

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZU
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**Prevalencia de depresión postparto y factores asociados
en el Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016**

TESIS

Luis Fernando Lugo Guillén

Coronel Oviedo - Paraguay

2016



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en el Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016.

Luis Fernando Lugo Guillén

Tutor: Dra. Gloria Aguilar

Tesis de presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú para la obtención del título de grado de

Médico-Cirujano.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en el Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016

Luis Fernando Lugo Guillén

Tesis presentada para obtener el título de grado de Médico Cirujano

Coronel Oviedo - Paraguay

Miembros del Tribunal Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

CALIFICACIÓN FINAL.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

AGRADECIMIENTOS

- *A mi tutora, la Dra. Gloria Aguilar, por su esfuerzo y dedicación, por sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación.*
- *A mi tutor, el Dr. Pedro López, por las recomendaciones hechas y el acompañamiento durante todo el período de elaboración de la tesis.*
- *A los funcionarios del Hospital Regional de Coronel Oviedo, por la predisposición y buen trato, sobre todo durante la recolección de los datos.*
- *A los estudiantes, Guillermo Molinas, Silvia Osorio y Marcos Irala, por el acompañamiento durante la recolección de datos, sin quienes no podría haber concluido la tesis.*



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

DEDICATORIA

A mi padre, por ser el apoyo más grande durante mi educación universitaria, ya que sin él no hubiera logrado mis metas. Por ser mi ejemplo a seguir, por demostrarme que a pesar de las circunstancias de la vida, uno debe seguir adelante y perseguir sus sueños, por inculcarme la excelencia no solo como profesional, sino que también como persona.

A mi madre por ser mi sostén, por darme fuerzas en las dificultades, por apoyarme desde el primer momento en que decidí adentrarme al mundo de la medicina, por confiar siempre en mí, y constituir un pilar fundamental para la culminación de mi carrera.

A mi hermano por su cariño y acompañamiento constante durante todos estos años de carrera.

A mis abuelos, por el apoyo incondicional, por sus palabras a través de las cuales me brindaban fortaleza y confianza, por inculcarme el amor a la profesión.

A mis maestros, por guiarme durante todos estos años, por la dedicación de tiempo que cada uno invirtió en enriquecer, no solo mis conocimientos, sino que también mi calidad como persona y profesional.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

RESUMEN

Introducción: La depresión es un trastorno que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo, constituyendo una de las principales causas de discapacidad.

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión postparto y los factores de riesgo asociados en el Hospital Regional de Coronel Oviedo en el año 2016.

Material y Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo de prevalencia con componente analítico, con un muestreo probabilístico aleatorio simple. La población está constituida por las puérperas internadas en el área de maternidad y las puérperas que acuden al área de vacunación del Hospital Regional de Coronel Oviedo.

Resultados: Fueron incluidas un total de 300 mujeres. Con un límite inferior de 15 años de edad y un límite superior de 46 años. Un promedio de edad de $27,83 \pm 8,10$ años. La prevalencia de depresión postparto hallada fue del 19%. La mayor prevalencia se observó en el período comprendido entre las semanas 17 y 24. Los factores de riesgo asociados fueron: la edad por debajo de 20 años ($p=0,017$), ser madre soltera o estar en unión libre ($p= 0,030$), y también el antecedente de aborto ($p= 0,000$).

Conclusiones: La prevalencia de depresión postparto hallada es baja. Los factores asociados fueron el embarazo por debajo de los 20 años de edad, ser madre soltera o estar en unión libre y la presencia de antecedente de aborto.

Palabras Clave: Depresión Postparto. Factores de riesgo. Prevalencia.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

ABSTRACT

Introduction: Depression is a disorder which affects more than 350 million of persons, being one of the main causes of disability worldwide.

Objective: Determine the prevalence of post-natal depression and the risk factors associated in the Regional Hospital of Coronel Oviedo in the 2016.

Materials and methods: A descriptive observational study of prevalence was carried out, with a simple random probabilistic sampling. The population was formed by hospitalized women in maternity area and women who went to vaccination area of the Regional Hospital of Coronel Oviedo.

Result: A total of 300 women were included. With a lower limit of 15 years old and an upper limit of 46 years old. An average age of 27, $83 \pm 8, 10$. The prevalence of post-natal depression found was the 19%. The highest prevalence found was in the period between weeks 17 and 24. The risk factors associated were: under the age of 20 years old ($p=0,030$), being a single mother or free union, and also the background of miscarriage.

Conclusion: The prevalence of postpartum depression found is low. The associated factors were the pregnancy under 20 years old, being a single mother, or free union and the presence of background of miscarriage.

Keywords: Post-natal depression, risk factors, prevalence.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

RESUMO

Introdução: A depressão é um distúrbio que afeta mais de 350 milhões de pessoas, constituindo uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo.

Objetivo: Determinar a prevalência de depressão pós-parto e fatores de risco associados no Hospital de Coronel Oviedo Regional no 2016.

Materiais e Métodos: Um estudo de prevalência descritiva foi conduzido com o componente analítico com uma amostragem probabilística aleatória simples. A população é constituída de mulheres internadas na maternidade e mulheres que frequentam a área de vacinação de Coronel Hospital Regional Oviedo.

Resultados: Foram incluídos um total de 300 mulheres. Comum limite inferior de 15 anos de idade e um limite superior de 46. Uma idade média de $27,83 \pm 8,10$ anos. A prevalência de depressão pós-parto foi encontrado 19%. A maior prevalência foi encontrada no período entre as semanas 17 e 24. Os fatores de risco associados foram: idade inferior a 20 anos ($p = 0,017$), sendo uma mãe solteira ou ser coabitação ($p = 0,030$), e também uma história de aborto ($p = 0,000$).

Conclusões: A prevalência de depressão pós-parto encontrada é baixa. Fatores associados foram gestação inferior a 20 anos de idade, sendo uma mãe solteira ou ser coabitação ea presença de uma história de aborto.

Palavras-chave: depressão pós-parto. Fatores de risco. Prevalência.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

ÑEMOMBYKY

Ñepyrumby: Pe jeguejy ha'e peteî mba'asy oñakaramáva hetame 350 sua avápe, upévare há'e pe ojápova oî haña meguã ára pavê reheguápe.

Mba'e ojuhupytyseva: Tekome'ẽ mba'éicha ipuáka pe jeguejy membyrã rire há umi mba'e kyhyjerã oñomoirũva tasyo tenda rehegua Coronel Oviedoguápe 2016 me.

Mba'epurupy ha mba'ejekupyty: Ojejapo peteî pyguara jehecháva, mombe'uanga pu'akáva rehegua tembiecharã vaicha jehekýiva. Tetãyguakuéra oîva ha'e kuñakuéra opytáva tasyópe oîhape kuña imembýva há kuñakuéra ohóva poha mbaásy mombiaha tasyo tenda rehegua Coronel Oviedoguápe.

Jehechapyrã: Oñemoî pype 300 kuñanguéra 15 ary guive há 46 ayr peve. Peteî ary mbytegua $27,83 \pm 8,10$ ary. Pe pu'akave jeguejy membyrã rire ha'e pe 19%. Heta pu'akave ojehecha pe 17 há 24 avapokõindype. Umi mba'e kyhyjerã ha'e: umi oguerékova 20 ary guýpe ($p=0,017$), sy nomendáiva, térã ndivegua ($p=0,030$), ha avei oguerékogui kuri membykua ($p=0,000$).

Ñambopahavo: Pe pu'akave jeguejy membyrã ojejuhúva ndatuichái,. Umi mba'e há'e tyeguasú 20 ary guýpe, sy nomendáiva térã ndivegua há avei oguerékogui kuri membykua.

Ñe'ëapytere: Jeguejy membyrã. Mba'e kyhyjerã. Pu'akave.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

INDICE

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
ÑEMOMBYKY	ix
LISTA DE TABLAS	xiii
LISTA DE GRÁFICOS	xiii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	4
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
4. JUSTIFICACIÓN	8
5. OBJETIVOS	9
6. MARCO TEÓRICO	10
6.1. Depresión Postparto	10
6.2. Aspectos generales	10
6.3. Etiopatogenia	11
6.4. Cuadro clínico	20
6.5. Diagnóstico	23
6.6. Diagnóstico diferencial	25
6.6.1 Tristeza postparto	25
6.6.2 Psicosis postparto	26
6.6.3 Otros cuadros	28
6.7. Tratamiento	29
6.8. Prevención	31
7. MARCO METODOLÓGICO	33



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7.1. Diseño de estudio	33
7.2. Universo de estudio	33
7.3. Selección y tamaño de muestra.....	33
7.4. Criterios de inclusión.....	33
7.5. Criterios de exclusión.....	34
7.6. Delimitación temporal y espacial	34
7.7. Técnica para recolección de datos	34
7.7.1 Breve descripción del Test de Edimburgo	34
7.7.2 Instrucciones de uso	35
7.7.3 Pautas para la evaluación:.....	35
7.8. Cuestiones éticas	36
7.9. Variables de Estudio. Operacionalización de las variables.....	37
7.10. Plan de análisis de los resultados	39
7.10.1. Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables.	39
7.10.2. Programas a utilizar para el análisis de datos.	39
8. RESULTADOS	40
8.1 Prevalencia de depresión postparto	43
8.2 Prevalencia de depresión postparto según semanas de puerperio	44
8.3 Prevalencia de depresión postparto según factores demográficos.....	45
8.3 Prevalencia de depresión postparto según factores obstétricos.....	49
9. DISCUSION.....	51
10. CONCLUSIÓN	54
11. RECOMENDACIONES	55



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

12.	BIBLIOGRAFÍA	56
13.	ANEXOS	62



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

LISTA DE TABLAS

Tabla I.....	41
Tabla II.....	47
Tabla III.....	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.....	43
Gráfico 2.....	44
Gráfico 3.....	45
Gráfico 4.....	46
Gráfico 5.....	48



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

1. INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, frecuente, que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. Es una de las principales causas de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. Puede constituir un problema de salud serio, sobre todo cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede ocasionar grandes alteraciones tanto a nivel social como familia. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. ⁽¹⁾

En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina y parecen ser mayores durante el embarazo y el puerperio, especialmente en las embarazadas con ciertos factores de riesgo ⁽²⁾. Los cambios que un embarazo conlleva, constituye un hecho biopsicosocial muy importante, más aún durante ciertas etapas, como la adolescencia donde se presentan una serie de situaciones que causan conflictos tanto mentales como físicos en las pacientes y que pueden desencadenar cuadros, como la depresión postparto. ⁽³⁾

La depresión postparto ha sido definida como "la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año postparto". El cuadro es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, acompañado de síntomas cardinales como el llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas. Son frecuentes también los sentimientos de culpa y autocensura por no estar amando o cuidando a su hijo lo suficiente. ⁽⁴⁾



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

En cuanto a la fisiopatología de la depresión postparto, aún existen numerosas controversias, ya que ha sido tema de discusión durante muchos años. Sin embargo entre las probables causas se encuentran diversos fenómenos que se inician durante el período de gestación y que culminan en el puerperio, como por ejemplo el brusco descenso de las hormonas, estrógeno y progesterona ⁽⁵⁾; la disminución del nivel de triptófano ya que este es el principal factor que regula la actividad enzimática para la síntesis de serotonina, cuyo descenso es un factor bien conocido como desencadenante de depresión. ⁽⁶⁾

La depresión postparto ha sido relacionada con diversos factores de riesgo, entre los que se cuentan, factores demográficos (edad, estado civil, nivel de estudios), factores de morbilidad (coexistencia de enfermedades crónicas en la madre, la presencia de alguna anomalía o enfermedad en el recién nacido, complicaciones médicas relacionadas con el embarazo y antecedentes de abortos), antecedentes psiquiátricos previos (depresión familiar o episodios depresivos anteriores); factores psicológicos (relación con la pareja y la imagen de la madre ideal); y por último, factores psicosociales (apoyo percibido en relación a las tareas domésticas y el cambio de domicilio). ⁽⁷⁾

Según cifras del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, 10-15% de las mujeres norteamericanas tendrán depresión después del parto. ⁽⁸⁾ Sin embargo es bien sabido que la prevalencia dependerá de algunos factores de riesgo, a las que muchas mujeres de los países de primer mundo no están expuestas, como por ejemplo el nivel económico bajo, el bajo nivel de instrucción y la mayor paridad. Sin embargo en la mayoría de los países de América Latina, estos factores de riesgo forman parte de la vida de las mujeres, pudiendo por lo tanto estimarse otras cifras de prevalencia, tal es el caso de Chile, donde se estima una prevalencia del 20,5%. ⁽⁹⁾

La presente investigación se dirige a determinar la prevalencia de depresión postparto y los factores asociados en las mujeres internadas en el



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

área de maternidad y en las mujeres que acuden al área de vacunación del Hospital Regional de Coronel Oviedo en el año 2016.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Santacruz M. y cols, en 2014, realizaron un estudio, titulado: Depresión postparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, Ecuador 2014. El tamaño de la muestra fue de 248, el tipo de muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos. La prevalencia de depresión postparto diagnosticada por medio del test de Edimburgo fue del 34,3%. Los factores de riesgo encontrados fueron edad temprana de embarazo, falta de apoyo familiar y violencia intrafamiliar. ⁽¹⁰⁾

En un estudio realizado por Betsabe A. y colaboradores, titulado Prevalencia de depresión postparto en madres hospitalizadas en el servicio de adolescencia del Hospital Ginecoobstétrico Maternidad Isidro Ayora en el año 2013, Quito-Ecuador. Fueron encuestadas 298 mujeres, obteniéndose una prevalencia del 23,2% los factores predisponentes para depresión postparto encontrados fueron antecedentes personales y familiares, la falta de apoyo emocional del padre del producto. ⁽³⁾

J. Vera y cols, llevaron a cabo una investigación, cuyo diseño fue observacional, descriptivo de prevalencia, de corte transversal, con el título de Prevalencia de depresión posparto en puérperas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" de Caracas, en el 2013. Con una muestra de 249 puérperas. Al evaluar los datos obtenidos se observa una prevalencia de depresión posparto del 84,2 % en las adolescentes y del 81,5 % en las adultas. En cuanto al estado civil en el grupo de adolescentes, la mayoría de quienes presentaron depresión leve y moderada tenían una relación de concubinato, con 68,4 % y 51,3 %, respectivamente, mientras que la totalidad (100 %) de las que presentaron depresión severa eran solteras. En el grupo de adultas, la relación de concubinato predominó en todos los grados de depresión (leve 69,6 %, moderada 60 %, y severa 66,6 %). ⁽²⁾



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Rementería S. y cols realizaron un estudio cuyo diseño es un no experimental correlacional ex post-facto, que lleva como título: Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica- Chile. Con un tamaño de la muestra de 412 y un promedio de edad de 26,4 años. La prevalencia fue de 41,1% con la utilización de la escala de Edimburgo. Los resultados indicaron que las variables asociadas de manera estadísticamente significativa con la Depresión Post-Parto guardan relación con factores anamnésicos, específicamente con el deseo del embarazo, diagnóstico previo de depresión, intento de aborto del hijo recién nacido y método utilizado para la nutrición. A diferencia de otras investigaciones no resultaron significativos los antecedentes sociodemográficos y la Satisfacción con la Pareja. Finalmente, los resultados permiten establecer que existen factores de riesgo relacionados con la historia personal de las madres que inciden en el surgimiento de la depresión postparto. ⁽¹¹⁾

Además, Zaconeta A. y cols realizaron un estudio observacional, descriptivo de prevalencia de corte transversal en el período comprendido entre el 8 de junio y el 8 de diciembre de 2012, para determinar el riesgo de depresión postparto mediante la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) con el título de, Depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. Fue analizada la prevalencia de test positivo, así como la influencia de los antecedentes reproductivos y si el embarazo fue programado o accidental. Un total de 420 mujeres respondieron la escala. Hubo una prevalencia de test positivo de 22,2%. La edad, paridad, antecedentes de aborto embarazo accidental no fueron factores de riesgo estadísticamente significativos para el hallazgo de test positivo. ⁽⁴⁾



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud, hay 100 millones de nuevos casos de depresión cada año en el mundo. Con una alta prevalencia en el adulto, con 15 % de hombres y 24 % de mujeres. El porcentaje es mayor en las edades comprendidas entre 18 y 45 años. A nivel mundial, la depresión ocupa el segundo lugar, entre las enfermedades mentales más comunes, ocasionando 850.000 suicidios anualmente, estimándose que para la tercera década de este siglo será la segunda causa de discapacidad. ⁽¹⁾

Depresión postparto es una denominación que corresponde a la alteración del estado de ánimo que aparece después del parto, compuesto por síntomas, sobre todo de tipo afectivo, como llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar una situación, y que pueden ir desde el primer día de puerperio e incluso prolongarse después del primer año del bebé. ⁽¹⁰⁾

No existen datos que determinen a un solo factor como el causante de la depresión postparto, se aceptan numerosas teorías que conjuntamente a la exposición a ciertos factores de riesgo, actúan como desencadenantes de la depresión postparto. Entre las teorías más aceptadas están el fenómeno de retirada, que consiste en la brusca disminución de las hormonas sexuales femeninas después del parto, ya que se ha visto que los cambios hormonales, incluso los más pequeños, provocan cambios en el estado de ánimo y tensión antes de los períodos menstruales. ⁽⁵⁾

Los trastornos del estado de ánimo en el postparto se inician sobre todo en las primeras semanas tras el parto, y sin una intervención adecuada, tienden a cronificarse. Esto puede ocasionar considerables repercusiones para la mujer, ya que disminuyen el nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, además de los efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares, sin olvidar las



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

consecuencias económicas que conllevan las bajas laborales de las mujeres afectadas. ⁽⁵⁾

La depresión postparto, es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo en comparación con los desarrollados. La mayor prevalencia observada en los países de tercer mundo está relacionada a que las mujeres que viven en estas naciones, estarían más expuestas a ciertos factores de riesgo, como por ejemplo el bajo nivel económico, el bajo nivel de instrucción, embarazo a temprana edad, desempleo, así como también la mayor prevalencia de enfermedades durante el embarazo, complicaciones obstétricas, pérdidas en embarazos anteriores y enfermedades neonatales, entre otras situaciones. ⁽³⁾

En Latinoamérica existen diversas investigaciones, sobre la prevalencia de depresión postparto y los factores de riesgo asociados. En Sudamérica, en la mayoría de los países existen publicaciones acerca de depresión postparto y de los factores de riesgo asociados, por ejemplo en un estudio realizado en Ecuador por Santacruz F. y cols, en el año 2014 encontró una prevalencia del 34,3%, y como principales factores de riesgo el embarazo a temprana edad, falta de apoyo familiar y violencia intrafamiliar. ⁽¹⁰⁾

En nuestro país, no existen antecedentes de publicaciones acerca de depresión postparto, ni de los factores de riesgo asociados, es por eso que esta investigación pretende adentrarse a este tema, buscando obtener resultados que serán expuestos a las autoridades de las entidades encargadas del sector sanitario.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente citado, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de la depresión postparto y los factores asociados en el Hospital Regional de Coronel Oviedo en el año 2016?



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

4. JUSTIFICACIÓN

La depresión postparto es la enfermedad psiquiátrica más frecuente del puerperio en todo el mundo. Sin embargo a pesar de ser un cuadro que se presenta con tanta frecuencia, sigue pasando por alto en muchos centros de atención sanitaria, sobre todo en los países en desarrollo, en donde no se han establecido medidas a fin de mejorar el diagnóstico precoz.⁽¹²⁾

Es bien sabido que la depresión postparto, conlleva numerosas complicaciones en diversos ámbitos, no sólo a nivel personal, ya que además de producir trastornos psiquiátricos, produce trastornos físicos, debido a que lleva a la incapacidad de la afectada, en la etapa más productiva de la vida, de ésta manera no sólo constituyendo una problemática en materia de Salud Pública, sino que también a nivel social. ⁽¹²⁾

En nuestro país no existen trabajos publicados acerca de la prevalencia de depresión postparto y de los factores de riesgo asociados, por lo cual la presente investigación busca obtener informaciones sobre la prevalencia y los factores asociados a la depresión postparto en la sala de internados de maternidad y del servicio de vacunación del Hospital Regional de Coronel Oviedo.

La finalidad del estudio es obtener resultados de la prevalencia de depresión postparto y los principales factores asociados. Además estos resultados serán puestos a conocimiento de las autoridades implicadas en el sector sanitario tanto del departamento de Caaguazú, a través de la V región sanitaria, así como también a los miembros del Consejo Local de Salud y a las autoridades del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Por último se buscará la disseminación de los resultados a todo el personal de blanco, tanto de las áreas de internado de maternidad como del área de vacunación.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de depresión postparto y los factores de riesgo asociados en el Hospital Regional de Coronel Oviedo en el año 2016.

5.2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de depresión postparto según semanas de puerperio.
- Determinar la prevalencia de depresión postparto según factores demográficos.
- Identificar los factores de riesgo obstétricos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6. MARCO TEÓRICO

6.1. Depresión Postparto

La depresión postparto es un trastorno del estado de ánimo que aparece después del parto, compuesto por un conjunto de síntomas, entre los que prevalecen los de tipo afectivo, como llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar una situación principalmente en lo que concierne a los cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas, siendo los síntomas cardinales el humor deprimido y la anhedonia, la mayor parte del día, prácticamente todos los días durante al menos dos semanas con angustia significativa y/o alteración del funcionamiento personal. ⁽¹³⁾

6.2. Aspectos generales

El período de gestación, es una etapa de cambios físicos, químicos y psicológicos, que pueden llevar a desarrollar un trastorno depresivo, sin embargo la etapa de mayor riesgo en la mujer es el puerperio. ⁽¹⁴⁾

La depresión postparto es una patología que puede presentarse desde el primer día de puerperio, y que puede prolongarse hasta después de 1 año del nacimiento del bebé, aunque comienza más frecuentemente al cabo de 1 a 3 semanas después del parto. ⁽¹⁵⁾

Algunas mujeres empiezan a sentirse angustiadas, deprimidas a los 2 o 3 días después de dar a luz, muchas veces se sienten enojadas con su nuevo bebé, con su pareja o con sus otros hijos. Otras veces pueden llorar sin algún motivo aparente, o tener dificultades para conciliar el sueño, para comer, o tomar ciertas decisiones, o inclusive dudar de la posibilidad de cuidar a su bebé. ⁽¹⁵⁾

Estos sentimientos a menudo se agrupan con la denominación de melancolía que pueden mejorar al cabo de 1 a 2 semanas. Sin embargo si no



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

mejora o si se intensifica podría ser señal de una progresión hacia la depresión postparto. ⁽¹⁶⁾

En ciertas mujeres inclusive se observa un cuadro más grave que es denominado psicosis postparto, que evoluciona rápidamente, presentando delirios, alucinaciones, irritabilidad, hiperactividad, insomnio, cambios del temperamento, entre otros. ⁽¹⁶⁾

6.3. Etiopatogenia

Uno de los aspectos con mayor controversia al hablar de depresión postparto es la etiología, ya que ésta no está bien dilucidada. A pesar de los numerosos estudios realizados hasta la actualidad, y teniendo una gran cantidad de factores asociados, no se ha encontrado ninguno cuya contribución específica y patognomónica se haya demostrado claramente. ⁽¹³⁾

Algunos factores relacionados con su aparición son los antecedentes psiquiátricos previos, como la depresión familiar o episodios depresivos anteriores, evidenciándose que cerca del 50% de los cuadros de depresión postparto, ya son depresiones que se presentaban durante el embarazo, o incluso antes del mismo. Incluso se sabe que el padecer de depresión postparto constituye un factor de riesgo para cuadros depresivos futuros, con o sin relación al parto. ⁽¹³⁾

Otros factores, son los factores psicológicos, tales como la relación con la pareja y la imagen de madre ideal, así como los cambios del cuerpo posterior al parto; factores psicosociales, apoyo recibido en relación a las tareas domésticas y el cambio de domicilio; factores demográficos, entre los que encontramos la edad, el estado civil, nivel de estudios; y los factores de morbilidad, tales como la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre, la presencia de alguna anomalía o enfermedad del recién nacido y complicaciones médicas relacionadas con el embarazo. ⁽¹⁷⁾



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

En cuanto a los factores demográficos se ha visto que el embarazo adolescente, ser madre soltera, tener un bajo nivel de instrucción. Con referencia a la edad tanto las mujeres más jóvenes como las de más edad tienen un mayor riesgo de presentar depresión postparto. Así también que la tensión cada vez mayor entre la condición cultural y el deseo de ser madre son contribuyentes, ya que ante éste deseo las mujeres pueden verse limitadas y/o sumamente complicadas, por la creencia de que ser madre es muy difícil. ⁽¹⁸⁾

La historia de trastornos depresivos anteriores, la historia familiar de trastornos del estado de ánimo, amenaza de aborto, imposibilidad de lactar o el cese temprano de la lactancia constituyen factores que puede contribuir al desarrollo de éste cuadro. Los abortos recurrentes son eventos traumáticos, que tienen un impacto negativo en la percepción de la mujer hacia futuros eventos reproductivos. Así mismo cada embarazo está cargado de emociones como el miedo y la ansiedad, que pueden desembocar en una depresión perinatal; en depresión gestacional si se logra el embarazo y, en depresión postparto si se logra el nacimiento. También se ha visto la asociación con el consumo de drogas durante el embarazo. ⁽¹⁹⁾

En numerosos estudios se ha observado una relación entre la presencia de sintomatología depresiva en mujeres gestantes y sus repercusiones sobre la calidad de vida en el embarazo. Es por eso que las mujeres que presentan síntomas depresivos tienen menor calidad de vida que aquellas que no presentan este tipo de sintomatología. En una investigación en la cual se evaluó la sintomatología psiquiátrica en mujeres con embarazo accidental frente a mujeres con un embarazo deseado, se encontraron mayores puntuaciones en escalas de diagnóstico de depresión postparto en mujeres con un embarazo accidental. ⁽²⁰⁾

Además se conoce que el número de partos es un factor asociado a la depresión postparto. Diversas investigaciones han arrojado conclusiones de que



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

el nacimiento del primogénito representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más estrecha que en caso de un segundo o tercer parto. (21)

Otro factor de gran importancia para la depresión postparto es la calidad de la relación con la pareja y la familia. Según numerosos estudios, los síntomas depresivos elevados, son asociados a conflictos familiares, baja educación materna, raza y/o pertenencia étnica maternal, salud física de la madre y crianza de los hijos. (22)

Algunos autores plantean un modelo que explica que el cuadro es producido por la integración de diversos elementos, los cuales ya se habían puesto de manifiesto. Señalan que la depresión postparto se puede considerar como el resultado de un proceso fundamentalmente operante que se produce después del parto, donde la mujer se encuentra con un organismo debilitado, por el esfuerzo que implica el parto, y también los cambios fisiológicos posteriores, como los cambios hormonales que probablemente facilitarían la inestabilidad emocional. (23)

A fin de consensuar la fisiopatología de la depresión postparto, y de acuerdo a los resultados de varias investigaciones, se han propuesto diversas teorías:

Teoría bioquímica:

Fenómeno de retirada: que se refiere al brusco descenso de las hormonas sexuales femeninas luego del parto, esto asociado a la modificación del cortisol plasmático. Los niveles de las hormonas estrógeno y progesterona disminuyen abruptamente en las horas posteriores al parto. Este cambio podría derivar a la depresión de la misma forma que los cambios más pequeños en los niveles hormonales pueden provocar cambios en el estado de ánimo y tensión antes de los períodos menstruales. (23)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Las mujeres con una historia del Síndrome premenstrual o el trastorno disfórico premenstrual tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión postparto que las mujeres que no sufren de estos trastornos. Este es un conjunto de síntomas que se presentan en relación al ciclo menstrual, en general se inician 5 a 11 días antes de la menstruación y desaparecen al cesar la menstruación o pocos días después.⁽²³⁾

El síndrome premenstrual afecta a cerca del 5% de la población femenina en edad fértil. En general este cuadro se inicia en la menarquía, pero su mayor prevalencia se encuentra entre la tercera y la cuarta década, con tendencia a la menopausia. Su sintomatología tiende a agravarse luego de los partos, con el aumento de la edad, al suspender o comenzar a consumir anticonceptivos orales, entre otras situaciones.⁽²²⁾

En cuanto a la clínica del Síndrome premenstrual, este se caracteriza por ánimo deprimido, disforia, desesperanza, ansiedad, tensión interna, labilidad emocional con llanto frecuente, irritabilidad, enfado o aumento de conflictos interpersonales, pérdida de interés en las actividades cotidianas, dificultad para concentrarse, letargia, fatigabilidad o falta de energía, cambios en el apetito, atracones o antojos, hipersomnia o insomnio, sensación de agobio, de estar rebasada o fuera de control y otros síntomas físicos inespecíficos como hipersensibilidad o aumento de tamaño mamario, cefalea, molestias articulares, hinchazón, aumento de peso, entre otros.⁽²³⁾

El desarrollo de este síndrome, al igual al de la depresión postparto, se ve influenciada por numerosos factores. La serotonina juega un papel muy importante en el desarrollo de este cuadro, ya que durante la fase lutea, la progesterona aumenta y ocasiona la disminución la serotonina, ocasionando la sintomatología característica los cuadros donde se encuentran disminuida la serotonina, es decir, los cuadros depresivos.⁽⁴⁾



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tanto es así que ha recibido el nombre de Depresión premenstrual, y que comprende un espectro sintomático en el que prevalece la tristeza aparentemente sin motivo alguno, además de la falta de ánimo, dificultad para disfrutar de las cosas, déficit de concentración y dificultad para tomar decisiones. Además el ritmo biológico se encuentra alterado, con predominio de hipersomnias acompañadas de somnolencia diurna, trastornos para evacuar, falta de apetito. (23)

Disminución del nivel de triptófano libre en el suero: éste aminoácido es el principal factor que regula la actividad de la enzima que constituye el paso limitante en la síntesis de serotonina, cuyo descenso juega un papel predominante como desencadenante de la depresión. (6)

Se ha demostrado que entre el primer y segundo día después de dar a luz, en las puérperas se observa elevación de los niveles de triptófano. La elevación de éste aminoácido a nivel del plasma, es un mecanismo fisiológico de compensación, lo que no ocurre en quienes desarrollan depresión postparto. Acompañando a esta situación, se observa en las afectadas, un aumento de los precursores de la respuesta inflamatoria sistémica, con una elevación de las citoquinas proinflamatorias IL-1, IL-6 y la proteína C-reactiva (PCR), además de la disminución de los inhibidores de dichos factores. (6)

La existencia de una elevada respuesta a la hormona de crecimiento tras la administración de apomorfina, que es un agonista dopaminérgico en mujeres que desarrollan psicosis afectivas, hallazgo similar encontrado en la psicosis postparto. (8)

Los cuadros patológicos que se producen sobre la glándula tiroides pueden estar asociada a algunos casos de depresión postparto. Esta glándula ubicada en el cuello libera hormonas como la tiroxina y la triyodotironina, que regulan muchos procesos en el cuerpo. Muchas mujeres presentan problemas



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

de la glándula tiroides luego del parto, en la mayoría de los casos con síntomas como ansiedad, dificultad para dormir y pérdida de peso, que comienzan en los primeros meses después del parto. ⁽¹²⁾

Además de lo mencionado anteriormente, existe una mayor prevalencia de un cuadro especial de tiroiditis, que lleva la denominación de Tiroiditis postparto. Este cuadro se caracteriza por ser una tiroiditis subaguda autoinmunitaria, que inicialmente cursa con hipertiroidismo, seguidamente de un hipotiroidismo transitorio, pero que también se puede volver permanente. ⁽¹¹⁾

La primera fase se caracteriza por nerviosismo, irritabilidad, palpitaciones, fatiga, intolerancia. La segunda fase se caracteriza por cansancio fácil e irritabilidad. ⁽¹¹⁾

Los síntomas producidos por ambos tipos de trastornos tiroideos, simulan a un cuadro depresivo, es por eso que se cree que las patologías de esta glándula, podrían cumplir un papel fundamental en la fisiopatología de la depresión postparto. ⁽¹¹⁾

La hormona liberadora de corticotropina (CRH), que es un neuropéptido de 41 aminoácidos, que actúa a nivel central como regulador del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, es un importante predictor de las potenciales afectadas por depresión postparto, ya que el aumento de esta hormona, constituye un factor de riesgo para esta enfermedad. La hormona liberadora de corticotropina, juega un papel fundamental en la etiopatogenia de la depresión en otras etapas de la vida. ⁽¹⁰⁾

Se ha comprobado que los afectados por cuadros depresivos, tienen una mayor cantidad de neuronas secretoras de hormona liberadora de corticotropina, además de esto, dichas células se encuentran hiperactivas. Este hecho, ha llevado a desarrollar una hipótesis de que la hiperactividad de las neuronas encargadas de la secreción de las hormonas liberadoras de corticotropina y el



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal, pueden desencadenar síntomas depresivos en el postparto. ⁽⁵⁾

El período de gestación, se caracteriza por grandes cambios a nivel del sistema regulador del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal. A nivel del sistema nervioso central la hormona liberadora de corticotropina se produce en el núcleo paraventricular del hipotálamo, liberándose en la eminencia media, constituyendo un sistema, que conecta tanto al hipotálamo como a la hipófisis, donde la hormona liberadora de corticotropina estimula la liberación de hormona adrenocorticotrópica (ACTH). ⁽⁶⁾

La hormona adrenocorticotrópica ocasiona que la glándula suprarrenal, específicamente la corteza, libere un glucocorticoide denominado cortisol. Durante la gestación, la placenta también produce hormona liberadora de corticotropina, y a diferencia de la hormona liberadora de corticotropina originada en el hipotálamo, es detectable en sangre materna periférica. Ambas hormonas son semejantes en su estructura, inmunorreactividad y actividad fisiológica. Sin embargo, el cortisol, estimula la producción de la hormona liberadora de corticotropina placentaria, contrariamente a lo que hace con la secretada a nivel central, ya que ocasiona la disminución de esta última, por un mecanismo de retroalimentación negativa. ⁽⁶⁾

Teniendo en cuenta lo citado anteriormente, los niveles de hormona liberadora de corticotropina de origen placentario aumentan de forma exponencial a nivel del plasma materno durante el embarazo, y alcanzan cifras semejantes a la hormona liberadora de corticotropina en la eminencia media, en condiciones de estrés. Luego del parto, desaparece la placenta, lo que ocasiona una caída de los niveles de hormona liberadora de corticotropina placentaria. En tanto, el período del puerperio se caracteriza por la captación de hormona liberadora de corticotropina de origen placentario, lo que ocasiona una supresión transitoria de la liberación de la hormona liberadora de corticotropina



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

hipotalámica, y la consecuente desregulación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal. ⁽⁶⁾

Por último, se ha visto una marcada diferencia entre individuos en la secreción de hormona liberadora de corticotropina de origen placentario. Esta diferencia, se asocia con la raza, el origen étnico, y el parto prematuro. ⁽⁶⁾

Existen otras alteraciones que requieren aún mayor estudio, como una elevada concentración de anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina entre el cuarto y el sexto mes postparto, asociados a síntomas depresivos. ⁽²⁴⁾

Antecedentes psiquiátricos previos, si bien la mitad de los casos, constituyen el primer episodio.

Antecedentes personales: Casi una de cada 10 mujeres tiene algún tipo de depresión y la incidencia es mayor en las edades comprendidas entre los 25 años y 44 años. Una historia previa de depresión aumenta la incidencia en un 10-24%. Si la depresión ocurre durante la gestación, éste riesgo aumenta a un 35% aproximadamente, y si existen antecedentes de depresión postparto, el riesgo de recurrencia llega hasta un 50%. ⁽¹⁹⁾

Antecedentes familiares de cuadros depresivos, sobretudo en familiares de primer grado. ⁽¹⁹⁾

Factores psicológicos. Como ya se ha dicho, tanto el período de gestación, así como el parto, precisan de que la mujer se adapte a una serie de cambios que no sólo son físicos, sino que también psicológicos, en su mente, con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales. Además, el modelo de madre ideal, abnegada, sacrificada y entregada a su hijo, que debe presentar a la sociedad ocasiona enfrentamientos dentro de ella. ⁽¹⁹⁾

Sumado a la situación anterior, se añaden ciertas situaciones, como el abandono al hogar de origen, unión a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

hermanito, son problemas psicológicos que pueden manifestarse durante la gestación y después de éste. El tener un hijo no deseado provoca desde el principio alteraciones del vínculo madre-hijo que puede condicionar secuelas. ⁽¹⁹⁾

Factores sociales: en muchas ocasiones la mujer percibe una falta de apoyo tras el nacimiento del hijo, ya sea en la realización de las tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, por parte la pareja, de los familiares, que pueden constituir un incremento en el riesgo de éste trastorno. También el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, la no disponibilidad de permiso laboral por maternidad, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja constituyen así mismo factores de riesgo. ⁽¹⁹⁾

Factores demográficos: la edad temprana o tardía de la madre, el estado civil, el nivel de instrucción académica, la situación económica y laboral, tanto de la madre como del padre, son otras variables que se han investigado en relación a éste problema. ⁽²⁴⁾

La adolescencia es el período de transición entre la niñez y la edad adulta, que se inicia con cambios, tanto en el aspecto físico, biológico, psicológico y social, que frecuentemente se ve rodeada de crisis, conflictos y contradicciones. Este período puede dividirse en tres: la adolescencia precoz, que va desde los 10 hasta los 13 años, la adolescencia intermedia entre los 14 y 16 años, y por último la adolescencia tardía, que abarca desde los 17 años, y se extiende hasta los 20 años y más. ⁽²⁴⁾

La maternidad adolescente es un fenómeno que se caracteriza porque implica no solo cambios en la vida de la embarazada, sino que también sus familias, pareja y también en el desarrollo del nuevo hijo. En esta etapa de transición actúan numerosos factores que sitúa a la embarazada en un grupo de riesgo, ya que pone en evidencia al descenso de la edad de comienzo de relaciones sexuales, el incremento de adolescentes sexualmente activos, la poca



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

información, el bajo nivel tanto social como cultural, acompañado muchas de la marginación social y a la ruptura de las relaciones familiares, junto con la necesidad de identificar a grupos de personas que han sufrido lo mismo, y la suma de la presión de los medios de comunicación. ⁽²⁴⁾

Factores de morbilidad: esto incluye a problemas de la madre, del padre y del hijo. Por ejemplo la existencia de problemas de fertilidad en la pareja, embarazos múltiples, antecedentes de abortos, complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre. En lo que compete al recién nacido, la existencia de anomalías o enfermedades, como problemas respiratorios, infecciosos, prematuridad, bajo peso, ictericia, y otros cuadros que necesiten que el neonato ingrese a la sala de cuidados intensivos, así como problemas traumatológicos y la muerte neonatal. ⁽²⁵⁾

Además el agotamiento es un factor importante en la depresión postparto, teniendo en cuenta de que un gran número de mujeres se sienten muy cansadas después de dar a luz e inclusive necesitan que transcurran varias semanas antes de que recupere la fortaleza y la energía, prolongándose el tiempo de recuperación si la madre ha tenido un parto por cesárea. ⁽²⁵⁾

Este ciclo de agotamiento acompañado de la falta de sueño puede durar varios meses, ya que la madre casi nunca descansa el tiempo que necesita, debido a que éste período se caracteriza por las visitas constantes al hospital, los visitantes que van a la casa, las alimentaciones del bebé que interrumpen el sueño, sumando las tareas domésticas y en muchas ocasiones el cuidar de otros niños. ⁽²⁶⁾

6.4. Cuadro clínico

La depresión postparto es el trastorno anímico más prevalente asociado al nacimiento. Puede aparecer inmediatamente después del alumbramiento, así como también días, meses y hasta un año después. Su recidiva se produce en



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

una de cada tres o cuatro mujeres, sobre todo si ésta no es tratada correctamente y se asocia a discapacidad severa para el desarrollo de actividades de la vida diaria. En la mayoría de los casos remite a los tres o seis meses, sin embargo un subgrupo puede seguir con un curso crónico. ⁽²⁶⁾

Afecta de gran manera la relación madre-hijo, y su impacto en el desarrollo del niño, está directamente relacionado con su duración e intensidad. Esta situación puede ocasionar un deterioro, que se traduce en el establecimiento de relaciones inseguras y alteraciones en el desarrollo psicomotor, inclusive los hijos, cuyas madres han padecido depresión postparto tienen más del doble de posibilidades de desarrollar problemas de conducta a largo plazo y de ser víctimas de violencia intrafamiliar. Además asisten a un menor número de controles por consultorio, reciben menos vacunaciones y presentan alteraciones en la rutina de higiene y cuidados básicos. ⁽²⁷⁾

La depresión postparto tiene un gran efecto en la salud del recién nacido porque en muchos casos la madre se aleja o prácticamente abandona al niño. Las puérperas que son afectadas por éste cuadro, además de todas las demás implicancias ya mencionadas, no son exitosas para mantener la lactancia, y esto ocasiona el aumento de las preocupaciones en torno a la alimentación, mayores dificultades, inseguridad y cuestionamiento sobre si es capaz o no de alimentar a su bebé, llevando a la menor satisfacción al amamantar y el cese precoz de la lactancia materna. ⁽²⁸⁾

Los principales síntomas para éste trastorno, son los que marcan el DSM IV-TR (Cuarta edición del Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades 10° edición).

⁽²⁹⁾ Entre los síntomas predominan:

- Estado de ánimo deprimido
- Pereza



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Tristeza o llanto persistentes
- Disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades (anhedonia)
- Cambios en los patrones de alimentación y sueño (principalmente insomnio)
- Cansancio o fatiga crónica
- Pérdida de la libido
- Ansiedad que puede llegar hasta los ataques de pánico (angustia intensa, miedo, taquicardia, taquipnea, temblor, mareo, pánico, etc)
- Sentirse abrumada, indefensa e incapaz
- Autodesvalorización y autorreproches, generalmente relacionados a su competencia como madre.
- Dificultad, resistencia o imposibilidad a buscar ayuda o apoyo
- Irritabilidad (especialmente hacia el marido y los otros hijos)
- Problemas para atención, concentración y memoria
- Dificultad para relacionarse con el bebé
- Sentimientos de ambivalencia hacia su hijo
- Sobreprotección del menor (la madre ve al niño siempre como enfermo, lo que motiva a repetidas consultas al especialista. A veces esta situación es el único síntoma de una depresión silenciosa de la madre)
- Dificultades para iniciar o mantener la lactancia
- Dificultad o imposibilidad de cuidar al neonato
- Pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, relacionadas con el hijo (por ejemplo revisarlo frecuentemente mientras está dormido para ver si respira) y con su cuidado (por ejemplo lavar y desinfectar varias veces sus artículos)
- Pensamientos negativos hacia el recién nacido, como creer que lo puede dañar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Sentimientos de culpa
- Pensamientos de dañarse a sí misma o al hijo, puede llegar a gritar e incluso a pegarle al niño
- Pensamientos de temor
- Ideas e inclusive intento suicida

6.5. Diagnóstico

A lo largo de la gestación y del puerperio las mujeres toman contacto con numerosos profesionales de salud que incluyen obstetras, médicos de familia, pediatras, entre otros. A pesar de lo anteriormente expuesto, el diagnóstico confiere ciertas dificultades, debido al escaso reconocimiento de los trastornos de ánimo durante el embarazo. ⁽²⁸⁾

Aproximadamente un 50% de los trastornos depresivos diagnosticados durante el puerperio iniciaron o siguieron su curso durante el embarazo. Muchas veces la sintomatología de este cuadro es confundida con el proceso de adaptación normal a esta etapa de la vida. Debido a esto se han realizado varios estudios, a fin de reportar alguna serie de método para mejorar el diagnóstico y evaluación de la depresión postparto. ⁽²⁵⁾ Para el diagnóstico exacto es imprescindible incluir:

- Historia clínica completa y bien detallada, ya que constituye el primer paso para sospechar de un cuadro depresivo. Sin embargo síntomas como la fatiga y astenia también pueden deberse a la excesiva pérdida de sangre durante el parto, a la disminución del sueño y a la adaptación a las necesidades del neonato. La pérdida de iniciativa y los cambios de humor pueden deberse al hipotiroidismo, generalmente transitorio que ocurre en el postparto. ⁽²⁵⁾
- Identificación de grupos de riesgo: conocer las características pre y postnatales que pudieran predecir el desarrollo de esta enfermedad. Por



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

ejemplo antecedentes de abortos, antecedentes laborales, relación con la pareja, entre otros. ⁽²⁵⁾

- Información- educación: conocimiento de este problema y sus características por parte del personal sanitario. ⁽²⁵⁾

Teniendo en cuenta a los factores anteriormente citados, y a fin de servir como orientación para la mejoría del diagnóstico de la depresión se han propuesto numerosos instrumentos de tamizaje, con el objetivo de aumentar la detección precoz de los pacientes con depresión. Cabe destacar que dichos materiales sirven únicamente para detectar una posible depresión, y será necesario confirmar posteriormente el diagnóstico mediante una entrevista clínica. ⁽³⁰⁾

Numerosos estudios reportan una serie de métodos de evaluación, sin embargo existe consenso de que el mejor instrumento de tamizaje es la denominada Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPPE), éste destaca por su utilidad práctica, fue diseñada en 1987 por Cox y cols en la ciudad de Edimburgo, Inglaterra, con la finalidad de ser un material de ayuda diagnóstica a los profesionales de la atención primaria de salud. ⁽³¹⁾

La escala de Edimburgo se utiliza como un método de pesquisa para detectar depresión postparto mediante el interrogatorio de 10 preguntas relacionadas con el comportamiento de la puérpera durante los siete últimos días. De ésta forma se puede indagar el estado de ánimo general de la madre, determinar la presencia de sentimientos de desánimo, estrés, entre otros. Además, la Escala de Edimburgo puede ser aplicada también durante la gestación, llevando en éste caso el nombre de Escala de Depresión Perinatal. ⁽³¹⁾

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo agrupa sus ítems, básicamente en torno a dos factores: tristeza y ansiedad. Ha sido validada en



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

numerosos países y culturas, traducido a más de diez idiomas, con resultados que permiten utilizarlo como material de tamizaje, con una sensibilidad del 100% y 80% de especificidad, logrando su mayor sensibilidad con un puntaje entre 9 y 10. ⁽³¹⁾

6.6. Diagnóstico diferencial

Teniendo en cuenta que el puerperio es una etapa de múltiples cambios en diversos aspectos como el físico, químico, psíquico y social, es importante diferenciar la Depresión postparto de otros cuadros que muchas veces puedan simular, e inclusive pueden confundir y dificultar el tratamiento. Entre las principales afecciones psiquiátricas de las que debemos diferenciarla se encuentran la Tristeza postparto y la Psicosis postparto. ⁽³²⁾

6.6.1 Tristeza postparto

La Tristeza postparto, Depresión postparto leve, Maternity Blues o Baby Blues es un cuadro que se produce debido a los cambios hormonales, psicológicos y sociales. En general es un cuadro leve que se inicia entre el segundo y cuarto día de puerperio, con una duración variable, pero que en la mayoría de los casos desaparece entre la segunda y tercera semana. Es un cuadro muy frecuente que aparece en aproximadamente el 80% de las madres. ⁽³³⁾

En cuanto a los factores de riesgo para la aparición de la Tristeza postparto se encuentran la presencia de episodios de depresión o síntomas depresivos durante el embarazo, también sucesos estresantes durante el embarazo, sobretudo el último mes. También se sabe que ciertas situaciones, como la alteración del sueño, o haber padecido algún síndrome premenstrual, o haber tenido un hijo muerto, aumentan las posibilidades de aparición de dicho cuadro. ⁽³⁴⁾



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

El cuadro clínico se manifiesta con labilidad emocional, irritabilidad, tristeza, llanto, ansiedad, cambios en el apetito, así como desesperación por la dificultad del manejo del recién nacido. En general presenta poca imposibilidad para la madre ya que se considera como un proceso de adaptación de la madre.

(34)

Como es considerado un cuadro fisiológico, en la mayoría de los casos no necesita de tratamiento, ya que desaparece a la segunda o tercera semana. Sin embargo es indispensable informar a la madre, a la pareja y a los demás familiares de la existencia de éste cuadro, y explicar esencialmente la diferencia con la depresión postparto. Es fundamental explicar que el estado de tristeza postparto se debe a los cambios hormonales, psicológicos, así como a los cambios a nivel familiar y social que enfrenta la mujer. Es por eso que es fundamental recomendar el acompañamiento familiar durante estos momentos, con el objetivo de que la madre pueda superar esta etapa con menor dificultad.

(34)

Por otra parte debe vigilarse la posibilidad de que los síntomas persistan o inclusive empeoren después de las tres semanas, en éstos casos es imprescindible contactar con un profesional de salud debido a la posibilidad de que el cuadro derive en una depresión postparto. (34)

6.6.2 Psicosis postparto

La Psicosis postparto es una enfermedad que aparece de forma aguda y grave, que generalmente se da en 1-2 de cada 1000 partos. (30)

En general se inicia bruscamente entre el tercer y novena día postparto, aunque también puede aparecer más tarde, con mayor frecuencia en el sexto mes. Este cuadro es más frecuente en las primigestas. (35)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Se ve sobretodo en mujeres con antecedentes de trastornos psiquiátricos, con un riesgo del 35% de desarrollar éste cuadro, especialmente si ha padecido trastorno bipolar. Otros factores de riesgo son el haber padecido anteriormente esquizofrenia o un trastorno esquizoafectivo, psicosis postparto previa, historia familiar de trastornos afectivos, o haber cursado con alguna complicación obstétrica durante el embarazo, el parto o en el postparto. Inclusive el riesgo de recurrencia oscila entre el 50 y el 60% para aquellas mujeres en que la psicosis apareció por primera vez en el postparto. ⁽³⁴⁾

Es imposible diferenciar clínicamente la psicosis postparto de otras psicosis. Su espectro clínico abarca labilidad del humor, agitación, confusión, dificultad para conciliar el sueño, hiperactividad, insomnio, cambios en el temperamento, alteraciones en el pensamiento y en el lenguaje, que puede ir desde la verborrea hasta el mutismo, perturbaciones en la percepción del tiempo, falta de contacto con la realidad e inclusive delirios y/o alucinaciones (como por ejemplo pensar que el niño está muerto, que está poseído por un demonio y debería morir, o que es un salvador con una misión divina).⁽³⁶⁾

La psicosis postparto es una emergencia médica, forma parte de las contraindicaciones para que el bebé sea entregado a la madre, ya que con frecuencia la madre puede autolesionarse o dañar a su niño, es más en un 10% ocurre infanticidio/suicidio, por lo que es imperativo tratar éste trastorno de forma inmediata. ⁽³⁶⁾

En cuanto al tratamiento, en la mayoría de los casos se requiere de hospitalización, utilizándose antipsicóticos y estabilizadores del ánimo. Se utilizan benzodicepinas con la finalidad de controlar los episodios de agitación. Una vez que el cuadro empieza a remitir, es indispensable introducir medidas psicoterapéuticas, sobre todo con la finalidad de identificar y reducir todos los factores que resulten estresantes para la madre. Además es necesario controlar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

el impacto de la crisis, así como accionar sobre la identidad y la autoestima de la madre, el vínculo entre la madre y el niño y el vínculo con la pareja. ⁽³⁶⁾

Es importante que la madre reciba apoyo en la resolución de los problemas, así como el fortalecimiento, la mejora y la reeducación de las habilidades. ⁽³⁷⁾

Cuando las condiciones maternas mejoran, y ya no existen riesgo de daño hacia ella misma o hacia su hijo, se puede restablecer el vínculo entre la madre y el hijo. Es importante mencionar que posteriormente esté presente siempre un familiar o profesional de la salud con el objetivo de evaluar y apoyar a la mujer en su autocuidado y en el cuidado del bebé. Después de la evaluación multidisciplinaria, y de forma gradual la madre volverá a retomar sus actividades, y por último el cuidado del niño sin supervisión. ⁽³⁸⁾

6.6.3 Otros cuadros

Es importante diferenciar de otros cuadros menos frecuentes y menos graves que los anteriormente descritos, como por ejemplo el Trastorno de Pánico Posparto, que es un cuadro que se ve en el 11% de las mujeres primigestas, y que se caracteriza por ansiedad, nerviosismo y ataques de pánicos (hiperventilación, dolor de pecho palpitaciones), preocupaciones o miedo. ⁽³⁸⁾

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo Postparto es un trastorno perinatal, que aparece en el 3 al 5% de las madres primigestas y que se caracteriza por obsesión (pensamiento persistentes o imágenes repetitivas que se relacionan con el bebé), compulsión (que se refiere a hacer cosas de forma repetida para disminuir el miedo y la obsesión). Las mujeres que padecen este cuadro, saben que dichos pensamientos son anormales y pocas veces lo ponen en práctica. ⁽³⁹⁾



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Del 1 al 6 % de las mujeres presentan un cuadro denominado Trastorno por Estrés Postraumático, que se da después del parto, y que se caracteriza por la aparición de ideas repetitivas de algún tipo de trauma sufrido, o el rechazo de estímulos que hacen recordar al trauma y un incremento de la sensibilidad que se manifiesta por irritabilidad, dificultad para dormir e hipervigilancia. ⁽⁴⁰⁾

6.7. Tratamiento

La Depresión postparto es un trastorno que puede ocasionar una seria discapacidad materna, pero que con la debida intervención puede resolverse de forma adecuada sin dejar secuelas para la madre, para el hijo y para la relación de la pareja. Debido a esto es esencial para los profesionales de la salud asumir un rol activo en la prevención, detección precoz y el diseño de estrategias de terapéutica aplicada de forma temprana, eficiente y adecuada, ya que esta contribuye a mejorar la calidad de vida de la madre y de los hijos, así como de toda la familia, reduce las complicaciones a corto y largo plazo, e inclusive disminuye los costo en materia de salud. ⁽³⁷⁾

Debido a la multiplicidad de factores asociados a su ocurrencia y a las implicancias que tiene tanto para la madre como para el hijo, se requiere el involucramiento de distintos sectores. La psicoterapia constituye el tratamiento de primera línea, sin embargo muchas madres con depresión postparto moderada o grave requieren de tratamiento farmacológico. ⁽³⁷⁾

Tratamiento psicoterapéutico: es importante abordar el aspecto emocional, tomar las medidas de apoyo y psicoeducacionales con el objetivo de disminuir de forma significativa la persistencia de los síntomas depresivos. Se ha visto mediante la realización de diversos estudios la eficacia de intervenciones psicosociales y psicológicas en la atención postparto habitual, ya que ésta se asocia a una reducción de la probabilidad de presentar síntomas depresivos,



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

incluso se ha visto que con la terapia cognitivo conductual se obtienen buenos resultados, similares a los obtenidos con la terapia farmacológica.⁽⁴¹⁾

El tratamiento psiquiátrico forma parte del plan de recuperación, a lo que también se incluye una estrategia de apoyo y ayuda en el que también se ven implicados su pareja, familia y amigos. En cuanto a la psicoterapia se han visto la eficacia que resulta realizar por un lado una Terapia Cognitiva-Conductual (TCC), que básicamente consiste en ayudar a los afectados a reconocer y cambiar sus pensamientos y conductas negativas; y por otro lado se encuentra la Terapia Interpersonal (TIP), que se orienta a ayudar a las personas a comprender y lidiar con relaciones interpersonales problemáticas.⁽⁴¹⁾

Tratamiento farmacológico: el uso de fármacos se recomienda una vez establecido el diagnóstico, teniendo claras las indicaciones en cuanto a su inicio, dosis, efecto terapéutico y efectos colaterales. Es necesario siempre informar a la mujer de la existencia de un período de latencia en el inicio, que generalmente dura dos a cuatro semanas, durante el cual se deberá continuar ingiriendo el medicamento a pesar de no verse remisión de los síntomas.⁽⁴¹⁾

Los fármacos más usados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Las drogas antidepresivas ejercen su efecto terapéutico a través del bloqueo de la recaptura de neurotransmisores como serotonina, dopamina y noradrenalina, entre otros.⁽⁴²⁾

Los fármacos de elección son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Los antidepresivos tricíclicos son los fármacos de segunda línea, debido a que se asocian con mayor frecuencia a sedación y efectos anticolinérgicos.⁽⁴³⁾

Entre los ISRS, sertralina y paroxetina son los fármacos de primera elección en el tratamiento de la Depresión postparto, debido a que su uso no



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

reviste riesgos para el lactante ya que no se detectan niveles relevantes de estas drogas en la sangre del lactante. ⁽⁴⁴⁾

La fluoxetina y citalopran tienen una vida media mayor, sin embargo se detectan en mayor cantidad en la leche materna, por lo que se encuentran en niveles elevados en la sangre del bebé y por lo tanto se asocia a efectos adversos, entre los cuales, los más frecuentes se encuentran cólicos, diarrea e irritabilidad. ⁽⁴⁴⁾

La sertralina y la paroxetina pueden presentar efectos colaterales como ansiedad, disminución de la libido, disfunción sexual e insomnio. Otros efectos observados son náuseas, anorexia, disminución de peso, molestias abdominales y diarreas. ⁽⁴⁵⁾

Iniciado el tratamiento, el profesional encargado debe estar en condiciones de evaluar la respuesta terapéutica y los efectos adversos que pudieran darse. Además ante la ausencia de respuesta o la presencia de efectos adversos severos se considerará la reevaluación del esquema terapéutico. También el profesional deberá valorar y reforzar las habilidades de la madre para el cuidado del hijo así como de la mantención de la lactancia. Se recomienda realizar actividades tanto individuales como grupales con otras madres, ya que éstas pueden proporcionar un ambiente que estimule la confianza materna y estimular la integración del padre u otro familiar significativo que pueda ser un apoyo emocional para la afectada. ⁽⁴⁶⁾

6.8. Prevención

La detección y la intervención temprana pueden proteger la salud de la mamá, del bebé y de toda la familia.

En el caso de que la mujer tenga una historia previa de depresión postparto el tratamiento con fármacos debe iniciarse de forma inmediata después



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

del parto para prevenir una posible recaída del cuadro. Éste tratamiento debe mantenerse de seis meses a un año. ⁽⁴⁷⁾

La profilaxis iniciada en las primeras 24 horas mejora el cuadro. El tratamiento se realizará de forma escalafonada, comenzando con medidas psicoeducativas y/o terapia cognitivo/conductual. Seguidamente se iniciarán las medidas farmacológicas con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como los fármacos de la primera línea. ⁽⁴⁷⁾

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia recomienda que se realice control a todas las puérperas , con el fin de valorar el estado físico y emocional de la mujer, el estado del recién nacido, confirmar la adecuada nutrición del bebé, así como su hidratación, valorar la coloración del neonato y problemas de aparición reciente, así como también la adecuada integración del recién nacido en el ambiente del hogar y determinar los conocimientos sobre los cuidados del recién nacido, inmunizaciones, entre otros.⁽⁸⁾

En el caso de la maternidad adolescente, se deben tomar medidas, de tal manera a que la afectada asuma la situación, a pesar de que aún no está preparada. Se debería implementar acompañamiento psicológico, presente desde inicios del embarazo, ya que frecuentemente, existe un desbordamiento de la posibilidad psicológica por parte de la embarazada de asimilar la nueva situación, y la posibilidad de elegir las opciones y caminos posibles a seguir. Además la vida estas jóvenes, sufre enormes modificaciones, ya sea deseado o no el embarazo, este interfiere en la escolaridad y en las actividades laborales. Esta situación implica que la adolescente tenga que adaptarse y enfrentar a la nueva realidad. ⁽⁴⁸⁾



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7. MARCO METODOLÓGICO

7.1. Diseño de estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo de prevalencia con componente analítico.

7.2. Universo de estudio

Puérperas que acuden al Hospital Regional de Coronel Oviedo.

7.3. Selección y tamaño de muestra

- Tamaño poblacional: ∞
- Precisión: 5,00%
- Proporción esperada: 22,22%
- Nivel de confianza: 95,0%
- $n = 259$

7.4. Criterios de inclusión

Fueron incluidas todas las puérperas internadas en sala de maternidad y las puérperas que acuden al servicio de vacunación en el período comprendido desde el 01 de junio hasta el 01 de setiembre de 2016.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7.5. Criterios de exclusión

Aquellos pacientes que no den su consentimiento para la realización del test.

7.6. Delimitación temporal y espacial

La investigación se llevó a cabo entre los meses de junio de 2016 y setiembre de 2016, en el Hospital Regional de Coronel Oviedo.

7.7. Técnica para recolección de datos

Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario en el cual primeramente se incluyen los datos demográficos y seguidamente el Test de depresión postparto de Edimburgo. La recolección de datos fue realizado por el autor, conjuntamente con la ayuda de personas previamente capacitadas acerca del tema.

7.7.1 Breve descripción del Test de Edimburgo

El test de Edimburgo es un método de detección de depresión postparto que está vigente desde el año 1987, elaborado en la ciudad de Edimburgo, Inglaterra, y traducido a más de diez idiomas. Este es un autoinforme, que consta de diez ítems indicativos de síntomas, que se agrupan básicamente entorno a 2 factores: tristeza y ansiedad. Cada una de las preguntas contiene cuatro opciones de respuestas, cuyos puntajes van del cero al tres, según la característica sintomática. De todos los ítems, cinco se relacionan con disforia, dos con ansiedad, uno con sentimientos de culpa y uno con dificultad para la concentración. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, Asociación Americana de Psiquiatría, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Para las preguntas uno, dos y tres, los puntajes de sus opciones de respuesta van en orden ascendente, es decir cero, uno, dos y tres. Para las demás preguntas, los puntajes de las opciones van en orden inverso. Seguidamente se suman todos los puntos. Un puntaje de 10 o más sugiere depresión postparto, pero no su gravedad.

Es un instrumento de autoevaluación, de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada una y puntajes que van de 0 a 3, según la característica sintomática. De todos los ítems, 5 se relacionan con disforia, 2 con ansiedad, 1 con sentimientos de culpa, 1 con ideación suicida y 1 con dificultades de concentración. La mayoría de las madres pueden contestar en menos de 5 minutos. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

7.7.2 Instrucciones de uso

1. Se pide a la madre que elija la respuesta que más se parezca a la forma de sentir en los 7 días anteriores.
2. Deben responder las diez preguntas.
3. Evitar que la madre comente sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder por sí misma las preguntas, a no ser que tenga alguna dificultad para ello.
5. La clínica de pediatría, el internado de maternidad, la cita de control de postparto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para aplicar la escala.

7.7.3 Pautas para la evaluación:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

A las respuestas se le dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad sintomática y los puntos para los ítems 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se puntúan en orden inverso, por ejemplo 3, 2, 1, 0.

Posteriormente se suman todos los puntos, para obtener la puntuación final. Un puntaje de 10 o más, muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Para la pregunta 10, ante cualquier número escogido, que no sea el 0, es necesario realizar evaluaciones adicionales de forma inmediata. Es importante recalcar que la escala de Edimburgo está diseñada para asistir al juicio clínico, y de ninguna manera para reemplazarlo. Siempre se deben realizar evaluaciones adicionales a las madres, antes de decidir el tipo de tratamiento.

7.8. Cuestiones éticas

Se solicitó permiso, mediante una nota, dirigida a la persona del director del Hospital Regional de Coronel Oviedo a fin de obtener el consentimiento para la recolección de datos en el Servicio de Ginecología y Obstetricia y el área de Vacunación.

Se aplicó el test de Edimburgo en dichas áreas, respetando la integridad del individuo a ser estudiado, evitando cualquier tipo de situación que sobrepase el respeto a la moral, todos fueron tratados con justicia, igualdad y confidencialidad. Para la aplicación de la encuesta se realizó primeramente una breve explicación sobre los objetivos que se desean lograr con la misma, a cada paciente, de tal manera a informar en qué consiste y de ésta manera lograr su aprobación para el llenado del test.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAAGUAZÚ**

7.9. Variables de Estudio. Operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Clasificación y escala	Definición Operacional	Indicador
Depresión Postparto	Es un cuadro depresivo que se produce en la madre tras el nacimiento de un hijo.	Cualitativa-Nominal	Diagnóstico a través del Test de Edimburgo	Sí No
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cuantitativo-discreta	Edad reportada a través del cuestionario	A determinar
Procedencia	Lugar de origen	Cualitativa nominal	Datos referidos en el cuestionario	Urbana Rural
Estado civil	Es el estado jurídico en que se encuentra una persona frente a la sociedad y familia.	Cualitativa nominal	Datos obtenidos en el cuestionario.	Casada Soltera Unión libre Separada Viuda



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAAGUAZÚ**

Ocupación	Desempeño diario al cual dispone de entre 8 horas o más.	Cualitativa nominal	Datos referidos en el cuestionario.	No trabaja Profesional Ama de casa Estudiante
Nivel de instrucción	Es un indicador que determina la capacidad del conocimiento de una persona desde el punto de vista cultural, social e intelectual.	Cualitativa ordinal	Datos referidos en el cuestionario	Ninguna Educación inicial Primaria Secundaria Escolar básica Escolar media Universitaria
Número de hijos	Cantidad de hijos nacidos vivos	Cuantitativa-discreta	Datos referidos en el cuestionario	A determinar
Aborto	Es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o un producto menor a 500 gramos	Cualitativa-nominal	Datos referidos en el cuestionario	Sí No
Tiempo de aparición de los síntomas según semanas de puerperio	Es el período de tiempo comprendido entre el primer mes y el año postparto.	Cuantitativa discreta	Datos referidos en el cuestionario	A determinar



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAAGUAZÚ**

Complicaciones durante el último embarazo	Enfermedades maternas que complican al embarazo	Cualitativa-nominal	Datos referidos en el cuestionario	Sí No
---	---	---------------------	------------------------------------	----------

7.10. Plan de análisis de los resultados

7.10.1. Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables.

Se seleccionaron las variables de interés y se digitalizaron mediante Excel 2013.

7.10.2. Programas a utilizar para el análisis de datos.

Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico STATA 12.0, utilizando como medidas estadísticas un análisis de cada variable; para las variables cuantitativas, las medidas de tendencia central y de dispersión, y para las variables cualitativas, tablas de distribución de frecuencias.

El análisis bivariado se realizó mediante la prueba estadística Chi cuadrado, tomando un nivel de significancia estadística $p < 0,005$.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

8. RESULTADOS

Un total de 300 puérperas fueron entrevistadas en las áreas de internado de maternidad y vacunación del Hospital Regional de Coronel Oviedo entre junio y setiembre del 2016. El límite inferior de la edad de las puérperas fue de 15 años y el límite superior de 46 años, con un rango de 31 años. La media de edad fue de $27,83 \pm 8,10$ años. Mientras tanto la media del número de hijos fue de $2,3 \pm 1,37$, con un límite inferior de 1 hijo y un límite superior igual a 7 hijos. Se encontraron los siguientes resultados:



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAAGUAZÚ**

Característica	n	Porcentaje (%)
Edad		
15-19	50	16,67
20-29	122	40,67
30-39	99	33,00
40 y más	29	9,67
Nivel de instrucción		
Primaria	73	24,33
Secundaria	96	32,00
Terciaria	131	43,67
Estado civil		
Soltera	39	13,00
Casada	178	59,33
Unión libre	83	27,67
Procedencia		
Rural	115	38,33
Urbana	185	61,67
Número de hijos		
Un hijo	109	36,33
Dos hijos o más	191	63,67
Antecedente de aborto		
Si	62	20,67
No	238	79,33



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla I. Características generales de las puérperas ingresadas al estudio.
(n=300)

Si	119	39,67
No	181	60,33
Total	300	100

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes internadas en la sala de maternidad y las pacientes que acuden al servicio de vacunación del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016.

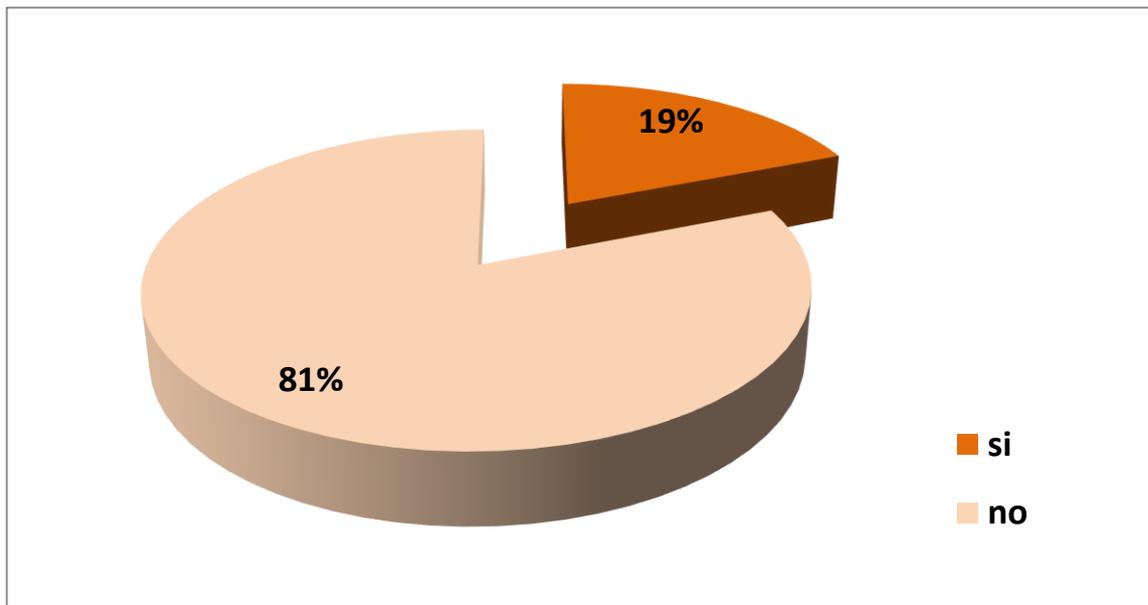
En la tabla I se presentan las características generales de las 300 puérperas que fueron incluidas en el estudio. 50 (16,66%) de las puérperas estuvieron en un rango de edad de 15-19 años, 122 (40,67%) en un rango de 20-29 años, y 99 (33,00%) se encontraron entre 30-39 años. En cuanto al nivel de instrucción, 73 (24,33%) habían realizado la primaria, y 96 (32,00%) la secundaria. Así mismo, 178 (59,33%) eran casadas y 83 (27,67%) estaban en unión libre. 185 (61,67%) provenían del área urbana. Se observó que 191(63,67%) puérperas tiene dos hijos o más, y que 62(20,67%) tienen antecedente de aborto. Por último, 119 (39,67%) puérperas han tenido complicaciones durante el último embarazo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAAGUAZÚ

8.1 Prevalencia de depresión postparto

GRÁFICO 1. Prevalencia de depresión postparto. Hospital Regional de Coronel Oviedo. (n=300)



Fuente: Encuesta realizada a las pacientes internadas en la sala de maternidad y las pacientes que acuden al servicio de vacunación del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016.

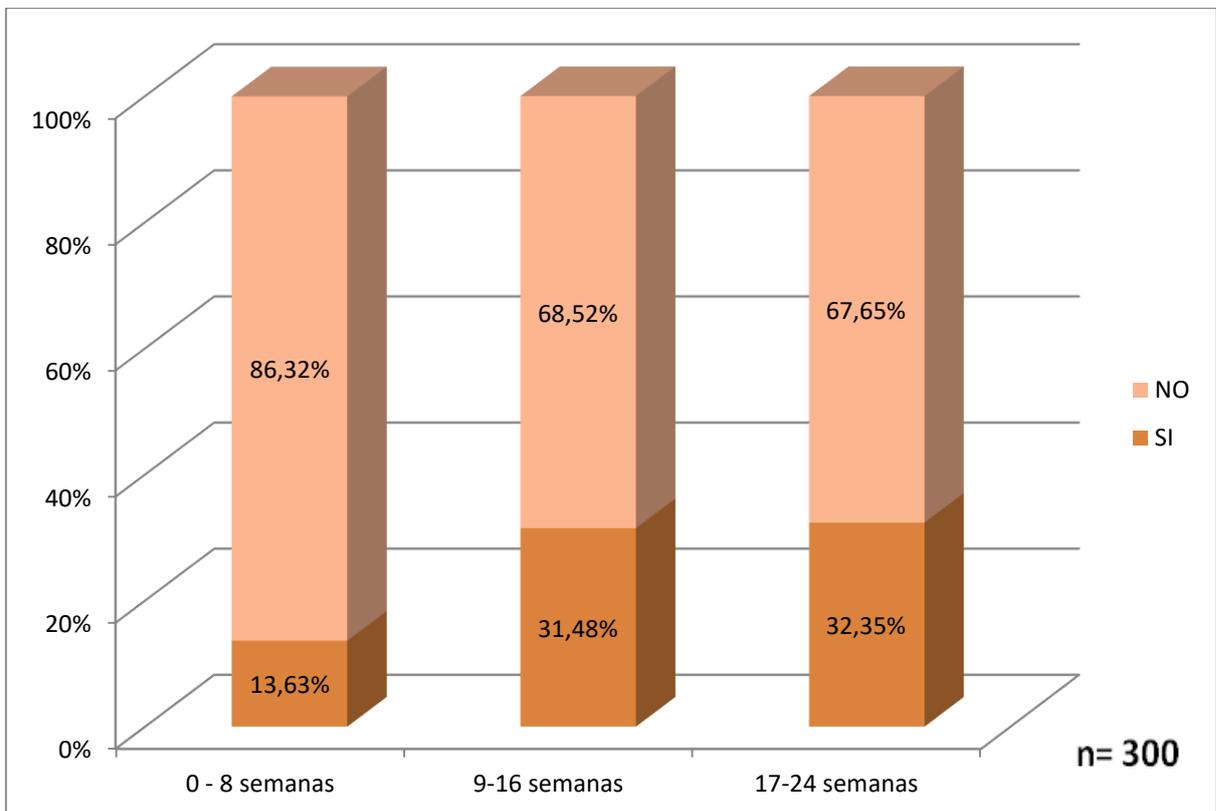
En el gráfico 1, se observa que la prevalencia de depresión postparto fue del 19%. IC=95% (14,71-23,90)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAAGUAZÚ

8.2 Prevalencia de depresión postparto según semanas de puerperio

GRÁFICO 2: Prevalencia de depresión postparto según semanas de puerperio. (n=300)





UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Pearson $\chi^2 = 13,3051$

$p = 0,001$

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes internadas en la sala de maternidad y las pacientes que acuden al servicio de vacunación del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016.

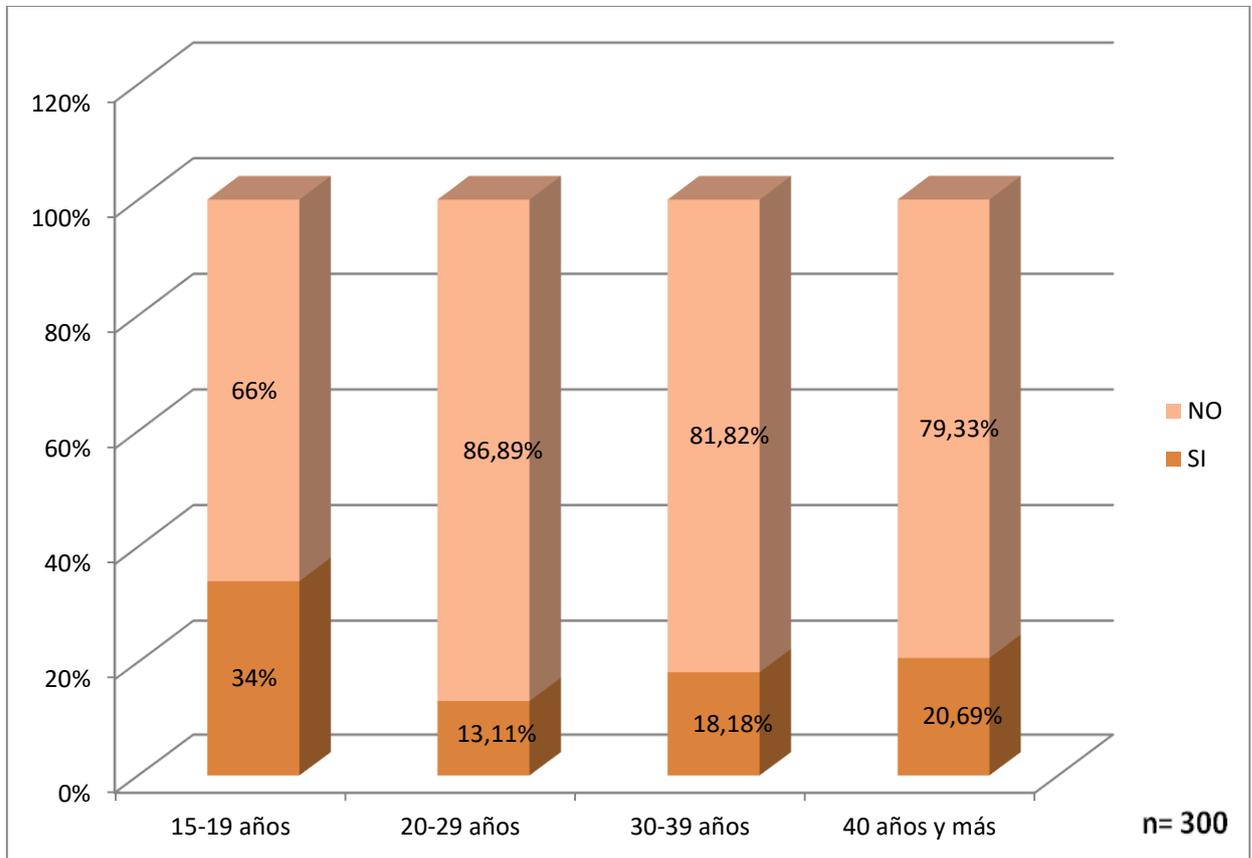
En el gráfico 2, se observa que en el grupo de puérperas que están entre las 0-8 semanas, constituido por 212 mujeres, se halló una prevalencia del 13,63%. En el grupo de 54 puérperas que están entre las semanas 9-16, se obtuvo una prevalencia del 31,48%. Por último, en el grupo de 34 puérperas que se encontraban entre las 17-24 semanas, se encontró una prevalencia del 32,35%.

8.3 Prevalencia de depresión postparto según factores demográficos

GRÁFICO 3: Prevalencia de depresión postparto según edad. (n=300)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ



Pearson $\chi^2 = 10,1525$

$p = 0,017$

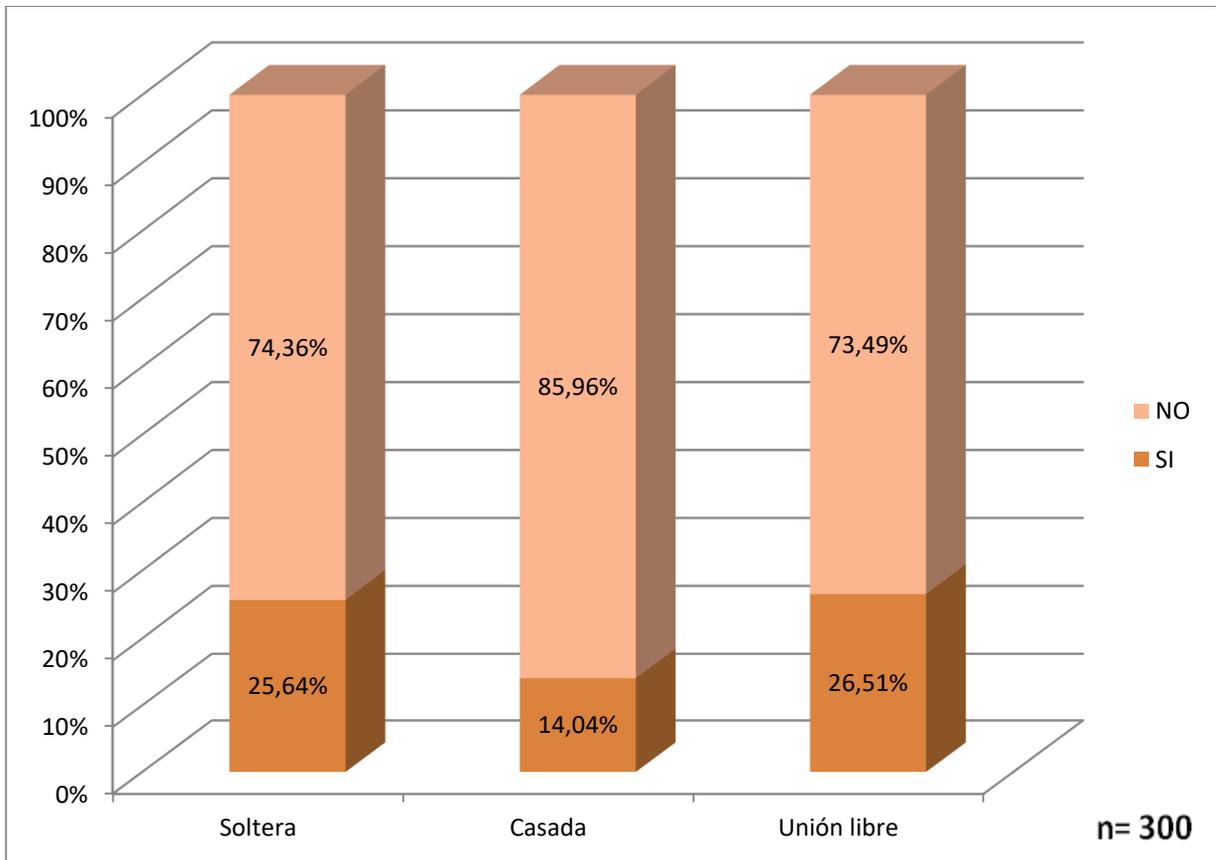
Fuente: Encuesta realizada a las pacientes internadas en la sala de maternidad y las pacientes que acuden al servicio de vacunación del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016.

En cuanto a la prevalencia de depresión postparto según la edad, en el gráfico 3 se observa, que en el período comprendido entre 15-19 años se encontró una prevalencia del 34%, de 20-29 años 13,11%, de 30-39 años 18,18%, y por último una prevalencia del 20,69% en las que tienen 40 años y más. Se ha visto que la edad es un factor de riesgo sobre todo en las menores de 20 años, siendo la diferencia estadísticamente significativa. ($p = 0,017$)

GRÁFICO 4: Prevalencia de depresión postparto según estado civil. (n=300)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ



Pearson $\chi^2 = 6,9959$

$p = 0,030$

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes internadas en la sala de maternidad y las pacientes que acuden al servicio de vacunación del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016.

En el gráfico 4, se observa la prevalencia según el estado civil. La prevalencia hallada en las mujeres que se encuentran en unión libre fue del 26,51%, en las solteras del 25,64% y en las casadas del 14,04%. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla II. Variables demográficas de las puérperas ingresadas al estudio. Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016 (n=300)



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAAGUAZÚ**

Característica	Test de Edimburgo	
	Positivo	Negativo
Nivel de instrucción		
Primaria	26,03%	73,97%
Secundaria	19,79%	80,21%
Terciaria	14,50%	85,50%
Total	19,00%	81,00%
Procedencia		
Rural	16,52%	83,48%
Urbana	20,54%	79,46%
Total	19,00%	81,00%

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes internadas en la sala de maternidad y las pacientes que acuden al servicio de vacunación del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016.

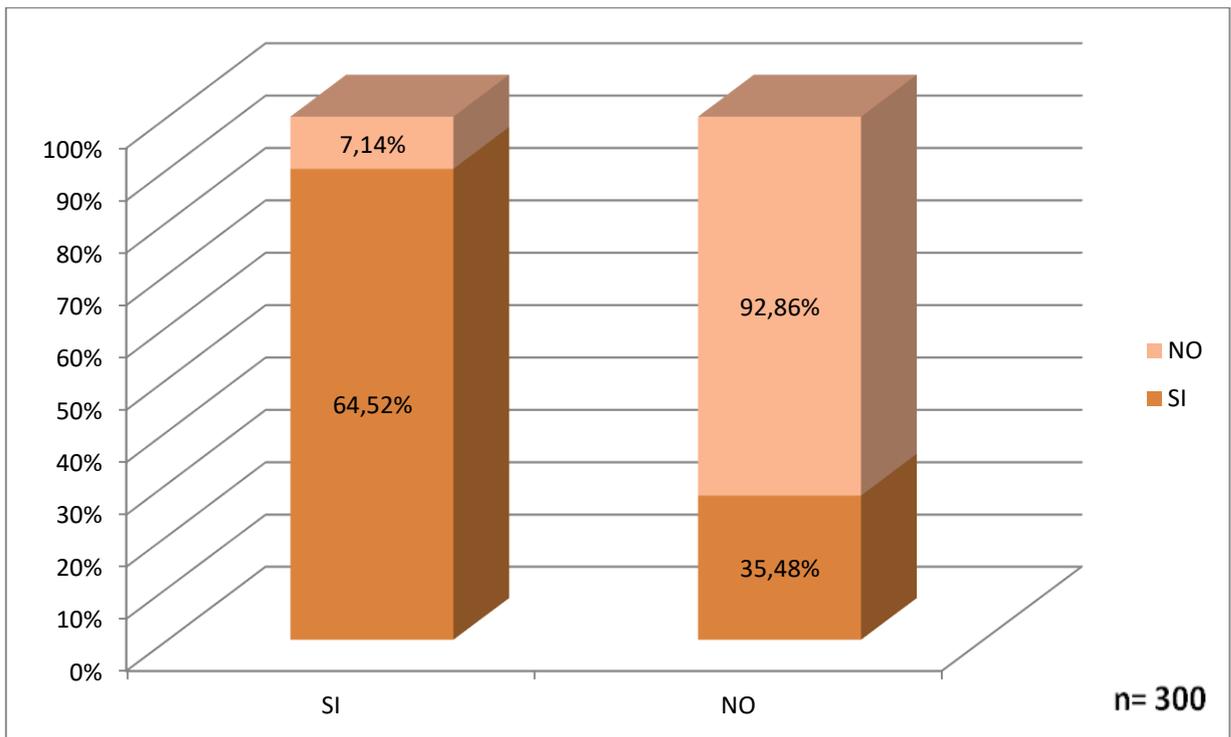
En la tabla II se observa que entre las puérperas que tienen nivel de instrucción primaria, el 26,03% dio positivo al test, entre las que tienen educación secundaria, 19,79% y entre las que tienen nivel de instrucción terciaria, 14,50%. Además se encontró una prevalencia de depresión postparto del 16,52% en las puérperas que proceden del área rural, y una prevalencia del 20,54% entre las que provienen del área urbana.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

8.3 Prevalencia de depresión postparto según factores obstétricos

GRÁFICO 5: Prevalencia de depresión postparto según antecedente de aborto. (n=300)



Pearson $\chi^2 = 105,2030$

$p = 0,000$

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes internadas en la sala de maternidad y las pacientes que acuden al servicio de vacunación del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016.

En el gráfico 5, se observa que la prevalencia de depresión postparto en las mujeres que tienen antecedente de aborto fue del 64,52%, y en las que no tienen dicho antecedente, fue del 35,48%, siendo la diferencia estadísticamente significativa.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAAGUAZÚ**

Tabla III. Variables obstétricas de las puérperas ingresadas al estudio. Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016 (n=300)

Característica	Test de Edimburgo	
	Positivo	Negativo
Número de hijo		
Un hijo	15,71%	84,29%
Dos hijos o más	24,77%	75,23%
Total	19,00%	81,00%
Complicaciones durante el último embarazo		
Si	22,69%	77,31%
No	16,57%	83,43%
Total	19,00%	81,00%

Fuente: Encuesta realizada a las pacientes internadas en la sala de maternidad y las pacientes que acuden al servicio de vacunación del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016.

En la tabla III se observa que se obtuvo una prevalencia de depresión postparto del 15,71% entre las puérperas que tienen un hijo, y una prevalencia igual a 24,77% entre las que tienen dos hijos o más. Además se obtuvo una prevalencia del 22,69% en las puérperas que han tenido complicaciones durante el último embarazo, y una prevalencia del 16,57% entre las que no han tenido complicaciones.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

9. DISCUSION

Es bien sabido que la depresión postparto es un cuadro que se caracteriza por tristeza, anhedonia, falta de ánimo, como llanto, y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar una situación principalmente en lo que concierne a los cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas. Este cuadro puede iniciarse en el primer día de puerperio, e incluso prolongarse hasta después de un año. La prevalencia denota un espectro de rangos amplios, sobre todo entre los valores hallados en los estudios realizados en países desarrollados, comparados con los realizados en los países en vías de desarrollo.⁽¹⁰⁾

La prevalencia de depresión postparto hallada en este estudio fue del 19%, un valor por debajo al encontrado en otro estudio realizado en el año 2012 en la ciudad de Brasilia, por Zaconeta y cols en donde se documentó una prevalencia del 22,22%.⁽⁴⁾

En lo que respecta a la prevalencia según el tiempo de puerperio, la mayor prevalencia se halló en el período comprendido entre las 17 y 24 semanas de puerperio. Resultado similar se obtuvo en el trabajo denominado Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer, que se realizó en la ciudad de México en el año 2011.⁽¹⁵⁾

La depresión postparto ha sido relacionada con ciertos factores de riesgo, aunque existen numerosas discrepancias, debido a la variabilidad de las



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

poblaciones investigadas, lo cual ocasiona que muchas veces los resultados difieran en gran medida.

Uno de los factores comúnmente asociados es la edad, ya que se han visto en varios estudios que las mujeres con embarazo en la adolescencia son más vulnerables a padecer depresión, probablemente relacionada con la ansiedad presente en esta etapa, además de que este constituye un período de transición en donde hay aumento de las emociones, principalmente provocadas por las experiencia de indecisión de abandonar viejas prácticas, hábitos, pensamientos y establecer otros nuevos. ⁽⁴⁸⁾ En este estudio se ha encontrado que la edad constituye un factor de riesgo, sobre todo en las puérperas menores de 20 años. Similar resultado se obtuvo en el trabajo realizado por Rojas y cols, en el año 2011, en el departamento de Psiquiatría y Salud mental, del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, donde se observó mayor prevalencia de depresión postparto en las puérperas adolescentes. ⁽⁷⁾

En cuanto al estado civil se ha observado que la depresión postparto es más frecuente en las mujeres que se encuentran en unión libre, seguida de las solteras. Igual resultado se obtuvo en un estudio denominado Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos postparto en mujeres atendidas en el sistema público, en el año 2012, en la ciudad de Santiago, Chile. ⁽⁴⁹⁾

Varias investigaciones relacionan al antecedente de aborto con el desarrollo de depresión en diversas etapas de la vida, entre ellas el postparto, ya que este constituye un episodio traumático. ⁽⁵⁰⁾ En este estudio se observó una mayor prevalencia de depresión postparto en puérperas con antecedente de aborto. Hallazgo similar se obtuvo en el estudio Factores de riesgo asociados a la depresión postparto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica, Chile, en el año 2013. ⁽¹⁰⁾



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Además se encontró que el nivel de instrucción, la procedencia, la cantidad de hijos, ni las complicaciones durante el último embarazo no hayan demostrado ser factores de riesgo significativos para depresión postparto. Observación similar fue encontrada en otro estudio, que lleva por título Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo, realizado en la ciudad de Zulia - Venezuela en el año 2011. ⁽⁵¹⁾

Si bien se han logrado los objetivos propuestos al inicio, existen aún numerosos puntos por investigar en este tema, se debería buscar algún método por el cual se pueda extender la aplicación del test a fin de llegar a la mayor cantidad de puérperas posible, en un período de tiempo más prolongado, ya que ambos constituyeron algunas de las limitaciones de este estudio.

Otra de las limitaciones que se encontraron fue la nula información acerca de este cuadro en lo que respecta a cualquier tipo de investigación, ya que no existen antecedentes de trabajos publicados en nuestro país. Además sería necesario el acompañamiento por parte de un equipo multidisciplinario a fin de tener la certeza diagnóstica de las pacientes que dieron positivo a través de la escala de tamizaje utilizada.

Esta investigación permitió ampliar los conocimientos conceptuales y estadísticos de las variables en estudio. Además sugiere la importancia de mejorar la detección de la depresión postparto, sobre todo en las áreas de maternidad y de vacunación, a fin de brindar ayuda a las afectadas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

10. CONCLUSIÓN

El estudio realizado en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, en las áreas de vacunación e internado de maternidad, a través de la encuesta hecha a 300 puérperas en el período comprendido entre los meses de junio a setiembre del 2016, para determinar la prevalencia de depresión postparto y los factores asociados, según los objetivos propuestos, concluye de la siguiente manera:

- La prevalencia de depresión postparto hallada fue baja. El período en donde se encontró la mayor prevalencia de depresión postparto, es en el comprendido entre las 17-24 semanas.
- Se logró constatar que existe asociación entre la depresión postparto y algunas variables demográficas como la edad y el estado civil, ya que entre las puérperas que dieron positivo al test, prevalecieron las menores de 20 años, y las que estaban en unión libre, seguida de las solteras.
- Así mismo se observó una mayor prevalencia de depresión postparto en las puérperas que tienen antecedente de aborto.
- Además en esta investigación no se encontró significativa la asociación entre la depresión postparto y ciertos factores demográficos como el nivel de instrucción y la procedencia, así como tampoco se encontró que esté asociada con el número de hijos, ni tampoco el antecedente de haber padecido complicaciones en el último embarazo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

11. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta la cifra obtenida como prevalencia, y los factores de riesgo asociados en esta investigación, y conociendo las limitaciones que se presentaron durante la realización del trabajo, se hacen las siguientes recomendaciones:

- En investigaciones futuras, ampliar el número de mujeres en etapa de puerperio, a fin de llegar a una mayor población a la que se le aplicará el test de Edimburgo, además de realizar en un período de tiempo más prolongado la recolección de datos.
- Poner a conocimiento de la población general el concepto y los síntomas de la depresión postparto y los factores de riesgo, en los centros de atención primaria a la salud, a través de la elaboración de boletines informativos.
- Durante la primera consulta pediátrica, aprovechando que la madre lleva al niño, y que en general se realiza al octavo día postparto, se recomienda la aplicación del test de detección de depresión postparto, teniendo en cuenta que en esta etapa ya podrían manifestarse los síntomas.
- Aplicar el test diagnóstico de depresión postparto en las áreas en donde frecuentemente asisten las puérperas, como el Servicio de Ginecología y



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Obstetricia, el área de vacunación, consultorios de pediatría y también en el área de internados de pediatría y terapia neonatal.

- Elaborar planes de apoyo a mujeres que presenten factores de riesgo conocidos desde la gestación, tales como edad temprana de embarazo, antecedentes de abortos, con la finalidad de evitar cuadros depresivos en el puerperio.

12. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Organización Mundial de la Salud. Atlanta, USA. Mediacentre. [Fecha de actualización: enero 2015. Fecha de consulta: 16 marzo 2016].www.who.int (2/4) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
- 2- Fernández J., et al. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2014 Dic [citado 2016 Jun 02]; 74(4): 229-243. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003&lng=es
- 3- Bonilla, O. Depresión y Factores Asociados en Mujeres Embarazadas Adolescentes Embarazadas y no hay en Medellín (Colombia) 2009: Estudio de corte transversal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2010 Setiembre [citado 2016 03 Julio]; 61 (3): 207-213. Disponible a partir de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342010000300004&lng=en.
- 4- Moreno Zaconeta, A.; Domingues, L.; Franca, P. Depresión posparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012, vol. 69, n.3, pp.209-213. ISSN 0717-7526. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000300005>.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- 5- National Health and Medical Research Council. Postnatal depression. A systematic review of published scientific literature to 1999. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2000
- 6- Carrera M. Papel del obstetra ante la pérdida perinatal. Valencia, España: Universidad de Valencia. Serie de Publicaciones. 2004. 4-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=6226593&pid=S0717-7526201000050000700014&lng=es
- 7- Pignone M, Vargas C. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento. Revista de la Subsecretaría de Salud Pública. Chile, 2014. 1-3.
- 8- Revista de la Sociedad Americana de Ginecología y Obstetricia [página principal en internet]. Washington DC: La Asociación; actualizado 20 julio 2016; [citado 22 setiembre 2016]. Disponible en: <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/La-depresion-despues-del-parto>
- 9- Revista de la Universidad de Chile [página principal en internet]. Santiago, Chile: Editorial chilena; actualizado el 28 de Julio de 2012; [citado el 28 de octubre 2016]. Disponible en: <http://www.med.uchile.cl/2010/julio/4429-estudio-de-la-u-de-chile-caracteriza-a-las-mujeres-con-depresion-posparto.html>
- 10- Santacruz F., Serrano F. depresión postparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca 2014, Ecuador. Página 30-60. Disponible en: dspace.ucuenca.edu.ec
- 11- Bustos S., Jiménez N. Factores de riesgo asociados a la depresión postparto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica-Chile. 2013. 5-12. Disponible en: http://www.schilesaludmental.cl/pdf_revistas/2013_01/05_factores_de_riesgo_asociados_a_la_depresion_post_parto.pdf.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAAGUAZÚ

- 12- Barro F., Barra L. y Solís J. Depresión Posparto; Hacia un Tratamiento Integral. 2009. Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa, 1 (1): 77-88.
- 13- Wisner K., et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. JAMA Psychiatry 2013;70:490-8.
- 14- Oviedo G., Jordán V. Trastornos afectivos posparto. Primera edición. Barcelona: Universitat Médica, Elsevier,. 2006; 47: 131-40
- 15- Almanza J., Salas C., Olivares A. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. Revista de Sanidad Militar Mexicana. 2011; 65: 78-86.
- 16- Claudia Wolff L, Paula Valenzuela X., Karim Esteffan S., Daniela Zapata B. Depresión posparto en el embarazo adolescente: Análisis del problema y sus consecuencias. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia 2009; 74(3): 151 – 158. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000300004
- 17- Manchado Ramírez F, García SerranoT, Moya Rüegg N, Bernabéu Sáez N, Cerdá Díaz R. Depresión puerperal. Factores relacionados. Aten Primaria 1997; 20(4): 161-66.
- 18- Sebastián Romero E, Mas Lodo N, Martín Blázquez M, Raja Casillas MI, Izquierdo Zamarriego MJ, Vallés Fernández N, Metola Gómez M. Depresión Postparto en el Área de Salud de Toledo. Aten Primaria 1999; 24(4): 215-219
- 19- Ríos Rial B, García-Noblejas SánchezMigallón J, Sánchez Cubas S. Depresión Postparto. En: Trastornos depresivos en la mujer (Depresión en patologías orgánicas). Ed. Edicomplet, S.A. Madrid 1999. 12-26
- 20- Marín M., Bullones R., Carmona M., Carretero A., Moreno M. y Peñacoba P. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. Revista Nure Investigación, 37(1): 1-15. (2008).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- 21- Kruckman L., y Smith S. An Introduction to Postpartum Illness. USA: Postpartum Support International. Disponible en: <http://postpartum.net/resources>. (2008)
- 22- MacCue S., Briggs-Gowan M., Storfer A. y Carter A. Prevalence, Correlates, and Persistence of Maternal Depression. *J Womens Health* 16(5): 678-691. (2007)
- 23- Llavona, L.M., Muruaga, S., y Nogueiras, B. Enfoque conductual de la depresión postparto. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*.193-220. (1986)
- 24- Arranz L., et al. Enfoque multidisciplinario en la depresión postparto. *Revista de Ginecología y Obstetricia México*, 76(6):341-8. (2008)
- 25- Ministerio de Salud. Guía clínica: Tratamiento de personas con depresión. Santiago: Ministerio de Salud, Chile; 2009. Disponible en: <http://www.ms.cl/php>
- 26- Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Revméd Chile*. 2008; 136(7):851-8.
- 27- Dennis C, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review. *Pediatrics* [internet]. 2009 [consultado el 23 de septiembre de 2016]; 123(4):736-51. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/123/4/e736.full>
- 28- Schwartz K., et al. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *J FamPract*. 2002; 51(5):439-44.
- 29- Grote V., et al. Maternal postnatal depression and child growth: A european cohort study. *BMC Pediatrics* [internet]. 2010 [consultado 4 set 2016]; 10(14). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-10-14.pdf>
- 30- Neill Epperson M. Postpartum Mayor Depresssion: Detection and Treatment. *American FamilyPhysician* 1999; 59(8): 2247-2254



UNIVERSIDAD NACIONAL DE

CAAGUAZÚ

- 31- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo. Obtenido de la British Journal of Psychiatry Junio, 1987, Vol. 150. [Versión en línea]. Consultado el 14 set 2016. Disponible en: http://www.state.nj.us/health/fhs/postpartumdepression/pdf/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf.
- 32- Álvarez A., Ponce E., Irigoyen A. Frecuencia de depresión posparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México. Arch Med Fam. 2008; 10 (4):133-136.
- 33- Bonnin F. Screening of depressive disorders during the postpartum period with the Zerssen self-evaluation scale. Encephale 1992; 18(5): 551(6)
- 34- Romero G., et al. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. GinecolObstetMex. 2010; 78: 53-7.
- 35- Heron J, Mc Guinness M, Robertson E, Craddock N, Jones I. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. BJOG. 2008; 115: 348-53
- 36- Susman J. Postpartum depressive disorders. J FamPract 1996; 43 (6 Suppl): S17-24
- 37- García M., Otín R. Sobre la psicosis puerperal. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2007; 27: 501-6.
- 38- Fiedman S., Resnick P., Rosenthal M. Postpartum psychosis: strategies to protect infant and mother from harm. Psychiatry. 2009; 8: 40-6
- 39- Brandes, M., Soares, C., Cohen, L. Postpartum onset obsessive compulsive disorder: Diagnosis and Management. Archives in Womens' Mental Health. 2004. 99-110
- 40- Gaynes, et al.,.Recently MsOffice, the Agency for Helathcare Research and Quality (AHRQ), in collaboration with the Safe Motherhood Group (SMG) , commissioned an evidence report on postpartum depression from the Research Triangle International –University of North Carolina's Evidence Based Practice Center. 2005. 50-60



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- 41- Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. 2007
Disponibile en: <http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD006116>
- 42- Burt V., et al. The use of psychotropic medications during breast-feeding. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(7):1001-09.
- 43- Lanza S. T, Wisner K. Antidepressant Medication Use during Breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol*. 2009; 52(3):483-97.
- 44- Gentile S. Use of contemporary antidepressants during breastfeeding: A proposal for a specific safety index. *Drug Saf*. 2007; 30(2):107-21.
- 45- Retamal P. Psicofarmacoterapia antidepresiva. *Revméd Chile*. 2001; 129(7):813-8.
- 46- Carro T, et al. Trastornos del estado de ánimo en el postparto *Medicina General y de Familia*. 2000 [consultado 17 Sep 2016]; 24:452-6. Disponible en: <http://www.medicinageneral.org/mayo-2000/452-456.pdf>
- 47- Lara M., et al. Population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting Mexican adolescents. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012 Feb;31(2):102-8. PMID: 22522871 153 [PubMed - indexed for Medline]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22522871>
- 48- Siegel R., Brandon R. Embarazo adolescentes y enfermedades mentales. *J Pediatría Adolescencia y Ginecología* 2014; 27 (3) :138-50
- 49- Dois A., Uribe C., Villarroel L. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev. méd. Chile*. 2012 Jun [citado 2016 Oct 24]; 140(6):719-725. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000600004&lng=es.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- 50- Arranz L., et al. Enfoque multidisciplinario en la depresión postparto. 2008. Revista de Ginecología y Obstetricia México, 76(6):341-8.
- 51- Urdaneta J., et al. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev. chil. obstet. ginecol. 2011 [citado 2016 Oct 24] ; 76 (2): 102-112. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid.

13. ANEXOS

Formulario de consentimiento informado dirigido a las mujeres internadas en el área de maternidad y las que acuden al área de vacunación del Hospital Regional de Coronel Oviedo.

Título de Tesis: Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en el Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016

Autor: Luis Fernando Lugo Guillén.

Estimada paciente:

Mediante la presente redacción, usted es invitada a participar en el estudio de la prevalencia de depresión postparto y factores asociados en el Hospital Regional de Coronel Oviedo.

Este estudio tiene como propósito aportar información acerca de la prevalencia de la depresión postparto y de los factores asociados en las mujeres que se encuentran internadas en el área de maternidad y en las mujeres que acuden al área de vacunación del Hospital Regional de Coronel Oviedo.

Teniendo en cuenta lo anterior, deseo solicitar su participación en el estudio, que consistiría básicamente en responder el siguiente cuestionario. Cabe destacar que su participación es totalmente voluntaria y anónima.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

RIESGOS Y BENEFICIOS

En cuanto a las mujeres que formarán parte del estudio, estas no presentan ningún riesgo en términos de privacidad e integridad, ya que el cuestionario será aplicado de forma anónima.

ALMACENAMIENTO DE DATOS PARA LA CONFIDENCIALIDAD

Esta investigación preservará la confidencialidad de su identidad y utilizará los datos con propósitos meramente profesionales, codificando la información y manteniéndola en archivos seguros. Sólo los investigadores tendrán acceso a esta información. Bajo ninguna circunstancia se identificarán personas de manera individual.

LUGAR Y TIEMPO INVOLUCRADO

Las pacientes dispondrán del tiempo que ellas consideren necesario para completar el cuestionario, y se realizará tanto en la sala de maternidad como en la sala de vacunación del Hospital Regional de Coronel Oviedo.

DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES

He leído y comprendido la descripción de la investigación con el investigador. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del propósito y procedimientos en relación con el estudio.

Mi participación es enteramente voluntaria pudiendo negarme a participar o retirarme en el momento en que yo me considere incómoda.

Si tengo dudas o preocupaciones acerca de mi participación en la investigación, puedo contactarme con el investigador, Univ. Luis Fernando Lugo Guillén quien



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAAGUAZÚ**

responderá mis preguntas. El celular del investigador 0992-962717 y su dirección de correo lugoguillen@hotmail.com

Mi firma significa que estoy de acuerdo en formar parte del estudio.

Yo _____ en
fecha ___/___/___ estoy de acuerdo en participar del estudio titulado
Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en el Hospital Regional
de Coronel Oviedo. El propósito y naturaleza del estudio me ha sido descrito por
el autor Univ. Luis Fernando Lugo Guillén. Comprendo
enteramente lo solicitado y que puedo ponerme en contacto con el investigador
principal ante cualquier duda. También comprendo que mi participación es
enteramente voluntaria.

Firma del Participante



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAAGUAZÚ**

**CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTPARTO Y FACTORES
ASOCIADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO, AÑO
2016**

SECCIÓN I: Identificación de la Encuesta.

Y001	No. de Encuesta	_____
Y002	Fecha de la entrevista	____/____/2016
Y003	Entrevistador	Luis Fernando Lugo Guillén.
Y004	Lugar de aplicación	

SECCIÓN II: Información general.

Cód.	Preguntas	Categorías	Respuesta
Y005	Edad (años cumplidos)		_____
Y006	Nivel de instrucción	1- Ninguno 2- Primaria incompleta 3- Primaria completa 4- Secundaria incompleta 5- Secundaria completa 6- Terciario incompleto 7- Terciario completo 8- Universitario superior 9- No quiere contestar	_____
Y007	Estado civil	1- Soltera 2- Casada 3- Unión libre 4- Viuda 5- Separada	_____
Y008	Ocupación	1- Empleada pública 2- Empleada del sector privado 3- Trabajadora independiente 4- Desempleada	_____



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

		5- Estudiante 6- Ama de casa 7- Otros(especificar)	
Y009	Área de procedencia	1- Rural 2- Urbana	_____
Y010	Número de hijos		_____
Y011	¿Ha perdido un hijo antes de las 20 semanas de gestación?	1- Si 2- No	_____
Y012	¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su último parto?	(Escriba su respuesta en semanas)	_____
Y013	¿Ha tenido alguna complicación en su embarazo?	1- Si 2- No	_____

SECCIÓN III: Test de Edimburgo

Cód.	Preguntas	Categorías	Respuesta
Y014	¿Ha sido capaz de reír y ver el lado divertido de las cosas?	1-Tanto como siempre 2-No tanto ahora 3-Mucho menos ahora 4-No, nada	_____
Y015	¿Ha disfrutado mirar hacia adelante?	1-Tanto como siempre 2-Menos que antes 3-Mucho menos antes 4-Casi nada	_____
Y016	Cuando las cosas han salido mal, se ha culpado a sí misma innecesariamente:	1-Sí, la mayor parte del tiempo 2-Sí, a veces 3-No con mucha frecuencia 4-No, nunca	_____
Y017	¿Ha estado nerviosa o inquieta sin tener motivo?	1- No, nunca 2- Casi nunca 3- Sí, a veces 4- Sí, con mucha frecuencia	_____
Y018	¿Ha sentido miedo o ha estado asustadiza sin tener motivo?	1- Sí, bastante 2- Sí, a veces 3- No, no mucho 4- No, nunca	_____
		1- Sí, la mayor parte del tiempo no he podido	



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAAGUAZÚ**

Y019	¿Las cosas la han estado preocupando?	<p>hacer las cosas en absoluto.</p> <p>2- Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre</p> <p>3- No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien</p> <p>4- No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre</p>	_____
Y020	¿Se ha sentido tan desdichada que ha tenido dificultades para dormir?	<p>1- Sí, la mayor parte del tiempo</p> <p>2- Sí, a veces</p> <p>3- No con mucha frecuencia</p> <p>4- No, nunca</p>	_____
Y021	¿Se ha sentido triste o desgraciada?	<p>1- Sí, la mayor parte del tiempo</p> <p>2- Sí, bastante a menudo</p> <p>3- No con mucha frecuencia</p> <p>4- No, nunca</p>	_____
Y022	¿Se ha sentido tan desdichada que ha estado llorando?	<p>1- Sí, la mayor parte del tiempo</p> <p>2- Sí, bastante a menudo</p> <p>3- Sólo ocasionalmente</p> <p>4- No, nunca</p>	_____
Y023	¿Se le ha ocurrido la idea de hacerse daño?	<p>1- Sí, bastante a menudo</p> <p>2- A veces</p> <p>3- Casi nunca</p> <p>4- Nunca</p>	_____



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAAGUAZÚ**
