



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Prevalencia y factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión postparto por medio del Test de Edinburgh en el Hospital de Especialidades Mariana de Jesús en el periodo del 1 Marzo al 15 Abril del 2016

AUTOR (A):

NATALIA FIORELLA LOOR REYES

Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:

MÉDICO

TUTOR:

DR. FRANCISCO OBANDO

Guayaquil, Ecuador

2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **NATALIA FIORELLA LOOR REYES**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **MÉDICO**

TUTOR (A)

OPONENTE

DR. FRANCISCO OBANDO

**DECANO(A)/
DIRECTOR(A) DE CARRERA**

**COORDINADOR(A) DE ÁREA
/DOCENTE DE LA CARRERA**

DR. GUSTAVO RAMIREZ AMAT

DIEGO VASQUEZ CEDEÑO

Guayaquil, a los 22 del mes de ABRIL del año 2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Natalia Fiorella Loor Reyes

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **Prevalencia y Factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión postparto por medio del Test de Edinburgh en el Hospital de Especialidades Marianas de Jesús en el periodo del 1 marzo al 15 abril del 2016** previo a la obtención del Título de **Médico General** ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 22 del mes de abril del año 2016

EL AUTOR (A)

NATALIA FIORELLA LOOR REYES



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Natalia Fiorella Loor Reyes

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia y Factores de riesgo de la evaluación precoz de la Depresión postparto por medio del Test de Edinburg** en el Hospital de Especialidades Marianas de Jesús en el periodo del 1 marzo al 15 abril del 2016 cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 22 del mes de abril del año 2016

EL (LA) AUTOR(A):

NATALIA FIORELLA LOOR REYES

AGRADECIMIENTO

Estoy muy agradecida a Dios que me ha guiado en todo el momento y me ha dado fuerzas, agradecida a Mimo que descansa en paz siempre me hacía esforzar más al igual que mis padres, agradezco a mi abuelo Oscar y Rafael por ayudarme a terminar mi carrera con la parte económica, agradezco a mi Mama y Papa por ser tan buenos conmigo y decirme que siga adelante, a mis hermanos por ayudarme a estudiar y a mi sobrino y sobre todo a mi hija Milena por acompañarme a clases, darme su amor y alegría. También agradezco a Edgar por acompañarme y apoyarme en los momentos más difíciles. Agradezco a mis amigos y compañeros por compartir en estos años de carrera.

Gracias

NATALIA FIORELLA LOOR REYES

DEDICATORIA

Le Dedico este Trabajo a Dios y a mi hija Milena que la amo con todo mi corazón.

A mis Padres por su gran apoyo y a mis hermanos.

NATALIA FIORELLA LOOR REYES

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN
(Se colocan los espacios necesarios)

DR. FRANCISCO OBANDO
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

DR. GUSTAVO RAMIREZ AMAT
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

DR. DIEGO VASQUEZ CEDEÑO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CALIFICACIÓN

DR. FRANCISCO OBANDO
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

DR. GUSTAVO RAMIREZ AMAT
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

DR. DIEGO VASQUEZ CEDEÑO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	i
DEDICATORIA	ii
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	iii
CALIFICACIÓN	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	2
MARCO TEORICO	2
1.1 DEPRESIÓN.....	2
1.2 FACTORES DE RIESGO.....	5
1.3 REFERENTES EMPIRICOS.....	8
CAPITULO II	12
MATERIALES Y METODOS	12
2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	12
2.2 POBLACIÓN.....	12
2.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	12
2.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	12
2.3 VARIABLES.....	12
2.3.1 VARIABLE DEPENDIENTE.....	12
2.3.2 VARIABLE INTERVINIENTE.....	13
2.3.3 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	13
2.4 INSTRUMENTOS.....	13
2.5 GESTIÓN DE DATOS.....	13
2.6 CRITERIOS ETICOS.....	14
CAPITULO III	15

3.1 RESULTADOS.....	15
CAPITULO IV.....	19
4.1 DISCUSION.....	19
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN.....	21
BIBLIOGRAFIA	23
GLOSARIO	25
ANEXOS	26

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	Tabla de datos amnesicos	15
TABLA 2	Tabla de prevalencia de DPP	16
TABLA 3	Tabla de variables estadísticamente significativas.....	18

ÍNDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1	Grafico de Pastel de comparación de DPP con autoagresión .	16
GRAFICO 2	Grafico de barras de prevalencia DPP	17

RESUMEN

Introducción: la depresión posparto es un trastorno que aparece de forma moderada a grave en una mujer después del parto o hasta un año después del mismo, la cual trae consigo efectos sobre la morbilidad: materna, del recién nacido y en muchos casos; de toda la familia. Esta condición afectiva a menudo no se diagnostica lo que resulta ser un problema social y de salud que requiere de conocimiento y diagnóstico precoz para dar un tratamiento oportuno. **Objetivo:** determinar la prevalencia y los factores de riesgo de la depresión de postparto mediato por medio del Test de Edinburgh en el Hospital Marianas de Jesús en el mes desde el marzo - abril del 2016. **Métodos:** el presente es un estudio de tipo descriptivo correlacional, no experimental y de diseño transversal prospectivo. Los instrumentos utilizados fueron: Test de Edinburgh, preguntas orientadas a determinar factores de riesgo para depresión posparto (DPP) e historia clínica del paciente. **Resultados:** existe relación entre la DPP y las semanas de gestación al nacer ($p= 0,026$); [Chi cuadrado 7,290]. **Conclusiones:** la DPP se encuentra según la escala de Edinburgh en 44 (39,3%) pacientes de un total de 112 incluidas en el estudio. Las pacientes son jóvenes (15-24 años), 71,4% se encontraron en unión libre, el 62,5% son bachilleres y el 84,8% no tiene empleo.

Palabras claves: Depresión, postparto, prevalencia, factores de riesgo, test de Edinburgh

ABSTRACT

Background: the postpartum depression is a disorder that appears of form moderated to seriously in a woman after the childbirth or up to one year after the same one, which brings with it effects on the morbidity: mother, of the newborn child and in many cases; of the whole family. This affective condition often does not diagnose what turns out to be a social problem and of health that it needs of knowledge and precocious diagnosis to give an opportune treatment. **Objective:** to determine the prevalence and the factors of risk of the depression of postpartum immediately by means of Edinburgh's Test in the Hospital Marian of Jesus in the month from the March - April, 2016. **Methods:** the present is a study of descriptive type correlational, not experimentally and of transverse market design. The used instruments were: Edinburgh's Test, questions orientated to determining factors of risk for postpartum depression (DPP) and clinical history of the patient. **Results:** relation Exists between the DPP and the weeks of gestation on having been born ($p = 0,026$); [square Chi 7,290]. **Conclusions:** the DPP is according to Edinburgh's scale in 44 (39,3 %) patients of a total of 112 included ones in the study. The patients are young (15-24 years), 71,4 % was in free union, 62,5 % is graduates and 84,8 % it does not have employment.

Keywords: Depression, postpartum, prevalence, risk factors, Edinburgh test

INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (19)

La depresión posparto (DPP) es un trastorno común que puede tener efectos adversos a corto y largo plazo en la madre, el recién nacido y la familia en su conjunto.(4) La prevalencia de la depresión posparto se encuentra entre 8% y 30% siendo tres veces más elevada en los países subdesarrollados que en los países desarrollados.(4)

En los Estados Unidos, alrededor de 400.000 nacimientos por año son de madres menores de 20 años. Aproximadamente 25 - 36% de estas madres adolescentes presentan cuadros de depresión posparto (1) (20). Además, un estudio prospectivo realizado a las mujeres de Turquía menciona que la tasa general encontrada de DPP oscila entre el 14 y 40.4% de la tasa global de las mujeres hospitalizadas y que en los países no-occidentales, las tasas de prevalencia también varían ampliamente, desde 16% en Zimbabwe hasta el 22% en Jordania, 34,7% en África del Sur, y entre 6 y 25% en la India (9). En Ecuador, la prevalencia de acuerdo a la escala de depresión posparto de Edimburgo en las madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga del IESS en el periodo comprendido entre el 4 de Febrero y el 4 de Mayo del 2014 fue del 34,3%, que equivale a 85 mujeres de 248 participantes (4).

Objetivo general fue determinar la prevalencia y los factores de riesgo de la depresión postparto mediato por medio del Test de Edinburgh en el Hospital Mariana de Jesús en el mes desde el 1 marzo al 15 abril del 2016 y objetivos específicos fueron determinar la prevalencia de la depresión postparto en las mujeres que han sido sometidas a partos por vía vaginal o por cesárea, Identificar los factores de riesgo de mayor importancia en pacientes con depresión post parto.

Capítulo I

Marco Teórico

1.1 Depresión

La depresión está clasificada por el Ministerio de Salud como un trastorno afectivo, lo cual implica cambios de humor, dando indicios de que este trastorno se encuentra asociado al funcionamiento emocional. A pesar de ello se sabe que el impacto de esta patología es muy profundo, ya que se involucra en todos los aspectos de la persona que la padece, tales como las relaciones interpersonales, la conducta y la cognición. La naturaleza de la depresión tiene una naturaleza que no es fácilmente medible ya que depende de la interferencia que realice en la conducta de la persona afectada lo cual contribuye a la falta de comprensión que impide la adecuada detección y tratamiento (16).

La OMS declaró que una de cada cuatro personas desarrollará un trastorno mental o de comportamiento durante su vida. (7) La afectación de los desórdenes depresivos se da en un promedio de 20% en las mujeres y hasta el 12% en el hombre, lo cual puede ocurrir en cualquier momento de su vida; además se ha encontrado evidencia de que las mujeres son doblemente más susceptibles a sufrir depresión, y la sintomatología que padecen incrementa conforme a la edad. (1)

En el caso de las mujeres el ser afectada por depresión trae como consecuencia problemas de salud reproductiva como embarazos no deseados, partos pre término, abortos espontáneos o infertilidad. Además, es claro que el nivel de salud mental está relacionado con la morbilidad materna (7)(16). Recientes estudios demuestran que un manejo inadecuado o la falta del mismo pueden resultar siendo una carga no solo física; sino que también tiene implicación social y económica para la embarazada, su familia y el sistema nacional de salud (16).

El *Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (4ª ed.) (DSM-IV) lo define a la DPP como un “trastorno depresivo de inicio en el posparto, que cursa con los mismos síntomas de un episodio depresivo mayor y se manifiesta en las primeras cuatro a seis semanas tras el alumbramiento de un hijo” (3).

La epidemiología que se ha encontrado con respecto a la DPP indica que las tasas fluctúan de 2,9 hasta 34,0%, en la que se ha generado una media de hasta 20%. Además, la prevalencia de la DPP es hasta tres veces mayor en países subdesarrollados (1)(16).

En los países de Latinoamérica como Chile y Brasil se reporta una prevalencia de 20,5% y 16,5% respectivamente (8)(9). En otro estudio se indica que Chile puede alcanzar hasta un 43% de DPP en puérperas (Dennis, 2007) (6). Por su parte en Colombia mediante las estadísticas encontradas en un estudio realizado en 2004 al menos 10% de las mujeres incluidas presentaban algún episodio de depresión (9). Venezuela tiene un 22% de prevalencia (15) y Perú 33% diagnosticado en puérperas (4). En el caso de México aparecen cifras muy parecidas que llegan hasta el 39% pero estas pacientes presentan solo algunos síntomas, sin embargo las personas que alcanzan ser diagnosticadas con depresión clínica es de apenas el 10% (1).

En Norte América la prevalencia alcanza el 15% y 1 de cada 10.000 nacimientos con madres diagnosticadas con DPP en Estados Unidos llega al suicidio de forma anual (9), además 1 de cada 4 madres presentan recidiva de DPP si no reciben tratamiento adecuado y oportuno (8)(4).

Los síntomas más comunes encontrados en este tipo de pacientes son: anhedonia, labilidad, insomnio, fatiga, ideas suicidas y homicidas sobre el bebé, angustia e incumplimiento o dificultad de tareas básicas. La sintomatología suele llegar a incapacitar a la madre y a tener disminución de la confianza que lleva a baja autoestima. Se ha relacionado inclusive la predominancia de síntomas eufóricos en el pos parto con el desarrollar DPP (1). Se han reportado casos

graves que representan una urgencia psiquiátrica con riesgo para las familias, sobre todo aquellas que se relacionan con psicosis (4).

Algunas mujeres se preocupan excesivamente por la salud del bebé o incluso suelen verse como malas madres (16). En estos casos, primero se debe de pensar en causas orgánicas de estos síntomas como hipotiroidismo o anemia, lo cual se debe descartar cuando se encuentra un cuadro depresivo (16).

Se ha reportado que incluso el 85% de las mujeres pueden presentar algunos síntomas de apariencia depresiva en el puerperio, que se resuelven de forma espontánea y son muy leves conocidos como “postpartum blues” (19)(6). Sólo el 10% evoluciona a una auténtica depresión posparto.

De forma habitual la psicosis que se desarrolla durante el puerperio evoluciona rápido, destacando entre los síntomas la disminución del estado de ánimo o aumento excesivo del mismo, trastornos en la conducta y la labilidad emocional que puede cursar con alucinaciones o delirio. No se ha definido de forma clara si la psicosis pos parto es una patología independiente o si es un trastorno del ánimo que evoluciona rápido y de favorablemente (3) (16). En algunos casos se pueden desarrollar maltrato al bebé o pensamientos suicidas (Austin y Priest, 2005) (6).

Cuadro N°1				
Trastornos del estado del ánimo asociados al posparto				
Desorden	Prevalencia	Aparición	Duración	Tratamiento
Baby blues (Tristeza posparto)	30 – 75%	3-4 Días	Horas o Días	No requiere Tratamiento
Depresión posparto	10 – 15%	1 ^{er} año	Meses	Requiere tratamiento (Farmacológico o Terapia Cognitiva)
Psicosis puerperal	0,1-0,2%	2 semanas	Semanas a Meses	Hospitalización obligatoria

Fuente: Adaptado de Maternal Mental Health and Child Health and Development. World Health Organization. 2008. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh%26chd_chapter_1.pdf
Elaboración: Santacruz F, Serrano F.

1.2 Factores de Riesgo

No se ha encontrado evidencia sobre la causa de este trastorno; sin embargo se han descrito factores que pueden estar asociados entre los que se encuentran: demográficos, psicosociales y perinatales que varían en porcentaje de riesgo para desarrollar DPP (4).

Como factores demográficos tenemos: instrucción baja o nula, edades extremas, número de hijos (4)(5)(6); los factores psicosociales que tienen una fuerte asociación son antecedentes personales de baja autoestima, depresión posparto previas, falta de apoyo familiar o social, violencia familiar y estrés durante el embarazo como si fuera un embarazo no deseado (5).

Como antecedentes personales están los antecedentes psiquiátricos previos; factores psicológicos y la forma de relacionarse con su pareja, coexistencia de enfermedades crónicas, la presencia de enfermedad en el recién nacido y complicaciones médicas relacionadas con el embarazo (6).

Factores Anamnésicos entre los más importantes están las historias de trastornos depresivos anteriores en la madre o en sus familiares (Thoppil, Riutcel y Nalesnik, 2005). Debido a que cada embarazo es una nueva carga emocional para la pareja; es trastocada por el miedo y la ansiedad que desencadenan la DPP si no es manejado a tiempo (Arranz, Gaviño y Escobedo, 2005).

Nicholson et al mencionan en uno de sus estudios que la DPP está fuertemente ligada al consumo de drogas durante el embarazo. Además, de que las mujeres que presentan síntomas de depresión tienen menor calidad de vida que aquellas mujeres que no presentan ninguno de los síntomas y se sugiere que el número de partos (primigestas) es un factor asociado a la DPP (Nicholson, Setse, Hill-Briggs, Cooper y Strobino, 2006) (6).

En un estudio realizado por Marín et al se evaluó la sintomatología psiquiátrica en mujeres con un embarazo accidental frente a mujeres con un embarazo deseado; como resultado del estudio se encontraron puntajes más altos de DPP en mujeres con embarazos no planeados o accidentales (Marín et al., 2008).

Como se menciona anteriormente, se debe descartar una causa orgánica de la DPP ya que la disfunción de las hormonas tiroideas, otros cambios hormonales y parto prematuro están asociados a DPP (4).

El tratamiento de la DPP se puede basar en farmacoterapia, psicoterapia y acción sobre la red de apoyo socio-familiar. Dentro del aspecto no farmacológico del tratamiento se incluyen medidas de manejo ambiental, técnicas de relajación, suspensión de cafeína, nicotina y alcohol, conjuntamente con psicoterapia (Rojas, Fritsch, Solis, Jadresic, Castillo, González, Guajardo, Lewis, Peters y Araya, 2007).(6) (16)

Los objetivos que se trazan para el tratamiento farmacológico se pueden alcanzar si antes se realiza una evaluación diagnóstica de forma integral en la que se incluye la parte física y emocional de la depresión, es por ello que son tan importantes los antecedentes personales y familiares de la paciente. El tratamiento debe estar basado en una relación médico-paciente adecuada para poder lograr los objetivos, así mismo el tratamiento debe ser individualizado donde todo debe basarse en función de la intensidad de los síntomas y la respuesta que genere la paciente (16).

De acuerdo a Arranz et al. En el tratamiento farmacológico de la DPP se pueden incluir antidepresivos, ansiolíticos y terapia hormonal (Arranz et al., 2008). (6)

Además de la terapia farmacológica se han desarrollado nuevas interrogantes de esta patología, tanto es así que; existe un estudio piloto en el cual se usa ejercicio físico en la recuperación posterior a un parto en el que se demuestra que si se da en la primera etapa después del parto, puede ser de ayuda para la recuperación de ciertos factores que han sido alterados por la gestación y al mismo tiempo ser un coadyuvante en la prevención de complicaciones (5).

Este tipo de patologías no fue bien estudiada y dada la importancia del pesquizaje oportuno, el 1987 Cox desarrolló y validó un cuestionario específico para su inclusión en el sistema de atención primaria de la salud, el *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). El cual se considera un instrumento confiable y adecuado para ser usado en la detección precoz del trastorno

depresivo (6). Ha sido traducido y validado en 57 idiomas, incluido el árabe (7)(6)(8).

La sensibilidad de este test es de 86% (la correcta identificación de los casos verdaderos), y especificidad de 78% (la correcta identificación de las personas sin la condición) y 73% de valor predictivo positivo que indica el porcentaje de personas encuestadas con resultado positivo que ya han sido diagnosticados clínicamente (10) (18). En un estudio realizado en México, se determinó que esta escala tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 82%. (4)

Como esta herramienta tiene tasas aceptables de sensibilidad y especificidad existe evidencia tipo "C" para su uso como un método de tamizaje (4). Al momento de describirla se puede decir que está compuesta por 10 ítems, cada uno de ellos con cuatro opciones de respuesta de 0 a 3 puntos, lo cual varía de acuerdo a la severidad de los síntomas depresivos. Siete de los ítems son muy directos y los tres restantes son inversos, de modo que al final de la prueba el puntaje varía entre 0 y 30 puntos con punto de corte 10 (6).

Una complicación presente es que una mujer con DPP tendrá más probabilidad de tener cuadros depresivos en el futuro (aproximadamente el 60%) hasta el siguiente año y los niños tendrán mayor riesgo de presentar: inseguridad, dificultades sociales y problemas conductuales (6).

1.3Referentes Empíricos

En un estudio previo hecho en el Ecuador en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca del 2014, existió elevada probabilidad de desarrollar depresión posparto en el 34,3% de las madres encuestadas de acuerdo a la EDPE. En tanto que el 65,7% presentó baja probabilidad de desarrollar depresión posparto con esta herramienta.

Es importante mencionar que al menos el 6% de las madres que se señala presentan un diagnóstico directo de DPP debido a que presentan ideas suicidas

durante los 7 días previos a la encuesta y que las madres que tienen menor riesgo de tener DPP son aquellas que se encuentran en edad reproductiva ideal, mejor educación, apoyo familiar y no han sufrido ningún tipo de violencia (5).

En otro estudio que se realizó en mujeres chilenas en el 2013 la incidencia mediante un análisis de frecuencia de DPP fue de 41,1% de mujeres en el puerperio medida con escala de Edimburgo (6).

Cabe destacar que se identifican varios factores que se encuentran relacionados con DPP como antecedentes patológicos personales y familiares tal como lo señalan Marín et al. (2008) (6).

Las probabilidades de desarrollar depresión son: edad materna, corta duración del matrimonio, historia previa de condición psicológica, violencia y estrés generado en casa (7).

Las mujeres que califican > 13 en la EPDS en dos o más ocasiones se consideran posibles casos de DPP. El diagnóstico se confirma mediante la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos DSM-IV.

En un estudio realizado en Australia de las 153 mujeres (36%) dados de alta temprana, 22 mujeres (14,4%) desarrollaron depresión posparto durante el período de estudio en comparación con 20 de las 272 mujeres (7,4%) que tenían la tiempo estándar de la estancia. Las mujeres que fueron dados de alta dentro de las 72 horas tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar depresión postnatal (odds ratio [OR] = 2,12; intervalo de confianza del 95% [IC]: 01/07 a 04/21). Este riesgo persistió cuando otros factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos y psicosociales. Por lo que se indica que las mujeres que planean tener altas tempranas después del parto deben ser cuidadosamente evaluados antes de la salida del hospital y deben tener un seguimiento riguroso, ya que el potencial de desarrollar depresión posparto debe de considerarse en todas las mujeres que eligen alta hospitalaria temprana (15)(7).

Un estudio realizado en mujeres de Turquía en el año 2015 indica que la tasa de DPP en mujeres antes del parto fue de 192 para un total de 540 y que éstas

mismas mujeres fueron evaluadas para determinar DPP con la escala de Edimburgo; de las cuales 83 mostraron puntuaciones por encima de 13 lo cual da diagnóstico de DPP (9).

En Corea se estudiaron los factores de riesgo asociados a síntomas depresivos durante todo el embarazo y luego posterior al parto; en este estudio se concluyó que durante el tercer trimestre del embarazo las mujeres experimentaban depresión prenatal (61%) y que al final del parto la cifra descendió a 42% (11).

Field et al. Incluyeron en su estudio a 24 mujeres (edad media 24 años) que se habían realizado ultrasonido y entrevistas psicológicas durante el tercer trimestre del embarazo se dividieron posteriormente en un grupo de 12 que habían reportado problemas en el embarazo (dificultades maritales y ambivalencia acerca del niño) y otro grupo de 12 que no tenía. Se hicieron observaciones luego de 5 días del parto en las interacciones con sus hijos y se les dio un test para llenar. Las madres que habían experimentado problemas durante el embarazo estaban más deprimidas, ansiosas y expresaron actitudes crianza de los hijos más agresivos. Estas madres deprimidas y sus bebés mostraron comportamientos de interacción menos óptimas. Los resultados sugieren que la depresión posparto puede predecirse a partir de un simple conjunto de preguntas con respecto a los sentimientos negativos de la madre sobre su matrimonio y su hijo expectante durante el período prenatal.

Como otro factor agregado se menciona al estrés, en este caso por el dinero gastado, en el cual el seguro público estaba siendo utilizado por el 53,5% de las pacientes, mientras que el 44,3% estaba usando un seguro privado. Solamente cuatro (2,2%) de las mujeres no estaban asegurados. Con edades comprendidas entre 28 años un total de 32% fue diagnosticado con trastorno bipolar (12).

Se realizó una investigación en la que se compararon dos grupos de 50 mujeres cada uno en puerperio tardío separadas según la paridad y a las que se les hizo la encuesta de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo atendidas en Venezuela del 2015; en el cual las edades de las pacientes primigestas fue en promedio de 23 años, mientras que el grupo de pacientes múltiparas la edad

promedio fue de 27 años. El 90% de las primigestas fueron positivas para riesgo de depresión postparto y el 92% de las multíparas también (14).

En un estudio en el que se buscaba evaluar los factores de riesgo de la DPP se determinó que 5,5% de las mujeres sufrieron de depresión posparto, que corresponde a una puntuación de 13 o superior en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.

Los factores de riesgo identificados por el análisis de regresión logística multivariante incluyeron: malestar psicológico al final del embarazo (OR 6,3 [IC del 95%: 4.4 a 9.1]), el aislamiento social percibido durante el embarazo, alta paridad y una historia positiva de la enfermedad antes del embarazo psiquiátrica. No se encontró asociación entre el embarazo o complicaciones en el parto, y la depresión posparto.

El poder predictivo máximo de los factores de riesgo identificados fue 0,3. De acuerdo con estos resultados, una de cada tres mujeres que sufre de trastornos psicológicos al final del embarazo con el aislamiento social percibido desarrollará depresión posparto (11).

Con una muestra de 105 mujeres y utilizando la Escala de Depresión de Edimburgo, medida a las 8 semanas del postparto, se mostró una incidencia de síntomas depresivos de 37,1%. El restante tuvo menos de 9 puntos, lo que las pone en un lugar salvo conocido como "sin riesgo de depresión" según la escala de Edimburgo. El 37,1% restante fue clasificado como "probable depresión" ya que obtuvieron puntos entre 13 y 30 y el suicidio se muestra en marcadores muy bajos (15).

CAPITULO II

MATERIALES Y METODOS

2.1 Diseño de Investigación

El presente es un estudio es de tipo descriptivo correlacional puesto que se buscará relacionar factores de riesgo por los que se generaría DPP en las mujeres; no experimental puesto que no se intenta modificar la enfermedad con ningún tipo de intervención, sino más bien determinar la historia natural de la misma; de diseño transversal prospectivo ya que las observaciones y la toma de datos surgen de forma sistemática desde el primer día de contacto con las personas incluidas lo cual permite identificar los antecedentes de los participantes.

2.2 Población

El estudio está conformada por pacientes en puerperio mediano sea por parto vaginal o por Cesárea en el mes de marzo hasta abril del 2016 en el cual se obtuvo 112 casos en Hospital de Especialidades Mariana de Jesús de la ciudad de Guayaquil desde el mes de marzo al mes de abril del 2016.

2.2.1 Criterios de Inclusión: Mujeres en puerperio mediano atendidas el parto dentro de la institución, que tuvieron un recién nacido vivo y que dieron un consentimiento verbal previo al test y además que dieron información completa.

2.2.2 Criterios de Exclusión: Pacientes que tengan un diagnóstico de óbito fetal, que tengan enfermedades terminales, que no fueron atendidas durante el tiempo de estudio y que no deseen realizar la prueba.

2.3 Variables: La investigación se realizara de acuerdo con las variables aplicadas:

2.3.1 Variable dependiente: Depresión post parto

2.3.2 Variables intervinientes: Edad, tipo de instrucción, ocupación, estado civil, antecedentes patológicos y familiares, embarazo planificado, embarazo deseado, pareja estable, tipo de paridad, tipo de parto, número de hijos.

2.3.3 Variable independiente: Test de Edinburgh: técnica de encuesta y revisión de historia clínica.

2.4 Instrumentos

Información sociodemográfica se recogió mediante un cuestionario estructurado. Esto incluyó la edad de la mujer en el momento de la entrevista, nivel de instrucción (ninguna, primaria, secundaria y superior), estado civil (soltero, casado, divorciado, viudos y unión libre), número de parejas que ha tenido, número de hijos, antecedentes patológico y familiares, controles en el embarazo, semana de gestación, embarazo planeado o deseado y si sabían que es la depresión postparto.

También se elaboró test de Edinburgh, en el que se valora mediante sus ítems el desarrollo de DPP en cada una de las pacientes posterior a su parto natural o cesáreo.

2.5 Gestión de Datos

Los datos extraídos del Test de Edinburgh y de un cuestionario estructurado fueron incluidos en una base de datos Microsoft Excel versión 15.13.3 y procesados mediante el programa IBM SPSS Statistics 19.0.0.0, marca registrada de Internacional Business Machines Corp. Los datos continuos se expresan por medio de frecuencia, porcentaje de prevalencia Chi Cuadrado, y p value estadística, se eligió un nivel de significancia de $p < 0.05$ para determinar la asociación estadística.

2.6 Criterios Éticos

La realización del presente estudio fue aprobado por el comité de bioética del Hospital de Especialidades Marianas de Jesús y de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, y del personal de los pacientes implicados en el estudio para la realización del cuestionario.

CAPITULO III RESULTADOS

TABLA # 1

Tabla de Datos Amnesicos de Mujeres posparto obtenidos Hospital Marianas de Jesús desde el 1 de marzo al 15 de abril 2016

Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Edad	10 - 14	2	1,8
	15 - 19	31	27,7
	20 - 24	36	32,1
	25 - 29	20	17,9
	30 - 34	12	10,7
	35 - 39	7	6,3
	40 - 44	4	3,6
Total		112	100,0
Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de Parto	Cesarea	77	68,8
	Parto	35	31,3
Total		112	100,0

Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes Patologicos Personales	Asma	3	2,7
	Alergias	7	6,3
	Abortos	3	2,7
	Discapacidad	3	2,7
	Preeclampsia	4	3,6
	Hpertension gestacional	2	1,8
	Otros	3	2,7
	Consumidora de Drogas	1	,9
	VIH	2	1,8
	VPH	2	1,8
Total		112	100,0

Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Semanas de Gestación	Inmaduro	1	,9
	Prematuro	19	17,0
	A termino	92	82,1
Total		112	100,0
Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Estado Civil	Soltera	14	12,5
	Casada	18	16,1
	Union libre	80	71,4
Total		112	100,0

Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de Instrucción	Ninguna	6	5,4
	Primaria	26	23,2
	Secundaria	70	62,5
	Superior	10	8,9
Total		112	100,0

Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Ocupación	No trabaja	95	84,8
	Trabaja	5	4,5
	Estudiante	12	10,7
Total		112	100,0

Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes Patologicos Familiares	HTA	20	17,9
	Diabetes Mellitus	9	8,0
	Epilepsia	1	,9
	Cancer	1	,9
	Ninguno	81	72,3
Total		112	100,0
Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
¿Ud sabia que existe la DPP?	SI	21	18,8
	NO	91	81,3
0		112	100,0

Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Embarazo Planificado	SI	50	44,6
	NO	62	55,4
Total		112	100,0
Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Embarazo Deseado	SI	86	76,8
	NO	26	23,2
Total		112	100,0

El análisis representa la anamnesis de las mujeres postparto del Hospital de Especialidades de las Marianas de Jesús desde 1 marzo al 15 abril del 2016. En la cual observa que la edad más frecuente son de 20 – 24 años que corresponde al 32,1% de los casos, seguido del 27,7% que es de 15 – 19 años. Por otro lado el estado civil más observado fue unión libre correspondiente al 71,4%, con un 62,5% de la población que llego a estudiar hasta la secundaria y el 84,8% no tiene un empleo.

De los 112 casos estudiados el 68,8% se realizó cesarea y la mayoría obtuvo recién nacidos a término, por otro lado el 73,3% no tenían ningún antecedentes personal aunque se observó 1,8% de VIH y VPH y además, se observó que el 72,3% no tiene antecedente familiar seguido del 17,9% de Hipertensión arterial y el 8% de Diabetes Mellitus.

Llama la atención que el 55,4% tiene un embarazo no planificado, y el 23,2% tiene un embarazo no deseado. Por último se elabora una pregunta a las pacientes si es que ellas sabían si existía la depresión postparto y se obtuvo como resultado que el 81,3% no sabía que existía.

GRAFICO #1

Grafico de Sectores que compara a las mujeres postparto que tienen ideas de autoagresión

En el gráfico de pasteles visualizamos que el 14,29% si tenía ideas de autoagresión y el 85,71% no. Estos datos fueron tomados por la pregunta número 10 del Test de Edinburgh.

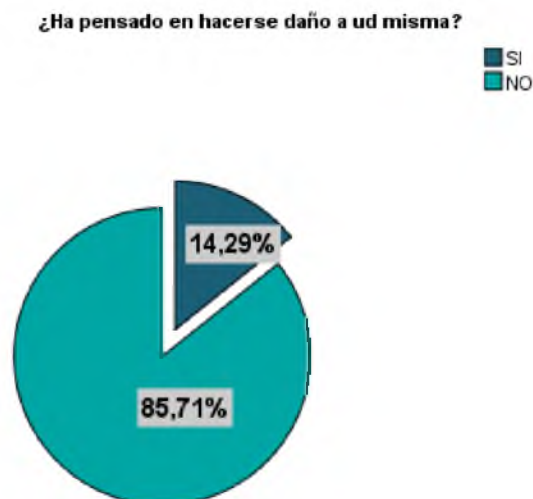
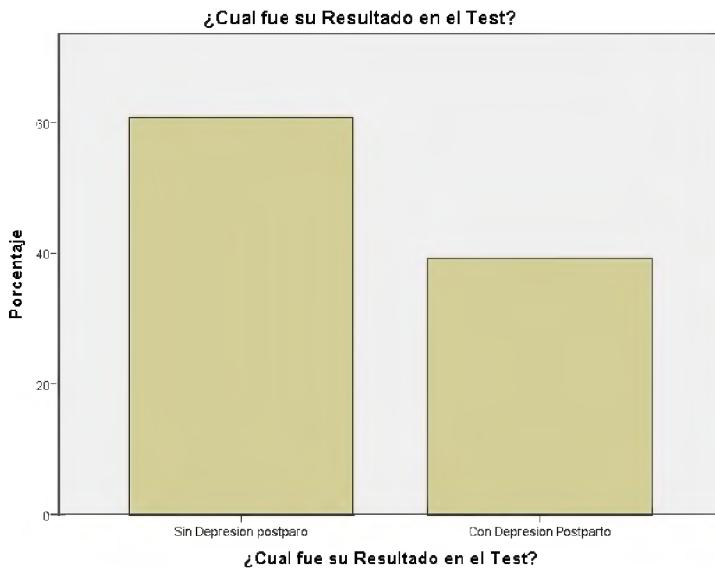


TABLA # 2

Distribución de 112 mujeres post parto del Hospital Marianas de Jesús. 2016, según depresión posparto de acuerdo a EDPE					
Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Resultado del Test de Edingburgh	Sin Depresion postparto	68	60,7	60,7	60,7
	Con Depresion Postparto	44	39,3	39,3	100,0
Total		112	100,0	100,0	

Grafico # 1



De los 112 casos un 39,3% corresponde al grupo de madres con elevada probabilidad de DPP en el cual el Test es <10 , mientras que un 60,7% corresponde al grupo de baja probabilidad de DPP (Test >10).

Tabla # 3

Variables estadísticamente significativas

Tabla de contingencia					Pruebas de chi-cuadrado				
			¿Ha pensado en hacerse daño a ud misma		Total		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
			SI	NO					
¿Cual fue su Resultado en el Test?	Sin Depresion postparto	Recuento	5	63	68	Corrección por continuidad ^b	6,794	1	,009
		Frecuencia esperada	9,7	58,3	68,0	Razón de verosimilitudes	5,429	1	,020
	Con Depresion Postparto	Recuento	11	33	44	Estadístico exacto de Fisher	6,657	1	,010
		Frecuencia esperada	6,3	37,7	44,0	Asociación lineal por lineal	6,733	1	,009
Total		Recuento	16	96	112	N de casos válidos	112		
		Frecuencia esperada	16,0	96,0	112,0	0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,29. Calculado sólo para una tabla de 2x2			

Tabla de contingencia						Pruebas de chi-cuadrado			
			al nacer?			Total		Valor	gl
			Inmaduro	Prematuro	A termino				
¿Cual fue su Resultado en el Test?	Sin Depresion postparto	Recuento	0	7	61	68	Chi-cuadrado de Pearson	7,290	2
		Frecuencia esperada	,6	11,5	55,9	68,0	Razón de verosimilitudes	7,499	2
	Con Depresion Postparto	Recuento	1	12	31	44	Asociación lineal por lineal	7,207	1
		Frecuencia esperada	,4	7,5	36,1	44,0	N de casos válidos	112	
Total		Recuento	1	19	92	112	frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,39.		
		Frecuencia esperada	1,0	19,0	92,0	112,0			

En esta tabla de contingencia se puede visualizar que un caso de depresión postparto tuvo 1 recién nacidos de 21 a 27 semanas, que 12 casos de depresión postparto tuvieron bebés prematuros y que 31 casos tuvieron bebés a término. Además la relación entre la depresión postparto y semanas de gestación del recién nacido al nacer, se obtuvo un valor de p de 0,026 en la prueba Chi cuadrado de Pearson, lo que la convierte una variable estadísticamente significativa. Además el haber pensado en auto agredirse representa asociación estadísticamente significativa con DPP con un valor de p de 0,009, en la prueba de Chi cuadrado de Pearson.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

En el presente estudio se encuentra que las edades de maternidad la comprenden una etapa muy joven la cual se encuentra entre 15 y 24 años lo que es un factor de riesgo de DPP tal como lo mencionan Barnet y cols. que indican que las jóvenes adolescentes con DPP tendrán un riesgo relativo; de 1,44 al relacionarlas con aquellas que no tengan DPP, de tener otro embarazo dentro de los 24 meses posteriores al primer parto y que la relación entre madres e hijos es peor al alimentarlos por lo que concluyeron que los hijos tenían menor talla, menor circunferencia craneana y su morbilidad era mayor entre los 3 y 6 primeros meses (7). En un estudio sudanés la edad promedio fue de 28 años en las que embarazo actual no estaba planeado en el 35% de las mujeres, 6% tenían partos en el hogar, casi un 40% por cesárea y un 8% estaban dentro de matrimonio polígamo (16).

Como lo expone Molero en el 2014 el principal factor de riesgo es su estudio considerado para las adolescentes es el bajo nivel educativo (42,9%) y socioeconómico (31,6%), el 72% de las mujeres de este grupo estaban sin empleo y solo el 10% tenía una ocupación antes de ser contratadas, el 6% aún eran estudiantes de colegio y el 2% no tenían educación formal; en contraste con ésta investigación en la que el estado civil más observado fue unión libre correspondiente al 71,4%, con un 62,5% de la población que llegó a estudiar hasta la secundaria y el 84,8% no tiene un empleo (13).

De acuerdo a los resultados que se han podido obtener el principal factor de riesgo para las adolescentes han sido los trastornos afectivos durante el embarazo y el estrés generado por el poco apoyo de las familias.

Molero también describe en una investigación de caso y control que el 72% de las puérperas (n=100) desarrollan riesgo de DPP y el 28% es negativa para el riesgo, en este estudio la mayor cantidad de pacientes que desarrollan DPP son mujeres adultas contrario a lo descrito anteriormente determinado con la Escala de Edimburgo de lo cual llama la atención que 55,4% de las pacientes no planificaron su embarazo y el 23,2% no deseaba su embarazo. Además se determina que el principal factor de riesgo biológico son los trastornos médicos que aparecen durante el embarazo considerado como el factor de riesgo más importante para las adolescentes (49%) y adultas (48%), seguido por la enfermedad del neonato (24,5% y 30,6%). En el caso de éste estudio el 73,3% no tenían ningún antecedente patológico personal además se observó que el 72,3% no tiene antecedentes patológicos familiares, seguido del 17,9% de Hipertensión arterial y el 8% de Diabetes Mellitus.

Se observó 1,8% de VIH y VPH, en Ucrania que es un país fuertemente afectado por VIH las encuestas indican que la prevalencia de 12 meses del trastorno depresivo mayor entre las mujeres alcanza el 11,3% en solteras con bajo nivel educativo, otra consecuencia de la DPP para las mujeres que viven con VIH y sus hijos incluye el impacto negativo sobre las intervenciones ligadas a reducir la transmisión de VIH de madre a hijo así como mayores riesgos por partos prematuros y problemas de desarrollo y de conducta (10).

De los 112 casos analizados en el Hospital las Marianas de Jesús un 39,3% corresponde al grupo de madres con elevada probabilidad de DPP en el cual el Test es <10 , mientras que un 60,7% corresponde al grupo de baja probabilidad de DPP (Test >10). En Inglaterra la prevalencia alcanza 14,9%, en Estados Unidos es de hasta 26%, en España 25,8% y en Brasil 12%. Un estudio en el que se incluyeron 11 centros de salud, la DPP tuvo una prevalencia en India de 32%, Taiwán de 61%, Korea de 36%, Guyana de 57% y Ghana de 3,8% con factores de riesgo asociados por lo que se les realiza pruebas hasta un año posterior al parto con una prevalencia del 49%.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Se alcanza el objetivo general que es demostrar la existencia de la depresión posparto, el cual está presente según la escala de Edinburgh 44 (39,3%) pacientes de un total de 112 padecen de este trastorno.

Las pacientes incluidas en este estudio son jóvenes (15-24 años), 71,4% tenían unión libre como estado civil y su educación en 62,5% alcanza la secundaria, de los cuales el 84,8% no tiene empleo.

La cesárea predomina en los tipos de parto en 68,8% y el 55,4% no planificó el embarazo.

En los casos definidos como depresión posparto la principal complicación fueron los nacimientos prematuros (12 casos) lo cual tuvo una asociación significativa con la DPP.

RECOMENDACIONES

Para poder prevenir o tratar a tiempo este tipo de trastornos y evitar lesiones psicológicas o físicas graves de las pacientes se ha realizado la presente investigación para poder tener confianza en un test que pueda ayudar a pesquisar la DPP a tiempo.

Secundario a que surge un gran problema debido a pruebas de detección de este tipo de enfermedades como es el sobre diagnóstico, por ello se recomienda que desde el punto de vista metodológico se realice un estudio a mayor escala para poder determinar la veracidad de los resultados; con un valor agregado que es determinar el estado psicológico de las gestantes en el último trimestre y así mismo hasta 1 año después del nacimiento del bebé si existen factores asociados al desarrollo de DPP.

Uno de los limitantes de este estudio es que no se realiza en una población homogénea totalmente, ya que la cantidad de cesáreas sobrepasa a los partos naturales por lo que la tendencia puede variar.

Además se pueden incluir otros centros de atención de gestantes para realizar un estudio comparativo de la situación económica, social y psicológica en la que se realiza el parto.

Es claro que ninguna sociedad o servicio de grupos preventivos recomienda el uso del test de Edinburgh para el tamizaje general de las pacientes en puerperio, sin embargo se debería reconsiderar la recomendación para poder obtener beneficios en la atención precoz de esta enfermedad tan común.

BIBLIOGRAFIA

1. ALMEIDA VILLACIS AB, TOSCANO GUERRA DF. [Online].; 2013. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5883/T-PUCE-6041.pdf?sequence=1&isAllowed=y> HYPERLINK
2. Vathsala S, Siau Pheng L, Edimansya A, Vaingankar , Chen H, Ann Chong , et al. Retrospective observation of mental disorders during postpartum period: Results from the Singapore mental health study. BMC Women's Health. 2015.
3. Molyneaux E, Howard L, McGeown H, Karia AM A, Trevillion K. Antidepressant treatment for postnatal depression. cochrane library. 2014.
4. SANTACRUZ FERNANDEZ. MF, SERRANO ANDRADE. FX. Depresión Posparto. Prevalencia Y Factores De Riesgo En Madres Atendidas En El Hospital José Carrasco Arteaga. [Online].; 2014. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21717> HYPERLINK
5. Ruben Barakat CBADdDJCRM. Efecto de un programa de ejercicio físico en la recuperación post-parto. Estudio piloto. Arch Med Deporte. 2013; 30.
6. Stephanie Bustos Rementería NJP. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica - Chile. PSQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2013; XXX(1).
7. Dina Sami Khalifa KGEPLL. Determinants of postnatal depression in Sudanese women at 3 months postpartum: a cross-sectional study. BMJ OPEN. 2016.
8. Sumitra Devi Shrestha RPTDTRCGaJRWF. Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth. 2016; 16(72).
9. Ayse Figen Turkcapar NKEASTMZ. Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2015; 15(108).
10. Heather Bailey RMISCLTMCBCT. Prevalence of depressive symptoms in pregnant and postnatal HIV-positive women in Ukraine: a cross-sectional survey. Reproductive Health. 2016; 13(27).
11. Jeong-hwan Park PR, *WKMMHZZP9. Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms in Korean Women throughout Pregnancy and in Postpartum Period. ELSEVIER. 2015; 9(219 - 225).

12. Jennifer L. Barkin PKLWMJTBP. Factors Associated with Postpartum Maternal Functioning in Women with Positive Screens for Depression. JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH. 2015; 00(00).
13. Katherine L. Molero 1 JRUM2CSV. Prevalencia De Depresión Posparto En Púerperas Adolescentes Y Adultas. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2014; 79(4).
14. José Urdaneta M. Msc 1 ARS1JGIP2MGVP2. Prevalencia De Depresión Posparto En Primigestas Y Multíparas Valoradas Por La Escala De Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol. 2010; 75(5).
15. ANGELINA DOIS CULVAC. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Rev Med Chile. 2012; 140.
16. EU Irma Rojas M. PNDDFBMMG. Protocolo De Detección De La Depresión Durante El Embarazo Y Posparto Y Apoyo Al Tratamiento. Gobierno de Chile. 2014 Marzo.
17. M. EJ. Depresión en el embarazo y el puerperio. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2010; 48(4).
18. GRACIELA ROJAS1 RFGFRSBEJ. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Revista médica de Chile. 2010 Mayo; 138(5).
19. Organización Mundial de la Salud. [Online].; abril del 2016. Available from: HYPERLINK "http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/" <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> .
20. Phipps MG RCWCea. Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers. Am J Obstet Gynecol. 2013; 208(192).

GLOSARIO

OMS: Organización Mundial de la Salud

DPP: Depresión postparto

EDPS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

DMS – IV: Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (4ª ed)

IBM SPSS: Internacional Bussines Machines Corp

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana

VPH: Virus de Papiloma Humano

HTA: Hipertensión Arterial

OR: Odds Ratio

ANEXOS

FICHA PARA LA VALIDACION DE DATOS

NOMBRES: _____

DIRECCIÓN: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____ PARTO

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: CESAREA

FECHA DE NACIMIENTO DEL BEBÉ: _____ TELÉFONO: _____

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor

SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos **7 días**.

1. HE SIDO CAPAZ DE REÍR Y VER EL LADO BUENO DE LAS COSAS

- a) Tanto como siempre
- b) No tanto ahora
- c) Mucho menos
- d) No, no he podido

2. HE MIRADO EL FUTURO CON PLACER

- a) Tanto como siempre
- b) Algo menos de lo que solía hacer
- c) Definitivamente menos
- d) No, nada

3. ME HE CULPADO SIN NECESIDAD CUANDO LAS COSAS NO SALÍAN BIEN

- a) Sí, la mayoría de las veces
- b) Sí, algunas veces
- c) No muy a menudo
- d) No, nunca

4. HE ESTADO ANSIOSA Y PREOCUPADA SIN MOTIVO

- a) No, para nada
- b) Casi nada
- c) Sí, a veces
- d) Sí, a menudo

5. HE SENTIDO MIEDO Y PÁNICO SIN MOTIVO ALGUNO

- a) Sí, bastante
- b) Sí, a veces
- c) No, no mucho
- d) No, nada

6. LAS COSAS ME OPRIMEN O AGOBIAN

- a) Sí, la mayor parte de las veces
- b) Sí, a veces
- c) No, casi nunca
- d) No, nada

7. ME HE SENTIDO TAN INFELIZ QUE HE TENIDO DIFICULTAD PARA DORMIR

- a) Sí, la mayoría de las veces
- b) Sí, a veces
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

8. ME HE SENTIDO TRISTE Y DESGRACIADA

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

9. HE SIDO TAN INFELIZ QUE HE ESTADO LLORANDO

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) Sólo en ocasiones
- d) No, nunca

10. HE PENSADO EN HACERME DAÑO A MÍ MISMA

- a) Sí, bastante a menudo
- b) A veces
- c) Casi nunca
- d) No, nunca

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

FIRMA: _____

• **INSTRUCCIÓN:**

NINGUNA PRIMARIA SECUNDARIA
SUPERIOR

• **OCUPACION:** _____

• **ESTADO CIVIL:**

SOLTERA CASADA UNION LIBRE
VIUDA DIVORCIADA

Qué tiempo lleva con su pareja actual: _____

• **NUMERO DE PAREJAS:** _____

• **NUMERO DE HIJOS:** _____

• **ANTECEDENTES PATOLOGICOS Y FAMILIARES:**

DIABETES HIPERTENSA EPILEPSIA

ALERGIAS _____

OTRAS _____

NO TIENE NINGUNA ENFERMEDAD:

EMBARAZO ACTUAL

• **NUMERO DE CONTROLES :** _____

• **NUMERO DE ECOGRAFIAS:** _____

• **LUGAR DE CONTROLES DE EMBARAZO:** _____

• **SEMANAS DE GESTACION DEL BEBE AL NACER:** _____

EMBARAZO PLANIFICADO:

SI NO

EMBARAZO DESEADO:

SI NO



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

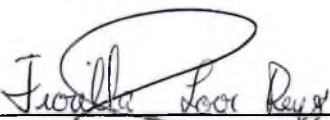
Yo, Loor Reyes Natalia Fiorella, con C.C: # 0918283003 autora del trabajo de titulación: Prevalencia y factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión postparto por medio del Test de Edinburg en el Hospital de Especialidades Mariana de Jesús en el periodo del 1 Marzo al 15 Abril del 2016 previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 26 de abril de 2016

LOOR REYES, NATALIA FIORELLA

f. 
Nombre: LOOR REYES NATALIA FIORELLA
C.C: 0918283003

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia y factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión postparto por medio del Test de Edinburgh en el Hospital de Especialidades Mariana de Jesús en el periodo del 1 Marzo al 15 Abril del 2016		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	LOOR REYES NATALIA FIORELLA		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	DR. OBANDO FREIRE FRANCISCO		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	29 de abril del 2016	No. DE PÁGINAS:	43
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología, Psicología, y psiquiatría		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Depresión, postparto, prevalencia, factores de riesgo, test de Edinburgh		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Introducción: La depresión posparto es un trastorno que aparece de forma moderada a grave en una mujer después del parto o hasta un año después del mismo, la cual trae consigo efectos sobre la morbilidad: materna, del recién nacido y en muchos casos; de toda la familia. Esta condición afectiva a menudo no se diagnostica lo que resulta ser un problema social y de salud que requiere de conocimiento y diagnóstico precoz para dar un tratamiento oportuno. Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo de la depresión de postparto mediato por medio del Test de Edinburgh en el Hospital Marianas de Jesús en el mes desde el marzo - abril del 2016. Métodos: El presente es un estudio de tipo descriptivo correlacional, no experimental y de diseño transversal prospectivo. Los instrumentos utilizados fueron: Test de Edinburgh, preguntas orientadas a determinar factores de riesgo para depresión posparto (DPP) e historia clínica del paciente. Resultados: Existe relación entre la DPP y las semanas de gestación al nacer ($p=0,026$); [Chi cuadrado 7,290]. Conclusiones: La DPP se encuentra según la escala de Edinburgh en 44 (39,3%) pacientes de un total de 112 incluidas en el estudio. Las pacientes son jóvenes (15-24 años), 71,4% se encontraron en unión libre, el 62,5% son bachilleres y el 84,8% no tiene empleo.</p>			

Problema: Objetivo: Materiales y métodos: Resultados: Conclusión: Recomendaciones		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0982748046	E-mail: fiore_loor@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE	Nombre: Vásquez Cedeño , Diego Antonio	
	Teléfono: 0982742221	
	E-mail: diegoavasquez@gmail.com	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	