó a pensar a estos investigadores que ambos estados del ánimo estaban interrelacionados, pudiendo representar una leve forma de depresión bipolar (Glover et al., 2004; Lane et al. 1997).

No existen en Chile investigaciones relativas a esta materia. El propósito del presente estudio fue dar un paso adelante y contribuir con evidencia empírica al plano teórico mediante la adaptación y validación de la Escala 'Highs'. La herramienta, de rápido y sencillo uso, permite además acceder a una población 'cautiva' durante su hospitalización, más fácil por tanto de evaluar y monitorear.

De acuerdo con los últimos antecedentes presentados, se decidió incluir en la Escala 'Highs' preguntas relativas a irritabilidad, labilidad emocional y agitación psicomotora. Al respecto, es importante advertir que no existe consenso entre los científicos respecto la consideración de estos síntomas dentro de la bipolaridad, tal como lo señala el Dr. Hernán Silva (Com. Pers., 2006).

El cuestionario fue administrado durante el segundo o tercer día postparto y luego a comienzos de la tercera y sexta semanas. Paralelamente, se aplicó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), a modo de detectar sintomatología depresiva que pudiese coexistir con sintomatología hipomaniaca (medida por la Escala 'Highs') y, a su vez, elucidar cualquier asociación entre la presencia de sintomatología hipomaniaca y el desarrollo posterior de un probable síndrome depresivo (en virtud de los resultados de la EPDS).

Para el logro de los objetivos señalados, se ha realizado una investigación metodológica, que subsidiariamente es descriptiva y comparativa.

II. OBJETIVOS

1. Objetivos Generales:

- Adaptar y validar la Escala 'Highs' ('Highs' Scale) en la población general atendida en la Maternidad del Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río.

2. Objetivos Específicos:

- Traducir y transculturizar al contexto cultural chileno la Escala 'Highs'.
- Aportar a la validez de contenido de la Escala 'Highs' a través de la incorporación de nuevos ítems y su evaluación por jueces expertos.
- Evaluar la capacidad de discriminación de los ítems originales de la escala y de los incorporados en una muestra representativa de la población definida para este estudio.
- Estimar la confiabilidad de la Escala 'Highs' por consistencia interna.
- Aportar a la validez de constructo de la Escala 'Highs' mediante la determinación de una asociación significativa entre los resultados de ésta, durante el segundo o tercer día postparto y los obtenidos en la EPDS a la tercera y/o sexta semana postparto.
- Describir algunas características de la muestra en estudio y determinar si presentan una asociación significativa con los resultados de la Escala 'Highs'.
- Desarrollar una versión telefónica de la Escala 'Highs'.
- Adaptar las instrucciones de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) para su aplicación específica durante el puerperio temprano (primeros días postparto).

III. HIPÓTESIS

- Se encontrará en la muestra de puérperas una asociación significativa entre los puntajes obtenidos en la Escala 'Highs' durante el segundo o tercer día postparto y la

posterior manifestación en la tercera y/o sexta semana de una probable depresión postparto (EPDS ≥ 12).

- La presentación de sintomatología hipomaniaca que evidencien las puérperas evaluadas tenderá a desaparecer a la sexta semana posterior al parto.

IV. METODOLOGÍA

1. Tipo de Estudio y Diseño de Investigación

El presente estudio es de enfoque cuantitativo. Corresponde a un tipo de estudio metodológico, descriptivo y comparativo. Metodológico porque intenta desarrollar tecnología propia de la disciplina mediante la adaptación y validación de un instrumento que tamiza sintomatología hipomaniaca en el puerperio temprano (Wenk, E., Com. Pers., 2006). Descriptivo porque da a conocer algunas características de la muestra de puérperas y comparativa porque estudia si existe asociación entre algunas variables en que se divide la muestra. Su diseño de investigación corresponde a uno no experimental, pues no se realiza manipulación de variables. Así mismo, la realización de tres mediciones en distintos momentos, sobre una misma muestra, lo califica como un diseño longitudinal de panel (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

2. Definición de variables

La Escala 'Highs' fue construida a partir de los criterios para hipomanía establecidos por la Escala para los Desórdenes Afectivos y Esquizofrenia, Versión 'Lifetime' (SADS-L) (Endicott y Spitzer, 1987). Debido a que en dicha escala no se definen conceptualmente sus variables, se ha recurrido a las definiciones del "Apéndice C: Glosario de términos técnicos" del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Versión (DSM-IV) (APA, 1994). En el caso de variables tampoco definidas en el Glosario, se extrajo una definición a partir de los criterios y características descritas por el mismo manual para episodio hipomaniaco. Debe advertirse que la variable afecto lábil no es un síntoma incluido en el DSM-IV como síntoma hipomaniaco.

2.1. Estado de ánimo elevado:

Definición Conceptual: Sentimiento exagerado de bienestar, euforia o alegría.

Definición Operacional: Para los fines de la presente investigación, el estado de ánimo elevado se define operacionalmente por el puntaje directo obtenido por las personas sometidas a medición, en el ítem 1 de la Escala 'Highs'.

2.2. Aumento de la actividad intencionada y Agitación psicomotora:

El DSM-IV aún bajo el mismo criterio diagnóstico para episodio hipomaniaco (Criterio B6) el aumento de la actividad intencionada y la agitación psicomotora. Por este motivo, la última característica ha sido añadida al ítem 2 (original) de la Escala 'Highs'.

2.2a. Aumento de la actividad intencionada:

Definición Conceptual: Planificación o participación en múltiples actividades (por ej., sexuales, laborales, políticas, religiosas), que frecuentemente son creativas y productivas.

Definición Operacional: Para los fines de la presente investigación, la variable aumento de la actividad intencionada se define operacionalmente por el puntaje directo obtenido en el ítem 2 de la Escala 'Highs'.

2.2b. Agitación psicomotora:

Definición Conceptual: Excesiva actividad motora, asociada a una sensación de tensión interna. Habitualmente, la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, manosear la vestimenta e incapacidad para permanecer sentado.

Definición Operacional: La variable agitación psicomotora fue incorporada al ítem 2 de la Escala 'Highs', presentándose como una alternativa (con la forma lo uno o lo otro) al aumento de la actividad intencionada. Por lo tanto, no se introdujeron cambios en el puntaje del ítem; definiéndose operacionalmente la variable por el puntaje directo obtenido por las personas sometidas a medición, en el ítem 2.

2.3. Lenguaje verborreico:

Definición Conceptual: Discurso más enérgico y rápido de lo habitual. Por lo general, en sujetos con un episodio hipomaniaco, el discurso no resulta difícil de interrumpir.

Definición Operacional: Para los fines de la presente investigación, la variable lenguaje verborreico se define operacionalmente por el puntaje directo obtenido por las personas sometidas a medición, en el ítem 3 de la Escala 'Highs'.

2.4. Aceleración del pensamiento:

Definición Conceptual: Pensamientos más rápidos de lo normal, a veces incluso más rápidos de lo que pueden ser verbalizados.

Definición Operacional: Para los fines de la presente investigación, la variable aceleración del pensamiento se define operacionalmente por el puntaje directo obtenido por las personas sometidas a medición, en el ítem 4 de la Escala 'Highs'.

2.5. Aumento de la autoestima o grandiosidad:

Definición Conceptual: Evaluación desmesurada del valor, poder, conocimientos, identidad o importancia de uno mismo. En un episodio hipomaniaco es característica una exageración de la autoestima, normalmente en un nivel de confianza en sí mismo carente de autocrítica, más que el de una evidente grandiosidad.

Definición Operacional: Para los fines de la presente investigación, la variable aumento de la autoestima o grandiosidad se define operacionalmente por el puntaje directo obtenido por las personas sometidas a medición, en el ítem 5 de la Escala 'Highs'.

2.6. Disminución de la necesidad de dormir:

Definición Conceptual: Descenso de las horas de sueño despertando descansado.

Definición Operacional: Para los fines de la presente investigación, la variable descenso de la necesidad de dormir se define operacionalmente por el puntaje directo obtenido por las personas sometidas a medición, en el ítem 6 de la Escala 'Highs'.

2.7. Distraibilidad:

Definición Conceptual: Incapacidad para mantener la atención, esto es, el pase de un área o tema a otro, con una provocación mínima, o fijación excesiva de la atención en estímulos externos poco importantes o irrelevantes.

Definición Operacional: Para los fines de la presente investigación, la variable distraibilidad se define operacionalmente por el puntaje directo obtenido por las personas sometidas a medición, en el ítem 7 de la Escala 'Highs'.

2.8. Estado de ánimo irritable:

Definición Conceptual: Estado de ánimo fácilmente enojado y susceptible a la cólera.

Definición Operacional: Para los fines de la presente investigación, la variable estado de ánimo irritable se define operacionalmente por el puntaje directo obtenido por las personas sometidas a medición, en el ítem 8 de la Escala 'Highs'.

2.9. Afecto lábil:

Definición Conceptual: Variabilidad anormal en el afecto, con cambios repetidos, rápidos y bruscos de la expresión afectiva.

Definición Operacional: Para los fines de la presente investigación, la variable afecto lábil se define operacionalmente por el puntaje directo obtenido por las personas sometidas a medición, en el ítem 9 de la Escala 'Highs'.

3. Población

La Población de este estudio corresponde a las mujeres que dan a luz mediante parto normal, esto es, parto vaginal espontáneo, vaginal inducido o fórceps, que son hospitalizadas para recibir los cuidados rutinarios postnatales en la Maternidad del Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río, durante el año 2006. Dicha población equivale a aproximadamente 4.500 mujeres (Cordero, M., Com. Pers., 2006) y se caracteriza, en términos generales, por ser de nivel socioeconómico bajo a medio-bajo (Ministerio de Planificación [MIDEPLAN], 2005).

4. Muestra y Tamaño Muestral

La muestra se compuso de 98 pacientes. El tamaño muestral se obtuvo de manera probabilística, con un nivel de confianza del 95%, a partir del colectivo definido. La muestra estuvo compuesta de todas las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión que concurren a parto en el Complejo Hospitalario citado, a partir de junio de 2006. En este sentido, se constituye una muestra intencionada por el período del año considerado para la realización de la investigación. Se contactó a todas las pacientes de la maternidad hasta completar el tamaño muestral definido.

Las participantes debieron cumplir los siguientes requisitos para constituir parte del estudio:

- Poseer como mínimo 6 años completos de educación formal (de modo que pudiesen comprender los cuestionarios).
- Poseer teléfono de contacto (fijo o celular).
- Haber consentido informadamente la participación en el estudio.
- Haber dado a luz a un bebé sano (o sin complicaciones de salud significativas que pudiesen afectar comprensiblemente el ánimo de la madre).
- Encontrarse en el segundo o tercer día postparto, entendiéndose por esto, haber dormido al menos una noche tras el parto.
- No haber presentado, al momento de la evaluación, ingesta de fármacos que pudiesen alterar el estado emocional, tales como: antidepresivos, neurolépticos y benzodiazepinas.

5. Instrumentos:

5.1. Escala 'Highs': Antecedentes Teóricos y Empíricos

En 1993, Hannah et al. entrevistaron a un grupo de mujeres que recientemente habían sufrido depresión postparto. Utilizando la 'Escala para los Desórdenes Afectivos y Esquizofrenia – Versión 'Lifetime" (Endicott y Spitzer, 1978), hallaron que alrededor del 25% de ellas había presentado durante la primera semana postparto síntomas que cumplían con los criterios para hipomanía establecidos por dicho manual (Hannah, Cody, Glover, et al. citado en Glover et al., 1994). Incentivados por el hallazgo, Glover et al.

(1994) se propusieron estudiar el fenómeno de la euforia postnatal (o '*highs*') con mayor detalle, desarrollando, a partir de la misma escala (SADS-L), un cuestionario de autorreporte que permite detectar inmediatamente después del parto, sintomatología asociada a hipomanía: la Escala 'Highs' ('Highs' Scale). Este cuestionario consta de 7 preguntas (ítems), cada uno con tres alternativas de respuesta: "sí, mucho", "sí, un poco" y "no"; la primera respuesta equivale a dos puntos; la segunda a uno; y la tercera a cero. Su puntaje puede por tanto, ir de 0 a 14 puntos (véanse Anexos II y III).

Para su validación, se evaluaron durante el tercer día postparto 258 mujeres que habían dado a luz mediante parto vaginal. Las madres completaron, además de la nueva Escala 'Highs', la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) y la Escala *Blues* de Kennerley (que evalúa específicamente disforia postparto). A las 6 semanas se les enviaron por correo la Escala 'Highs' y de Edimburgo, 212 devolvieron los formularios.

Un puntaje de corte de 8 ó más puntos se estableció para detectar los casos más severos, requiriéndose que evidenciaran además de euforia, a lo menos tres síntomas hipomaniacos. Al tercer día postparto, el 10% de las madres presentó puntajes ≥ 8 en la Escala 'Highs'. Se trabajó con un criterio externo de validación: al cuarto día un grupo de 18 mujeres, enriquecido con algunas que presentaron 8 ó más puntos en la Escala 'Highs', fueron entrevistadas por un psiquiatra usando la escala Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS). El entrevistador ciego diagnosticó hipomanía en 3 de los 4 casos con puntajes Highs ≥ 8 , mientras que sólo 3 de los restantes 14 con menores puntajes, recibió este diagnóstico. En 5 de estos 6 casos halló además un alto grado de irritabilidad. Nadie con puntaje bajo 4 presentó manía o hipomanía. La correlación entre la Escala Highs y la CPRS fue 0,62 ($p < 0.01$).

Respecto de la EPDS, cinco de las participantes con altos puntajes en la Escala 'Highs' presentaron 10 ó más puntos en la escala.

A las 6 semanas, el 7% obtuvo 8 ó más puntos en la Escala 'Highs'. Sólo el 28% de los '*highs*' originales, todavía presentaba puntajes ≥ 8 , confirmando la transitoriedad del fenómeno. En tanto, un 40% de las madres con un '*highs*' desarrolló un cuadro depresivo a la sexta semana. El criterio usado para determinar depresión postparto fue el haber obtenido puntajes EPDS ≥ 10 . Si el puntaje de corte de la EPDS se subía a 13, un 20% presentaba el mismo viraje, pero dejaba de ser estadísticamente significativo.

Un segundo estudio, desarrollado por Lane et al. en Irlanda, halló valores positivos para un '*highs*' en el 18,3% de una muestra evaluada durante el tercer día postparto.

Estos autores también aplicaron las escalas 'Highs' y EPDS en dos oportunidades, resultando sus puntajes (en ambas mediciones) significativamente correlacionados, llevándoles a concluir que ambos estados del ánimo estaban interrelacionados. Junto con la EPDS, la Escala 'Highs' fue el mejor predictor del ánimo materno de la sexta semana postparto, sugiriendo que es posible detectar a madres en riesgo de presentar un trastorno del ánimo postparto. Lane et al. también evaluaron a las parejas de estas madres, resultando raros los casos de padres con trastorno del ánimo (1997).

Existe un tercer estudio realizado en Japón por Hasegawa (2000) en el cual sólo se tamizó sintomatología hipomaniaca a través de la Escala 'Highs' (no se realizó validación de la herramienta). En éste, al igual que en los dos estudios anteriores, se observó la aparición de la sintomatología inmediatamente después del parto. Llama la atención el uso de un puntaje de corte de 5 para la determinación de los highs. No se explicita la prevalencia del hallazgo.

5.2 Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (Edinburgh Postpartum Depression Scale: EPDS) (Cox et al., 1987) es un instrumento de tamizaje, diseñado específicamente para “asistir a los profesionales del sistema de atención primaria de salud en la detección de madres que sufran de depresión postnatal (DPP)” (...) (p.786).

El cuestionario (véase anexo IV) está compuesto por 10 ítems, cada uno de los cuales posee cuatro alternativas de respuesta y puntajes asignables de 0 a 3 de acuerdo al grado creciente de severidad de los síntomas. El puntaje total de la prueba se calcula sumando los obtenidos en cada ítem, pudiendo ir desde 0 a 30 puntos.

La prueba, que es sensible a los cambios en la severidad de estos cuadros a lo largo del tiempo (Cox et al., 1987; Henshaw et al., 2004), mide síntomas emocionales y cognitivos de depresión, excluyendo -con excepción de un ítem referente a dificultad para dormir, la evaluación de sintomatología somática depresiva que podría ser propia del período recuperatorio postnatal (Boyd, Le y Somberg, 2005). Austin y Priest recomiendan su aplicación con posterioridad a las seis a ocho semanas postparto para poder distinguir entre mujeres que presentan problemas emocionales temporales (tristeza de la maternidad) de aquellas con un trastorno más duradero (2005). Yamashita et al. (2000),

por el contrario, opinan que es una herramienta apropiada para usar desde el puerperio temprano (primeros días postparto).

En Chile la escala ha sido validada en dos estudios (Alvarado et al., 1992; Jadresic, Araya y Jara, 1995) mediante un criterio externo de validación (entrevista psiquiátrica), obteniéndose una buena consistencia interna. Los autores sugieren un puntaje de corte de 9/10 como el mejor umbral para ser usado en los estudios de tamizaje (o *screening*) dado que se obtiene una sensibilidad aceptable.

Al tratarse de una herramienta de amplio uso a nivel internacional (Ballestrem et al., 2005) y ya validada en Chile, la EPDS fue escogida para estimar probables casos de DPP en el presente estudio.

De acuerdo con Alvarado, et al. (1992), la decisión sobre cuál puntaje de corte utilizar depende del propósito del estudio. Dado que el propósito del presente estudio fue precisar casos de DPP (en vez de realizar un estudio de tamizaje de DPP), se siguió la recomendación de estos últimos autores de usar un punto de corte de 12. Este valor coincide con el determinado por los autores de la EPDS (Cox et al., 1987) y se acerca al que, de acuerdo a Gaynes et al. (2005), ha sido razonablemente respaldado para detectar depresión mayor (≥ 13).

En el presente estudio, las instrucciones del cuestionario fueron modificadas para su uso durante el segundo día postparto, cambiándose, por el mismo motivo, las alternativas de respuesta del ítem que evalúa problemas para dormir, de modo que éstas remitan a un período más breve (dos días, en vez de siete).

Finalmente, con el objetivo de distinguir el llanto sin pena descrito por algunos autores como propio de la tristeza de la maternidad, de lo que pudiese ser más propio de un síndrome depresivo, se agregó al noveno ítem (“Me he sentido tan triste que he estado llorando”), la aclaración: “responda de modo afirmativo, solamente si se ha sentido triste cuando ha llorado”.

5.3. Escala 'Highs' y de Depresión Postparto de Edimburgo Versiones Telefónicas

La versión telefónica de la Escala 'Highs' fue diseñada específicamente para readministrar el cuestionario a las madres fuera de la maternidad. En esta versión (véase

Anexo V), se conserva el formato de la versión de autorreporte, pero se pregunta por la presencia de los síntomas durante los últimos 4 días, siguiendo el criterio temporal requerido como mínimo para episodio hipomaníaco, de acuerdo con lo establecido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Versión (APA, 1994). La versión telefónica de la EPDS, se apega al cuestionario original, es decir, se pregunta por el estado de ánimo durante los últimos 7 días (véase Anexo VI).

5.4. Formulario de Consentimiento Informado

Como requisito para la realización de cualquier estudio en el Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río, se requiere la autorización escrita de las pacientes. Para ello se desarrolló un documento ad hoc que explica los objetivos y modalidades del estudio (véase Anexo VII).

5.5. Cuestionario de Antecedentes Personales de la Madre

El “Cuestionario de Antecedentes Personales de la Madre” (véase Anexo VIII) fue creado para conocer algunos datos socio-demográficos, obstétricos y psicológicos relevantes para la descripción de la muestra en estudio. Dado que uno de los objetivos de este estudio fue caracterizar a la mujeres en el puerperio temprano, en términos de si por ejemplo, existen casos de llanto disociado de ánimo depresivo, se incluye en este cuestionario una pregunta al respecto.

6. Procedimientos

Tras recibir el consentimiento de sus autores (véase Anexo IX), la Escala 'Highs' fue traducida al español y luego retrotraducida al inglés por jueces bilingües, coincidiendo casi idénticamente ambas versiones. Posteriormente se agregaron tres variables al cuestionario, consultándose la opinión de seis psiquiatras respecto del aporte de éstas a la validez de contenido de la escala, sin lograrse la aprobación del 50% más uno de ellos sobre dos de las variables. No obstante, se decidió aplicar la herramienta con los nuevos ítems debido al sustento teórico-empírico a favor (expuesto en los Antecedentes de la presente investigación) y al valor científico que ello tendría: conocer el comportamiento de las variables en la muestra.

Una vez adaptada la escala, se realizó una aplicación piloto de la prueba y dado su buen funcionamiento (comprensión y fácil administración), la muestra piloto se incorporó al estudio final.

Para el reclutamiento de las madres se procedió a explicar el propósito del estudio en cada una de las salas de la maternidad, pidiéndose firmar el consentimiento escrito a quienes aceptasen. Consecutivamente, se entregaron los instrumentos de auto administración: Escala 'Highs' y Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS); y se preguntaron oralmente los contenidos del Cuestionario de Antecedentes Personales de la Madre.

Tres semanas más tarde, se contactó vía telefónica a las pacientes administrándose las versiones telefónicas de la Escala 'Highs' y EPDS, procedimiento repetido a comienzos de la sexta semana postparto.

V. RESULTADOS

De las 98 participantes, 89 respondieron los instrumentos por segunda vez y 84 lo hicieron una tercera. Dado el nivel socioeconómico de éstas, el contacto telefónico fue bastante difícil de establecer (muchos teléfonos estaban inhabilitados por no pago o robo de líneas, o bien, eran de recado). Por ello, 8 madres no fueron contactadas dentro del plazo exacto preestablecido. Una vez ubicadas, se les pidió que respondieran los cuestionarios de acuerdo a cómo se sintieron cuando correspondía realizar la encuesta. La mortandad de la muestra se debió a tres factores: negativa a seguir participando; haber otorgado números falsos; los teléfonos continuaban fuera de servicio. Los datos que a continuación se presentan, fueron analizados mediante el programa computacional SPSS 11.5. Para el análisis estadístico se trabajó con un nivel de confianza del 95% y los Coeficientes de Correlación de Pearson y Prueba t de Student. Debido al no acuerdo del 50% más uno de los jueces respecto de la incorporación de los ítems 8 y 9 a la Escala 'Highs' se presentan paralelamente los resultados obtenidos de la inclusión y exclusión de dichos ítems al análisis. Se exponen principalmente los resultados de la primera y tercera medición por ser los más relevantes.

Para la definición de un '*highs*', se estableció además del puntaje de corte, el requisito de presentar estado de ánimo elevado (1 ó 2 puntos en el ítem 1) o irritabilidad (1 ó 2 puntos en el ítem 9).

Cabe advertir que los razonamientos que a continuación se realizan, parten del entendido que sin entrevista clínica, los resultados de un cuestionario psicológico no pueden ser considerados como prueba diagnóstica. En consecuencia, cada vez que aquí se hable de "*highs*" (caso de hipomanía leve) o "depresión", se estará aludiendo exclusivamente a una probabilidad de ocurrencia en su presentación.

1. Características de la Muestra:

1.1. Datos Sociodemográficos y Obstétricos

La edad promedio de las participantes fue de 24,65 años, con un rango de edades entre los 17 y 41 años. El 57,3% de ellas tenía 12 años de educación formal (Enseñanza Media completa); 34,4% había ido entre 8 y 11 años al colegio; y un 7,3% tenía más de 12

años de estudios. La mayoría tenía pareja estable (89,8%). Previo al embarazo, gran parte de ellas no trabajaba (69,5%) y un 9,5% se encontraba estudiando. Casi la mitad de la muestra (49%) era madre por primera vez (primípara); 28,6% daba a luz por segunda vez; 18,4% por tercera; y un 4% por cuarta o quinta vez.

Al momento de la primera medición, la gran mayoría (95,9%) de las entrevistadas se encontraba en el segundo día postparto.

La Tabla N°1 muestra los principales estadísticos de frecuencia de las variables edad, escolaridad y número de hijos.

Tabla N°1. Principales Estadísticos de Frecuencia de Algunos Datos Socio-demográficos y Obstétricos			
	Edad	Escolaridad (en años)	Número de Partos
Media	24,65	11,23	1,81
Mediana	23,00	12,00	2,00
Moda	19	12	1
Desviación Estándar	6,17	1,38	0,98
Mínimo	17	7	1
Máximo	41	13	5

1.2. Llanto Disociado de Pena

Un 11,3% de las madres declaró al segundo o tercer día, haber llorado algunas veces después del parto sin haberse sentido nunca triste. De acuerdo con el Coeficiente de Correlación de Pearson, este dato no correlacionó significativamente ni con la Escala 'Highs' ni con la EPDS, así como tampoco con ninguno de los datos evaluados en este estudio (socio-demográficos, obstétricos, psicológicos).

1.3. Historia Psiquiátrica Previa

Respecto de la presencia de antecedentes psiquiátricos, 16 madres (16,3%) señalaron haber sufrido alguna vez un trastorno psicológico, indicando mayoritariamente

haber tenido depresión antes (9 casos) y/o durante este embarazo (4 casos). Un 18,4% de las participantes indicó la presencia de antecedentes psiquiátricos entre alguno de sus familiares (de primer grado). Cuatro personas señalaron poseer tanto antecedentes personales como familiares, sin haber, a nivel de muestra, una correlación significativa entre ambos antecedentes. Respecto de los antecedentes familiares especificados, trece personas dijeron tener algún familiar con antecedentes de “depresión”, mientras que cuatro acusaron tener alguno con antecedentes de trastorno bipolar. Debido a que este dato no se obtuvo de primera fuente (los afectados mismos), no es un antecedente seguro. En la Tabla N°2 se detallan los trastornos que fueron señalados por las participantes.

En cuanto a la relación con otras variables, la existencia de antecedentes psiquiátricos personales presentó una correlación positiva y significativa con la edad (Pearson= 0,209; $p < 0,05$) y muy significativa con la variable número de partos (Pearson=0,294; $p < 0,01$). Esto significa que a mayor número de hijos, así como a mayor edad, mayor probabilidad de presentar dichos antecedentes. En término generales, no hubo significancia entre la presencia de antecedentes familiares y alguna variable. Sin embargo, al analizar este dato segmentando la muestra en dos grupos de acuerdo con quienes presentaron un '*highs*' y quienes no, se halló una correlación significativa entre la existencia de antecedentes familiares de bipolaridad y el total de la EPDS 1 (primera medición) (Pearson = 0,516; $p < 0,05$).

Tabla N°2. Antecedentes Psiquiátricos

<i>Antecedentes Psiquiátricos Personales</i>	Porcentaje de casos (%)
Ninguno	83,7
Depresión	13,3
Crisis de Pánico	2,0
Trastorno por Estrés Postraumático	1,0
Anorexia	1,0
Porcentaje total de casos con antecedentes*	16,3
<i>Antecedentes Psiquiátricos Familiares</i>	Porcentaje de casos (%)
Ninguno	81,6
Depresión	13,3
Trastorno Bipolar	4,1
Bulimia	1,0
Esquizofrenia	1,0
Porcentaje total de casos con antecedentes*	18,4

* Algunas mujeres declararon más de un trastorno.

1.4. Sentimiento General durante el Embarazo

Como se aprecia en la Tabla N°3, un 41,9% de las participantes sintió durante su embarazo una mezcla de sentimientos que podrían ser calificados como displacenteros. De este modo, sólo un 39,8% se sintió generalmente contenta durante su embarazo; un 43,9% dijo haberse sentido ansiosa-intranquila; mientras que un 15,2% se sintió triste en buena parte de éste. Respecto de otras variables, el sentimiento de tristeza presentó una asociación muy significativa tanto con el número de hijos (o número de partos) (Pearson=0,283; $p<0.01$), como con la existencia de antecedentes psiquiátricos personales (Pearson=0,359; $p<0.01$); y significativa, pero inversa, con tener pareja (Pearson=-0,249; $p<0.05$), lo que significaría que no tener pareja durante el embarazo se acompañó generalmente de tristeza. La presencia de lo que se podría denominar tristeza “pura” (no alternada con otros sentimientos), mostró una asociación significativa e inversa con el nivel de escolaridad de las madres (Pearson=-0,222; $p<0.05$), es decir, a menor escolaridad; mayor tristeza.

Tabla N°3. Sentimiento General Durante Embarazo	
	Porcentaje (%)
Contenta	39,8
Triste	7,1
Ansiosa-intranquila	31,6
Contenta y Triste	3,1
Contenta y Ansiosa-intranquila	4,1
Contenta, Triste y Ansiosa- intranquila	3,1
Triste y Ansiosa-intranquila	5,1
Otro*	6,1
Total	100

* Respecto a los sentimientos mencionados en la categoría "Otro" se encontraron: mal genio, angustia, cansancio y tranquilidad.

2. Características Psicométricas de la Escala 'Highs':

2.1. Evaluación de la Capacidad de Discriminación de los Ítems de la Escala 'Highs'

En la muestra estudiada, la correlación ítem-test, obtenida a través del Coeficiente de Correlación de Pearson, fue muy significativa ($p < 0.01$) para todos sus ítems (1 al 9), tanto en la primera como tercera medición (véanse Anexos X y XI). Lo mismo se obtuvo de la inclusión exclusiva de los ítems 1 al 7 al análisis.

2.2. Confiabilidad de la Escala 'Highs' de acuerdo con Coeficiente Alfa de Cronbach

Como se aprecia en la Tabla N°4, en la primera medición de la Escala 'Highs' se obtuvo un índice de confiabilidad por consistencia interna, de acuerdo con el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, inferior al considerado como adecuado en Psicometría ($\alpha < 0.70$), ya fuese incluyendo o excluyendo los ítems 8 y 9. Cabe destacar que este

coeficiente mejoró considerablemente en la tercera aplicación de la prueba, resultando más cercano a lo esperado al incluirse los ítems 8 y 9.

Tabla N°4. Confiabilidad de la Escala 'Highs' de acuerdo con Coeficiente Alfa de Cronbach		
	Primera Medición (98 casos)	Tercera Medición (84 casos)
Ítems 1 al 7	0,58	0,66
Ítems 1 al 8	0,56	0,65
Ítems 1 al 7 y 9	0,57	0,65
Ítems 1 al 9	0,58	0,68

2.3. Evaluación de la Validez de Contenido de la Escala 'Highs'

Para aportar a la validez de contenido de la prueba, se incorporaron 3 variables, resultando 2 nuevos ítems. La variable introducida al ítem 2 fue aceptada por el 50% más uno de los jueces, mientras que la aprobación de los ítems 8 y 9 no superó el 50%.

3. Resultados de la Muestra en la Escala 'Highs':

3.1. Resultados de la Primera Medición ('Highs' 1)

Para la primera aplicación de la Escala 'Highs', si sólo se consideran los 7 primeros ítems, el punto de corte estimado como el mejor umbral para detectar un caso de hipomanía leve, correspondió a 8 puntos, coincidiendo con el determinado por los autores de la escala. De este modo, se puede decir que 20 (20,4%) de las madres evaluadas presentaban un '*highs*' durante el segundo o tercer día postparto (un caso con puntaje igual a 8 no fue considerado por no presentar elevación del ánimo). Como lo muestra la Tabla N°6, el rango de estos puntajes fluctuó entre 0 y 12 puntos, con un promedio 5,36. El puntaje más repetido en esta medición fue 5, con una desviación estándar de 2,86.

Si los ítems 8 y 9 son incluidos, el puntaje de corte ascendió a 10, y 20 (20,4%) fueron las madres que igualaron o superaron la cifra. La Tabla N°6 muestra también los principales estadísticos de frecuencia obtenidos de los 9 ítems. En este caso, el rango de los puntajes fluctuó entre 0 y 13 puntos, con un promedio 6,39. El puntaje total más repetido también equivalió a 5, con una desviación estándar de 3,23.

En términos generales, la sintomatología hipomaníaca detectada por la Escala 'Highs' apareció mayoritariamente el primer día postparto. Es interesante señalar que hubo un caso con 11 puntos (12 puntos si se incluyen los ítems 8 y 9) en el que la sintomatología apareció durante el embarazo.

A continuación se presenta la Tabla N° 5. Ésta muestra las frecuencias de los puntajes totales obtenidos por la muestra en la primera medición de la Escala 'Highs' ('Highs' 1), de acuerdo con el número de ítems incluidos en el análisis.

Tabla N° 5. Frecuencias de los Puntajes Totales de la Escala 'Highs' 1					
Puntaje Total ítems 1-7	Frecuencia	Porcentaje (%)	Puntaje Total ítems 1-9	Frecuencia	Porcentaje (%)
0	2	2	0	2	2
1	8	8,2	1	4	4,1
2	8	8,2	2	9	9,2
3	8	8,2	3	4	4,1
4	13	13,3	4	9	9,2
5	14	14,3	5	15	15,3
6	11	11,2	6	7	7,1
7	13	13,3	7	11	11,2
8	7	7,1	8	11	11,2
9	5	5,1	9	6	6,1
10	5	5,1	10	7	7,1
11	1	1	11	7	7,1
12	3	3,1	12	5	5,1
			12	1	1
Total	98	100	Total	98	100

3.2. Resultados de la Tercera Medición ('Highs'3)

Como lo muestra la Tabla N°6, el rango de puntajes de la Escala 'Highs' 3 (tercera medición, con 7 ítems) fluctuó entre 0 y 12 puntos, con un promedio 3,67 notoriamente inferior al de la primera medición. Se obtuvo una distribución multimodal, con una desviación estándar de 3,06. Para esta aplicación, el mejor puntaje de corte se estimó en 7 puntos, pero para tener un parámetro que permitiese comparar el descenso de la sintomatología hipomaníaca entre la primera y tercera medición, se mantuvieron los 8 puntos sugeridos desde la literatura como corte. De este modo, 12 (14,4%) de las 84 madres evaluadas a la sexta semana obtuvieron 8 ó más puntos en la escala. Entre éstas, dos no presentaban estado de ánimo elevado. Por lo tanto, de acuerdo con esta versión, hubo 10 (12%) casos con hipomanía a la sexta semana, lo que equivale a la mitad de los presentes en la primera medición. De éstos, sólo uno era completamente nuevo (había obtenido un punto en la 'Highs' 1) y, por lo mismo, la Escala 'Highs' aplicada al segundo o tercer día postparto presentó una correlación muy significativa con la Escala 'Highs' aplicada a la sexta semana (Pearson=0,495; $p<0.01$).

Ahora bien, si los ítems 8 y 9 son incluidos, el rango de puntajes fluctua entre 0 y 14 puntos, con un promedio 5,38, menor al de la primera medición. El puntaje total más repetido en esta medición fue 5. La desviación estándar, de 3,74, es mayor al de la primera medición (véase Tabla N°6). 13 (15,6%) fueron las participantes que obtuvieron 10 ó más puntos, disminuyendo los casos en un 35% respecto de la primera evaluación. Al igual que la versión con 7 ítems, aquí hubo una correlación muy significativa entre las mediciones 1 y 3 de la Escala 'Highs' (Pearson=0,489; $p<0.01$).

Tabla N° 6. Cuadro Comparativo de los Principales Estadísticos de Frecuencia de los Puntajes de la Escala 'Highs' 1 y 3

		Total Primera Medición Ítems 1-7	Total Primera Medición Ítems 1-9	Total Tercera Medición Ítems 1-7	Total Tercera Medición Ítems 1-9
N	Válidos	98	98	84	84
	Perdidos	0	0	14	14
Media		5,36	6,39	3,67	5,38
Mediana		5,00	6,00	3,00	5,00
Moda		5	5	0*	5
Desviación Estándar		2,86	3,23	3,06	3,74
Mínimo		0	0	0	0
Máximo		12	13	12	14
Percentiles	25	3,00	4,00	1,00	2,25
	75	7,00	9,00	5,75	7,75

* Existe una distribución multimodal. Se muestra el menor de los valores.

En la Tabla N° 7 se muestran las frecuencias de los puntajes de la Escala 'Highs' obtenidos en la tercera medición ('Highs' 3), de acuerdo con el número de ítems.

Tabla N° 7. Frecuencias de los Puntajes Totales de la Escala 'Highs' 3							
Puntaje Total Ítems 1-7	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje Válido (%)	Puntaje Total ítems 1-9	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje Válido (%)
0	13	13,3	15,5	0	8	8,2	9,5
1	12	12,2	14,3	1	7	7,1	8,3
2	13	13,3	15,5	2	6	6,1	7,1
3	8	8,2	9,5	3	8	8,2	9,5
4	8	8,2	9,5	4	6	6,1	7,1
5	9	9,2	10,7	5	12	12,2	14,3
6	4	4,1	4,8	6	9	9,2	10,7
7	5	5,1	6,0	7	7	7,1	8,3
8	5	5,1	6,0	8	4	4,1	4,8
9	3	3,1	3,6	9	4	4,1	4,8
10	2	2,0	2,4	10	2	2,0	2,4
11	1	1,0	1,2	11	4	4,1	4,8
12	1	1,0	1,2	12	3	3,1	3,6
				13	2	2,0	2,4
				14	2	2,0	2,4
Total	84	85,7	100	Total	84	85,7	100
Perdidos	14	14,3		Perdidos	14	14,3	
Total	98	100		Total	98	100	

Para poder apreciar el cambio de la distribución de los puntajes de la Escala 'Highs' en las distintas mediciones, véanse los diagramas de cajas expuestos en los Anexos XII y XIII.

3. 3. Variables Asociadas a Hipomanía Postparto

Los casos '*highs*' hallados en la primera medición, mostraron una correlación inversa con la presentación de antecedentes psiquiátricos personales, que sólo en el caso de la Escala 'Highs' con 9 ítems alcanzó a ser significativa (Pearson=-0,219; $p<0.05$). Esto podría entenderse en términos de si la naturaleza de la depresión (trastorno mayormente reportado por las participantes) registrado como antecedente personal, correspondiese a una de tipo unipolar.

Los casos '*highs*' detectados en la primera evaluación por la versión con 9 ítems, mostraron, a su vez, una correlación muy significativa con los casos de depresión detectados a la sexta semana postparto (Pearson=0,265; $p<0.01$). Esto no ocurrió con la versión con 7 ítems.

4. Resultados de la Muestra en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

En la primera aplicación de la EPDS, 21 madres (21,4%) obtuvieron un puntaje EPDS >12 (no hubo puntaje EPDS =12), mientras que en la tercera, la cifra de puntajes superiores (o iguales) a 12 aumentó a 25 (30%). Esto es muy significativo si se considera que a las seis semanas postparto, la tristeza de la maternidad desaparece. Al respecto, es interesante señalar que el 83,3% (20) de las supuestas afectadas, había obtenido 9 ó más puntos en la primera aplicación de la EPDS (Puntaje de corte recomendado para tamizar DPP).

La Tabla N°8 muestra los principales estadísticos de frecuencia obtenidos en la primera y tercera medición de la EPDS. Como se observa, los índices en general disminuyeron con el paso del tiempo pese el aumento de los casos.

Para poder apreciar el cambio de la distribución de puntajes de la EPDS en las distintas mediciones, véase diagrama de cajas presente en Anexo XIV.

Tabla N°8. Principales Estadísticos de Frecuencia de los Puntajes EPDS

		Total Primera Medición	Total Tercera Medición
N	Válidos	98	84
	Perdidos	0	14
Media		8,42	7,64
Mediana		8,00	7,00
Moda		10	0
Desviación Estándar		5,87	6,39
Mínimo		0	0
Máximo		30	23
Percentiles	25	4,00	2,00
	75	10,25	12,00

4.1. Variables Asociadas a Depresión Postparto

La variable cantidad de partos fue la única que se asoció en forma estadísticamente significativa a los “casos” de depresión postparto (Pearson=0,268; $p < 0.01$). Es decir, a mayor número de hijos; mayor probabilidad de presentar depresión postparto.

5. Relación entre los resultados de la Escala 'Highs' y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo:

5.1. Casos de Diátesis Bipolar

Respecto de la existencia de virajes afectivos de los casos '*highs*' detectados en el puerperio más temprano (segundo o tercer día postparto), si se consideran los ítems 1 al 9, cuatro participantes viraron de hipomanía pura significativa (8 ó más puntos en la Escala 'Highs'; con nulo o muy bajo puntaje EPDS) a depresión postparto (12 ó más puntos en la EPDS 3). Dos de estas participantes todavía presentaban sintomatología hipomaniaca importante a la sexta semana postparto (9 y 10 puntos), lo que apuntaría a

la existencia probable de un episodio mixto bipolar. Si sólo son considerados los 7 primeros ítems; un caso no habría sido tamizado. No obstante, a partir de la existencia de estos casos no es posible hacer una generalización a la población respectiva, debido a que la correlación entre éstos y los resultados de la tercera aplicación de la EPDS no es estadísticamente significativa, de acuerdo con los resultados del Coeficiente de Correlación de Pearson.

Las Figuras N°1 y N°2 muestran la evolución de los puntajes tamizados como probables “casos” por las escalas. En ambas figuras se observa la disminución de los casos de hipomanía detectados en la primera medición y aumento de los probables casos de depresión a la sexta semana. La Figura N°2 muestra además, el aumento de los casos “mixtos” (puntaje EPDS y 'Highs' \geq punto de corte correspondiente) arrojado por la Escala 'Highs'-9 ítems. Se considera “Highs Alto” al puntaje igual o superior al punto de corte correspondiente al número de ítems de la escala (8 para el primer caso y 10 para el segundo). “EPDS Alto” corresponde a 12 ó más puntos.

Figura N°1. Porcentaje de Puntajes Altos Tamizados por la Escala 'Highs' (7 Ítems) y EPDS de Acuerdo con Fecha de Medición

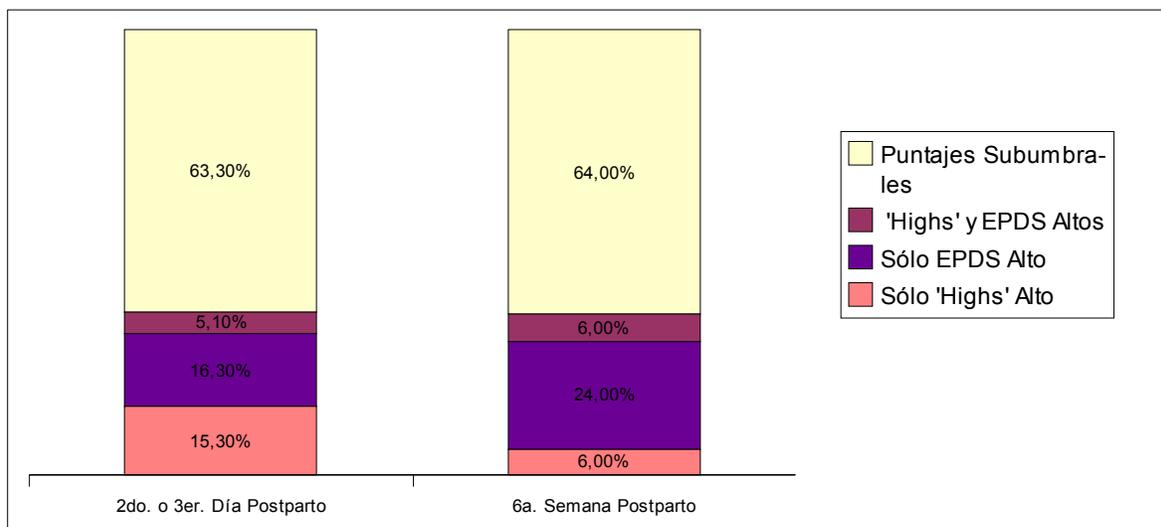
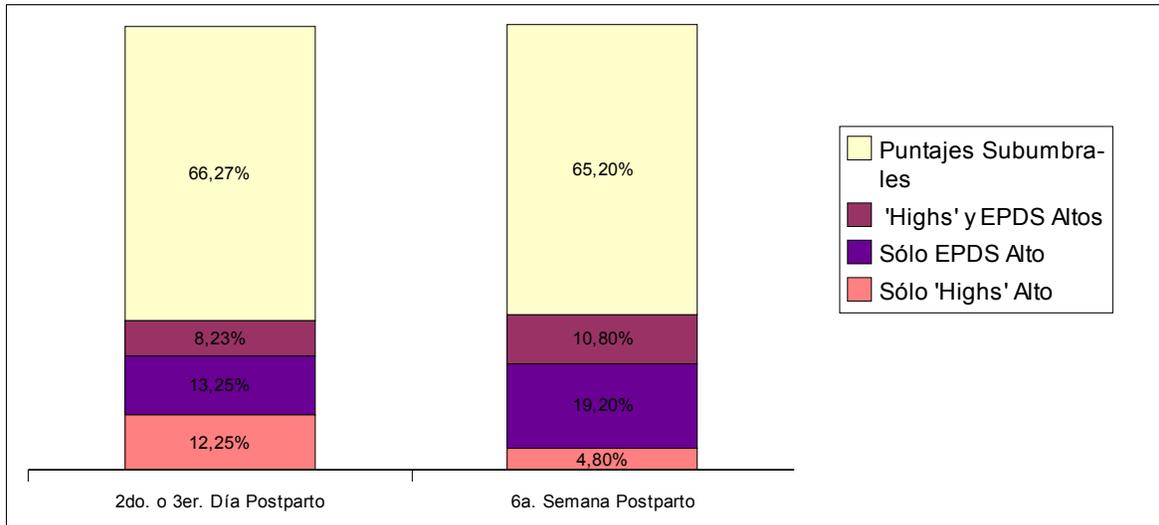


Figura N°2. Porcentaje de Puntajes Altos Tamizados por la Escala 'Highs' (9 Ítems) y EPDS de Acuerdo con Fecha de Medición



5.2 Correlaciones Entre los Instrumentos Aplicados de Acuerdo con el Coeficiente de Correlación de Pearson

Como se aprecia en las Tablas N°9 y N°10, las correlaciones existentes entre la Escala 'Highs' y EPDS, difieren en significancia de acuerdo con el número total de ítems involucrados en la Escala 'Highs'.

Si están en consideración los 7 primeros ítems, los resultados de la primera aplicación de la Escala 'Highs' ('Highs' 1), no presentan correlación significativa con ninguna de las aplicaciones de la EPDS; mientras que, en la tercera medición ('Highs' 3), sí existe una correlación muy significativa con la EPDS 3. Esto último significa que quienes presentaron un puntaje alto en una escala, obtuvieron a su vez un puntaje alto en la otra. Por otra parte, quienes obtuvieron puntajes más altos en la EPDS 1, presentaron mayores puntajes en la Escala 'Highs' 3 de modo estadísticamente significativo. A su vez, quienes obtuvieron puntajes más altos en la EPDS 3, obtuvieron mayores puntajes en la 'Highs' 3, de modo aún más significativo.

En el caso de la versión con 9 ítems, las correlaciones entre ambas escalas fueron siempre muy significativas.

Tabla N° 9. Correlaciones entre las Pruebas 'Highs' (7 ítems) y EPDS					
		'Highs' 1	'Highs' 3	EPDS 1	EPDS 3
'Highs' 1	Correlación de Pearson	1	0,495(**)	0,083	0,125
	Significancia	.	0,000	0,417	0,258
'Highs' 3	Correlación de Pearson	0,495(**)	1	0,262(*)	0,381(**)
	Significancia	0,000	.	0,016	0,000
EPDS 1	Correlación de Pearson	0,083	0,262(*)	1	0,708(**)
	Significancia	0,417	0,016	.	0,000
EPDS 3	Correlación de Pearson	0,125	0,381(**)	0,708(**)	1
	Significancia	0,258	0,000	0,000	.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla N° 10. Correlaciones entre las Pruebas 'Highs' (9 ítems) y EPDS					
		'Highs' 1	'Highs' 3	EPDS 1	EPDS 3
'Highs' 1	Correlación de Pearson	1	0,489(**)	0,310(**)	0,288(**)
	Significancia	.	0,000	0,002	0,008
'Highs' 3	Correlación de Pearson	0,489(**)	1	0,456(**)	0,629(**)
	Significancia (bilateral)	0,000	.	0,000	0,000
EPDS 1	Correlación de Pearson	0,310(**)	0,456(**)	1	0,708(**)
	Significancia (bilateral)	0,002	0,000	.	0,000
EPDS 3	Correlación de Pearson	0,288(**)	0,629(**)	0,708(**)	1
	Significancia (bilateral)	0,008	0,000	0,000	.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

5.3. Diferencias entre “Casos Highs” y “No Casos” Respecto de la EPDS 3 de acuerdo con Prueba t de Student

En la presente investigación fue de interés saber si existían diferencias significativas entre quienes presentaron hipomanía durante los primeros días postparto (“casos *highs*”) y quienes no (“no casos”), respecto de sus resultados en la EPDS aplicada

a la sexta semana postparto. La Tabla N° 11 permite ver que, cuando los resultados de la Escala 'Highs' corresponden a los ítems 1 al 7, no existen diferencias significativas entre las participantes que presentaron un 'highs' al segundo o tercer día postparto, y quienes no, respecto de la EPDS. En cambio, si los ítems 1 al 9 son considerados, se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre quienes presentaron hipomanía leve postnatal, al segundo o tercer día postparto, y quienes no, respecto de la tercera medición de la EPDS.

Tabla N°11. Prueba de Muestras Independientes: “Casos Highs” v/s “Casos No Highs” respecto a EPDS 3 (de Acuerdo con Ítems de la Escala 'Highs')				
Prueba t para la igualdad de medias				
	Escala 'Highs' ítems 1 al 7*		Escala 'Highs' ítems 1 al 9**	
	t	Significancia (bilateral)	t	Significancia (bilateral)
Total EPDS 3	-1,070	0,289 (a)	-2,935	0,004 (b)
* Puntaje de corte para determinar caso = 8				
** Puntaje de corte para determinar caso = 10				
(a) No se observan valores significativos.				
(b) Se observa una correlación significativa.				

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Cada vez existe mayor conciencia respecto de la necesidad de detectar precozmente a las madres que presenten desórdenes del estado de ánimo en el período postnatal –poniéndose particular énfasis sobre la pesquisa de depresión. Sin embargo, los desórdenes bipolares acontecidos en este período están siendo desatendidos y subdiagnosticados. A partir de esta problemática surgió la motivación de dar un primer paso en subsanar dicha falencia. La tarea no es fácil debido a la naturaleza misma de los trastornos bipolares, tema actual de debate científico. No obstante, la presencia de sintomatología hipomaníaca puede ser un antecedente de bipolaridad. Por ello, en el presente estudio se estableció el objetivo de adaptar al contexto cultural chileno y validar la Escala 'Highs' ('Highs' Scale), para tamizar sintomatología hipomaníaca inmediatamente después del parto.

La adaptación de la escala fue realizada cumpliéndose los objetivos de: traducir y transculturizar la Escala 'Highs'; construir nuevos ítems para la Escala 'Highs' y aplicar la escala en una muestra representativa de una población definida. Paralelamente se lograron los objetivos de: desarrollar una versión telefónica de la Escala 'Highs'; adaptar las instrucciones de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) para su aplicación específica durante los primeros días postparto, y mediante preguntas directas (consignadas en el Cuestionario de Antecedentes Personales de la Madre), se cumplió el objetivo de describir algunas características de la muestra y su asociación con los resultados de la Escala 'Highs'.

Respecto de la validación de la Escala 'Highs' es posible concluir que para la muestra en estudio, la confiabilidad de la escala resultó menor a la considerada en Psicometría como adecuada ($\alpha < 0.70$). Estos resultados podrían deberse, en parte, a la gran homogeneidad de la muestra estudiada (sexo, reciente experiencia de maternidad, nivel socioeconómico, tipo de parto, etc.) y al bajo número de ítems que posee el instrumento. No obstante, se trata de una prueba empática, cuya sencillez se adecúa al grado de fatigabilidad de las madres y evita interrumpir un momento tan particular entre ésta y su hijo o hija.

Por otra parte, la capacidad de discriminación de los ítems originales, así como la de los incorporados a la Escala 'Highs' fue evaluada, resultando para cada uno de ellos, una correlación ítem-test positiva muy significativa.

Mediante la determinación de que la escala discrimina entre distintas mediciones en el tiempo, se aportó además a la validez de constructo.

Debido a la persistencia de la discusión en torno a las variables irritabilidad y labilidad emocional, los resultados de este estudio son alentadores pero no concluyentes. Cabe por ello señalar los beneficios de haber incluido los ítems 8 y 9 a este estudio: detectar a dos madres que presentaron un ciclaje de hipomanía a depresión, que obtuvieron bajos puntajes en la EPDS 1, de las cuales una pidió ser atendida por un psicólogo; elevar notoriamente la confiabilidad de la prueba 'Highs' aplicada a la sexta semana postparto; aportar a la validez de constructo de la Escala 'Highs', ya que mostró que quienes presentan sintomatología hipomaniaca más severa, se diferencian significativamente de quienes no la presentan o de quienes la presentan en grado inferior, respecto a los resultados de la EPDS, de acuerdo con la prueba t de Student; y por último, determinar la existencia de una asociación significativa entre los resultados de la Escala 'Highs', durante el segundo o tercer día postparto y los obtenidos en la EPDS a la sexta semana postparto, de acuerdo con el coeficiente de correlación de Pearson.

Respecto de los resultados arrojados por la EPDS es posible concluir que más de un cuarto de las participantes probablemente presentaba una depresión postparto a la sexta semana. Además, la prueba mostró ser efectiva en el tamizaje de depresión en el puerperio temprano, ya que un 83% de los casos presentes en la sexta semana, fue detectado por el instrumento los primeros días postparto.

En cuanto a las hipótesis planteadas en esta investigación: cuatro participantes que obtuvieron 8 ó más puntos en la primera aplicación de la Escala 'Highs', desarrollaron una (posible) depresión postparto, pero este resultado no fue estadísticamente significativo como para permitir una generalización a la población. Por lo tanto, en estricto rigor no se encuentra evidencia a favor de la hipótesis número uno. Sin embargo, estos casos representan al 4,8% de la muestra evaluada a la sexta semana, cifra que se encuentra dentro de la prevalencia estimada para desorden bipolar para la población (de acuerdo con concepto amplio de bipolaridad). Por otra parte, la sintomatología hipomaniaca aparecida los primeros días postparto, tendió a desaparecer a la sexta semana. Por lo tanto, se encontró evidencia a favor de la hipótesis número dos.

Antes de concluir, cabe destacar que gracias a la ejecución del presente estudio, cuatro madres recibieron una interconsulta para atención psicológica antes de ser dadas de alta en la maternidad; a una de ellas no se le dio el alta y comenzó a realizar tratamiento farmacológico antidepresivo debido a la magnitud del trastorno depresivo (ideación suicida); dos madres fueron derivadas a atención psicológica a la sexta semana postparto (debido a los resultados de la encuesta telefónica). La detección de estos casos de gravedad diversa, demuestra la utilidad y relevancia de implementar políticas preventivas en este ámbito.

Por último, en la presente investigación no fue posible realizar un diagnóstico clínico de los probables casos de hipomanía tamizados mediante la Escala 'Highs'. Se sugiere por ello, la realización de un estudio que incluya este aspecto y permita una validación externa de sus resultados. Debido a que un caso de viraje de hipomanía a depresión ocurrió en una madre que presentó 8 puntos en la Escala 'Highs', se sugiere establecer dicha cifra como punto de corte si se desea usar la versión con 9 ítems para tamizar probables casos de hipomanía postparto.

BIBLIOGRAFÍA

- Akiskal, H. y Benazzi, F. (2005). Toward a clinical delineation of dysphoric hypomania – operational and conceptual dilemmas [Versión electrónica]. *Bipolar Disorders*, 7, 456-464.
- Alvarado, R., Vera, A., Rojas, M., Olea, E., Monardes, J. y Neves, E. (1992). La Escala de Edimburgo para la detección de cuadros depresivos en el postparto. *Revista de Psiquiatría, Año IX*, 3-4, 1177-1181.
- Alvarado, R., Perucca, E., Rojas, M., Monardes, J., Olea, E., Neves, E. et al. (1993). Aspectos gineco-obstétricos en mujeres que desarrollan una depresión en el postparto. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 58, 239-244.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4ª ed.) [Versión electrónica]. Washington, DC: Autor.
- Austin, M.-P. y Priest, S. (2005). Clinical issues in perinatal mental health: New developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders [Versión electrónica]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 97-104.
- Ballestrem, C., Strauss, M. y Kächele, H. (2005). Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany – implications for the utilization of treatment [Versión electrónica]. *Archives Women's Mental Health* 8, 29-35.
- Benazzi, F. y Akiskal, H. (2005). Irritable-hostile depression: Further validation as a bipolar depressive mixed state [Versión electrónica]. *Journal of Affective Disorders* 84, 197-207.
- Boyd, R. C., Le, H. N. y Somberg. (2005). Review of screening instruments for postpartum depression [Versión electrónica]. *Archives Women's Mental Health* 8, 141-153.
- Chile, Ministerio de Planificación. (2005). *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional Casen 2003*. Extraído el 21 de Junio, 2006 de <http://www.mideplan.cl/casen/>.

- Cindy-Lee, D. (2004) Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? [Versión electrónica]. *Journal of Affective Disorders* 78, 163-169.
- Cohen, L. S., Sichel, D. A., Robertson, L. M., Heckscher, E. y Rosenbaum, J. F. (1995) Postpartum prophylaxis for women with bipolar disorder [Versión electrónica]. *American Journal Psychiatry*, 152, 1641-1645.
- Cookson, J. (2005). Toward clinical understanding of bipolar disorders: Classification and presentation [Versión electrónica]. *Epilepsia*, 46, Suplemento 4, 3-7.
- Correa, E. y Holmgren, D. (2005). Trastorno bipolar en la mujer. En E. Correa y E. Jadresic (Eds.), *Psicopatología de la mujer* (2ª ed., pp. 237-258). Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- Cox, J., Holden, J. y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale [Versión electrónica]. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Edhborg, M. (2004). *Postpartum depressive symptoms in family perspective: Some indicators experiences and consequences* [Versión electrónica]. Estocolmo: Karolinska University Press.
- Endicott, J. y Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.
- Gale, S. y Harlow, B.L. (2003) Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors [Versión electrónica]. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24, 257-266.
- Gaynes, B., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K., Swinson, T., Gartlehner, G. et al. (2005). *Perinatal depression: Prevalence, screening, accuracy and screening outcomes*. Sumario [Versión electrónica]. Carolina del Norte: Universidad de Carolina del Norte.
- Glover, V., Liddle, P., Taylor, A., Adams, D. y Sandler, M. (1994). Mild hypomania (the highs) can be a feature of the first postpartum week? *The British Journal of Psychiatry*, 164, 517-521.

- Glover, V. y Kammerer, M. (2004). The biology and pathophysiology of peripartum psychiatric disorders [Versión electrónica]. *Primary Psychiatry*, 11(3): 37-41.
- Hasegawa, M. (2000). Mild hypomania phenomenon in Japanese puerperal women [Versión electrónica]. *Nursing and Health Sciences*, 2, 231-235.
- Hantouche, E. y Akiskal, H. (2005). Bipolar II vs. unipolar depression: Psychopathologic differentiation by dimensional measures [Versión electrónica]. *Journal of Affective Disorders* 84, 127-132.
- Hay, D., Pawlby, S., Angold, A., Harold, G. y Sharp, D. (2003). Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum [Versión electrónica]. *Developmental Psychology*, 39, 1083-1094.
- Hendrick, V., Altshuler, L. y Suri, R. (1998). Hormonal changes in the postpartum and the implications for postpartum depression [Versión electrónica]. *Psychosomatics*, 39, 93-101.
- Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: A review [Versión electrónica]. *Archives of Women's Mental Health*, 6, Suplemento 2, 33-42.
- Henshaw, C., Foreman, D y Cox, J. (2004). Postnatal blues: A risk factor for postnatal depression [Versión electrónica]. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25, 267-272.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación* (2ª ed.). México, DF: McGraw-Hill Interamericana Eds.
- Heron, J., Craddock, N. y Jones, I. (2005). Postnatal depression: Are "the highs" an indicator of bipolarity? [Versión electrónica]. *Bipolar Disorders*, 7, 103-110.
- Jadresic, E. (1994). Hormonas y ánimo depresivo. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 32, 231-234.
- Jadresic, E. (2004). Depresión post parto. Medwave. Año 4, No. 9, Edición Octubre. Extraído el 20 de Diciembre, 2005 de http://www.medwave.cl/atencion/infantil/FUDOCIV2003/3/4.act?tpl=im_ficha_atencion_primaria.tpl

- Jadresic, E. (2005). Trastornos depresivos postparto. En E. Correa y E. Jadresic (Eds.), *Psicopatología de la mujer* (2ª ed., pp. 159-176). Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- Jadresic, E., Jara, C., Miranda, M., Arrau, B. y Araya, R. (1992). Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 30, 99-106.
- Jadresic, E., Araya, R. y Jara, C. (1995). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 16, 187-191.
- Jones, I. y Craddock, N. (2005). Bipolar disorder and childbirth: The importance of recognising risk [Versión electrónica]. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 453-454.
- Kumar, R. C. (1997). "Anybody's child": severe disorders of mother-to-infant bonding [Versión electrónica]. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 175-181.
- Lane, A., Keville, R., Morris, M., Kinsella, A., Turner, M. y Barry, S. (1997). Postnatal depression and elation among mothers and their partners: Prevalence and predictors [Versión electrónica]. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 550-555.
- Rees, R. (2000). Psicosis postparto y perimenstruales. En Boletín X Jornadas de Psiquiatría. Actualizaciones en psiquiatría: últimos avances clínicos y psicológicos (pp. 40-42). Valparaíso: Universidad de Valparaíso, Departamento de Psiquiatría.
- Reicher-Rössler, A. y Hofecker, M. (2003). Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? [Versión electrónica]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, Suplemento 418, 51- 56.
- Robertson, M., Jones, I., Haque, S., Holder, R y Craddock, N. (2005). Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (post-partum) psychosis [Versión electrónica]. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 258-259.
- Rojas, G., Fritsch, R., Solís, J., González, M., Guajardo, V. y Araya, R. (2006). Calidad de vida de mujeres deprimidas en el postparto [Versión electrónica]. *Revista Médica de Chile*, 134, 713-720.

- Ryan, D., Kostaras, X. (2005). Psychiatric disorders in the postpartum period [Versión electrónica]. *British Columbia Medical Journal*, 47, 100-103.
- Sharma, V. (2005) Bipolar Depression: The neglected realm of postpartum disorders [Versión electrónica]. *Current Psychiatry Reviews*, 1, 325-329.
- Silva, H. (2004). El trastorno bipolar y el espectro de la bipolaridad. Santiago, Chile: C y C Aconcagua División Editorial.
- Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D. y Glover, V. (2005). A new Mother-to-Infant Bonding Scale: Links with early maternal mood [Versión electrónica]. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 45-51.
- Trucco, B. (1987). Desórdenes mentales del puerperio. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 25, 18-28.
- Wolf, A. W., De Andraca, I. y Lozoff, B. (2002). Maternal depression in three Latin American sample [Versión electrónica]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 169-176.
- Yamashita, H., Yoshida, K., Nakano, H. y Tashiro, N. (2000). Postnatal depression in Japanese women. Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood [Versión electrónica]. *Journal of Affective Disorders*, 58, 145-154.

ANEXO I.

TRASTORNOS BIPOLARES: BREVE DESCRIPCIÓN

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Versión (DSM-IV) (APA, 1994), clasifica los trastornos bipolares en cuatro tipos: trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, ciclotimia y trastorno bipolar no especificado. El trastorno bipolar I se caracteriza por ser más agudo y severo que los restantes trastornos. En su curso clínico se ha presentado a lo menos un episodio maníaco o mixto, pudiendo o no existir uno de depresión mayor. El trastorno bipolar II, en cambio, requiere la presencia (o historia) de, a lo menos, un episodio de depresión mayor y la presencia (o historia) de uno hipomaniaco. La ciclotimia, por su parte, representa una condición más crónica (superior a dos años), con fluctuaciones entre períodos de sintomatología hipomaniaca y otros de sintomatología depresiva, insuficientes en número, gravedad o duración para cumplir los criterios para un episodio maníaco o uno de depresión mayor. Finalmente, el trastorno bipolar no especificado, es un síndrome clínico que no cumple en términos estrictos con los criterios de ninguno de los trastornos anteriores.

El estado de ánimo elevado se considera el síntoma prototípico de los trastornos bipolares, pero la alteración predominante del estado del ánimo puede ser la irritabilidad o alternar la euforia y la irritabilidad.

La prevalencia de la bipolaridad depende del concepto que se tenga de ésta. El trastorno bipolar I fluctúa entre 0,8% y 1,6% a lo largo de la vida, mientras que el trastorno bipolar II entre un 0,5% y 1,9%. Con un concepto más amplio (aquí se incluyen, por ejemplo, los estados mixtos y las falsas depresiones unipolares) la prevalencia podría alcanzar un 5% a 7% (Silva, 2004).

La especificación con inicio en el postparto puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno bipolar I o II si se inicia en las primeras 4 semanas después del alumbramiento de un hijo (APA, 1994).

ANEXO II.

ESCALA 'HIGHS': VERSIÓN ORIGINAL EN INGLÉS

THE 'HIGHS' SCALE

As you have recently given birth, we would like to know how you have been feeling. In the past 3 days, have you felt any of the following conditions?

If you answer yes to any of these questions, please indicate on which days these feelings were present –day 1 is the first day after your baby was born, day 2 the next day etc.

(Puntajes han sido incorporados para clarificar el procedimiento puntuación)

	Yes, a lot	Yes, a little	No	Days
Have you felt elated (high or unusually cheerful)?	2	1	0	
Have you felt more active than usual?	2	1	0	
Have you felt more talkative than usual, or a pressure to keep on talking?	2	1	0	
Have your thoughts raced?	2	1	0	
Have you felt that you are an especially important person with special talents abilities?	2	1	0	
Have you felt the need for less sleep?	2	1	0	
Have you had trouble concentrating because your attention keeps jumping to unimportant things around you?	2	1	0	

ANEXO III.

CUESTIONARIO 'HIGHS':

VERSIÓN ADAPTADA CON NUEVOS ÍTEMS INCORPORADOS

Nombre: _____ Fecha de entrevista: _____

INSTRUCCIONES:

Como usted ha dado a luz recientemente, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. **En estas últimas horas DESPUÉS DEL PARTO**, ¿ha sentido cualquiera de las siguientes condiciones?

Si usted responde que sí a cualquiera de estas preguntas, por favor **indique en CUÁL DÍA o DÍAS estuvieron presentes estos sentimientos**: el día 1 es el día en que su guaguüita nació, el día 2 es el siguiente.

Aquí hay unos ejemplos de cómo Ud. debe contestar este cuestionario.

		Sí, mucho	Sí, un poco	No	Día(s)
Ejemplo 1	¿Ha tenido más ganas de salir a pasear?	x			1 y 2
Ejemplo 2	¿Ha tenido más ganas de salir a pasear?		x		1

El primer ejemplo indica que la persona que contestó este cuestionario tuvo **muchas** más ganas de salir a pasear, y esto ocurrió tanto el día en que su guaguüita nació como al día siguiente, es decir los **DÍAS 1 Y 2**. El segundo ejemplo indica que la persona que contestó el cuestionario tuvo **un poco** más ganas de salir a pasear, pero sólo el día en que su guaguüita nació, es decir el **DÍA 1**.

CUESTIONARIO

		Sí, mucho	Sí, un poco	No	Día(s)
1.	¿Se ha sentido eufórica (extremadamente feliz o inusualmente alegre)?				
2.	¿Se ha sentido más activa de lo normal o físicamente inquieta (o con la necesidad física de moverse)?				
3.	¿Se ha sentido más conversadora de lo normal o como si no pudiese parar de hablar?				
4.	¿Ha sentido que sus pensamientos se han acelerado?				
5.	¿Ha sentido que es Ud. una persona especialmente importante y que posee talentos o habilidades especiales?				
6.	¿Ha sentido menos necesidad de dormir?				
7.	¿Ha tenido problemas para concentrarse porque su atención se desvía hacia cosas a su alrededor que no son muy importantes?				
8.	¿Ha sentido que su ánimo está inestable, de forma tal que a veces está alto y otras bajo?				
9.	¿Se ha sentido irritable sin razón aparente?				

ANEXO IV.

ESCALA DE EDIMBURGO

(Con Instrucciones e Ítem Siete Adaptados para Propósitos de este Estudio)

Nombre: _____ Fecha de entrevista: _____

INSTRUCCIONES:

Como usted tuvo recientemente un bebé (una guaguüita), nos gustaría saber cómo Ud. se ha estado sintiendo. Por favor marque una cruz en el casillero que corresponda a la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido **en estas últimas horas DESPUÉS DEL PARTO.**

Ejemplo: El siguiente es un ejemplo de cómo debe contestar.

Me he sentido feliz:

- todo el tiempo
- la mayor parte del tiempo
- no muy a menudo
- no me he sentido para nada feliz

Este ejemplo indica que **en estas últimas horas DESPUÉS DEL PARTO** la persona que contestó el cuestionario se ha sentido todo el tiempo feliz.

CUESTIONARIO

(Puntajes han sido incorporados en esta copia para clarificar el procedimiento puntuación)

1. Me he podido reír y ver el lado positivo de las cosas:

- (0) tanto como siempre
- (1) no tanto ahora
- (2) mucho menos
- (3) no he podido

2. Cuando he pensado en el futuro, me he sentido optimista:

- (0) tanto como siempre
- (1) algo menos de lo que solía hacer
- (2) casi nunca
- (3) nunca

3. Me he sentido culpable cuando las cosas no han salido bien:

- (3) la mayor parte de las veces
- (2) algunas veces
- (1) casi nunca
- (0) nunca

4. Me he sentido ansiosa y preocupada sin motivo:

- (0) nunca
- (1) casi nunca
- (2) a veces
- (3) casi siempre

5. He sentido miedo sin motivo alguno:

- (3) casi todo el tiempo
- (2) algunas veces
- (1) no mucho
- (0) nunca

6. Me he sentido sobrepasada por los acontecimientos:

- (3) la mayor parte del tiempo
- (2) a veces
- (1) casi nunca
- (0) nunca

7. Me he sentido tan desdichada, que he tenido dificultades para dormir:

- (3) sí, me ha costado mucho dormir
- (2) me ha sido un poco más difícil
- (1) casi no he tenido problemas para dormir
- (0) no, no he tenido ninguna dificultad para dormir

8. Me he sentido triste o desgraciada:

- (3) casi siempre
- (2) muy a menudo
- (1) casi nunca
- (0) nunca

9. Me he sentido tan triste que he estado llorando (responda de modo afirmativo, solamente si se ha sentido triste cuando ha llorado):

- (3) la mayor parte del tiempo
- (2) a menudo
- (1) sólo ocasionalmente
- (0) nunca

10. He pensado en hacerme daño a mi misma:

- (3) bastante a menudo
- (2) algunas veces
- (1) casi nunca
- (0) nunca

ANEXO V.
ESCALA 'HIGHS' VERSIÓN TELEFÓNICA

Nombre: _____ Fecha de entrevista: _____

INSTRUCCIONES:

Como usted tuvo una guagüita hace 3 (ó 6) semanas (léase de acuerdo al momento de aplicación), nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Le voy a decir algunas frases, por favor dígame cuál de ellas es la que más se acerca a cómo se ha sentido durante los últimos 4 días (no solamente hoy). Ud. tiene la posibilidad de responder “sí, mucho”; “sí, un poco” o “no”.

Antes de leer la primera pregunta, comenzar diciendo: “durante los últimos 4 días”

	Sí, mucho	Sí, un poco	No
¿Se ha sentido eufórica (extremadamente feliz o inusualmente alegre)?			
¿Se ha sentido más activa de lo normal o físicamente inquieta (con necesidad física de moverse)?			
¿Se ha sentido más conversadora de lo normal o como si no pudiese parar de hablar?			
¿Ha sentido que sus pensamientos se han acelerado?			
¿Ha sentido que es Ud. una persona especialmente importante y que posee talentos o habilidades especiales?			
¿Ha sentido menos necesidad de dormir?			
¿Ha tenido problemas para concentrarse porque su atención se desvía hacia cosas a su alrededor que no son muy importantes?			
¿Se ha sentido irritable sin razón aparente?			
¿Ha sentido que su ánimo está inestable, de forma tal que a veces está alto y otras bajo?			

ANEXO VI.
ESCALA DE EDIMBURGO VERSIÓN TELEFÓNICA

Nombre: _____

Fecha de entrevista: _____

INSTRUCCIONES: Como usted tuvo una guagüita hace 3 (ó 6) semanas (léase de acuerdo al momento de aplicación), nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo.

Le voy a leer 10 afirmaciones. Cada una de ellas tiene 4 alternativas de respuesta. Ud. debe elegir cuál de las alternativas se acerca más a cómo se ha sentido durante los últimos 7 días, no solamente hoy.

Comenzar diciendo: Durante los últimos 7 días,

1. Me he podido reír y ver el lado positivo de las cosas:

- a. tanto como siempre
- b. no tanto ahora
- c. mucho menos
- d. no he podido

2. Cuando he pensado en el futuro, me he sentido optimista:

- a. tanto como siempre
- b. algo menos de lo que solía hacer
- c. casi nunca
- d. nunca

3. Me he sentido culpable cuando las cosas no han salido bien:

- a. la mayor parte del tiempo
- b. algunas veces
- c. casi nunca
- d. nunca

4. Me he sentido ansiosa y preocupada sin motivo:

- a. nunca
- b. casi nunca
- c. a veces
- d. casi siempre

5. He sentido miedo sin motivo alguno:

- a. casi todo el tiempo
- b. algunas veces
- c. no mucho
- d. nunca

6. Me he sentido sobrepasada por los acontecimientos:

- a. la mayor parte del tiempo
- b. a veces
- c. casi nunca
- d. nunca

7. Me he sentido tan desdichada, que he tenido dificultades para dormir:

- a. casi siempre
- b. a veces
- c. no muy a menudo
- d. nunca

8. Me he sentido triste y desgraciada:

- a. la mayor parte del tiempo
- b. bastante a menudo
- c. casi nunca
- d. nunca

9. Me he sentido tan triste que he estado llorando:

- a. la mayor parte del tiempo
- b. a menudo
- c. sólo ocasionalmente
- d. nunca

10. He pensado en hacerme daño a mi misma:

- a. bastante a menudo
- b. algunas veces
- c. casi nunca
- d. nunca

ANEXO VII.
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL
ESTUDIO

Estimada mamá:

Le invitamos a participar en el siguiente estudio. Para ello, le pedimos que lea atentamente este consentimiento antes de decidir su eventual participación.

A. Objetivo del Estudio

El presente estudio, tiene como objetivo generar mayor conocimiento sobre la salud mental de las madres en el postparto, así como, ayudar a los profesionales de la salud a detectar mujeres en riesgo de desarrollar, en dicho período, alguna enfermedad del estado de ánimo, como por ejemplo, una depresión.

B. Procedimientos del Estudio

Este estudio comprende tres partes. Si usted está de acuerdo en participar, deberá:

Completar en este momento, dos breves cuestionarios y responder a algunas preguntas que le haremos verbalmente sobre su parto y otros antecedentes personales, lo que le tomará alrededor de 10 minutos.

Eventualmente, se le llamara por teléfono en 3 semanas más (a partir de hoy), para que responda a través del teléfono a las preguntas de dos breves cuestionarios.

Finalmente, es posible que sea llamada por teléfono nuevamente en 6 semanas más (a partir de hoy) para que responda a través del teléfono nuevamente a las preguntas de dos breves cuestionarios.

C. Beneficios

Al participar en este estudio, usted será informada y orientada ante la eventualidad de presentar alguna alteración emocional que amerite su atención clínica, de modo que si Ud. lo desee, pueda ser atendida por un especialista.

E. Información Adicional

Confidencialidad: Su nombre permanecerá en estricto secreto. No será publicado en ninguna revista o congreso médico.

Costos y pagos: No habrá costo ni pago alguno para Ud. como resultado de participar en este estudio.

Preguntas: Si Ud. tiene algún problema o alguna pregunta extra respecto de este estudio, puede contactarse con el investigador responsable: Dra. Ximena Fuentes (Médico Jefe Hospital de Día) o el Psicólogo Miguel Cordero V. (Jefe Unidad de Psicología Perinatal, CEDIP). En el caso de que tenga dudas sobre sus derechos como persona, puede dirigirse al Comité de Ética que aprobó este protocolo y comunicarse con el Dr. Patricio Michaud o con la Sra. Edith Mora.

G. Consentimiento

La participación en el presente estudio es voluntaria, por lo que usted tiene la libertad de rehusarse a participar en él o retirarse en cualquier momento. Su decisión acerca de participar o no en este estudio, no tendrá ninguna influencia sobre su presente o futuro estado como paciente que busca cuidados postnatales en este hospital.

He leído la explicación de este estudio teniendo la oportunidad de discutirlo y de hacer preguntas.

Nombre de la paciente: _____

Firma de la paciente mayor de edad & fecha

Firma del representante legal de la paciente
menor de edad & fecha

ANEXO VIII.

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES DE LA MADRE

Antecedentes personales:

Nombre: _____ Edad: _____

Teléfono Casa: _____ Celular: _____ Teléfono de recado: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Antecedentes psicológicos:

1.- ¿Ha sido usted alguna vez diagnosticada con una enfermedad psiquiátrica o trastorno psicológico?:

No Sí Diagnóstico: _____ ¿Persiste actualmente el trastorno? _____

2.- ¿Existen en su familia antecedentes de enfermedad psiquiátrica o trastorno psicológico?: No Sí

3.- De existir estos antecedentes, indique su parentesco y el diagnóstico de la enfermedad:

Familiar(es): _____ Diagnóstico(s): _____

Embarazo:

1.- ¿Cómo se sintió generalmente durante su embarazo?:

Contenta Ansiosa-intranquila Triste Otro _____

2.- ¿Actualmente tiene pareja? No Sí

3.- Es este bebé (guagüita) su: Primer hijo Segundo hijo

Tercer hijo Más _____

4. Después del parto ¿ha llorado sin sentirse triste? No Sí

ANEXO IX.

PERMISO PARA VALIDAR LA ESCALA 'HIGHS'

[Imprimir](#) - [Cerrar ventana](#)

Asunto: RE: Chilean investigation about highs
Fecha: Tue, 10 Jan 2006 11:58:35 -0000
De: "Glover, Vivette A S" <v.glover@imperial.ac.uk>
Para: m_eugeniafarias@yahoo.com

Dear Maria, Im very pleased that you are going to do research on the highs. You dont need my permission-you can just use the scale. As we used it we just used the total score, with 8 as a cut off. But you could look and see how that compares with using an entry criterion of euphoria. It is just a research tool , so Id be a bit cautious about using the term " diagnosis". Anyway good luck, and Id be interested to know hoe you get on.
Best wihses, Vivette

LLama Gratis a cualquier PC del Mundo.
Llamadas a fijos y moviles desde 1 centimo por minuto.
<http://es.voice.yahoo.com>

ANEXO X.

CORRELACIONES ÍTEM-TEST PRIMERA APLICACIÓN ESCALA HIGHS (N=98)

		Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Escala Highs
Ítem 1	Correlación de Pearson	1	0,261(**)	0,113	0,186	0,387(**)	0,180	-0,095	-0,146	-0,079	0,441(**)
	Sig. (bilateral)	.	0,009	0,269	0,067	0,000	0,076	0,354	0,152	0,441	0,000
Ítem 2	Correlación de Pearson	0,261(**)	1	0,108	0,298(**)	0,324(**)	0,142	0,030	-0,092	-0,148	0,482(**)
	Sig. (bilateral)	0,009	.	0,291	0,003	0,001	0,163	0,773	0,368	0,147	0,000
Ítem 3	Correlación de Pearson	0,113	0,108	1	0,135	0,128	0,320(**)	0,058	0,036	0,100	0,460(**)
	Sig. (bilateral)	0,269	0,291	.	0,184	0,210	0,001	0,567	0,728	0,329	0,000
Ítem 4	Correlación de Pearson	0,186	0,298(**)	0,135	1	0,319(**)	0,188	0,165	0,344(**)	0,251(*)	0,694(**)
	Sig. (bilateral)	0,067	0,003	0,184	.	0,001	0,064	0,103	0,001	0,013	0,000
Ítem 5	Correlación de Pearson	0,387(**)	0,324(**)	0,128	0,319(**)	1	0,148	-0,072	-0,132	-0,017	0,536(**)
	Sig. (bilateral)	0,000	0,001	0,210	0,001	.	0,147	0,481	0,196	0,869	0,000
Ítem 6	Correlación de Pearson	0,180	0,142	0,320(**)	0,188	0,148	1	-0,041	-0,064	0,049	0,466(**)
	Sig. (bilateral)	0,076	0,163	0,001	0,064	0,147	.	0,691	0,532	0,629	0,000
Ítem 7	Correlación de Pearson	-0,095	0,030	0,058	0,165	-0,072	-0,041	1	0,488(**)	0,298(**)	0,373(**)
	Sig. (bilateral)	0,354	0,773	0,567	0,103	0,481	0,691	.	0,000	0,003	0,000
Ítem 8	Correlación de Pearson	-0,146	-0,092	0,036	0,344(**)	-0,132	-0,064	0,488(**)	1	0,445(**)	0,401(**)
	Sig. (bilateral)	0,152	0,368	0,728	0,001	0,196	0,532	0,000	.	0,000	0,000
Ítem 9	Correlación de Pearson	-0,079	-0,148	0,100	0,251(*)	-0,017	0,049	0,298(**)	0,445(**)	1	0,397(**)
	Sig. (bilateral)	0,441	0,147	0,329	0,013	0,869	0,629	0,003	0,000	.	0,000
Escala Highs	Correlación de Pearson	0,441(**)	0,482(**)	0,460(**)	0,694(**)	0,536(**)	0,466(**)	0,373(**)	0,401(**)	0,397(**)	1
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

ANEXO XI.

CORRELACIONES ÍTEM-TEST TERCERA APLICACIÓN ESCALA HIGHS (N=84)

		Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Escala Highs
Ítem 1	Correlación de Pearson	1	0,326(**)	0,274(*)	0,257(*)	0,382(**)	0,122	-0,083	-0,018	-0,056	0,460(**)
	Sig. (bilateral)	.	0,002	0,012	0,018	0,000	0,269	0,453	0,872	0,612	0,000
Ítem 2	Correlación de Pearson	0,326(**)	1	0,265(*)	0,260(*)	0,052	0,439(**)	0,133	-0,034	0,022	0,502(**)
	Sig. (bilateral)	0,002	.	0,015	0,017	0,637	0,000	0,229	0,759	0,840	0,000
Ítem 3	Correlación de Pearson	0,274(*)	0,265(*)	1	0,215(*)	0,412(**)	0,312(**)	-0,075	-0,052	-0,209	0,424(**)
	Sig. (bilateral)	0,012	0,015	.	0,050	0,000	0,004	0,500	0,639	0,057	0,000
Ítem 4	Correlación de Pearson	0,257(*)	0,260(*)	0,215(*)	1	0,131	0,462(**)	0,412(**)	0,310(**)	0,387(**)	0,717(**)
	Sig. (bilateral)	0,018	0,017	0,050	.	0,234	0,000	0,000	0,004	0,000	0,000
Ítem 5	Correlación de Pearson	0,382(**)	0,052	0,412(**)	0,131	1	0,078	-0,147	-0,119	-0,172	0,326(**)
	Sig. (bilateral)	0,000	0,637	0,000	0,234	.	0,479	0,181	0,279	0,118	0,003
Ítem 6	Correlación de Pearson	0,122	0,439(**)	0,312(**)	0,462(**)	0,078	1	0,379(**)	0,163	0,205	0,637(**)
	Sig. (bilateral)	0,269	0,000	0,004	0,000	0,479	.	0,000	0,138	0,061	0,000
Ítem 7	Correlación de Pearson	-0,083	0,133	-0,075	0,412(**)	-0,147	0,379(**)	1	0,521(**)	0,659(**)	0,595(**)
	Sig. (bilateral)	0,453	0,229	0,500	0,000	0,181	0,000	.	0,000	0,000	0,000
Ítem 8	Correlación de Pearson	-0,018	-0,034	-0,052	0,310(**)	-0,119	0,163	0,521(**)	1	0,753(**)	0,554(**)
	Sig. (bilateral)	0,872	0,759	0,639	0,004	0,279	0,138	0,000	.	0,000	0,000
Ítem 9	Correlación de Pearson	-0,056	0,022	-0,209	0,387(**)	-0,172	0,205	0,659(**)	0,753(**)	1	0,570(**)
	Sig. (bilateral)	0,612	0,840	0,057	0,000	0,118	0,061	0,000	0,000	.	0,000
Escala Highs	Correlación de Pearson	0,460(**)	0,502(**)	0,424(**)	0,717(**)	0,326(**)	0,637(**)	0,595(**)	0,554(**)	0,570(**)	1
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000	0,000	0,000	.

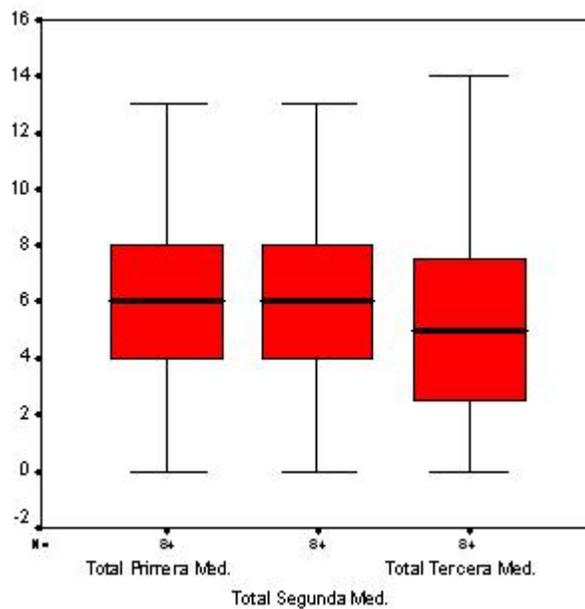
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

ANEXO XII.

DIAGRAMA DE CAJAS: DISTRIBUCIÓN DE PUNTAJES DE LA ESCALA HIGHS EN LAS DISTINTAS MEDICIONES (ÍTEMS 1-9)

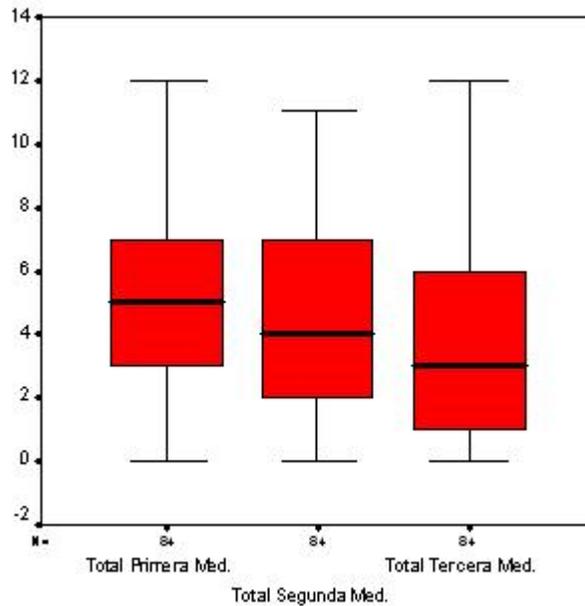
	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje (%)	N	Porcentaje (%)	N	Porcentaje (%)
Total Primera Medición	84	85,7	14	14,3	98	100
Total Segunda Medición	84	85,7	14	14,3	98	100
Total Tercera Medición	84	85,7	14	14,3	98	100



ANEXO XIII.

DIAGRAMA DE CAJAS: DISTRIBUCIÓN DE PUNTAJES DE LA ESCALA HIGHS EN LAS DISTINTAS MEDICIONES (ÍTEMS 1-7)

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje (%)	N	Porcentaje (%)	N	Porcentaje (%)
Total Primera Medición	84	85,7	14	14,3	98	100
Total Segunda Medición	84	85,7	14	14,3	98	100
Total Tercera Medición	84	85,7	14	14,3	98	100



ANEXO XIV.

**DIAGRAMA DE CAJAS: DISTRIBUCIÓN DE PUNTAJES DE LA ESCALA DE
DEPRESIÓN POSTNATAL EN LAS DISTINTAS MEDICIONES**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje (%)	N	Porcentaje (%)	N	Porcentaje (%)
Total Primera Medición	84	85,7	14	14,3	98	100
Total Segunda Medición	84	85,7	14	14,3	98	100
Total Tercera Medición	84	85,7	14	14,3	98	100

