

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**



**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS DEL
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.
CUENCA-ECUADOR. 2017**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO**

AUTORES:

INGRID ESTEFANI BORRERO NARVÁEZ C.I: 1105333262

SANTIAGO ANDRÉS CASTRO VINTIMILLA C.I: 0103812418

DIRECTORA:

DRA. JEANNETH PATRICIA TAPIA CÁRDENAS CI: 0104457767

CUENCA-ECUADOR

2017



RESUMEN

OBJETIVO GENERAL: determinar la frecuencia de Depresión Posparto (DPP) en puérperas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-Ecuador. 2017.

METODOLOGÍA: se realizó un estudio descriptivo, con entrevista a 203 madres en el área de maternidad del Hospital Vicente Corral Moscoso, se utilizó como instrumento una encuesta con dos partes; la primera fue llenada en el posparto inmediato y contenía datos sociodemográficos, entre otros, y la segunda parte constaba de la escala de depresión posparto de Edimburgo (EDPE), que se completó mediante la entrevista por vía telefónica pasados 7 días del parto. Los datos fueron analizados con el programa SPSS, donde se realizó un reporte descriptivo y de frecuencia de DPP.

RESULTADOS: de las 203 madres que participaron, el grupo de edad con mayor porcentaje fue de 20-24 años con 26,6%. Por su estado civil, el 48,3% de madres se encontraban en unión libre. El mayor grupo de madres vivían en zona urbana con un porcentaje del 60,1%, mientras según su etnia el 98,0% se consideraron mestizas. Según su instrucción el mayor grupo con el 37,9% tenía secundaria completa. Además según la EDPE la frecuencia de DPP fue del 49,8%.

CONCLUSIONES: el mayor porcentaje de DPP se encontró en aquellas que no planificaron su embarazo y tuvieron su parto por vía vaginal, en comparación a quienes se realizó cesárea. Según la clasificación de DPP dada por la EDPE, el 70% de madres encuestadas presentó DPP moderada.

PALABRAS CLAVE: DEPRESION, POSPARTO, EMBARAZO, MADRES, CUENCA, EDIMBURGO



ABSTRACT

GENERAL OBJECTIVE: determine the frequency of Postpartum Depression in postpartum women attended at Vicente Corral Moscoso Hospital. Cuenca-Ecuador. 2017.

METHODOLOGY: a descriptive study was conducted, with an interview with 203 mothers in the maternity area of Vicente Corral Moscoso Hospital. A two-part survey was used as instrument; the first one was filled in the immediate postpartum and contained sociodemographic data, among others, and the second part with the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EDPE), was completed by telephone interview after 7 days of delivery. The data were analyzed with the SPSS program, where a descriptive and frequency report of DPP was made.

RESULTS: of the 203 mothers who participated, the age group with the highest percentage was 20-24 years with 26.6%. By their marital status, 48.3% of mothers were in a free union. The largest group of mothers lived in urban areas with a percentage of 60.1%, while according to their ethnic group 98.0% were considered mestizas. According to his instruction the largest group with 37.9% had full secondary. Also according to EDPE the frequency of DPP was 49.8%.

CONCLUSIONS: the highest percentage of PPD was found in those who did not plan their pregnancy and had their vaginal delivery compared to those who underwent cesarean delivery. According to the DPP classification given by EDPE, 70% of mothers surveyed had moderate PPD.

KEYWORDS: DEPRESSION, POSTPARTUM, PREGNANCY, MOTHERS, CUENCA, EDIMBURGO.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
1. INTRODUCCIÓN	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	16
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	17
2.1 Generalidades	17
2.2 Trastornos del estado de ánimo asociados al posparto	17
2.3 DEPRESIÓN POSPARTO (DPP)	17
2.3.1 Definición	17
2.3.2 Etiología.....	18
2.3.3 Sintomatología.....	18
2.3.4 Factores de Riesgo.....	19
2.3.5 Método Diagnóstico.....	21
3. OBJETIVOS.....	23
3.1 Objetivo general:.....	23
3.2 Objetivos específicos:	23
4. DISEÑO METODOLÓGICO	24
4.1 Tipo de estudio.....	24
4.2 Área de estudio	24
4.3. Universo y muestra.....	24
4.4 Criterios de exclusión e inclusión	24
4.4.1 Criterios de inclusión:	24
4.4.2 Criterios de exclusión:	24
4.5 Operacionalización de las variables.....	25
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	27
4.6.1 Métodos de procesamiento de la información:.....	27
4.6.2 Técnica:	27
4.6.3 Instrumentos:	27
4.7 PROCEDIMIENTOS	27



UNIVERSIDAD DE CUENCA

4.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:	28
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	28
5. RESULTADOS	29
5.1. Características socio-demográficas del grupo de estudio	29
5.2 Frecuencia de Depresión Posparto (DPP)	30
5.3 Tipo de DPP determinada por EDPE (Escala de Depresión Postparto Edimburgo)	30
5.4 Características de la DPP según: paridad, tipo de parto, planificación de embarazo, episiotomía, violencia obstétrica, recurrencia.	31
6. DISCUSIÓN	32
6.1 Frecuencia de Depresión Postparto:	32
6.2. Frecuencia de Depresión posparto (DPP) según características sociodemográficas:	33
6.2.1 Edad	33
6.2.2 Nivel de Instrucción	34
6.2.3 Estado Civil	34
6.2.4 Residencia	34
6.3. Frecuencia de DPP según: paridad, tipo de parto, planificación de embarazo, episiotomía, violencia obstétrica, recurrencia	34
6.3.1 Paridad	34
6.3.2 Planificación del embarazo	35
6.3.3 Vía de Parto	35
6.3.4 Episiotomía	35
6.3.5 Violencia Obstétrica	35
6.3.6 Recurrencia	35
7. CONCLUSIONES	36
8. RECOMENDACIONES	37
9. BIBLIOGRAFÍA	38
10. ANEXOS	42



UNIVERSIDAD DE CUENCA
RESPONSABILIDAD

Ingrid Estefani Borrero Narváz autor del proyecto de investigación “Frecuencia de Depresión Posparto en puérperas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-Ecuador. 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de mi exclusiva responsabilidad.

Cuenca, 06 de octubre del 2017

.....
Ingrid Estefani Borrero Narváz

C.I: 1105333262



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Cláusula de la licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Yo Ingrid Estefani Borrero Narvárez con C.I.: 1105333262 autora del proyecto de investigación “Frecuencia de Depresión Posparto en puérperas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-Ecuador. 2017”, de conformidad con el Art. 114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra. Con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 114 de la ley Orgánica de educación superior.

Cuenca, 06 de octubre del 2017

.....

Ingrid Estefani Borrero Narvárez

C.I: 1105333262



UNIVERSIDAD DE CUENCA
RESPONSABILIDAD

Santiago Andrés Castro Vintimilla, autor del proyecto de investigación “Frecuencia de Depresión Posparto en puérperas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-Ecuador. 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de mi exclusiva responsabilidad.

Cuenca, 06 de octubre del 2017

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Santiago Castro", written over a light blue grid background.

.....
Santiago Andrés Castro Vintimilla

C.I: 0103812418



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Cláusula de la licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Yo Santiago Andrés Castro Vintimilla con C.I.: 0103812418 autor del proyecto de investigación “Frecuencia de Depresión Posparto en puérperas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-Ecuador. 2017”, de conformidad con el Art. 114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra. Con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 114 de la ley Orgánica de educación superior.

Cuenca, 06 de octubre del 2017

.....
Santiago Andrés Castro Vintimilla

C.I: 0103812418



DEDICATORIA

A nuestras familias que siempre estuvieron apoyándonos.
Y a nuestro hijo que es el motor que nos impulsa a seguir adelante.



AGRADECIMIENTO

Primero a Dios, por permitirme estar rodeada de tanto amor y de personas que sólo me han ayudado a avanzar en mi camino y cumplir mis metas.

A mis padres que han estado a mi lado brindando siempre su apoyo incondicional, dándome las fuerzas necesarias para seguir adelante sin importar los obstáculos, y alentándome siempre a ser mejor persona y profesional.

Y a mis hermanos que también estuvieron alentándome a culminar esta etapa de mi vida como profesional.

Ingrid Estefani Borrero Narváez

A mis padres por su sacrificio diario para entregarme las herramientas que permitieron completar este sueño.

A Dios que me ayudó a mantenerme con fuerza y pasión en este camino de aprendizaje constante.

Al resto de mi familia por siempre apoyarme en el día a día de mi vida.

Santiago Andrés Castro Vintimilla

En conjunto presentamos nuestros más sinceros agradecimientos a nuestra directora de tesis, que así mismo fue nuestra asesora, a la Dra. Janeth Tapia, por su constante apoyo y motivación para nunca rendirnos y realizar este trabajo de investigación. Así mismo agradecemos a las autoridades del Hospital Vicente Corral Moscoso, a las madres que colaboraron con nuestro estudio, y a las autoridades de la facultad de Ciencias médicas de la Universidad de Cuenca por apoyar nuestro trabajo.



1. INTRODUCCIÓN

La paridad es asociada a diversos trastornos psiquiátricos como la psicosis, manía posparto y trastorno bipolar, siendo de mayor importancia la depresión posparto (DPP) ⁽¹⁾. La misma que se define como la presencia de diversos síntomas negativos dentro de las cuatro semanas después del parto ⁽²⁾.

Durante los últimos años a nivel mundial se ha incrementado el estudio de la DPP, no sólo en puerperio, sino también en el periparto considerando su desarrollo durante el embarazo con el fin de lograr una atención integral en su salud ⁽³⁾. Al ser el embarazo y parto estados asociados a un nivel elevado de estrés por los múltiples cambios bioquímicos y psicosociales ⁽⁴⁾.

La frecuencia de DPP oscila a nivel mundial entre el 10-20%, observándose cifras más elevadas durante la adolescencia ⁽³⁾. Este trastorno tiene una tasa de recurrencia que se mantiene del 10-35%, siendo de una frecuencia más alta en países en desarrollo, en comparación con los desarrollados, ya que no es diagnosticada oportunamente ⁽⁵⁾.

En diferentes lugares del mundo se recogieron los siguientes datos concernientes a la frecuencia de DPP: Estados Unidos (11,7-20,4%), América del Sur (20,7%), Europa (6,1-16,8%) y África (13,2) ⁽⁶⁾.

En estudios realizados en países de Latinoamérica, se encontraron diferentes resultados en cuanto a la frecuencia de la DPP. Así se encontró en estudio realizado en Venezuela 2011, Urdaneta, et al, que la frecuencia de este trastorno está en alrededor de 22% reportada mediante la escala de Edimburgo. Según un estudio realizado por Moreno Zaconeta et al en Brasil, 2004 se encuentra una frecuencia del 16,5%. En un estudio realizado por Almanza, et al, en México, 2011 se encontró una frecuencia general de 32,6% de DPP.

En una investigación en Colombia en el 2011, por Cuero-Vidal, et al, con una muestra de 149 mujeres, se halló una prevalencia de depresión posparto del 46,3% (IC 95%: 38,1-54,7) según la escala de Edimburgo, considerándose una de las más altas a nivel mundial ⁽²⁾.



En nuestro país encontramos un estudio sobre depresión posparto realizado en la ciudad de Cuenca-Ecuador en madres atendidas en el hospital José Carrasco Arteaga en el 2014, por Santacruz, et al, donde se halló una frecuencia de DPP de 34,3% según la EDPE ⁽¹³⁾. Resultados muy semejantes a los realizados en Latinoamérica, sin embargo por encima del porcentaje descrito a nivel mundial.

Se ha descrito varios métodos que permitan una identificación de este trastorno oportunamente para mejorar así el estado de salud de nuestras embarazadas. Un medio de cribado para DPP es la denominada Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EDPE), que además de ser una herramienta muy útil, permite acortar el tiempo de entrevista con cada parturienta ⁽⁷⁾. En un estudio realizado por la Universidad de Chile, Alvarado, et al en 2012 en centros de atención primaria de salud, se identificó varios puntos a favor de esta escala permitiendo su validación.

Pese a las herramientas que existen en el medio, hoy en día no se conoce con exactitud si se ha logrado determinar la frecuencia de DPP en las mujeres, ya sea durante su embarazo o al nacimiento de su bebé, o cuántos profesionales de la salud le dan la importancia adecuada al tema, tratando de prevenir el desarrollo de este trastorno, mediante la identificación de sus síntomas.

Se consideran distintos métodos para el tratamiento de este trastorno que van desde terapias conductuales hasta el uso de medicación si el caso lo amerita. Así mismo la familia, pareja y amistades ocupan un lugar muy importante para su superación, el apoyo de estos en el cuidado del recién nacido es un punto clave, además de que le permitirá a la madre ocuparse de sí misma. ^{(5) (8) (9)}



1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudios sobre los desórdenes puerperales han ido en aumento durante los últimos años, de estos el más destacado y de mayor relevancia, es la depresión posparto, debido a que es considerado un “trastorno depresivo mayor”, sin la presencia de síntomas psicóticos, además de encontrarse una frecuencia de tres veces mayor en países en vías de desarrollo que en los desarrollados, pero sin tener claro el porcentaje exacto de este ⁽⁷⁾ ⁽¹⁰⁾.

Existen diferentes factores de riesgo que pueden llevar a que la mujer desarrolle DPP, como lo son: la edad, estado civil, paridad, planificación del embarazo, entre otros. En un estudio realizado por Tapia et al, Lima, 2015 se encontró un riesgo de depresión postparto en un 20% de una muestra de 110 puérperas. Teniendo en cuenta los diferentes factores posibles de DPP, se concluyó que la mayoría de puérperas oscilaban en el grupo de edad de entre 26 a 30 años con un porcentaje del 29%, el 96% tenían pareja, ya sea conviviente o estaban casadas, 60% de mujeres eran primíparas, 88% referían parto por cesárea, 96% de ellas poseían estudios superiores y el 50% manifestaron embarazo planeado. No se encontró asociación entre el riesgo de DPP y las variables sociodemográficas ⁽¹¹⁾.

Se observa habitualmente la falta de interés por parte de la familia como de la propia madre sobre el tema, ya que se tiene la creencia que los síntomas son algo normal por lo que pasan todas las madres en su etapa de gestación o posterior a esta, debido a los cambios hormonales, además de que se espera que la mujer cumpla su función materna a pesar de cualquier circunstancia por la que este atravesando, sin tener en cuenta que siendo este un trastorno depresivo mayor, podría llegar a causar una gran repercusión tanto en la madre como en el recién nacido, por ende transformando la esfera familiar en un lugar poco cómodo y agradable donde tendrá que desarrollarse el niño o niña, teniendo consecuencias a corto o largo plazo. Por estas razones, no existe una cifra exacta que indique cuántas madres padecen de este trastorno o han llegado a desarrollar complicaciones mayores ⁽⁴⁾ ⁽¹²⁾ ⁽¹³⁾.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tras diferentes estudios realizados y después de décadas de iniciada la investigación sobre el tema, aún sigue quedando oculto y sin transmitirse lo que viven y sienten las mujeres cuando son madres ya sea por primera vez o por una diferente ocasión ⁽¹⁴⁾. La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, es el medio que se utiliza actualmente para la detección de la depresión en las madres, sin embargo no se ha investigado a cabalidad otro método para la detección de este trastorno.

En nuestro país no existen suficientes estudios, ni datos específicos sobre el tema, lo que representa un problema para el sistema de salud ⁽¹⁵⁾. Además que los estudios en DPP no son fáciles debido a las variaciones en sus diseños metodológicos, como por ejemplo el uso de instrumentos de tamizaje vs detección espontánea de los síntomas ⁽³⁾.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

1.2 JUSTIFICACIÓN

Por la revisión bibliográfica realizada, hemos podido dilucidar que aún existe un pobre conocimiento sobre el tema en nuestro país, y falta de información y datos estadísticos sobre la DPP en la ciudad de Cuenca, por lo que la presente investigación nos va a permitir abrir las puertas a un mejor método en cuanto al cuidado Materno-Neonatal.

Este estudio fue encaminado a encontrar la frecuencia de la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, con la finalidad de entregar resultados tangibles sobre este problema de salud, permitiendo tanto a los profesionales de salud, como a la sociedad en general interesada en este tema, encontrar información que plasme nuestra realidad.

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en sus prioridades de investigación 2013-2017, el presente estudio se encuentra en el área de investigación Salud Mental y Trastornos del Comportamiento, línea de Depresión, sublínea de grupos vulnerables.

Los datos obtenidos están a disponibilidad de las autoridades de salud, en la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, con la perspectiva de que se logró incentivar la realización de próximas investigaciones que son necesarias en esta área, siendo las madres las principales beneficiarias de esta investigación.

Frente a todo lo planteado hemos formulado la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la frecuencia de depresión postparto en las puérperas del Hospital Vicente Corral Moscoso?



2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Generalidades

Se conoce que la gestación y el parto son factores importantes que desencadenan trastornos psiquiátricos graves, por lo que resulta de suma importancia la identificación de la aparición de estos trastornos del ánimo en el puerperio inmediato para evitar complicaciones severas a un plazo más largo ⁽¹⁾ ⁽¹³⁾. Estudios han demostrado que el riesgo de padecer de este trastorno es más alto después del primer parto ⁽¹⁾. Así mismo se considera a la DPP, como un trastorno depresivo mayor, representando un importante problema de salud pública, debido a que estos episodios se asocian a consecuencias graves no solo en la paciente, sino también para la pareja, los hijos y familiares cercanos ⁽¹⁾ ⁽⁷⁾ ⁽¹³⁾.

2.2 Trastornos del estado de ánimo asociados al posparto

Existen tres tipos de alteraciones que pueden presentarse en el posparto:

- Disforia posparto o Maternity Blues: se presenta como el síndrome más leve después del parto, siendo un estado pasajero, con una prevalencia del 30-75%, que por lo general no requiere tratamiento.
- Depresión Posparto: es un trastorno comparable a otro episodio depresivo, con una prevalencia del 10-15%, que por lo general va a necesitar tratamiento.
- Psicosis Posparto: esta es la forma más severa de los trastornos del estado de ánimo relacionados con el posparto, con una prevalencia del 0,1-0,2%, necesitando hospitalización obligatoria ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾.

2.3 DEPRESIÓN POSPARTO (DPP)

2.3.1 Definición

Según la actual definición del DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) define a la DPP como un trastorno depresivo mayor de inicio en el



UNIVERSIDAD DE CUENCA

peri-parto, ya que aproximadamente el 50% de los síntomas depresivos se dan durante el embarazo ⁽¹⁵⁾.

2.3.2 Etiología

Existen diferentes estudios que tratan de explicar de dónde proviene este trastorno que afecta a las mujeres durante el embarazo y el puerperio, se puede decir que no se habla en sí de una causa en específico, sino de diferentes cambios fisiológicos y sociales por los que la madre atraviesa.

Hay diferentes causas por las que una mujer podría presentar síntomas de depresión posparto. Se habla de una transmisión intergeneracional de estrés materno prematuro como posible causa, que puede ocurrir a través de vías pre y postnatal, tales como alteraciones en la fisiología del estrés materno-fetal-placentario, depresión materna durante el embarazo y después del parto, así como interacciones madre-hijo deterioradas ⁽¹⁷⁾.

Existen hipótesis biológicas que sugieren que la DDP se relaciona con la caída de los niveles de estrógenos y progesterona al momento del alumbramiento ⁽⁵⁾. Así mismo también se habla de los niveles séricos del triptófano que se encuentra más bajo al final del embarazo e inicio del puerperio, siendo el triptófano precursor de la serotonina, neurotransmisor involucrado en la etiopatogenia de los trastornos depresivos, así mismo existe una disminución de ácido fólico, T3 y Beta-endorfina ^{(4) (18)}.

Así como los cambios en el estilo de vida por los que tiene que atravesar tanto la madre como la familia. En sí todos los integrantes deben adaptarse al horario del nuevo integrante y no al revés, lo que en muchas ocasiones puede llegar a frustrar a la madre ⁽⁴⁾.

2.3.3 Sintomatología

Los síntomas que se presentan en la depresión posparto son similares a cualquier otro trastorno del estado de ánimo ⁽⁵⁾.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Puede presentarse ansiedad, pobre percepción del rol materno, irritabilidad, llanto fácil, abulia, alteraciones del sueño, retardo psicomotor, fatiga, culpa, incapacidad de afrontamiento, pensamientos suicidas ⁽⁴⁾ ⁽¹⁸⁾.

2.3.4 Factores de Riesgo

Existen diferentes factores asociados al riesgo de padecer DDP, entre ellos tenemos: ⁽¹⁹⁾ ⁽²⁰⁾

Edad: debemos tener presente que ser una madre adolescente (menor de 19 años) aumenta el riesgo de padecer de este trastorno ⁽⁵⁾. Mientras que un estudio realizado por Molero et al, Venezuela, 2014, que incluyó una muestra de 100 mujeres, divididas en dos grupos pareados de 50 adolescentes (casos) y 50 adultas (controles); estas fueron evaluadas mediante la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS), dando como resultado que las puntuaciones totales en la EDPS, las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas ($5,88 \pm 1,96$ vs. $11,58 \pm 2,9$; $p < 0,001$). Traduciéndose en 4% de puérperas adolescentes con DPP y 72% de DPP en las adultas ⁽²¹⁾.

Estado civil: se ha observado en diversos estudios mayor prevalencia de DPP en madres solteras, por el hecho de no contar con la ayuda de una pareja en la crianza del niño o niña ⁽⁵⁾.

Zona en la que viven: un estudio realizado en Vigod et al, Canadá, 2013 concluyó que las mujeres que viven en las ciudades son más propensas a desarrollar depresión posparto, en comparación con aquellas que viven en la zona rural, con una diferencia del 9% al 6% respectivamente, explicándose que la diferencia se debía a las distintas características de la población ⁽²²⁾.

Paridad: según una investigación comparativa en Urdaneta et al, Venezuela, 2010 concluyeron que a través del test de Edimburgo el 90% de primigestas presentaron positividad ante riesgo de desarrollar depresión posparto, mientras



UNIVERSIDAD DE CUENCA

que en multíparas fue el 92%. Además se observó que según el DSMIV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versión IV) fueron diagnosticadas finalmente de DPP un porcentaje del 20% de las primigestas mientras que para las multíparas fue el 24% ⁽¹³⁾.

Planificación del embarazo: este factor es de suma importancia, porque un embarazo que no fue planificado, probablemente causará una gran frustración en la madre, por un cambio en su estilo de vida de un momento a otro, sin la debida preparación ⁽⁵⁾. En un estudio realizado en Contreras H et al, Lima-Perú, 2008 se encontró que las mujeres que no planificaron su embarazo tuvieron 2.2 veces más probabilidad de presentar trastorno depresivo durante la gestación (OR: 1.81; IC95%: 1.23-2.66; $p < 0.01$) ⁽²³⁾.

Vía de Parto: en la mayoría de estudios revisados se describen dos vías de parto: vaginal y cesárea, ya sea de emergencia o electiva. Una revisión sistemática realizada por la Universidad de Oregón ubicada en Eugene- Oregón en el año de 2013 en el cual se describen cinco estudios, de estos, en cuatro no se evidencia asociación significativa entre vía de parto y la posibilidad de presentar DPP. Sin embargo en un estudio de casos y controles en Taiwán 2005 por Yang, et al, de 10.535 mujeres los resultados demostraron mayor riesgo de depresión posparto en aquellas mujeres que su parto fue atendido por cesárea (RR: 1,300, 95% IC: 1,227 – 1,378) además la cesárea electiva presentó mayor riesgo de DPP sobre la cesárea de emergencia (OR: 1,48 $p = 0,0168$) ⁽²⁴⁾.

Episiotomía: la episiotomía se asocia a una percepción negativa del parto, ya que esto causa mayor dolor perineal, asociado a mayor riesgo de DPP y otras alteraciones psicológicas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la episiotomía no debe superar al 30% de los partos, recomienda una episiotomía selectiva, pero no rutinaria. En un estudio realizado por Mahboubeh F et al, Irán, 2015 indica prevalencia de 38.2% de sintomatología depresiva asociada a estrés postraumático, en pacientes con antecedente de episiotomía ⁽²⁵⁾.

Violencia Obstétrica: la violencia obstétrica causa en la mujer un daño físico y psicológico, por lo que es de suma importancia su estudio en relación a la DPP.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

En un estudio realizado por W. Schwab et al, Innsbruck, 2011, demuestra que madres con historial médico de parto traumático presentan mayor puntaje en la escala de Edimburgo ($p= 0,007/r= 0.367$), en las que tres de cada cinco mujeres expresan puntajes promedio de 12.5 y los síntomas depresivos se confirman en 60% de ellas. ⁽²⁶⁾.

Recurrencia de DPP: existe una gran probabilidad de que el antecedente de Depresión posparto (DPP) en un embarazo anterior aumente el riesgo de padecer nuevamente de este trastorno en posteriores gestas. Se considera que el riesgo de recurrencia se encuentra entre el 10-35%. ^{(27) (28)}.

2.3.5 Método Diagnóstico

Desde siglos atrás se viene investigando sobre la depresión puerperal, lo que llevo a varios investigadores a encontrar un método para reconocer con mayor precisión los síntomas de este trastorno. En Livingston, Edimburgo hubieron dificultades para identificar a las madre que padecían de DPP, ya que las escalas usadas antiguamente tenían grandes limitaciones al ser usadas en mujeres que se consideraban enfermas ellas mismas, por lo que en el año 1987 Cox, Holden y Sagovsky, realizaron la EDPE, la cual fue aceptada en un estudio con una muestra que consistía de 63 mujeres en la etapa del puerperio, constando inicialmente con 13 ítems, siendo modificada actualmente con 10 ítems, siendo validada con una sensibilidad de un 92 a 98% y una especificidad de un 80%, con un valor predictivo positivo del 77% y un valor predictivo negativo del 94% ⁽²⁹⁾.

La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EDPE) consta de 10 preguntas, con cuatro literales cada una, con una puntuación de 0,1, 2 y 3, según el aumento de gravedad del síntoma. Para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, los puntos se deben anotar en orden inverso, es decir 3, 2, 1, 0, Obteniéndose la puntuación final de la suma de los puntos asignados a cada respuesta, obteniéndose los siguientes resultados:



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Normal: 0-5

Leve: 6-10

Moderado: 11-20

Severo: >20

Se advierte que cualquier valor diferente a 0 en la respuesta de la pregunta 10, va a significar un signo de alarma, ya que la respuesta va a significar un pensamiento de autoagresión ⁽⁵⁾.

El instructivo de cómo debe ser llenada la encuesta es la siguiente:

1. Pida al paciente que marque la respuesta más cercana a cómo se ha sentido en los 7 días anteriores.
2. Todos los artículos deben ser completados.
3. Se debe tener cuidado para evitar que la paciente discuta sus respuestas con otras personas. (Las respuestas vienen directamente de la paciente, ya sea embarazada o después del parto.)
4. La paciente debe completar la EPDS, a menos que tenga una competencia limitada en inglés o tenga dificultades con la lectura. Si el paciente tiene un problema de comprensión, el proveedor debe tomar una decisión sobre cómo administrar mejor el EPDS. Idealmente, un intérprete médico entrenado, no un miembro de la familia, sirve como el traductor.

(33) (34)



3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general: determinar la frecuencia de Depresión Posparto en puérperas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-Ecuador. 2017.

3.2 Objetivos específicos:

1. Caracterizar socio-demográficamente a la población de estudio por: edad, estado civil, residencia, etnia, instrucción.
2. Caracterizar la depresión postparto por: tipo de parto, planificación de embarazo, episiotomía, violencia obstétrica, recurrencia.



4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

Estudio observacional y descriptivo que permitió conocer la frecuencia de depresión postparto.

4.2 Área de estudio

El estudio se realizó en el área de hospitalización de Gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca-Ecuador.

4.3. Universo y muestra

Considerando que el número de partos atendidos en el año 2016 en el Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCN) fue un total de 4964. Se determinó una muestra mínima de 203 pacientes utilizando la fórmula con la corrección de la población finita, con base en supuesto de prevalencia de 15% con un 5% de error e intervalo de confianza de 95% y con un 10% de porcentaje de pérdidas esperadas.

4.4 Criterios de exclusión e inclusión

4.4.1 Criterios de inclusión:

Mujeres en puerperio inmediato cuyo parto fue atendido en el área de hospitalización de Gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso que firmen el consentimiento o asentimiento informado.

4.4.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes cuyo hijo/a ingresó a neonatología.
- Pacientes cuyo hijo/a falleció en el puerperio.
- Pacientes con diagnóstico previo de estados depresivos.
- Pacientes que tuvieron óbito fetal.
-



4.5 Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que transcurre desde el nacimiento de una persona. ⁽³⁰⁾	Cronológica	Años cumplidos.	< 0 = 19 20-24 25-29 30-34 >35
Instrucción	Grados de estudios alcanzados ⁽¹⁵⁾	Nivel escolar	Niveles aprobados	Superior Secundaria Secundaria Incompleta Primaria Primaria Incompleta Analfabeta
Estado Civil	Situación jurídica de una persona en la familia y sociedad que lo habilita para ejercer ciertos derechos y obligaciones ⁽³¹⁾	Legal	Registro de formulario	Soltera Casada Viuda Divorciada Unión Libre
Etnia	Grupo social, comunidad de personas que comparten diversas características y rasgos.	Autoidentificación	Como se identifica según su cultura y costumbres	Mestiza Afroecuatoriana Blanca Indígena Negra Mulata Montubia Otra
Residencia	Zona en la que habita una persona. ⁽¹⁵⁾	Geográfica	Registro de formulario	Urbana Rural
Paridad	Número de gestaciones que ha tenido una madre ⁽¹³⁾	Biológica	Registro de formulario	Primípara: <1 Multípara: >1
Planificación del embarazo	Planificación del número de hijos deseados y determinar el intervalo entre embarazos ⁽³²⁾	Social	Registro de formulario	Sí No
Vía del parto	Es la forma en que se obtiene al feto, tenemos el parto vaginal, en el que es expulsado por el canal de parto natural (vagina) o el parto abdominal (cesárea). ⁽²⁴⁾	Física	Registro de formulario	Vaginal Cesárea
Episiotomía	Es la incisión quirúrgica del periné realizada durante el período expulsivo, con el fin	Física	Registro de formulario	Sí No



UNIVERSIDAD DE CUENCA

	de evitar desgarros en la región perineal y disminuir la compresión de la cabeza del feto. ⁽²⁵⁾			
Violencia Obstétrica	Es el trato irrespetuoso y ofensivo hacia la madre, durante el embarazo y parto, dado por la persona que atiende el mismo. ⁽²⁶⁾	Perceptiva	Registro de formulario	Sí No
Recurrencia de DPP	Diagnóstico de trastorno del estado de ánimo dado por un especialista en un embarazo previo al actual ⁽¹³⁾ .	Biológica	Registro de formulario	Sí No
Depresión posparto	Trastorno depresivo mayor de inicio en el peri-parto, ya que aproximadamente el 50% de los síntomas depresivos se dan comienzo durante el embarazo ⁽¹⁵⁾ .	Biológica	Escala de Depresión Postparto de Edimburgo	<u>Normal:</u> 0-5 puntos en EDPE <u>Leve:</u> 6-10 puntos en EDPE <u>Moderado:</u> 11-20 puntos en EDPE <u>Severo:</u> >20 puntos en EDPE



4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.6.1 Métodos de procesamiento de la información: los datos fueron tabulados por medio de los programas Excel y SPSS. Los resultados se presentaron en tablas.

4.6.2 Técnica: se utilizó la entrevista a las pacientes como técnica de la recolección de datos por medio de un formulario que contuvo las variables de estudio y la escala de depresión posparto de Edimburgo (EDPE).

4.6.3 Instrumentos: se utilizó un formulario de recolección de datos con las distintas variables, además del formulario de la escala de depresión posparto de Edimburgo (EDPE).

4.7 PROCEDIMIENTOS

Una vez aprobado el protocolo por el Comité de Ética de la Universidad de Cuenca y con el conocimiento y aprobación de las autoridades del Hospital Vicente Corral Moscoso, procedimos a aplicar las encuestas en el área de maternidad, solicitando en primera instancia la firma del consentimiento o asentimiento informado según fuera el caso, posteriormente se procedió a llenar el formulario, el mismo que constó de dos partes: la primera que fue llenada en el puerperio inmediato y contó con datos sociodemográficos, antecedentes gineco-obstétricos, entre otros, además se solicitó el número de teléfono a las pacientes para completar la segunda parte del instrumento, que constó del test de Edimburgo, siendo aplicado a las pacientes 7 días después del parto por vía telefónica, conversación que fue grabada para constancia de dicha entrevista y bajo la autorización previa de las entrevistadas.

El test de Edimburgo que se utilizó en la investigación ha sido validado internacionalmente y con el cual se ha la detección precoz de DPP, con una sensibilidad de un 92 a 98% y una especificidad de un 80%, con un valor predictivo positivo del 77% y un valor predictivo negativo del 94% ⁽²⁹⁾.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EDPE) (anexo 3) constó de 10 preguntas, con cuatro literales cada una, con una puntuación de 0,1, 2 y 3, según el aumento de gravedad del síntoma. Para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, los puntos se deben anotar en orden inverso, es decir 3, 2, 1, 0, Obteniéndose la puntuación final de la suma de los puntos asignados a cada respuesta, obteniéndose los siguientes resultados: Normal: 0-5, Leve: 6-10, Moderado: 11-20, Severo: >20 ⁽⁵⁾.

Finalmente luego de finalizar la recolección de datos la información fue procesada y se elaboró una matriz por medio de Excel y luego se analizó en el programa SPSS 15 MB.

4.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS: se presentaron los datos en forma de tablas. En dependencia del tipo de variable con el propósito de resumir la información se trabajó: cuantitativas con la media aritmética (\bar{x}) y la desviación estándar (DS); y cualitativas con frecuencias (N^0) y porcentajes (%).

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

La información que los participantes concedieron una vez suscrito el consentimiento y asentimiento informado para madres menores de edad (Anexo 1-2), fue de utilidad exclusiva para ésta investigación y las que deriven de ella.

A quien interese, puede corroborar los datos obtenidos de ésta investigación previa solicitud de la documentación y material informático, los mismos que estuvieron bajo el resguardo de los autores.

En los casos que se identificó Depresión posparto en las pacientes, se comunicó a la paciente sobre su estado.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses con las pacientes participantes del estudio.



5. RESULTADOS

5.1. Características socio-demográficas del grupo de estudio

Se entrevistó a 203 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, en el año 2017. El porcentaje más alto de DPP con 26,6% perteneció al grupo de edad de 20-24 años, seguido del 23,2%, al grupo de <19 años. Según su estado civil, el 48,3% de madres encuestadas vivían en unión libre, mientras el 35,0% se encontraban casadas. Por su lugar de vivienda, el 60,1% de madres vivían en zona urbana. Según su identificación étnica el 98,0% se consideraron mestizas. Para el nivel de instrucción, el 37,9% de madres refirió instrucción secundaria completa, seguidas de un 24,6% con instrucción primaria y secundaria incompleta.

Tabla # 1

Distribución de 203 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca. 2017, según sus características socio-demográficas.

	Variables	Frecuencia	Porcentaje (%)
Edad	<19	47	23,2
	20-24	54	26,6
	25-29	43	21,2
	30-34	30	14,8
	>35	29	14,3
	Total	203	100
Estado Civil	Casada	71	35
	Divorciada	1	0,5
	Soltera	33	16,3
	Unión Libre	98	48,3
	Total	203	100
Residencia	Urbano	122	60,1
	Rural	81	39,9
	Total	203	100
Etnia	Afro ecuatoriana	1	0,5
	Indígena	3	1,5
	Mestiza	199	98
	Total	203	100
Instrucción	Analfabeta	1	0,5
	Primaria	50	24,6
	Primaria Incompleta	7	3,4
	Secundaria	77	37,9
	Secundaria Incompleta	50	24,6
	Superior	18	8,9
	Total	203	100

Fuente: Formulario de recolección de datos



5.2 Frecuencia de Depresión Posparto (DPP)

En la presente investigación la frecuencia de Depresión Posparto alcanzó un 49,8% frente a un 50,2% que no la presentó.

Tabla # 2

Distribución de 203 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca. 2017, según frecuencia de depresión posparto determinada EDPE.

Variable		Frecuencia	Porcentaje (%)
Depresión Posparto	Si	101	49,8
	No	102	50,2
	Total	203	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Borrero Ingrid, Castro Santiago

5.3 Tipo de DPP determinada por EDPE (Escala de Depresión Postparto Edimburgo)

De las 101 madres que presentaron resultado positivo para DPP según la EDPE el grupo con mayor frecuencia fue el de depresión Moderada con el 70%, mientras la frecuencia para depresión Grave fue de 3%.

Tabla # 3

Distribución de 203 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca. 2017, según clasificación de depresión posparto determinada por EDPE.

Variable		Frecuencia	Porcentaje (%)
Depresión Escala Edimburgo	Grave	3	3
	Moderada	71	70
	Leve	27	27
	Total	101	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Borrero Ingrid, Castro Santiago



5.4 Características de la DPP según: paridad, tipo de parto, planificación de embarazo, episiotomía, violencia obstétrica, recurrencia.

Según su paridad, el 64% de madres fueron multíparas, de ellas el 28,1% presentaron resultado positivo para DPP, al contrario de las madres primípara con el 21,7%. Por su vía de parto el 51% tuvo parto vaginal, de las cuales el 24% presentó DPP, frecuencia parecida a aquellas mujeres con parto por cesárea, en las que el 26% de madres padecieron de DPP. De las mujeres encuestadas el 54% no planificó su embarazo, de este porcentaje el 29% tuvo DPP mientras quienes si planificaron su embarazo presentaron 20% de DPP. De los 103 partos por vía vaginal que hubo, se realizaron 58 episiotomías, de las cuales el 46,5% de las madres presentó DPP. De las 12 mujeres que respondieron afirmativamente sufrir violencia obstétrica, el 1% demostró positividad en el test de Edimburgo. El porcentaje de recurrencia en el presente estudio fue del 6%

Tabla # 4

Distribución de 203 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca. 2017, según característica de la DPP por: paridad, tipo de parto, planificación de embarazo, episiotomía, violencia obstétrica, recurrencia.

Variables		Depresión Posparto				Total	Porcentaje
		Si		No			
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Paridad	Primípara	44	21,7	29	14,3	73	36
	Multípara	57	28,1	73	36	130	64
	Total	101	49,8	102	50,2	203	100
Vía Parto	Vaginal	48	24	55	27	103	51
	Cesárea	53	26	47	23	100	49
	Total	101	50	102	50	203	100
Planificación Embarazo	Si	41	20	52	26	93	46
	No	60	29	50	25	110	54
	Total	101	49	102	100	203	100
Episiotomía	Si	27	13	31	15	58	28
	No	74	37	71	35	145	72
	Total	101	50	102	50	203	100
Violencia Obstétrica	Si	2	1	5	2	7	3
	No	99	49	97	48	196	97
	Total	101	50	102	50	203	100
Recurrencia	Si	11	6	0	0	11	6
	No	90	44	102	50	192	94
	Total	101	50	102	50	203	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Borrero Ingrid, Castro Santiago



6. DISCUSIÓN

Mediante la revisión bibliográfica realizada se encontró que existen diferencias de resultados de frecuencia de DPP en distintos países, encontrando cifras por mucho superiores a las reportadas de manera general por la organización mundial de la salud (OMS). Incluso se pudo evidenciar que hay una falta de investigación en muchos países a nivel mundial sobre este tema, e incluso, a nivel nacional, hay poca información sobre su frecuencia.

6.1 Frecuencia de Depresión Postparto:

En el presente estudio se realizó en 203 madres, encontrándose 101 de ellas con evidencia de DPP según la EDPE, es decir que existió una frecuencia de 49,8% para este trastorno en las pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, cifra superior al estudio realizado en el Hospital José Carrasco Arteaga en el 2014 en la ciudad de Cuenca-Ecuador, por Santacruz, et al, donde se reportó que el 34,3% de mujeres atendidas padeció de DPP según la EDPE.
(13)

A nivel mundial, se ha reportado frecuencias de DPP que oscilan entre el 10-20%⁽³⁾. En los Estados Unidos las cifras van de entre el 11,7 al 20,4% de frecuencia de Depresión Postparto. Mientras en Europa las cifras obtenidas variaban entre 6,1-16,8%⁽⁶⁾. En un estudio realizado en China la frecuencia de DPP alcanzó el 18%⁽³⁾. Observándose valores similares de frecuencia de DPP entre estos países.

La frecuencia de DPP estudiada en Latinoamérica en forma general se encontró en un 20,7%⁽⁶⁾, con sus variaciones dependientes de la región. Sin embargo en un estudio realizado en el área de obstetricia y ginecología del Hospital General del Oeste Dr. José Gregorio Hernández en Caracas, Venezuela, por Fernández et al, para determinar la frecuencia de DPP en el período comprendido entre Junio y Septiembre de 2013, aplicando la EDPE a 249 púerperas, reportaron cifras superiores al presente estudio, con un 84,2% de



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DPP en las madres adolescentes, y el 81,5% en las adultas, especificando que la DPP de grado moderada fue la más predominante. Así mismo en otras comunidades de Latinoamérica se ha descrito cifras superiores al 20% de frecuencia en DPP. ⁽³⁰⁾

Otro país con cifras elevadas de DPP es Colombia con el 46,3% seguido de México con el 32,6%, mientras que en Brasil encontramos cifras inferiores a comparación a los anteriores países y a nuestro estudio, evidenciándose una frecuencia del 16,5% ⁽²⁾ ⁽¹⁵⁾. Al igual a otro estudio realizado por Alvarez et al, sobre la frecuencia de DPP en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en la ciudad de México: “Dr. Ignacio Chavéz” y “Tlalnepantla” en el año 2008, se encontró que mediante la EDPE 22 pacientes de 130 padecían de DPP, representando el 16,9% de frecuencia de este trastorno, siendo la edad promedio de las madres encuestadas de 20.4 años, mujeres casadas un 70.8% y el 71% vivía con su pareja. ⁽³¹⁾ En Chile las cifras que expresaron los estudios fueron los del 10,2 y 20,5% de frecuencia de DPP, datos similares a los que se reporta a nivel mundial.

6.2. Frecuencia de Depresión posparto (DPP) según características sociodemográficas:

6.2.1 Edad

El grupo de edad más representativo del estudio fue el de 20-24 años con el 26,6%, seguido por el de madres menores de 19 años o adolescentes que representó el 23,2%. En una investigación realizada por Almeda Villacis et al, Quito Ecuador 2013, en el Hospital Isidro Ayora las madres adolescentes presentaron un valor positivo a la escala de Edimburgo del 23,2%.⁽³²⁾ En otro estudio realizado por Fernández Vera et al, Caracas Venezuela 2014 en el cual de una muestra de 249 puérperas 70 fueron adolescentes y de ella el 84,2% demostraron valor positivo para depresión.⁽⁵⁾



6.2.2 Nivel de Instrucción

En una investigación realizada por Carrión Arcela et al, Lambayeque Perú 2016, sobre depresión posparto en una muestra de 145 puérperas, el 23,96% no alcanzaron la educación básica, mientras que solo el 17,71% presentaban estudios superiores.⁽³³⁾ En el presente estudio el 28,5% de participantes no alcanzaron la educación básica. El grupo más representativo fue el de secundaria con 37,9%, mientras que solo el 8,9% alcanzó la educación superior.

6.2.3 Estado Civil

En una investigación realizada por Carrillo Dávila, Toluca México 2013, en el Hospital Ecatepec sobre factores asociados a depresión posparto. El estado civil más frecuente con valor positivo para Depresión, fue Unión Libre con el 77%, seguido por Casada con 13%.⁽³⁴⁾ En el presente estudio el grupo más frecuente con valor positivo para depresión al igual que en el estudio expuesto fue Unión Libre sin embargo con un porcentaje de 48,3%.

6.2.4 Residencia

En un estudio realizado por Ortiz Martínez et al, Colombia 2015 sobre Depresión postparto en hospitales de tercer nivel y factores asociados, el 42,31% de madres con depresión vivían en área urbana.⁽³⁵⁾ En el presente estudio el 60,1% de pacientes con valor positivo para depresión vivían en el área urbana mientras el 39,9% en el área rural.

6.3. Frecuencia de DPP según: paridad, tipo de parto, planificación de embarazo, episiotomía, violencia obstétrica, recurrencia.

6.3.1 Paridad

En una investigación realizada por Agustín López, Guatemala 2015, el grupo de primíparas positivas para depresión alcanzó un 20,64%, mientras las multíparas el 16,51%.⁽³⁶⁾ En el presente estudio el 21,7% madres primíparas con valor positivo para depresión, un valor muy cercano al expresado en el estudio anterior; mientras el 28,1% fueron madres multíparas.



6.3.2 Planificación del embarazo

En un estudio realizado por Díaz Mardorys et al, Carabobo Venezuela 2013, se encontró que el 45,76% de mujeres con embarazo no planificado presentaron valor positivo para depresión.⁽³⁷⁾ En el presente estudio el 29% de madres que no planificaron su embarazo presentaron valor positivo en la escala de Edimburgo, mientras 20% si planificaron su embarazo y presentaron depresión.

6.3.3 Vía de Parto

En un estudio realizado por Cabada Ramos et al, Veracruz México 2015, el 25% de madres con parto vaginal mostraron valor positivo para depresión y 16% cesáreas.⁽³⁸⁾ Resultados que se aproximan a nuestro estudio en el que se obtuvo que el grupo de madres con cesárea fueron el 26% mientras el 24% con parto vaginal presentaron valor predictivo positivo para depresión.

6.3.4 Episiotomía

En un estudio realizado por Mahboubeh F et al, Irán, 2015 reportó frecuencia de 38.2% de sintomatología depresiva asociada a estrés postraumático, en pacientes con antecedente de episiotomía ⁽²⁵⁾. En el presente estudio se evidencia que las pacientes con episiotomía y valor positivo para depresión fueron el 13%.

6.3.5 Violencia Obstétrica

En un estudio realizado por W. Schwab et al, Innsbruck, 2011, demostró que madres con historial médico de parto traumático presentan mayor puntaje en la escala de Edimburgo ($p= 0,007/r= 0.367$), en las que tres de cada cinco mujeres expresan puntajes promedio de 12.5 y los síntomas depresivos se confirman en 60%.⁽²⁶⁾ En nuestro estudio la frecuencia de DPP en aquellas que refirieron violencia obstétrica fue del 1%.

6.3.6 Recurrencia

La bibliografía describe que la probabilidad de recurrencia de depresión se encuentra entre el 10-35%.⁽²⁷⁾ El presente estudio encontró que aquellas con antecedente de depresión y que presentaron nuevamente este cuadro depresivo fue inferior con un 6%.



7. CONCLUSIONES

1. El estudio realizado sobre la frecuencia de DPP determinada por la EDPE en madres atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, reveló que el 49,8% de madres padecieron de DPP, es decir, que de 203 mujeres entrevistadas, 101 dieron positivo a la EDPE.
2. El grupo predominante según su edad fue el de mujeres de 20-24 años con un porcentaje de 26,6%. Según su instrucción, el grupo más representativo fue el de madres con instrucción secundaria con el 37,9%.
3. El mayor grupo de madres vivían en unión libre (48,3%), se consideraron mestizas (98%), vivían en zona urbana (60,1%), fueron multíparas, (64%), no planificaron su embarazo (54%), tuvieron su parto por vía vaginal (51%).
4. De las 7 madres que consideraron que sufrieron de violencia obstétrica, solamente el 1% presentó de DPP, que equivale a 2 mujeres de las 7.
5. La DPP moderada, fue la que representó la mayor frecuencia, con un total del 70%. El porcentaje de recurrencia de DPP en madres multíparas que padecieron de DPP previa, fue del 6%.



8. RECOMENDACIONES

- Teniendo en cuenta el alto porcentaje encontrado de madres que padecen de DPP, consideramos que se debería hacer un control y seguimiento durante el puerperio a las pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso, estimulándolas a realizarse los chequeos rutinarios de la mujer, tanto en su embarazo como en su puerperio, y brindarles un apoyo multidisciplinario mediante charlas y talleres, en las que tanto las madres como las personas más cercanas a ellas se vean involucradas.
- Ya que la falta de planificación del embarazo tuvo una mayor frecuencia de DPP, es recomendable que se realicen esfuerzos mancomunados entre el Hospital Vicente Corral Moscoso y la Unidades de Primer Nivel de Salud, esto con el fin de brindar información sobre anticoncepción logrando de esta manera espaciar o evitar embarazos no deseados que conlleven a complicaciones como la DPP.
- Continuar con investigaciones sobre el tema, que ayuden a reducir la problemática de DPP en las mujeres que acuden a esta casa de salud.



9. BIBLIOGRAFÍA

1. Di Florio A JL, Jones I colaboradores. IntraMed - Artículos - Trastornos psiquiátricos durante la gestación y el puerperio. *J Affective Disord.* 2014;334–9.
2. Cuero-Vidal OL, Díaz-Marín AM. Prevalence of post-partum depression at Hospital san Juan de Dios in Cali, Colombia: September-December, 2011. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2013;64(4):371–378.
3. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Médica Chile.* 2015;143(7):887–894.
4. Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión posparto. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* diciembre de 2012;38(4):0–0.
5. Vera F, Karina J, Natale I, Teresa A, Toro Merlo J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venezuela.* diciembre de 2014;74(4):229–43.
6. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Álvarez A, Estrada-Martínez S, Salas-Martínez C, Hernández-Alvarado AB, Ortiz-Rocha SG, et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Med Mex.* 2010;146(1):1–9.
7. González Martínez R, Gomez Tellado M. Paridad y depresión postparto [Internet] [Tesis]. [Coruña. España]: Universidade de Coruña. Escola Universitaria de Enfermaría de A Coruña; 2015 [citado el 10 de enero de 2017]. Disponible en: <http://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/15272>
8. Nardi B, Bellantuono C, Moltedo-Perfetti A. Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la prevención de la depresión posparto. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(6):434–43.
9. Kim D, EC, Wisner K, colaboradores. IntraMed - Artículos - Los ISRS son de utilidad en mujeres con depresión posparto. *Expert Opin Pharmacother.* 2014;15(9):1223–34.
10. Shimizu A, Nishiumi H, Okumura Y, Watanabe K. Depressive symptoms and changes in physiological and social factors 1 week to 4 months postpartum in Japan. *J Affect Disord.* el 1 de julio de 2015;179:175–82.
11. Romero Medina G, Lozano Gutierrez J. RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DE LA CLÍNICA GOOD HOPE NOVIEMBRE DE 2015 [Internet]. [Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2016 [citado el 21 de enero de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/767>



UNIVERSIDAD DE CUENCA

12. Staehelin K, Kurth E, Schindler C, Schmid M, Zemp Stutz E. Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care-- results from a nested case-control study. *Swiss Med Wkly.* el 27 de agosto de 2013;143:w13862.
13. Urdaneta M J, Rivera S A, García I J, Guerra V M, Baabel Z N, Contreras B A. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS VALORADAS POR LA ESCALA DE EDIMBURGO. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75(5):312–20.
14. Muruaga Lopez de Guereñu Soledad. La Depresión Posparto una forma de Depresión de Género. *Fam Desde Una Perspect Género [Internet].* 2012 [citado el 10 de enero de 2017];(29). Disponible en: <http://www.mujeresparalasalud.org/spip.php?article43>
15. Santacruz Fernández MF, Serrano Andrade FX. Depresión posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014. 2015 [citado el 10 de enero de 2017]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21717>
16. De Paz Lozano J, others. Depresión postparto. 2015 [citado el 10 de enero de 2017]; Disponible en: <http://ddfv.ufv.es/handle/10641/1104>
17. Philipp T, Christine H, Sonja E, Elisabeth B, Pathik W, Claudia B. Oxytocin Pathways in the Intergenerational Transmission of Maternal Early Life Stress. *Neurosci Biobehav Rev.* el 24 de diciembre de 2016;
18. Orozco Navas W. Depresion Postparto. *Rev Medica Costa Rica Centroam.* 2013;70:639–47.
19. Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev Médica Chile.* junio de 2012;140(6):719–25.
20. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev Médica Chile.* mayo de 2010;138(5):536–42.
21. Molero KL, Machado U, Ramón J, V C, Baabel Zambrano N, Contreras Benítez A, et al. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2014;79(4):294–304.
22. Simone N. Vigod, MD Msc LAT MA, Barbara Bryja, RM C-LD PhD, Mark H. Yudin, MSc LER PhD. Relation between place of residence and postpartum depression. *Focus Depress CMAJ.* el 17 de septiembre de 2013;185(13):1129–35.
23. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Hinostroza R, Reyes ET, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. *Rev Peru Epidemiol.* 2010;14(3):1–8.

24. Jones K. Weight stigma among providers decreases the quality of care received by obese patients. 2010 [citado el 5 de marzo de 2017]; Disponible en: http://commons.pacificu.edu/pa/207/?utm_source=commons.pacificu.edu%2Fpa%2F207&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages
25. Firouzkouhi Moghadam M, Shamsi A, Hajizadeh Moro F. The prevalence of post-traumatic stress disorder among women with normal vaginal delivery in Zahedan city. *Arch Psychiatry Psychother.* 2015;17(1):15–9.
26. Schwab W, Marth C, Bergant A. Post-traumatic Stress Disorder Post Partum. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* enero de 2012;72(01):56–63.
27. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Humana.* 2013;27(3):185–193.
28. Montoya-Rodríguez M. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. *Rev Esp Méd Quir.* 2015;20:18–23.
29. VILLELA DRP. DEPRESION EN EL POSPARTO. 2012;
30. Urdaneta M J, Rivera S A, García I J, Guerra V M, Baabel Z N, Contreras B A. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2011;76(2):102–12.
31. Alvarez Escutia A, Ponce Rosas ER, Irigoyen Coria A. Frecuencia de depresión posparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México. *Arch En Med Fam.* 2008;9(4):133–136.
32. Almeida Villacís AB, Toscano Guerra DF. Prevalencia de depresión posparto en madres hospitalizadas en el servicio de adolescencia del Hospital Gineco Obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013 [Internet] [B.S. thesis]. QUITO/PUCE/2013; 2013 [citado el 12 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5883>
33. Carrion Arcela et al. Frecuencia y características de la Depresión Postparto en el Distrito de Lambayeque [Internet]. [Lambayeque, Perú]: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2017 [citado el 3 de julio de 2017]. Disponible en: <http://repositoro.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/937>
34. Carrillo Dávila MG, Pimentel Ramírez ML. “FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES QUE ACUDEN AL HOSPITAL GENERAL DE ECATEPEC “DR. JOSÉ MARÍA RODRÍGUEZ, 2012”. 2013



UNIVERSIDAD DE CUENCA

[citado el 12 de septiembre de 2017]; Disponible en:

<http://ri.uaemex.mx/oca/bitstream/20.500.11799/14203/1/401913.pdf>

35. Martínez O, Alirio R, Betancourt G, Ximena C, Zuñiga B, Lizeth E, et al. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Rev Colomb Psiquiatr.* octubre de 2016;45(4):253–61.
36. Agustin Lopez. Caracterización epidemiológica y aplicación del test de Edinburg en pacientes post parto [Internet]. [Guatemala]: Universidad San Carlos de Guatemala; 2015 [citado el 12 de septiembre de 2017]. Disponible en:
<http://www.repositorio.usac.edu.gt/1442/1/Elena%20Ma%20Agust%C3%A9n%20L%C3%B3pez.pdf>
37. Díaz M, Amato R, Chávez JG, Ramírez M, Rangel S, Rivera L, et al. Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus.* 2013;17(2):25–30.
38. Montoya-Rodríguez M. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. *Rev Esp Méd Quir.* 2015;20:18–23.



10.1 ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “Frecuencia de Depresión Posparto
valorada mediante la escala de Edimburgo en mujeres atendidas en el
Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-Ecuador. 2017” N° ____**

Nosotros, Ingrid Estefani Borrero Narvárez con C.I. 110533326-2 y Santiago Andrés Castro Vintimilla con C.I. 010381241-8; estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, le invitamos a participar en el presente estudio de investigación, el mismo que servirá para que nosotros obtengamos el título de MÉDICO. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar se le pedirá que firme.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO: El estudio de la depresión posparto en las mujeres residentes de la ciudad de Cuenca, nos ayudará a averiguar cuál es la frecuencia de este trastorno en nuestro entorno, ya que causa un gran daño en la relación madre-hijo, al no poder crearse un vínculo adecuado entre estos.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Determinar la frecuencia de la Depresión Posparto valorada mediante la escala de Edimburgo en mujeres atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca-Ecuador.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO: Será de beneficio para la paciente, ya que podremos ayudarla a detectar a tiempo los síntomas de la depresión posparto, y de esta manera ayudarla a encontrar una manera de salir adelante y poder cuidar adecuadamente a su niño o niña.

PROCEDIMIENTO: Si usted accede participar en esta investigación, se le pedirá que llene una encuesta que comprende dos partes. La primera parte será llenada

Santiago Castro
Ingrid Borrero | 42



UNIVERSIDAD DE CUENCA

directamente por usted en el momento de la entrevista directa, y la segunda parte será entrevista mediante vía telefónica 7 días después del parto, conversación que será grabada, con la finalidad de obtener resultados más certeros.

YO, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del Entrevistado: _____

Número telefónico: _____

Fecha: ___/___/ 2017

NOTA: Si existe alguna duda o pregunta, puede comunicarse con los autores del trabajo de investigación mediante sus correos electrónicos o teléfonos.

Ingrid Borrero Narváez: ines2000_1@hotmail.com / 0984490232

Santiago Castro Vintimilla: santi_cas3@hotmail.com / 0998097009



10.2 ANEXO 2: ASENTIMIENTO INFORMADO

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “Frecuencia de Depresión Posparto valorada mediante la escala de Edimburgo en mujeres atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca-Ecuador. 2017”

Nosotros somos Ingrid Borrero Narvárez y Santiago Castro Vintimilla, somos futuros médicos, formados en la universidad de Cuenca en la facultad de medicina. Nos disponemos a realizar un estudio que se titula: “Frecuencia de la Depresión Posparto valorada mediante la escala de Edimburgo en mujeres atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-Ecuador. Abril-Mayo 2017”, para tener una idea de cuántas mujeres padecen de depresión después del parto, y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en llenar un formulario con preguntas relacionadas al tema de Depresión Posparto (DPP).

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, tus padres han sido informados y han decidido que puedes participar, pero si tú no deseas puedes decir que no. Es importante que sepas que tú participación es de suma importancia para nuestro estudio.

Toda la información que nos proporciones te será de beneficio, ya que podremos ayudarte a detectar a tiempo los síntomas de la depresión posparto. Esta información será confidencial, esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pedimos de favor que pongas una X en el recuadro de abajo que dice “Sí deseo participar”, y escribe tu nombre.

Sí deseo participar

Nombre:.....



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fecha: ___/___/ 2017

NOTA: Si existe alguna duda o pregunta, puede comunicarse con los autores del trabajo de investigación mediante sus correos electrónicos o teléfonos.

Ingrid Borrero Narváez: ines2000_1@hotmail.com / 0984490232

Santiago Castro Vintimilla: santi_cas3@hotmail.com / 0998097009



UNIVERSIDAD DE CUENCA

10.3 ANEXO 3 FORMULARIO RECOLECCIÓN DE DATOS

Formulario de recolección de datos N° ____

Universidad de Cuenca

Facultad De Ciencias Médicas

Escuela de Medicina

“Frecuencia de Depresión Posparto en puérperas del Hospital Vicente Corral
Moscoso Cuenca-Ecuador. 2017”

1. Edad:

Estado Civil: 1. Soltera 2. Casado 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión Libre	Instrucción: 1. Superior 2. Secundaria 3. Secundaria Incompleta 4. Primaria 5. Primaria Incompleta 6. Analfabeta
Etnia: 1. Mestiza 2. Afroecuatoriana 3. Blanca 4. Indígena 5. Negra 6. Mulata 7. Montubia 8. Otra	Residencia: 1. Urbano 2. Rural

Paridad:

Partos:

1. Primípara

2. Multípara



Planificación del embarazo:

1. Si
2. No

Vía de parto:

1. Vaginal
2. Cesárea

¿Durante el trabajo de parto, le realizaron un corte en la vagina?

1. Si
2. No

¿Considera que el trato y procedimientos que ha recibido por el personal de salud durante su embarazo, parto o puerperio ha sido con respeto y bajo su consentimiento?

1. Si
2. No

¿Ha sido diagnosticada en sus anteriores embarazos de Depresión posparto?
(aplica para pacientes multíparas)

1. Sí
2. No

Sección 2: Escala de Edimburgo

Cuestionario sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente, por favor marque la respuesta que más se acerque a como se ha sentido en los últimos 7 días, no solamente como se siente hoy. Esto significaría Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la semana pasada, por favor complete las otras preguntas de la misma manera.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.
 - Tanto como siempre (0)
 - No tanto ahora (1)
 - Mucho menos (2)
 - No, no he podido (3)
2. He mirado el futuro con gusto
 - Tanto como siempre (0)
 - Algo menos de lo que solía ser (1)
 - Definitivamente menos (2)
 - No, nada (3)
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
 - Si, la mayoría de las veces (3)
 - Si, algunas veces (2)
 - No muy a menudo (1)
 - No, nunca (0)
4. He estado preocupado sin motivo
 - No, para nada (3)
 - Casi nada (2)
 - Si, a veces (1)
 - Si, a menudo (0)
5. He sentido miedo sin motivo alguno
 - Si, bastante (3)
 - Si, a veces (2)
 - No, no mucho (1)
 - No, nada (0)
6. Me he sentido intranquila
 - Si, la mayor parte de las veces (3)
 - Si, a veces (2)
 - No, no mucho (1)
 - No, nada (0)



UNIVERSIDAD DE CUENCA

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

- Si, la mayoría de las veces (3)
- Si, a veces (2)
- No muy a menudo (1)
- No, nada (0)

8. Me he sentido triste sin motivo

- Si, casi siempre (3)
- Si, bastante a menudo (2)
- No muy a menudo (1)
- No, nada (0)

9. He sentido tan infeliz que he estado llorando

- Si, casi siempre (3)
- Si, bastante a menudo (2)
- Sólo en ocasiones (1)
- No, nunca (0)

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- Si, bastante a menudo (3)
- A veces (2)
- Casi nunca (1)
- No, nunca (0)

Puntuación total:

Resultados:

1. Normal: 0-5
2. Leve: 6-10
3. Moderado: 11-20
4. Severo: >20



ACTIVIDADES	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				RESPONSABLES
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
✓Elaboración del marco teórico y diseño metodológico	X	X	X														Investigador Director
✓Presentación y aprobación del protocolo				X	X												Investigador Director
✓Plan piloto						X											Investigador Director
✓Recolección de los datos							X	X	X	X	X	X					Investigador
✓Revisión y corrección de datos							X	X	X	X	X	X					Investigador
✓Elaboración y presentación de la información							X	X	X	X	X	X					Investigador Director Asesor
✓Análisis e interpretación de los datos													X	X	X	X	Investigador Director Asesor
✓Conclusiones y recomendaciones													X	X	X	X	Investigador Director Asesor
✓Elaboración del informe final													X	X	X	X	Investigador Director Asesor