

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MATERNITY BLUES Y DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES QUE CURSAN SU PUERPERIO INMEDIATO, HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO DE QUITO EN LOS AÑOS 2020-2021"

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR
MATEO ALEJANDRO ANDRADE MIÑO

DIRECTORA
DRA. MARÍA DE LAS MERCEDES SEMANATE FARINANGO

QUITO, JUNIO DE 2021

AGRADECIMIENTO

A mi Madre y a mi Hermana quienes me han acompañado y apoyado a lo largo de mi carrera y sin quienes hoy no hubiera sido posible lograr esta meta.

A todos los maestros quienes tuvieron la dedicación de entregar sus conocimientos, experiencia y pasión por la carrera.

A mi tutora la Dra. María Semanate quien contribuyó de gran manera en la realización de este trabajo de titulación.

Al Dr. Carlos Erazo por la orientación y enseñanzas que me ha brindado a lo largo de mi carrera.

Al Hospital General San Francisco que abrió sus puertas para que reciba una parte fundamental de mi formación académica y que permitió llevar a cabo este proyecto de investigación.

Mateo Alejandro Andrade Miño

DEDICATORIA

A todas las madres, por ser el pilar fundamental en cada familia.

Mateo Alejandro Andrade Miño

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO II

DEDICATORIA III

TABLA DE CONTENIDOS IV

INDICE DE TABLAS VIII

INDICE DE ABREVIATURAS IX

RESUMEN X

ABSTRACT XII

CAPÍTULO I 1

1.1 INTRODUCCIÓN 1

1.2 JUSTIFICACIÓN: 4

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 6

1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 8

1.5 OBJETIVOS 8

1.5.1 Objetivo General 8

1.5.2 Objetivos Específicos 8

1.6 HIPÓTESIS 9

CAPÍTULO II 10

2. MARCO TEÓRICO 10

2.1 Antecedentes. 10

2.2 Parto, Maternidad y Puerperio. 11

2.3 Trastornos mentales del puerperio. 11

2.4 Epidemiología de los trastornos mentales del puerperio. 12

2.5 Blues Materno. 14

2.6 Depresión Posparto. 14

2.7 Etiología de los trastornos del estado de ánimo puerperales. 17

2.8 Complicaciones de Maternity Blues y Depresión Posparto. 18

2.9 Suicidio y depresión posparto. 19

2.10 Factores asociados a Depresión posparto y Blues Materno. 19

2.11 Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) 21

2.12 Escala de Blues de Stein (SBS). 22

2.13 Tratamiento no farmacológico para los trastornos mentales del posparto. 23

2.14 Tratamiento farmacológico para depresión posparto. 24

CAPÍTULO III 25

3. MATERIALES Y MÉTODOS 25

3.1 Operacionalización de variables 25

3.2 Tipo de diseño de la investigación 32

3.3 Población del estudio 33

3.4 Muestra poblacional 33

3.5 Criterios de inclusión y exclusión 33
3.5.1 Criterios de inclusión 33
3.5.2 Criterios exclusión 33
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de muestra 34
3.7 Procedimientos de recolección de los datos. 34
3.8 Aspectos éticos 35
3.9 Plan de análisis de datos: 35
CAPÍTULO IV 36
4. RESULTADOS 36
4.1 Análisis Univariado. 36
4.1.1. Características de la Población. 36
4.1.2 Prevalencia de Maternity Blues. 38
4.1.3 Prevalencia de Depresión Posparto. 39
4.1.4 Características perinatales de la población. 39
4.1.5 Características psicosociales de la población. 42
4.2 Análisis Bivariado. 47
4.2.1 Relación entre Maternity Blues y las variables sociodemográficas del estudio .. 47
4.2.2 Relación entre Maternity Blues y las variables perinatales de estudio 48
4.2.3 Relación entre Maternity Blues y las variables psicosociales de estudio 50

4.2.4 Relación entre Depresión Posparto y las variables sociodemográficas del estudio 51

4.2.5 Relación entre Depresión Posparto y las variables perinatales de estudio 52

4.2.6 Relación entre Depresión Posparto y las variables psicosociales de estudio..... 54

5. DEBILIDADES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO..... 56

5.1 Debilidades 56

5.2 Fortalezas 57

CAPÍTULO V 58

6. DISCUSIÓN 58

CAPÍTULO VI..... 63

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 63

7.1 Conclusiones..... 63

7.2 Recomendaciones 64

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 66

ANEXOS 75

Anexo N. 1 Resultados adicionales..... 75

Anexo N. 2 Consentimiento informado. 81

Anexo N.3 Herramienta de investigación..... 85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N. 1 -Características sociodemográficas de la población 37

Tabla N. 2 - Prevalencia de Maternity Blues 39

Tabla N. 3 - Prevalencia de depresión posparto 39

Tabla N. 4 - Características perinatales de la población 40

Tabla N. 5 - Características psicosociales de la población 43

Tabla N. 6 - Relación entre Maternity Blues y las variables sociodemográficas de estudio 48

Tabla N. 7 - Relación entre Maternity Blues y las variables perinatales de estudio 48

Tabla N. 8 - Relación entre Maternity Blues y las variables psicosociales de estudio 50

Tabla N. 9 - Relación entre Depresión Posparto y las variables sociodemográficas de estudio 52

Tabla N. 10 - Relación entre Depresión Posparto y las variables perinatales de estudio 53

Tabla N. 11 - Relación entre Depresión Posparto y las variables psicosociales de estudio 55

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

DSM V: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5ta edición /*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*.

EPDS: Escala de depresión posparto de Edimburgo / *Edinburgh postnatal depression scale*.

IRSN: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina / *serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor.*

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina / *Selective serotonin reuptake inhibitors.*

MAO: Monoamino oxidasa / *Monoamine oxidase*.

MB: Blues materno / *Maternity blues*.

MSP: Ministerio de salud pública del Ecuador / *Ecuadorian´s Ministry of Public Health*.

OMS: Organización mundial de la salud / *World Health Organization*.

OR: Razón de momios / *Odds ratio*.

DPP: Depresión posparto / *Postpartum depression.*

SBS: Escala de blues de Stein */ Stein's blues scale*.

RESUMEN

Introducción: Estudios han demostrado la asociación de diferentes condiciones perinatales y psicosociales con la presencia de trastornos del estado de ánimo del posparto. La combinación de estos factores presentes durante el periparto puede predecir el desarrollo de Maternity Blues (MB) y Depresión posparto (DPP).

Objetivo: Identificar factores asociados a Maternity Blues y Depresión Postparto en mujeres cursando su puerperio inmediato, hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco de Quito en los años 2020-2021.

Metodología: Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, de corte transversal analítico, con una muestra de 250 mujeres cursando su puerperio inmediato hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco. Los datos fueron recolectados utilizando un cuestionario autoaplicable con preguntas directas sobre diferentes condiciones perinatales y psicosociales, además se aplicó la escala de blues de Stein (SBS) para tamizaje de MB y la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) para tamizaje de DPP. Se utilizó el programa Epi Info™ para el diseño del instrumento de recolección y análisis de datos. A todas las participantes del estudio se les aplicó el consentimiento informado.

Resultados: Por medio de la SBS se estableció una prevalencia de MB del 32,4% (n=81). Se determinó que los factores protectores asociados a MB fueron: alojamiento conjunto OR 0,21 (0,11-0,40) p<0,01, planificación del embarazo OR 0,13 (0,25-0,47) p<0,01, realización de al menos 5 controles prenatales OR 0,29 (0,10-0,85) p<0,05 y la lactancia materna OR 0,20 (0,11-0,38) p<0,01. Mientras que los factores de riesgo asociados a MB fueron: problemas en la lactancia materna OR 5,88 (2,82-12,24) p<0,01, complicaciones durante el embarazo OR 8,39 (3,81-18,50) p<0,01, complicaciones durante el parto OR 5,29 (2,97-9,42) p<0,01, primiparidad

OR 2,11 (1,23-3,63) p<0,01, falta de apoyo por el personal de salud OR 3,32 (1,40-7,85) p<0,01, mala relación con la madre OR 3,73 (1,70-8,20) p<0,01, inestabilidad económica OR 2,10 (1,14-3,86) p<0,01, consumo de alcohol de la pareja OR 4,71 (2,20-10,11) p<0,01 y el consumo de tabaco de la pareja OR 3,6 (1,56-8,31) p<0,01.

Aplicando la EPDS se estableció una prevalencia de DPP del 17,6% (n=44). Se determinó que los factores protectores asociados a DPP fueron: alojamiento conjunto OR 0,21 (0,10-0,43) p<0,01, planificación del embarazo OR 0,25 (0,11-0,58) p<0,01, realización de al menos 5 controles prenatales OR 0,21 (0,07-0,62) p<0,01 y la lactancia materna OR 0,23 (0,12-0,47) p<0,01. Mientras que los factores de riesgo asociados a DPP fueron: problemas para dar de lactar OR 5,14 (1,92-13,75) p<0,01, complicaciones durante el embarazo OR 7,02 (2,42-20,36) p<0,01, complicaciones durante el parto OR 5,58 (2,77-11,02) p<0,01, mala relación con la madre OR 5,54 (2,45-12,50) p<0,01, inestabilidad económica OR 2,61 (1,29-5,25) p<0,01, consumo de alcohol de la pareja OR 3,56 (1,57-8,06) p<0,01 y el consumo de tabaco de la pareja OR 3,19 (1,30-7,84) p<0,05.

Conclusiones: La prevalencia de trastornos del estado de ánimo puerperales en nuestra población es elevada y similar a la descrita a nivel internacional. Maternity Blues y depresión posparto tienen factores asociados reconocibles por el personal de salud durante el periparto, lo cual puede mejorar su tamizaje y facilitar su identificación temprana.

Palabras Clave: Maternity Blues, Depresión posparto, trastornos el estado de ánimo del posparto, factores de riesgo, factores protectores, escala de depresión posparto de Edimburgo, escala de blues de Stein.

ABSTRACT

Introduction: Studies show the relationship between perinatal and psychosocial conditions and the presence of postpartum mood disorders. The combination of these factors during the peripartum can predict the development of Maternity Blues (MB) and postpartum depression (DPP).

Objective: To identify factors associated with Maternity Blues and Postpartum Depression in women in their immediate puerperium, hospitalized in the gynecology and obstetrics service of Hospital General San Francisco in the years 2020-2021.

Methodology: A quantitative, cross-sectional analytical study was conducted, with a sample of 250 women attending their immediate puerperium hospitalized in the gynecology and obstetrics service of Hospital General San Francisco. Data was collected using a self-applied questionnaire with direct questions about different perinatal and psychosocial conditions, in addition, the Stein blues scale (SBS) was applied for MB screening and the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) for DPP screening. Epi Info ™ program was used for the design of the tool and data tabulation. Informed consent and data confidentiality was explained to all study participants.

Results: Using the SBS a prevalence of MB of 32.4% (n = 81) was established. The protective factors associated with MB were rooming-in OR 0,21 (0,11-0,40) p<0,01, pregnancy planning OR 0,13 (0,25-0,47) p<0,01, at least 5 prenatal care check-ups realized OR 0,29 (0,10-0,85) p<0,05 and breastfeeding OR 0,20 (0,11-0,38) p<0,01. Meanwhile the risk factors associated with MB were: breastfeeding problems OR 5,88 (2,82-12,24) p<0,01, complications during pregnancy OR 8,39 (3,81-18,50) p<0,01, complications during delivery OR 5,29 (2,97-9,42) p<0,01, primiparity OR 2,11 (1,23-3,63) p<0,01, lack of support from health personnel OR 3,32 (1,40-7,85) p<0,01, poor relationship with the mother OR 3,73 (1,70-8,20) p<0,01, economic instability OR 2,10

(1,14-3,86) p<0,01, alcohol consumption of the couple OR 4,71 (2,20-10,11) p<0,01 and tobacco consumption of the couple OR 3,6 (1,56-8,31) p<0,01.

Applying the EPDS, a DPP prevalence of 17.6% (n = 44) was established. The protective factors associated with DPP were: rooming-in OR 0,21 (0,10-0,43) p<0,01, pregnancy planning OR 0,25 (0,11-0,58) p<0,01, at least 5 prenatal care check-ups realized OR 0,21 (0,07-0,62) p<0,01 and breastfeeding OR 0,23 (0,12-0,47) p<0,01. Meanwhile the risk factors associated with DPP were: breastfeeding problems OR 5,14 (1,92-13,75) p<0,01, complications during pregnancy OR 7,02 (2,42-20,36) p<0,01, complications during delivery OR 5,58 (2,77-11,02) p<0,01, poor relationship with the mother OR 5,54 (2,45-12,50) p<0,01, economic instability OR 2,61 (1,29-5,25) p<0,01, alcohol consumption of the couple OR 3,56 (1,57-8,06) p<0,01 and tobacco consumption of the couple OR 3,19 (1,30-7,84) p<0,05.

Conclusions: The prevalence of postpartum mood disorders in our population is high and similar to those described internationally. Maternity Blues and postpartum depression have associated factors recognizable by health personnel during peripartum which can improve their screening and facilitate their early identification.

Key Words: Maternity Blues, Postpartum depression, Postpartum mood disorders, Risk factors, Protective factors, Edinburgh postnatal depression scale, Stein's blues scale.

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El embarazo y el puerperio son estados fisiológicos acompañados de una gran variedad de cambios bioquímicos y psicosociales, estos cambios pueden generar un estado de vulnerabilidad en la mujer; debido a esto, las mujeres cursando su embarazo y puerperio son un grupo de riesgo para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo. (Carro et al., 1999) Hasta el momento no se conoce con exactitud el mecanismo mediante el cual se desencadenan los trastornos del estado de ánimo del posparto, sin embargo, se han propuesto varias teorías como: la disminución abrupta de hormonas sexuales, disminución de niveles de triptófano, limitada síntesis de serotonina, entre otras. Además, la etapa puerperal representa un riesgo debido a los factores sociales estresantes que comúnmente afectan a la madre y la presencia de conductas no adaptativas. (Pereda Ríos et al., 2014)

Los trastornos del estado de ánimo puerperales clásicamente descritos son: Maternity Blues, depresión posparto y psicosis posparto. Maternity Blues es una condición que suele ser descrita como una depresión leve que ocurre dentro de la primera semana posparto, es el trastorno del estado de ánimo del posparto más frecuente, llegando a tener prevalencias de hasta 75% al 80%, por otro lado, la depresión posparto es un síndrome depresivo moderado o grave, es descrito como un síndrome depresivo mayor que ocurre dentro de las primeras 4 semanas del posparto, se estima que ocurre en un 5-15% de todos los embarazos. Por último, la psicosis posparto es una condición de mayor gravedad que incluye síntomas como ilusiones, alucinaciones, lenguaje desorganizado y alteraciones del comportamiento, sin embargo, es una condición rara que ocurre en aproximadamente en 1 a 2 por cada 1000 mujeres puérperas. (Gale & Harlow, 2003)

El blues posparto es una condición que ha sido mencionada desde finales del siglo 19, en 1875 se describió el término "*milk fever*" haciendo referencia a los cambios disfóricos que presenta la mujer cuando inicia la lactancia. Posteriormente se establecerían varios términos como "Maternity Blues", "Baby-blues", "Postpartum-blues", "blues del tercer día" o "disforia posparto", todos estos términos son definidos como cambios esporádicos de corta duración que no son explicables e incluyen llanto, tristeza, labilidad emocional, fatiga e irritabilidad. (Yalom et al., 1968) A pesar de lo mencionado previamente, el blues materno es considerado un estado no patológico, ya que no requiere tratamiento farmacológico y no se han establecido criterios diagnósticos para este trastorno del estado de ánimo, sin embargo, se ha observado que puede ser un factor de riesgo importante para el desarrollo de depresión posparto; ésto, sumado a su alta prevalencia, que varía desde un 8 a un 84%, demuestra la importancia de esta entidad clínica. (Gerli et al., 2019)

En los primeros estudios que buscaban asociar diferentes factores de riesgo con Maternity Blues, se determinaron los siguientes: un episodio depresivo previo o durante el embarazo, mujeres que tengan familiares en primer grado con antecedentes de depresión, una relación marital conflictiva, problemas asociados al cuidado del recién nacido. (O'Hara et al., 1991) Actualmente se han determinado factores de riesgo en común para el desarrollo de diferentes trastornos del estado de ánimo del puerperio como son: mujeres con discapacidad psicosocial, antecedentes personales y familiares psiquiátricos, antecedentes de trastorno disfórico premenstrual, parto por cesárea y la falta de amamantamiento. (A. Viguera, 2019) Varios autores han concluido que las características demográficas son importantes tanto en la prevalencia del blues materno como en sus factores de riesgo asociados, así, en países de bajos recursos económicos se observa que mujeres primíparas que no están casadas y que no desearon su embarazo son la principal población afectada. (Adewuya, 2005)

La depresión posparto fue añadida en el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales en su quinta edición (DSM V), se lo cataloga como “un trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto, con su desarrollo durante el embarazo o las primeras cuatro semanas posparto”. (American Psychiatric Association, 2014) Este trastorno del estado de ánimo ha tenido un mayor reconocimiento en los últimos 30 años, muchos estudios se han enfocado en la determinación de su etiología, así como el manejo farmacológico de sus síntomas. Las teorías hormonales se fundamentan en la privación de hormonas sexuales maternas y su efecto en el eje serotoninérgico, así mismo, existen teorías genéticas en donde se han evidenciado polimorfismos en transportadores serotoninérgicos. Se ha sugerido que la etiología de la depresión posparto es mixta y se debe a la combinación de los factores bioquímicos y hormonales con la presencia de estresores psicológicos y sociales. (Zinga et al., 2005)

La depresión posparto ha sido estudiada en mayor medida que el resto de trastornos afectivos del puerperio, gracias a esto se cuenta con estudios realizados en poblaciones latinoamericanas. En Chile, se observaron factores predictores de depresión materna como: antecedente personal de depresión, sintomatología agresiva durante el embarazo, pobre apoyo social y familiar, eventos vitales perturbadores, estrés cotidiano, problemas de pareja, conducta del bebé, baja autoestima, ausencia de pareja, complicaciones obstétricas, embarazo no deseado, entre otras. (Mendoza B & Saldivia, 2015) Estudios realizados en Ecuador han demostrado la asociación de depresión posparto con factores de riesgo como el nivel de instrucción, apoyo social, funcionamiento familiar, convivencia y disfunción familiar. (Acuña, 2016)(Aumala & Vergara, 2017)

Los trastornos del estado de ánimo del posparto son entidades clínicas que muchas veces son infravaloradas e infradiagnosticadas, a pesar de que juegan un papel importante sobre el desenlace

materno y neonatal, complicaciones como el suicidio materno y el cuidado inadecuado del recién nacido son frecuentes. (Sit et al., 2015) El blues materno muchas veces considerado una condición "benigna" carece de estudios que determinen su prevalencia y factores asociados en nuestra población, por otro lado, la depresión puerperal no cuenta con estudios cuyo principal enfoque haya sido la determinación de factores asociados. Con lo previamente mencionado, la presente investigación plantea determinar factores perinatales y psicosociales asociados a Maternity Blues y depresión posparto en mujeres que cursan su puerperio inmediato.

1.2 JUSTIFICACIÓN:

Los trastornos del estado de ánimo puerperales: Maternity Blues y depresión posparto, son un problema de salud común, causados principalmente por cambios hormonales y estrés emocional, ambas condiciones tienen repercusiones en el bienestar materno y neonatal, por lo cual es importante conocer los factores asociados para así dar un soporte materno adecuado (Degner, 2017). Dada la necesidad de información epidemiológica básica sobre la prevalencia de blues materno y depresión posparto y sus principales factores de riesgo, se propuso la realización de este estudio: "Factores de Riesgo asociados a Maternity Blues y Depresión Postparto en mujeres que cursan su puerperio inmediato, hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco de Quito en los años 2020-2021", de esta manera se espera poder generar un perfil de atención integral para mujeres embarazadas y puérperas con riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo.

La depresión posparto es un trastorno psiquiátrico serio con importantes repercusiones en el desenlace materno; un estudio realizado en Perú demostró que la frecuencia de suicidalidad, o tendencias suicidas, en las mujeres durante su primer año posparto fue del 15,58% y se demostró una asociación significativa con los trastornos depresivos. (Sánchez-Tapia et al., 2017) Por otro lado, el blues materno es una condición transitoria que puede presentarse en el posparto y si bien muchas veces es referida como una condición "benigna", se ha demostrado que la misma tiene repercusiones directas en el cuidado neonatal y su desarrollo, además es un factor de riesgo importante para desarrollar otros trastornos mentales durante el puerperio. (Rezaie Keikhaie et al., 2020) Debido a esto, mediante la determinación de prevalencia, tanto de Maternity Blues como depresión posparto se espera demostrar la importancia de su tamizaje mediante el uso de escalas validadas.

En la revisión sistemática: "*Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration*", publicada el 2015 por Ilona Yim, et al. se analizó una extensa cantidad de predictores para el desarrollo de depresión posparto, entre los cuales se incluyen tanto factores psicosociales como biológicos, sin embargo los autores concluyen que existe evidencia mixta sobre la asociación de estos factores con la depresión materna y que actualmente no hay suficientes estudios para demostrar una relación, por lo cual recomiendan la realización de más investigaciones sobre los procesos biopsicosociales detrás de la depresión posparto. (Yim et al., 2015)

El blues materno es una condición que no posee criterios diagnósticos definidos, lo cual dificulta la determinación de su prevalencia, se han observado factores de riesgo como baja estabilidad económica, mala relación marital, insuficiente apoyo social (Ntaouti et al., 2020), sin

embargo, la limitada cantidad de estudios sobre Maternity Blues realizados en el país y en poblaciones similares a la nuestra, justifica la determinación de su prevalencia en nuestro medio y factores asociados que permitan detectar pacientes con riesgo.

En la revisión sistemática y metaanálisis "*Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period*", publicada en el año 2020, se muestra una prevalencia estimada del 39% (13.7%-76%); en esta investigación se incluyeron 26 estudios de prevalencia desde el año 1980 hasta el 2019, los autores concluyen que la prevalencia de blues materno es mayor en países de menores recursos económicos y que la gravedad de ésta va a depender de las características demográficas específicas de cada población. (Rezaie Keikhaie et al., 2020). El personal de salud cumple un rol importante en la identificación de Maternity Blues, la detección oportuna permitiría integrar medidas en el manejo integral, como la educación previa al parto y soporte psicológico, debido a esto, mediante la realización de esta investigación, se plantea destacar factores asociados que permitan reconocer pacientes de riesgo que puedan beneficiarse de una atención con un enfoque psicosocial.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Durante más de una década las diferentes sociedades de salud mental e incluso la Organización Mundial de la Salud (OMS), han recomendado la inclusión de la atención de salud mental materna

dentro de los programas de atención primaria. A pesar de que existen estudios sobre la elevada prevalencia de trastornos mentales maternos y sus repercusiones tanto en la salud del recién nacido como la de la madre, muchos países de medios y bajos recursos aún no incorporan a la salud mental como una prioridad en sistemas de atención. (Atif et al., 2015)

En la publicación "*No health without mental health*" se reporta que en países desarrollados la depresión posparto tiene una prevalencia del 10%-15% y en países de medios y bajos recursos la prevalencia es mayor; los autores realizaron un modelo en donde determinaron que un adecuado tratamiento para la depresión materna podría reducir hasta un 20% el retraso de crecimiento en el infante e incluso podría prevenir hasta un 15% los suicidios maternos. (Prince et al., 2007)

En el año 2012, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) publica el "Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)" ,dentro de esta publicación se definen necesidades, objetivos y estrategias que se deben tomar en los diferentes niveles de atención con respecto a la salud mental; dentro del primer nivel de atención se describe que las mujeres deben recibir un diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental, en donde se incluyen a los trastornos afectivos y emocionales relacionados al parto y maternidad. (MSP, 2012) A pesar de estar incluido en el modelo de atención, muchas veces los trastornos del estado de ánimo del posparto son infradiagnosticados.

Actualmente no existe un estudio sobre el blues materno llevado a cabo en el Ecuador, la falta de información puede llevar a los profesionales a menospreciar problemas de salud mental con posibles repercusiones importantes en el bienestar materno infantil. Por otro lado, la depresión

posparto ha sido investigada y a pesar de su elevada prevalencia en el país, aún no ha tomado la importancia necesaria, lo cual se refleja en el bajo porcentaje de mujeres que recibe consejería, terapia o tratamiento para su estado de salud mental. La determinación de factores asociados a los trastornos de salud mental materna más frecuentes puede ayudar a crear un perfil para la identificación de mujeres en riesgo, lo cual puede ayudar al diagnóstico temprano y manejo integral de estas condiciones.

1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles factores están asociados a Maternity Blues y Depresión postparto en mujeres que cursan su puerperio inmediato, hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco de Quito en los años 2020-2021?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

Identificar factores asociados a Maternity Blues y Depresión Postparto en mujeres cursando su puerperio inmediato, hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco de Quito en los años 2020-2021.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Establecer la prevalencia de Maternity Blues y Depresión Postparto en mujeres cursando su puerperio inmediato, hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco de Quito en los años 2020-2021.

- Identificar el rol que cumple el tipo de parto (cesárea o céfalo-vaginal) como factor de riesgo o factor protector en relación con el desarrollo de Maternity Blues y Depresión Posparto.

- Relacionar los antecedentes psiquiátricos personales y familiares con la presencia de Maternity Blues y Depresión Posparto.

1.6 HIPÓTESIS

Los factores asociados a Maternity Blues y Depresión Posparto en las mujeres que cursan su puerperio inmediato, hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco de Quito en los años 2020-2021, son semejantes a los descritos internacionalmente.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.

La OMS define a la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos mentales, dentro de esta definición incluye conceptos como el bienestar, la autonomía, la competencia, la dependencia y el reconocimiento emocional e intelectual. La OMS menciona también que la salud mental es un estado de bienestar que permite que los individuos reconozcan sus habilidades y sean capaces de trabajar de forma productiva enfrentando el estrés de la vida diaria. (Pando Orellana & Salazar, 2012) En el plan de acción integral sobre salud mental, se reconoce que aún se deben resolver problemas en la atención y el descuido en estos servicios, dentro de sus propuestas se busca promover la inclusión de salud mental y emocional como parte de la atención integral prenatal y posnatal tanto a nivel domiciliario como en centros de atención. (OMS, 2013)

La salud mental es un importante aspecto a considerar en el bienestar materno; los sentimientos y forma de actuar de la mujer pueden verse influenciados especialmente durante el embarazo y el puerperio, donde es frecuente observar sintomatología ansiosa y depresiva. A pesar de que la salud mental está incluida dentro del bienestar materno, en muchas ocasiones, cuadros de estrés, ansiedad y depresión no son diagnosticados de forma oportuna, o son evaluados y descartados de una forma limitada, en un momento específico, sin evaluar en su totalidad el estado emocional de la mujer a través del tiempo. (Steen, 2019)

2.2 Parto, Maternidad y Puerperio.

La maternidad y el parto son experiencias fisiológicas del ciclo reproductivo de la mujer, éstas tienen un profundo impacto a nivel psicológico, físico y social, algunas repercusiones pueden presentarse a corto y largo plazo. Las experiencias del parto dejan memorias vividas que pueden ser positivas y empoderantes, así como pueden producir memorias negativas y traumatizantes. (Olza et al., 2018) Debido a esto, el parto es una etapa crucial y determinante, en cómo la mujer afrontará su maternidad.

El nacimiento del recién nacido implica la liberación de oxitocina y endorfinas, que a nivel cerebral materno produce un estado alterado de conciencia, simultáneamente en las primeras horas del posparto hay una disminución de las hormonas esteroideas lo cual puede favorecer el desarrollo de alteraciones en el estado de ánimo, otros factores importantes dentro de este proceso son el entorno cultural propio de cada mujer, sus emociones y estado psicológico. (Olza et al., 2018). Por otro lado, el puerperio inicialmente representa un periodo de estrés para la mujer, en donde no solo tiene que recuperarse del parto, sino que debe afrontar las necesidades de un recién nacido; en esta etapa inicial, la mujer debe adaptarse y transicionar hacia un nuevo rol en su vida, la percepción propia de cada mujer y el apoyo que recibe son fundamentales para un proceso de adaptación positivo. (Hung et al., 2011)

2.3 Trastornos mentales del puerperio.

Los trastornos mentales durante el puerperio suelen ser clasificados como depresión posparto, Maternity Blues y psicosis posparto, siendo la depresión el representante más investigado y relevante de este grupo. Actualmente se conoce que cualquier desorden psiquiátrico puede ocurrir

durante el periodo puerperal y su evolución puede verse influenciada por la existencia de trastornos crónicos previos al parto. En nuevas clasificaciones se incluyen a los trastornos depresivos, que son los más comunes, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático puerperal, que puede asociarse a experiencias traumáticas durante el parto, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos psicóticos. (Meltzer-Brody et al., 2018)

2.4 Epidemiología de los trastornos mentales del puerperio.

Los trastornos mentales son considerados un problema de salud pública, constituyen una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial y afectan al 10% de la población a nivel mundial con una prevalencia a lo largo de la vida del 25%. El periodo prenatal y postnatal representan una etapa de riesgo con un incremento en la prevalencia de estos trastornos llegando a afectar a 1 de cada 5 mujeres. (Pereira, 2012) Se ha observado que un 85% de mujeres presentan alguna alteración mental durante su puerperio, sin embargo, sólo un 10% al 20% de ellas cumple con criterios del DSM. (Gomez Alcalde, 2002)

El blues materno es el trastorno del estado de ánimo más frecuente durante el puerperio. En el metaanálisis "*Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period*", publicado en el año 2020, se tomaron en cuenta 26 estudios en donde la prevalencia de Maternity Blues fue desde 13,7% hasta 76% y en un total de 5.667 mujeres se determinó una prevalencia del 39%. (Rezaie-Keikhaie et al., 2020) Por otro lado, la depresión posparto presenta una menor prevalencia que, como se menciona en el metaanálisis "*Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis*", puede ir desde un 8% hasta un 26% y

tomando en cuenta 58 publicaciones con un total de 37,294 mujeres se observó una prevalencia del 12%. (Shorey et al., 2018)

En el Ecuador se han realizado varios estudios sobre depresión posparto en los que se ha podido ver que ésta cumple con un perfil epidemiológico similar al descrito a nivel global; se ha observado que en el año 2016 su prevalencia fue del 18,1% en un total de 182 pacientes utilizando la escala de depresión posparto de Edimburgo (Aumala & Vergara, 2017), mientras que otro estudio observó una prevalencia de 5,69% en un total de 281 pacientes utilizando el inventario de Depresión de Beck. (Acuña, 2016) Por otro lado, Maternity Blues es una condición que no ha sido estudiada en el Ecuador, existe un estudio realizado en Perú con un total de 772 pacientes, donde utilizando la escala de blues materno de Lima se evidenció que el 18,8% tenía un alto riesgo de blues materno, un 55,2% moderado riesgo y un 26% bajo riesgo. (Hans Contreras-Pulache, 2011)

A pesar de no contar con la misma cantidad de estudios, se ha podido determinar la prevalencia del resto de trastornos mentales puerperales. Se menciona que los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia aproximada del 10%, mientras que el trastorno de ansiedad generalizada del 6%. (Meltzer-Brody et al., 2018) La psicosis posparto es una condición rara, se describe 1 caso por cada 1000 partos, por otro lado, un 4 a 6% de las mujeres presenta trastorno de pánico durante su puerperio, un 3-5% de las mujeres presenta trastorno obsesivo compulsivo y finalmente un 1-7% de las mujeres desarrollará estrés postraumático después de dar a luz. (Mohameda & Afaf Z. Ragab, 2015)

2.5 Blues Materno.

También llamado Maternity Blues o conocido anteriormente como depresión del tercer día, es descrito como un estado de ánimo depresivo acompañado de fatiga, llanto, confusión y alteraciones del pensamiento. Actualmente se ha evidenciado que además se acompaña de labilidad emocional, disforia y ansiedad. (Henshaw, 2003). A pesar de que hay cierta evidencia publicada sobre esta condición, actualmente no existe un consenso para definirla, ni existen criterios diagnósticos definidos, sin embargo, varios autores la describen como un desequilibrio en los pensamientos, sentimientos y conductas que vive la mujer durante su experiencia del parto y maternidad. Ésta no debe ser considerada como una patología, sino como la manifestación de un fallo en la etapa de transición de la mujer. (Contreras-Pulache et al., 2011)

La fisiopatología de esta entidad aún no se conoce con exactitud, varios autores apoyan a la teoría hormonal, que menciona que los descensos dramáticos en estradiol y progesterona que siguen al parto producen cambios emocionales y psicológicos, semejantes a los cambios que se presentan en el síndrome disfórico premenstrual. (O'Hara & Wisner, 2014) Otros estudios proponen que los niveles elevados de monoamino-oxidasa disminuyen la actividad serotoninérgica en el puerperio inmediato, lo cual puede predisponer el desarrollo de Maternity Blues (Sacher et al., 2010)

2.6 Depresión Posparto.

La depresión posparto es definida por el DSM V como "un trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto, con su desarrollo durante el embarazo o las primeras cuatro semanas posparto".

Los criterios para un trastorno depresivo mayor establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría son los siguientes:

A. Cinco o más de los siguientes síntomas y que al menos uno de los síntomas sea: un estado de ánimo deprimido o la pérdida del interés y placer. Además, estos síntomas deben presentarse por un período de al menos dos semanas y deben representar un cambio en el funcionamiento de la paciente.
    1. Presentar un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día y casi todos los días.
    2. Una disminución placer o interés por todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día y casi todos los días.
    3. Cambios importantes en el peso, pérdida o ganancia, sin hacer dieta o cambios en el apetito, disminución o aumento, casi todos los días.
    4. Alteraciones en el sueño, insomnio o hipersomnia casi todos los días.
    5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
    6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
    7. Sentimiento de culpabilidad o inutilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
    8. Disminución de la concentración, capacidad para pensar o para tomar decisiones, casi todos los días
    9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas con o sin un plan específico o intento de suicidio.

> B. Los síntomas deben causar un malestar clínicamente significativo o producir un deterioro de áreas importantes del funcionamiento.
>
> C. El episodio no se puede atribuir a los efectos de una sustancia u otra afección médica.

(*American Psychiatric Association*, 2014)

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo con una prevalencia elevada, representa un riesgo importante para la salud de la mujer y del recién nacido, éste trastorno es caracterizado por alteraciones cognitivas, comportamentales y emocionales que pueden iniciar días o semanas posteriores al parto. (Orozco, 2013)

Existen varias teorías propuestas sobre su fisiopatología, al igual que en Maternity Blues, la teoría hormonal es importante, se ha observado que mujeres con antecedente de depresión posparto previa, tienen una sensibilidad reducida a las hormonas gonadales y por lo tanto la disminución de éstas posterior al parto produce sintomatología depresiva. (Payne & Maguire, 2019)

A pesar de que la teoría hormonal ha sido aceptada como la principal causa de depresión posparto, actualmente se han demostrado diferentes desencadenantes de esta patología y se ha determinado que tiene un origen multifactorial en donde están involucrados los niveles de hormona liberadora de corticotropina placentaria, neurotransmisores, vitamina D, monoamino-oxidasa y otras enzimas. A estos posibles biomarcadores se le suma una importante carga genética y cambios epigenéticos. (Payne & Maguire, 2019)

2.7 Etiología de los trastornos del estado de ánimo puerperales.

Como se mencionó previamente, los mecanismos que pueden desencadenar el desarrollo de trastornos del estado de ánimo del puerperio aún no se conocen con exactitud, muchos estudios apuntan a una combinación de factores biológicos, psicosociales y ambientales. Durante el embarazo existe un aumento de los niveles de estradiol, los cuales se reducen de manera abrupta en los primeros días posteriores al parto; en el estudio "*Effects of Gonadal Steroids in Women With a History of Postpartum Depressio*n" sé simuló un estado suprafisiológico gonadal en mujeres eutímicas y mujeres con antecedentes de depresión posparto, posteriormente se indujo un estado hipogonadal, donde se observó que mujeres con antecedentes de trastornos depresivos presentaban alteraciones de su estado de ánimo, los autores de este estudio concluyeron que las hormonas reproductivas cumplen un rol importante en el desarrollo de trastornos mentales puerperales y que mujeres con antecedentes de depresión tienen mayor susceptibilidad ante un estado de abstinencia hormonal. (Bloch et al., 2000)

El estudio "*Elevated Brain Monoamine Oxidase A Binding in the Early Postpartum Period*" demostró una asociación inversa entre los niveles de estradiol y la enzima monoamino-oxidasa (MAO) en las mujeres cursando su puerperio; se ha observado que la MAO favorece la degradación de neurotransmisores importantes para la regulación del estado de ánimo como la serotonina, dopamina y norepinefrina. Estos niveles elevados de MAO durante los primeros días posteriores al parto fueron relacionados con la aparición de blues materno y depresión posparto. (Sacher et al., 2010)

Se ha demostrado que durante el parto hay una activación de la enzima triptófano 2,3 dioxigenasa (TDO) y la enzima indolamina-2,3-dioxigenasa (IDO), ambas encargadas de la degradación del triptófano, produciendo de esta manera una disminución de la serotonina sérica

al reducir su biosíntesis a través de esta vía metabólica. (Yildiz et al., 2017) Otros autores han descrito que la hiperhomocisteinemia tiene una correlación inversa con los niveles de serotonina, debido a que la homocisteína participa en reacciones de metilación dentro de la vía metabólica de los neurotransmisores monoaminas, por lo cual un aumento en sus niveles puede alterar la síntesis de serotonina, dopamina y catecolaminas. (Aishwarya et al., 2013)

Los estudios genéticos han demostrado la existencia de variaciones cromosómicas específicas que han podido asociarse a la sintomatología depresiva y alteraciones del estado de ánimo durante el puerperio, se han realizado estudios que asociaron la expresión génica dependiente de hormonas esteroideas con diferentes trastornos mentales del puerperio. (O'Hara & Wisner, 2014)

2.8 Complicaciones de Maternity Blues y Depresión Posparto.

A pesar de que en muchas publicaciones se hace referencia al blues materno como una condición inofensiva, transitoria y sin mayor relevancia en la vida de la mujer, algunos estudios han demostrado que "Baby Blues" es una entidad clínicamente relevante que amerita ser investigada. Se ha observado que mujeres con diagnóstico de Maternity Blues tenían doce veces más probabilidades de desarrollar depresión posparto, además de que tienen el riesgo de desarrollar sintomatología como anhedonia, ansiedad y depresión. (Zanardo et al., 2019) Otros autores descubrieron que el blues materno se asocia con un apego materno disminuido hacia el recién nacido, lo cual puede tener repercusiones en la formación del vínculo primario. (Nagata et al., 2000)

La depresión posparto tiene implicaciones tanto en la salud materna como en el desarrollo neonatal. Se ha demostrado que los hijos de madres deprimidas presentan un menor compromiso social, menos conductas reguladoras, emociones negativas y peores respuestas ante el estrés.

(Feldman et al., 2009) La depresión materna compromete la productividad económica familiar, el desarrollo del infante y su comportamiento, se ha demostrado que la inclusión de la salud mental materna dentro de programas de atención mejora la funcionalidad de la mujer, la salud y crecimiento del infante, a pesar de esto muchos autores reportan la falta de interés en esta área. (Wachs et al., 2009)

2.9 Suicidio y depresión posparto.

La complicación más importante a nivel materno es el riesgo de suicidio, se ha observado una fuerte asociación entre depresión posparto y tendencias suicidas.En un estudio publicado en el año 2017, en una muestra de 321 mujeres dentro de su primer año posparto, se determinó que un 14,95% tenían pensamientos de muerte, un 6,85% ideación suicida y un 1,87% intento suicida. (Sánchez-Tapia et al., 2017) Un estudio realizado en Suecia desde el año 1980 hasta el 2007 reportó una tasa de suicidios maternos de 3,7 por cada 100.000 nacimientos, donde además se observó una asociación con trastornos mentales. (Esscher et al., 2016) Otro estudio realizado en Reino Unido reportó que los intentos de suicidio se presentan entre un 24% a 49% de las mujeres con antecedente de depresión posparto. (Healey et al., 2013) Autores han observado que mujeres en sus primeros 6 meses posteriores al parto tienen tendencia a elegir métodos más letales para cometer suicidio, por lo que es importante identificar de manera temprana esta causa prevenible de mortalidad materna. (Orsolini et al., 2016)

2.10 Factores asociados a Depresión posparto y Blues Materno.

Se han reportado varios factores asociados a Maternity Blues, el estado civil y el consumo tabáquico demostraron tener asociación significativa, mujeres casadas y mujeres no fumadoras

presentaron un riesgo 4 veces menor para desarrollar Maternity Blues. (Faisal-cury et al., 2008) Otro estudio reveló que un bajo nivel educativo y el antecedente de depresión posparto previa son factores de riesgo importantes para su desarrollo, por otro lado, el parto cefalo-vaginal fue un factor protector. (Gerli et al., 2019)

Se ha observado que un bajo nivel socioeconómico, el antecedente de depresión, dificultades en el manejo del recién nacido y la ansiedad también fueron factores de riesgo para blues materno. (Foumane et al., 2016) En mujeres africanas se observó que incluso el sexo del recién nacido puede tener una asociación significativa, en este estudio se determinó que el sexo femenino del recién nacido representó un factor de riesgo para Maternity Blues, debido a esto el autor concluyó que los factores de riesgo difieren según la cultura, por lo cual se deben realizar estudios específicos para cada población. (Adewuya, 2005)

La revisión sistemática: "*Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration*" describe como predictores para depresión posparto el antecedente de eventos estresantes extremos, haber experimentado un evento catastrófico como desastres naturales, el estrés financiero, síntomas depresivos y mujeres solteras o que no han tenido pareja en los últimos 5 meses. Por otro lado, la presencia de apoyo social y la presencia de una relación estable con la pareja fueron factores protectores para el desarrollo de depresión materna. (Yim et al., 2015)

El antecedente de depresión mayor y trastornos de ansiedad son los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de depresión posparto, al igual que la presencia de otros trastornos mentales durante el embarazo. Se ha observado que la paridad puede ser un factor de riesgo importante para depresión posparto, sin embargo, este factor ha presentado resultados discordantes, por otro lado, presentar un embarazo de riesgo y complicaciones durante el parto

han demostrado aumentar el riesgo y la lactancia materna demostró ser un factor protector. (Ghaedrahmati et al., 2017)

La depresión posparto guarda una importante relación con el blues materno, se ha observado que mujeres con tristeza posparto presentaron puntajes mayores en la escala de depresión de Edimburgo y presentaron más síntomas como anhedonia, ansiedad y depresión. De la misma manera mujeres con depresión posparto presentaron puntajes más altos en escalas para tamizaje de blues materno. (Zanardo et al., 2019)

2.11 Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS)

J.L Cox, en el año 1987 publica su estudio sobre la EPDS de 10 ítems, en este estudio el autor demostró que esta herramienta de screening, en un tiempo aproximado de 5 minutos, puede ayudarnos a detectar pacientes con depresión posparto, dentro de sus ventajas destaca su fácil puntuación y aplicabilidad. (Cox et al., 1987). Ésta es una de las escalas con mayores estudios de validación para el tamizaje de depresión posparto, ha sido traducida en más de 50 idiomas y actualmente es una de las escalas más recomendadas debido a que tiene una mayor especificidad al excluir síntomas constitucionales que pueden ser normales dentro del embarazo. (ACOG, 2018)

En varios estudios internacionales se ha demostrado que la EPDS es una herramienta altamente efectiva para el tamizaje de depresión posparto, se ha observado que la escala tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.835 que demuestra una buena consistencia, además se ha observado que no existe una diferencia significativa en el uso de esta escala en comparación con los criterios diagnósticos de CIE-10 y DSM V (Smith-Nielsen et al., 2018). En el año 2007 en Colombia se

determinó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.78 reflejando así una alta consistencia interna (Campo-Arias et al., 2007). Debido a que esta escala ha sido validada internacionalmente y en poblaciones semejantes a la nuestra, es la herramienta más adecuada para el tamizaje de depresión posparto a utilizar en esta investigación.

2.12 Escala de Blues de Stein (SBS).

George Stein en el año 1980 publica su estudio sobre los cambios mentales en la primera semana posparto, en este estudio el autor desarrolla una herramienta que valora los siguientes elementos: depresión, llanto, tensión, agotamiento, ansiedad, inquietud, sueño, dolor de cabeza, apetito, irritabilidad, falta de concentración, falta de memoria, confusión.(Stein, 1980) La escala ha sido utilizada internacionalmente; en el año 2008 se realizó un estudio en población japonesa donde se pudo encontrar una prevalencia de Maternity Blues del 15.3% (Watanabe et al., 2008), mientras que en otro estudio realizado en São Paulo, se observó una prevalencia del 32.7%; los autores concluyeron que la herramienta tiene una buena confiabilidad y que se correlaciona significativamente con otros instrumentos como la escala de Pitt. (Faisal-cury et al., 2008).

Maternity Blues es una condición que aún no se encuentra establecida y no tiene criterios diagnósticos definidos, no existen muchos estudios sobre este trastorno del estado de ánimo del posparto. De esta manera, debido a la falta de investigación, las herramientas comúnmente usadas como la escala de Stein, de Lima, de Kennerly y de Handley no tienen establecidos valores de sensibilidad y especificidad y tampoco han sido validadas. En la revisión sistemática y meta-análisis "*Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period*" publicada en el año 2020 se tomaron en cuenta 26 estudios que investigaron la prevalencia de Maternity Blues y de éstos, 13 utilizaron la escala de blues de Stein (Rezaie Keikhaie et al., 2020). Se ha elegido utilizar la

SBS ya que es la escala con mayor número de estudios realizados y además valora un mayor número de síntomas con respecto al resto de escalas, sin embargo, la falta de estudios que la validen es una gran limitante.

2.13 Tratamiento no farmacológico para los trastornos mentales del posparto.

El tratamiento para los trastornos del estado de ánimo del puerperio dependerá de la gravedad de la condición, se ha observado que, mujeres con blues materno, pueden no requerir de un manejo especifico y pueden beneficiarse de medidas como promover el acompañamiento y soporte familiar, tranquilizar a la mujer, explicar la condición y sus diferencias con la depresión posparto; sin embargo, se debe valorar la posibilidad de que la madre reciba psicoterapia de apoyo en caso de ser necesario. (Oviedo & Jordán, 2016) En la publicación "*Treatment of Mood Disorders During Pregnancy and Postpartum*" los autores recomiendan que ante la presencia de pacientes con sintomatología depresiva leve como en el blues materno, se puede dar una asesoría a la mujer sin necesidad de iniciar tratamiento, sin embargo se debe revalorar a la paciente, realizar tamizajes para depresión posparto y verificar que la sintomatología no dure más de dos semanas, ya que existe un riesgo de que esta condición deje como secuela un trastorno depresivo crónico sin tratamiento. (Cohen et al., 2010)

Algunos estudios han descrito los beneficios de la terapia cognitivo conductual y la terapia enfocada en soluciones como manejo para pacientes con blues materno y depresión posparto. La terapia enfocada en soluciones no enfatiza en los problemas que tiene la paciente, sin embargo permite que ésta busque soluciones con la guía del terapeuta. (MacDonald, 2011) Por otro lado la terapia cognitivo conductual se enfoca en reducir el sufrimiento psicológico al explicar cómo los

pensamientos, sentimientos y comportamientos contribuyen en la presentación del problema. (Secretaria Española de Psiquiatría, 2007)

Un estudio publicado en 2017 determinó que cuatro sesiones de terapia cognitivo conductual y tres sesiones de terapia enfocada en soluciones lograron disminuir los puntajes de escalas para blues y depresión posparto en comparación con los grupos de control, debido a esto los autores recomiendan la inclusión de cualquiera de estas terapias dentro del programa de atención prenatal para mejorar la salud mental de mujeres durante su embarazo y puerperio. (Ramezani et al., 2017)

Otros estudios enfocados exclusivamente en pacientes con depresión posparto han demostrado la utilidad de la terapia interpersonal mediante la cual el terapeuta se enfoca en dificultades reconocidas por la paciente, que comúnmente incluyen conflictos con la pareja o familiares, pérdida de relaciones sociales o laborales u otros eventos como la pérdida de un embarazo previo. (O'Hara et al., 2000) Nuevas investigaciones proponen el uso de terapia grupal como una medida para el manejo de depresión posparto; en estos estudios se ha observado el empoderamiento de las mujeres participantes y una mejoría de la sintomatología depresiva a medida que comparten experiencias, orientación y desafíos. (Gillis & Parish, 2019)

Estos estudios demuestran la utilidad de diferentes formas de terapia hablada para el manejo de los trastornos del estado de ánimo puerperales y cómo su inclusión dentro de la atención perinatal puede ser beneficiosa para la salud mental materna y para la salud del recién nacido.

2.14 Tratamiento farmacológico para depresión posparto.

El tratamiento farmacológico para la depresión posparto debe ser considerado en aquellos casos de depresión moderada o severa. Los fármacos de primera línea recomendados son: citalopram,

nortriptilina, sertralina y paroxetina debido a que, en dosis terapéuticas, se han asociado a concentraciones séricas bajas e indetectables en lactantes recibiendo leche materna. (Sharma & Sharma, 2012)

Los fármacos de elección para el tratamiento de depresión posparto son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS); la sertralina ha demostrado tener un mínimo paso hacia la leche materna por lo cual es el fármaco de elección en mujeres que están iniciando la terapia antidepresiva. En el caso de que los ISRS no proporcionen una adecuada respuesta al tratamiento, otras opciones a considerar son los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) como la mirtazapina que también tiene un paso mínimo hacia la leche materna. (Stewart & Vigod, 2019)

La evidencia sobre los beneficios de la terapia farmacológica frente a la psicoterapia y viceversa es limitada, muchas investigaciones actualmente se han centrado en estudiar combinaciones de estas dos modalidades de tratamiento, sin embargo, no existe un consenso sobre el manejo de la depresión posparto ya que este debe ser individualizado tomando en cuenta las características y necesidades de cada mujer. Los conocimientos recientes sobre los mecanismos fisiopatológicos asociados a la depresión posparto, promete en un futuro el desarrollo de nuevas terapias. (Stewart & Vigod, 2019)

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Operacionalización de variables

LISTADO DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES							
	Variable	**Definición**	**Escala**	**Tipo de Variable**	**Instrumen-to**	**Codifica-ción**	**Indicador operacio-nal**
Variables Sociodemográficas							
1	Edad	Tiempo de vida que tiene una persona desde su nacimiento contado en años	Numé-rica	Discreta	Pregunta directa	Reporte de paciente	Medidas de tendencia central y de dispersión
2	Etnia	Conjunto de personas que comparten características culturales, lingüísticas o raciales en común	Categó-rica	Nominal	Pregunta directa	Reporte de paciente: 1-Mestiza 2-Afroecua-toriana 3- Blanca 4-Indígena	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
3	Nivel de Instrucción	Nivel máximo de estudios alcanzado	Categó-rica	Nominal	Pregunta directa	Reporte de paciente: 1-Primaria 2-Secunda-ria 3-Superior	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
Maternity Blues y Depresión Posparto							
4	Maternity Blues	"Baby blues" o "blues materno" es un trastorno del estado de ánimo posterior al parto caracterizado por la presencia de tristeza	Categó-rica	Nominal	Stein Blues Scale	Maternity blues 1-Si: puntaje ≥8 2-No: puntaje <8	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa

5	Depresión posparto	Es un trastorno del estado de ánimo severo, el DSM V lo define como: trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto, considerando su desarrollo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas del postparto	Categó-rica	Nominal	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	Depresión Posparto: Si: puntaje ≥12 No: puntaje <12	Tabla de frecuen-cias: Frecuenci a absoluta y relativa
Variables Perinatales							
6	Tipo de parto	Vía por la cual se terminó el embarazo.	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1- Parto céfalo-vaginal 2- Parto por cesárea	Tabla de frecuen-cias: Frecuenci a absoluta y relativa
7	Óbito fetal	La muerte fetal que ocurre en un embarazo a partir de las 20 semanas de edad gestacional o con un peso fetal >500gr	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1- Si 2- No	Tabla de frecuen-cias: Frecuenci a absoluta y relativa
8	Embarazo Gemelar	Embarazo en el cual se conciben dos productos en la misma gestación	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1- Si 2- No	Tabla de frecuen-cias: Frecuenci a absoluta y relativa
9	Paridad	Número de partos	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente	Tabla de frecuen-cias: Frecuenci

						1- Primípara 2- Multípara	a absoluta y relativa
10	Embarazo Planificado	Embarazo que fue planeado	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	1-Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
11	Plan de Parto	Estrategia en donde la mujer define sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1-Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
12	Controles prenatales completos	Un control prenatal óptimo según la OMS comprende un mínimo de 5 chequeos	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1-Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
13	Complicaciones durante el embarazo	Condiciones patológicas durante el embarazo como: preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, hipotiroidismo, infecciones vaginales, infecciones de las vías urinarias, sangrado, amenaza de parto pretérmino, otros	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1-Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
14	Complicaciones durante el parto	Eventos adversos durante el parto como: hemorragia posparto, desgarros,	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1-Si	Tabla de frecuen-cias: Frecuenci

		distocia, retención placentaria, otros				2-No	a absoluta y relativa
15	Lactancia materna	Proceso mediante el cual la madre alimenta al recién nacido a través del seno	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuenci a absoluta y relativa
16	Problemas en lactancia materna	Cualquier evento que complique o dificulte la lactancia materna, por ejemplo: mala técnica, mal agarre del neonato, baja producción de leche materna, infección, otros	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuenci a absoluta y relativa
17	Alojamien to Conjunto	Estancia hospitalaria del recién nacido junto a la madre en la misma habitación	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuenci a absoluta y relativa
Variables Psicosociales							
18	Anteceden te de trastornos mentales materno	Una amplia variedad de afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento en la mujer.	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuenci a absoluta y relativa
18	Anteceden te de trastornos mentales en la familia	Una amplia variedad de afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento en	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuenci a absoluta y relativa

		miembros de la familia.					
20	Antecedente de depresión posparto materno	Episodio previo de depresión posparto en embarazo anterior	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
21	Antecedente de depresión posparto familiar	Antecedente de depresión posparto en miembros de la familia (hermanas y madre)	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
22	Apoyo familiar	La presencia de la unidad familiar durante el proceso del embarazo y posterior al parto	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
23	Pareja	Si actualmente cuenta con una pareja sentimental	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
24	Apoyo de la pareja	Apoyo afectivo, emocional, económico por parte de la pareja	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
25	Consumo de Alcohol materno	Consumo de alcohol materno	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa

26	Consumo de Tabaco materno	Consumo de tabaco materno	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
27	Consumo de otras sustancias ilícitas materno	Consumo de sustancias ilícitas materno	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
28	Consumo de Alcohol de la pareja	Consumo de alcohol problema de la pareja	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
29	Consumo de tabaco de la pareja	Consumo de tabaco de la pareja	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
30	Consumo de sustancias ilícitas de la pareja	Consumo de sustancias ilícitas de la pareja	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
31	Violencia de la pareja	Interacción violenta de la pareja hacia la mujer	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
32	Buena relación con Madre	Una relación sana de buena calidad interpersonal entre la mujer y su madre	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si	Tabla de frecuen-cias: Frecuenci

						2-No	a absoluta y relativa
33	Estabilidad Económica	Una capacidad económica que permita afrontar gastos previstos y gastos inesperados	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
34	Desempleo Materno	Hace referencia a la situación en la cual una persona carece de un empleo remunerado	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
35	Desempleo de la pareja	Hace referencia a la situación en la cual una persona carece de un empleo remunerado	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa
36	Apoyo del personal de salud	Percepción de la mujer sobre el apoyo recibido por el personal de salud en relación con su embarazo y puerperio	Categó-rica	Nominal	Pregunta Directa	Reporte de paciente 1.Si 2-No	Tabla de frecuen-cias: Frecuencia absoluta y relativa

3.2 Tipo de diseño de la investigación

Se diseñó un estudio de tipo cuantitativo, de corte transversal analítico, en donde, como universo se eligió a las mujeres que cursan su puerperio inmediato, hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco en el año 2021, a quienes, con previa información y aceptación del consentimiento informado, se aplicó un cuestionario que incluía la escala de blues de Stein, la escala de depresión posparto de Edimburgo y preguntas

cerradas que permitan identificar factores perinatales y psicosociales, en un tiempo aproximado de 15 minutos.

3.3 Población del estudio

La población de estudio fue conformada por mujeres mayores de 18 años que cursaban su puerperio inmediato y que fueron hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco.

3.4 Muestra poblacional

Universo espacial: 800 mujeres.

Universo objetivo: 250 mujeres.

Método de muestreo: No probabilístico por conveniencia.

3.5 Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1 Criterios de inclusión

- Mujeres mayores de 18 años cursando su puerperio inmediato, hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco en el año 2021 que hayan aceptado participar mediante la firma del consentimiento informado.

3.5.2 Criterios exclusión

- Mujeres que hayan tenido aborto modus parto con una edad gestacional menor a 20 semanas.
- Mujeres menores de 18 años.
- Mujeres que no puedan leer o escribir

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de muestra

Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario a las pacientes que incluyó las siguientes escalas: escala de blues de Stein (SBS) y escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS), además en el cuestionario se adjuntaron diferentes preguntas para detectar factores de riesgo perinatales y psicosociales.

Previo a la aplicación del cuestionario se explicó e informó a cada paciente sobre el estudio y se les ofreció la oportunidad de participar mediante la entrega del consentimiento informado; a las pacientes que aceptaron el consentimiento, se les aplicó el cuestionario que tenía 2 componentes, el primero es una hoja con datos personales y preguntas puntuales las cuales serán realizadas por el encuestador, el segundo componente fue entregado a la paciente, éste contenía la escala de blues de Stein (SBS), escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) y algunas preguntas cerradas con formato autoaplicable.

3.7 Procedimientos de recolección de los datos.

Para la realización del estudio se elaboró un protocolo de investigación el cual fue aprobado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica del

Ecuador, por el departamento de Investigación y Docencia del Hospital General San Francisco y por el jefe de servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital.

Posterior a la aprobación del protocolo de investigación, se aplicó la herramienta elaborada a todas las mujeres mayores de 18 años que cursaban su puerperio inmediato, que decidieron participar voluntariamente en el estudio, firmando el consentimiento informado.

3.8 Aspectos éticos

El presente estudio tomó en cuenta el acuerdo ministerial 4889 del 01 de julio del año 2014 "REGLAMENTO DE LOS COMITÉS DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS" del MSP, así como el acuerdo ministerial 3 del 16 de abril del año 2020 "REGLAMENTO DE INVESTIGACIONES EN SALUD DURANTE EMERGENCIA SANITARIA" del MSP.

Las pacientes, antes de responder las preguntas del cuestionario, fueron informadas sobre el estudio, se les leyó y entregó un consentimiento informado donde se les explicó los beneficios de participar en el mismo, la duración aproximada de la encuesta y la anonimización de sus datos personales. La aplicación del cuestionario no representó ningún riesgo conocido para los participantes. No existió ningún conflicto de interés durante la realización del estudio.

3.9 Plan de análisis de datos:

El instrumento tuvo un formato digitalizado por medio del programa EPI-INFO™ en el cual se ingresó los datos obtenidos a través de las encuestas. De esta manera se obtuvo una base de datos. Mediante el uso de las herramientas del programa, se efectuó un análisis univariado utilizando tablas de frecuencia de las variables previamente descritas; para la realización del

análisis bivariado se utilizó tablas 2x2 en donde se utilizó la prueba de chi-cuadrado para ver la correlación entre las variables, se tomó en cuenta un nivel de significancia del 0,05 para determinar la asociación y se utilizó como medida de asociación a odds ratio (OR), tomando en cuenta un OR>1 para correlación, OR <1 para correlación inversa y OR=1 para variables independientes.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

En el presente capítulo se describirán todos los resultados obtenidos a través de la aplicación del cuestionario a las mujeres que cursaban su puerperio inmediato en el Hospital General San Francisco durante el periodo de marzo del 2021 hasta mayo del 2021, se aplicó el cuestionario a un total de 250 mujeres.

4.1 Análisis Univariado.

4.1.1. Características de la Población.

Tabla N. 1 – Características sociodemográficas de la población.

Variable	Frecuencia (n=250)	Porcentaje (%)
Nivel de instrucción		

Ninguna	-	-
Primaria	14	5,6%
Secundaria	117	40,49%
Superior	119	41,27%
Total	250	100%
Edad	**Media: 30,48 años (DE 5,75)**	
18-24	41	16,4%
25-29	72	28,8%
30-34	79	31,6%
35-39	38	15,2%
40-43	20	8%
Total	250	100%
Etnia		
Mestiza	245	98%
Afroecuatoriana	4	1,6%
Blanca	-	-
Indígena	1	0,4%
Total	250	100%
Tipo de parto		
Cefalo-vaginal	97	38,8%
Cesárea	153	61,2%
Total	250	100%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

En las 250 mujeres que participaron en el estudio, el nivel de instrucción correspondía en un 5,6% (n=14) a educación primaria, 40,49% (n=117) a educación secundaria y un 41,27% (n=119) a educación superior. La media de la edad de las mujeres que participaron en el estudio fue de

30,4 años, siendo los grupos de edad 25-29 años y 30-34 años los más prevalentes con porcentajes de 28,8% (n=72) y 31,6% (n=79), respectivamente.

Debido a que el Hospital General San Francisco de Quito se encuentra en una zona urbana, se pudo observar que la etnia de las participantes fue predominantemente mestiza con un 98% (n=245) de las mujeres considerándose de esta manera, mientras que el 1,6% (n=4) se considera afroecuatoriana y sólo un 0,4% (n=1) indígena.

En Quito se cuenta con diversas maternidades y centros de salud de primer nivel equipados para la atención de partos céfalo-vaginales, la herramienta fue aplicada en un hospital de segundo nivel, considerado un establecimiento de referencia, debido a esto se observó una mayor cantidad de participantes que tuvieron un parto por cesárea. Se observó que el tipo de parto correspondió en un 38,8% (n=97) a partos céfalo-vaginales y el 61,2% (n=153) a cesáreas.

4.1.2 Prevalencia de Maternity Blues.

Tabla N. 2 - Prevalencia de Maternity Blues.

Variable	Frecuencia (n=250)	Porcentaje (%)
Maternity blues		
Si	81	32,4%
No	169	67,6%
Total	250	100%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

Por medio de la escala de blues de Stein se consideró como Maternity Blues a toda mujer que haya tenido un puntaje de 8 o superior y se determinó una prevalencia del 32,4% (n=81).

4.1.3 Prevalencia de Depresión Posparto.

Tabla N. 3 - Prevalencia de depresión posparto.

Variable	Frecuencia (n=250)	Porcentaje (%)
Depresión posparto		
Si	44	17,6%
No	206	82,4%
Total	250	100%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

Por medio de la escala de depresión posparto de Edimburgo se consideró como depresión posparto a toda mujer que haya tenido un puntaje de 12 o superior y se determinó una prevalencia del 17,6% (n=44).

4.1.4 Características perinatales de la población.

Tabla N. 4 - Características perinatales de la población.

Variable	Frecuencia (n=250)	Porcentaje (%)
Alojamiento conjunto		
Si	195	78%
No	55	22%
Total	250	100%
Óbito fetal		
Si	1	0,4%
No	249	99,6%
Total	250	100%
Embarazo gemelar		

Si	2	0,8%
No	248	99,2%
Total	250	100%
Paridad		
Multiparidad	150	60 %
Primiparidad	100	40%
Total	250	100%
Embarazo planificado		
Si	103	41,2%
No	147	58,8%
Total	250	100%
Plan de parto		
Si	173	69,2%
No	77	30,8%
Total	250	100%
Controles prenatales completos		
Si	235	94%
No	15	6%
Total	250	100%
Lactancia materna		
Si	192	76,8%
No	58	23,2%
Total	250	100%
Problemas para dar de lactar		

Si	77	40,1%
No	115	59,9%
Total	192	100%
Complicaciones durante el embarazo		
Si	161	64,4%
No	89	35,6%
Total	250	100%
Complicaciones durante el parto		
Si	82	32,8%
No	168	67,20%
Total	250	100%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

El análisis de las características perinatales de la población determinó que un 22% (n=55) de las mujeres no se encontró en alojamiento conjunto debido a que los recién nacidos fueron hospitalizados en la unidad de neonatología o se encontraban en observación por el servicio. Se pudo reportar un caso de óbito fetal correspondiente al 0,4% (n=1), ésta participante presentó valores elevados en las escalas, teniendo un puntaje de 18 en la escala de blues de Stein y de 17 en la escala de depresión posparto de Edimburgo.

Se observaron dos casos de embarazos gemelares, correspondiente al 0,8% (n=2); de las 250 mujeres que participaron en el estudio, el 40% (n=100) tuvieron su primer parto, mientras que el 60% (n=150) ya había tenido un parto previo. Solo un 41,2% (n=103) de los embarazos fueron planificados, un 69,2% (n=173) de las mujeres tuvieron un plan de parto y un 6% (n=15) de las

mujeres tuvo menos de 5 controles prenatales durante su embarazo. El 23,2% (n=58) de las mujeres no estaba dando lactancia materna al momento de responder el cuestionario, del 76,8% (n=192) de mujeres que estaban dando lactancia materna un 40,1% (n=77) refirió tener problemas para dar de lactar.

El 64,4% (n=161) de las mujeres refirió haber tenido alguna complicación durante su embarazo como: preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, hipotiroidismo, infecciones vaginales, infecciones de las vías urinarias, sangrado, amenaza de parto pretérmino, entre otras y el 32,8% (n=82) de las mujeres refirió haber tenido alguna complicación durante el parto como: hemorragia posparto, desgarros, distocia, retención placentaria y otras.

4.1.5 Características psicosociales de la población.

Tabla N. 5 - Características psicosociales de la población

Variable	Frecuencia (n=250)	Porcentaje (%)
Antecedente de trastorno mental		
Si	20	8%
No	230	92%
Total	250	100%
Antecedente familiar de trastorno mental		
Si	19	7,6%
No	231	92,4%
Total	250	100%
Antecedente de depresión posparto		

Si	10	6,6%
No	140	93,4%
Total	150	100%
Antecedente de depresión posparto familiar		
Si	5	2%
No	245	98%
Total	250	100%
Apoyo familiar		
Si	234	93,6%
No	16	6,4%
Total	250	100%
Consumo de tabaco matero		
Si	3	1,2%
No	247	98,8%
Total	250	100%
Consumo de alcohol materno		
Si	4	1,6%
No	246	98,4%
Total	250	100%
Consumo de drogas materno		
Si	-	-
No	250	100%
Total	250	100%
Buena relación con madre		

Si	220	88%
No	30	12%
Total	250	100%
Estabilidad económica		
Si	193	77,2%
No	57	22,8%
Total	250	100%
Empleo remunerado materno		
Si	224	89,6%
No	26	10,4%
Total	250	100%
Apoyo del personal de salud		
Si	226	90,4%
No	24	9,6%
Total	250	100%
Pareja		
Si	230	92%
No	20	8%
Total	250	100%
Empleo remunerado de la pareja		
Si	206	89,56%
No	24	10,44%
Total	230	100%

Apoyo de la pareja		
Si	217	94,34%
No	13	5,66%
Total	230	100%
Consumo de alcohol de la pareja		
Si	34	14,78%
No	196	85,22%
Total	230	100%
Consumo de tabaco de la pareja		
Si	26	11,30%
No	204	88,7%
Total	230	100%
Consumo de drogas de la pareja		
Si	3	1,30%
No	227	98,69%
Total	230	100%
Violencia de pareja durante el embarazo		
Si	2	0,86%
No	228	99,14%
Total	230	100%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

El análisis de las características psicosociales de la población determinó que un 8% (n=20) de las mujeres tenía antecedentes de trastornos mentales como: ansiedad, depresión, bipolaridad, otros y el 7,6% (n=19) de las mujeres refirió presentar al menos un familiar diagnosticado con algún trastorno mental. Un 6,6% (n=10) de las mujeres que han dado a luz previamente (n=150) han sido diagnosticadas con depresión posparto, mientras que un 2% (n=5) de las mujeres refirieron que su madre o hermana presentaron depresión posparto.

En relación con los hábitos de consumo, el 1,2% (n=3) consumía tabaco, el 1,6% (n=4) consumía alcohol y ninguna mujer refirió haber consumido drogas. Un 6,4% (n=16) de las mujeres refirió no recibir suficiente apoyo por parte de su familia y el 12% (n=30) de las participantes refirió no tener una buena relación con su madre. Un 22,8% (n=57) de las participantes no tenían una buena estabilidad económica y el 10,4% (n=26) no contaba con un empleo remunerado. El 9,6% (n=24) de las mujeres refirió no sentir apoyo por parte del personal de salud durante su hospitalización.

Un 8% (n=20) de las mujeres no tenían pareja; el 92% (n=230) de mujeres con parejarefieren que un 10,44% (n=24) de sus parejas no tenía empleo remunerado, un 14,78% (n=34) de las parejas consumía alcohol, el 11,3% (n=26) tabaco y un 1,3% (n=3) otras drogas. El 5,66% (n=13) de las participantes refirió no recibir suficiente apoyo por parte de su pareja y un 0,86% (n=2) de las mujeres presentó violencia durante el embarazo; las dos participantes que sufrieron violencia por parte de su pareja presentaron Maternity Blues y depresión posparto.

4.2 Análisis Bivariado.

Para la realización del análisis bivariado se excluyeron aquellas variables que por presentar un número limitado de datos imposibilitaban la realización del análisis a través de tablas 2x2.

4.2.1 Relación entre Maternity Blues y las variables sociodemográficas del estudio

Tabla N. 6 - Relación entre Maternity Blues y las variables sociodemográficas del estudio

Variable	Maternity Blues		OR IC 95%	Valor P
	Si	No		
Edad <30 años	38,94% (n=44)	61,06% (n=69)	1,72 (1,01-2,94)	>0,05
Nivel de instrucción secundaria o inferior	34,35% (n=45)	65,65% (n=86)	1,20 (0,70-2,05)	>0,05

Para poder realizar el análisis bivariado de las variables sociodemográficas, mediante tablas 2x2, se decidió representarlas como variables dicotómicas. Así, en la edad se agrupó a las participantes como: menores de 30 años y mayores de 30 años. No existió una relación entre Maternity Blues y la edad de las participantes.

Para el análisis del nivel de instrucción se agrupó a las participantes con nivel de instrucción secundaria o inferior y nivel de instrucción superior. Tampoco se observó una relación entre el blues materno y el nivel de instrucción.

4.2.2 Relación entre Maternity Blues y las variables perinatales de estudio

Tabla N. 7 - Relación entre Maternity Blues y las variables perinatales de estudio

Variable	Maternity Blues		OR IC 95%	Valor P
	Si	No		
Alojamiento Conjunto	24,62% (n=48)	75,38% (n=147)	0,21 (0,11-0,40)	<0,01
Complicaciones durante el parto	57,32% (n=47)	42,68% (n=35)	5,29 (2,97-9,42)	<0,01
Complicaciones durante el embarazo	45,34% (n=73)	54,66% (n=88)	8,39 (3,81-18,50)	<0,01
Controles prenatales completos	30,64% (n=72)	69,36% (n=163)	0,29 (0,10-0,85)	<0,05
Embarazo planificado	16,50% (n=17)	83,5% (n=86)	0,25 (0,13-0,47)	<0,01
Lactancia Materna	23,96% (n=46)	76,04% (n=146)	0,20 (0,11-0,38)	<0,01
Multiparidad	26% (n=39)	74% (n=111)	0,48 (0,28-0,83)	<0,01
/Primiparidad	42% (n=42)	58% (n=58)	2,06 (1,20-3,53)	<0,01
Plan de Parto	28,90% (n=50)	71,10% (n=123)	0,60 (0,34-1,05)	<0,05

Problemas en la lactancia materna	42% (n=33)	57,14% (n=44)	5,88 (2,82-12,24)	<0,01
Parto Céfalo-vaginal	24,74% (n=24)	75,25% (n=73)	0,55 (0,31-0,97)	>0,05
/Cesárea	37,25% (n=57)	62,75% (n=96)	1,08 (1,02-3,18)	>0,05

Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

Se determinó que el alojamiento conjunto tiene una asociación estadísticamente significativa con Maternity Blues, siendo este un factor protector con un OR de 0,21 (valor p<0,01), de igual manera se pudo determinar que la planificación del embarazo y la realización de al menos 5 controles prenatales son factores protectores para el blues materno con un OR 0,13 (valor p<0,01) y OR 0,29 (valor p<0,05), respectivamente. La lactancia materna también es un factor protector, con un OR 0,20 (valor p<0,01), mientras que presentar problemas para dar de lactar es un factor de riesgo con un OR 5,88 (valor p<0,01).

Las complicaciones durante el embarazo o el parto son factores de riesgo para Maternity Blues con un OR de 5,29 (valor p<0,01) y OR de 8,39 (valor p<0,01), respectivamente. Las mujeres que tuvieron su primer parto tuvieron más riesgo de desarrollar blues materno que mujeres que han dado a luz previamente, con un OR de 2,06 (valor p<0,01).

El tipo de parto y el plan de parto no presentaron una asociación estadísticamente significativa con Maternity Blues.

4.2.3 Relación entre Maternity Blues y las variables psicosociales de estudio

Tabla N. 8 - Relación entre Maternity Blues y las variables psicosociales de estudio

Variable	Maternity Blues		OR IC 95%	Valor P
	Si	No		
Apoyo del personal de salud	29,65% (n=67)	70,35% (n=159)	0,13 (0,25-0,47)	<0,01
/Falta de apoyo del personal de salud	58,33% (n=14)	41,67% (n=10)	3,32 (1,40-7,85)	<0,01
Mala relación con la madre	60% (n=18)	40% (n=12)	3,73 (1,70-8,20)	<0,01
/ Buena relación con la madre	28,64% (n=63)	71,36% (n=157)	0,26 (0,12-0,58)	
Consumo de alcohol de la pareja	61,76% (n=21)	38,24% (n=13)	4,71 (2,20-10,11)	<0,01
Consumo de tabaco de la pareja	57,69% (n=15)	42,31% (n=11)	3,6 (1,56-8,31)	<0,01
Estabilidad económica	28,50% (n=55)	71,50% (n=138)	0,47 (0,25-0,87)	<0,01
/Inestabilidad económica	45,61% (n=26)	54,39% (n=31)	2,10 (1,14-3,86)	<0,01
Desempleo de pareja	33,33% (n=8)	66,67% (n=16)	1,13 (0,46-2,78)	>0,05

Pareja	30,87% (n=71)	69,13% (n=159)	0,44 (0,17-1,12)	>0,05

Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

Mediante el análisis bivariado se pudo observar que la falta de apoyo del personal de salud es un factor de riesgo para Maternity Blues, con un OR de 3,32 (valor p<0,01), una mala relación de la mujer con su madre también representa un factor de riesgo, con un OR 3,37 (valor p<0,01) al igual que la inestabilidad económica con un OR 2,1 (valor p<0,01). El consumo de alcohol y tabaco de la pareja también actúan como factores de riesgo para el blues materno, con un OR 4,71 (valor p<0,01) y OR 3,6 (valor p<0,01), respectivamente.

No tener pareja y el desempleo de la pareja, no demostraron una relación estadísticamente significativa para el desarrollo de Maternity Blues.

4.2.4 Relación entre depresión posparto y las variables sociodemográficas del estudio

Tabla N. 9 - Relación entre depresión posparto y las variables sociodemográficas del estudio.

Variable	**Depresión Posparto**		**OR IC 95%**	**Valor P**
	Si	**No**		
Edad <30 años	17,70% (n=20)	83,30% (n=93)	1,01 (0,52-1,94)	1,0

Educación secundaria o inferior	19,08% (n=25)	80,92% (n=106)	1,24 (0,64-2,39)	>0,05

Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

En el análisis bivariado de las variables sociodemográficas, utilizando la agrupación previamente descrita en la sección 4.2.1. no se encontró asociación entre la edad y la depresión posparto y tampoco se demostró una asociación con el nivel de instrucción.

4.2.5 Relación entre Depresión Posparto y las variables perinatales de estudio

Tabla N. 10 - Relación entre Depresión Posparto y las variables perinatales de estudio

Variable	**Depresión Posparto**		**OR IC 95%**	**Valor P**
	Si	**No**		
Alojamiento Conjunto	11,79% (n=23)	88,21% (n=172)	0,21 (0,10-0,43)	<0,01
Complicaciones durante el parto	35,37% (n=29)	64,63% (n=53)	5,58 (2,77-11,02)	<0,01
Complicaciones durante el embarazo	24,84% (n=40)	75,16% (n=121)	7,02 (2,42-20,36)	<0,01

Controles prenatales completos	15,74% (n=37)	84,26% (n=198)	0,21 (0,07-0,62)	<0,01
Embarazo planificado	7,77% (n=8)	92,23% (n=95)	0,25 (0,11-0,58)	<0,01
Lactancia Materna	11,98% (n=23)	88,02% (n=169)	0,23 (0,12-0,47)	<0,01
Multiparidad	18% (n=27)	82% (n=123)	1,07 (0,54-2,08)	>0,05
/Primiparidad	17% (n=17)	83% (n=83)	0,93 (0,47-1,81)	>0,05
Plan de Parto	13,29% (n=23)	72,82% (n=150)	0,60 (0,34-1,05)	<0,01
Problemas en la lactancia materna	22,08% (n=17)	77,92% (n=60)	5,14 (1,92-13,75)	<0,01
Parto céfalo-vaginal	13,40% (n=13)	86,60% (n=84)	0,6 (0,30-1,23)	>0,05
/Cesárea	20,26% (n=31)	79,74% (n=122)	1,64 (0,81-3,32)	>0,05

Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

Se determinó que el alojamiento conjunto tiene una asociación estadísticamente significativa con depresión posparto, siendo este un factor protector, con un OR de 0,21 (valor p<0,01), de igual manera se pudo determinar que la planificación del embarazo y la realización de al menos 5 controles prenatales son factores protectores, con un OR 0,25 (valor p<0,01) y OR 0,21 (valor

p<0,01), respectivamente. La lactancia es un factor protector para depresión posparto, con un OR 0,23 (valor p<0,01), mientras que presentar problemas para dar de lactar es un factor de riesgo, con un OR 5,14 (valor p<0,01)

Las complicaciones durante el embarazo o el parto son factores de riesgo para depresión posparto, con un OR de 7,02 (valor p<0,01) y OR de 5,58 (valor p<0,01), respectivamente.

La paridad, plan de parto y tipo de parto no mostraron una asociación con la depresión posparto.

4.2.6 Relación entre Depresión Posparto y las variables psicosociales de estudio

Tabla N. 11 - Relación entre Depresión Posparto y las variables psicosociales de estudio.

Variable	Depresión Posparto		OR IC 95%	Valor P
	Si	No		
Apoyo del personal de salud	16,37% (n=37)	83,63% (n=189)	0,47 (0,18-1,22)	>0,05
/Falta de apoyo del personal de salud	29,17% (n=7)	70,83% (n=17)	2,10 (0,81-5,42)	>0,05
Mala relación con la madre	46,67% (n=14)	53,33% (n=16)	5,54 (2,45-12,50)	<0,01
			0,18 (0,07-0,40)	<0,01

/ Buena relación con la madre	13,64% (n=30)	86,36% (n=190)		
Consumo de alcohol de la pareja	35,29% (n=12)	64,71% (n=22)	3,56 (1,57-8,06)	<0,01
Consumo de tabaco de la pareja	34,62% (n=9)	65,38% (n=17)	3,19 (1,30-7,84)	<0,05
Estabilidad económica	13,99% (n=27)	86,01% (n=166)	0,38 (0,19-0,76)	<0,01
/Inestabilidad económica	29,82% (n=17)	70,18% (n=40)	2,61 (1,29-5,25)	
Desempleo de pareja	16,67% (n=4)	83,33% (n=20)	1,01 (0,32-3,14)	>0,05
Pareja	16,52% (n=71)	83,48% (n=159)	0,46 (0,16-1,27)	>0,05

Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

Mediante el análisis se pudo observar que una mala relación de la mujer con su madre representa un factor de riesgo para depresión posparto, con un OR de 5,54 (valor <0,01), al igual que la inestabilidad económica, con un OR 2,61 (valor <0,01). El consumo de alcohol y tabaco de la pareja son factores de riesgo para depresión posparto, con un OR 3,56 (valor <0,01) y OR 3,19 (valor <0,01), respectivamente.

El apoyo por parte del personal de salud, no tener pareja y el desempleo de la pareja, no demostraron una relación estadísticamente significativa para el desarrollo de depresión posparto.

5. DEBILIDADES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO

5.1 Debilidades

- Al tratarse de un estudio de corte transversal, no se puede determinar una relación "causa-efecto" con los factores asociados a Maternity Blues y depresión posparto.
- Durante la realización de esta investigación, se aplicó el cuestionario a las pacientes durante su hospitalización en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco, idealmente la aplicación de la herramienta en días posteriores hubiera permitido detectar casos de inicio tardío.
- A pesar de que en esta investigación se encontró variables asociadas con Maternity Blues y depresión posparto, las variables psicosociales presentaron una limitada cantidad de datos, lo cual no permitió el análisis por medio de tablas 2x2, el tamaño de la muestra fue una limitante para determinar si estas variables son factores de riesgo asociados a los trastornos del estado de ánimo del puerperio.
- El estudio de variables como "tipo de parto" pudo verse sesgada debido a la falta de exclusión de otros factores como "complicaciones del embarazo o parto".
- El formato autoaplicable de la herramienta da paso a que existan sesgos debido a que no se puede comprobar que las participantes respondan de manera honesta o con el conocimiento suficiente.
- La escala utilizada en este trabajo, para el tamizaje de Maternity Blues no tiene suficientes estudios que la validen, a pesar de ser la escala más utilizada para investigar la presencia de blues materno.

5.2 Fortalezas

- Al tratarse de un estudio de corte transversal, funcionó adecuadamente como un estudio inicial para investigar y registrar aspectos relacionados a Maternity Blues y depresión posparto que no han sido explorados previamente en nuestra población.
- Es un estudio que permitió determinar la prevalencia de dos diferentes trastornos del estado de ánimo del posparto, a través de dos escalas muy utilizadas como la escala de blues de Stein y la escala de depresión posparto de Edimburgo.
- El instrumento desarrollado para la recolección de datos fue adecuado, las participantes no tuvieron dificultades al momento de llenar el cuestionario y el registro de datos en el programa informático no presentó inconvenientes.
- Al determinar la prevalencia y factores asociados del blues materno y la depresión posparto se permitirá el desarrollo de futuras investigaciones sobre medidas de manejo y prevención a pacientes de riesgo.
- Se pudo realizar un seguimiento telefónico a las participantes que tuvieron resultados positivos en las escalas de tamizaje, en el cual se les dio información sobre los trastornos del estado de ánimo del puerperio. Además, se trabajó de manera conjunta con los servicios de psicología y trabajo social del Hospital General San Francisco para poder realizar un control continuo a estas pacientes.

CAPÍTULO V

6. DISCUSIÓN

El puerperio representa una etapa de vulnerabilidad para que la mujer desarrolle diferentes trastornos del estado de ánimo, en este estudio se determinó una prevalencia de Maternity Blues del 32,4% utilizando la escala de blues de Stein. En el meta-análisis "*Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period*" se incluyeron 26 estudios en los cuales se observó una prevalencia del 39%, en los 13 estudios en los que se utilizó la escala de Stein como método de tamizaje, se incluyeron un total de 2,623 participantes, mostrando una prevalencia del 33.6%. (Rezaie Keikhaie et al., 2020) Estos resultados fueron similares a los obtenidos en este estudio, por lo cual la prevalencia de blues materno en nuestra población es similar a la descrita en otros países.

En esta investigación se determinó una prevalencia de depresión posparto del 17,6%, investigaciones previas realizadas en el Hospital General San Francisco mostraron prevalencias del 5,69% utilizando el inventario de depresión de Beck (Acuña, 2016) y del 18,1% utilizando la escala de depresión posparto de Edimburgo (Aumala & Vergara, 2017), siendo esta última la más cercana a los resultados obtenidos en este estudio. A nivel global en el meta-análisis "*Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis*" se tomaron en cuenta 58 estudios, obteniendo una prevalencia del 17%, de los cuales 27 estudios utilizaron la escala de Edimburgo como método de tamizaje. (Shorey et al., 2018)

Tomando en cuenta los resultados previamente descritos, se puede evidenciar que los trastornos del estado de ánimo del posparto son entidades frecuentes en nuestra población y evidentemente son una problemática de salud pública. A pesar de esto, las diferentes indicaciones

de tamizaje de salud mental son contradictorias; en la guía de práctica clínica “Control Prenatal”, publicada por el MSP en el año 2016, se menciona que la escala de depresión posparto de Edimburgo no se recomienda como herramienta de tamizaje y tampoco recomienda el tamizaje rutinario para depresión posparto. (MSP, 2016) Por otro lado el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, en el año 2018, recomienda el tamizaje para depresión posparto mediante el uso de la escala de Edimburgo o cualquier otra escala validada, a toda mujer durante su posparto por al menos una ocasión. (ACOG, 2018) Debido a esto, es importante conocer los factores asociados a los trastornos del estado de ánimo puerperales para crear una estrategia de tamizaje aplicable y eficaz, mediante el uso de escalas estandarizadas.

Los trastornos del estado de ánimo habitualmente son relacionados con la edad de las pacientes, sin embargo, la evidencia sobre la asociación con diferentes grupos de edad es diversa. Un estudio realizado en Ontario con un total de 2560 mujeres demostró que una edad menor a 25 años representaba un factor de riesgo para depresión posparto (OR 2.01). (Sword et al., 2011) Varias investigaciones han demostrado la relación entre depresión posparto y la edad materna avanzada, (Bayrampour et al., 2012) mientras que otras publicaciones no encontraron una asociación entre la edad materna con depresión posparto (Goker et al., 2012) y con blues materno (Gerli et al., 2019), presentando resultados semejantes a los obtenidos en este estudio.

Como se describió anteriormente, las diferentes investigaciones demuestran resultados no concluyentes sobre la asociación entre la edad y los trastornos del estado de ánimo del posparto, por lo cual la edad por si sola puede no tener una relación directa con el desarrollo de blues materno y depresión posparto.

En esta investigación no se pudo determinar una relación entre un nivel de instrucción y el desarrollo de trastornos del estado de ánimo del puerperio, estos resultados pueden compararse

con los obtenidos en otras investigaciones, en las que se observó que la educación no tiene asociación con el blues materno (Gerli et al., 2019), ni con la depresión posparto (Alharbi & Abdulghani, 2014); al igual que la edad, la evidencia sobre el rol que cumple el nivel de instrucción es contradictoria.

Se han descrito varios factores de riesgo asociados a Maternity Blues, la ausencia de lactancia materna (OR 8,87), el embarazo no planificado (OR 1,77), la falta de apoyo emocional (OR 2,5) y el bajo nivel socioeconómico (OR 1,78). (Foumane et al., 2016), resultados que concuerdan con los obtenidos en esta investigación, en donde se determinó que la lactancia, la planificación del embarazo actúan como factores de protección para blues materno y la falta de apoyo por parte de la familia y el personal de salud como factores de riesgo para la misma. Por otro lado, en este estudio se demostró que la inestabilidad económica es un factor de riesgo, resultado que puede relacionarse con un bajo nivel socioeconómico.

El parto tipo cesárea ha sido reportado en diferentes investigaciones como un factor de riesgo importante para el desarrollo de depresión posparto (Smorti et al., 2019) y para el desarrollo de blues materno. (Gonidakis et al., 2007) De igual manera se describió en el año 2019 al parto céfalo-vaginal como un factor protector para el blues posparto (OR 0,45) (Gerli et al., 2019). Sin embargo, en la población de este estudio no se encontró asociación, al igual que en otras publicaciones en las que se ha incluido el análisis de cesáreas electivas y emergentes, sin embargo, ninguna mostró ser un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos del ánimo (Goker et al., 2012). Estos resultados demuestran que el tipo de parto por sí solo no es un factor asociado y depende de otras variables que rodean al parto, como por el ejemplo, la condición materna, la condición neonatal o complicaciones durante el parto.

En la revisión sistemática "*Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses*" se tomaron en cuenta 16 meta-análisis y 40 revisiones sistemáticas que determinaron que los factores de riesgo asociados a depresión posparto más importantes fueron: violencia, diabetes gestacional, parto por cesárea, anemia posparto, poco soporte social. (Zhao & Zhang, 2020) En este estudio no se pudo investigar las diferentes complicaciones del parto y embarazo de manera individual, sin embargo, se determinó que las complicaciones en general representan un riesgo para el desarrollo de depresión posparto.

En la publicación "*Mother–Infant Skin-to-Skin Contact: Short- and Long-Term Effects for Mothers and Their Children Born Full-Term*" se observó los beneficios del contacto piel con piel a corto y largo plazo; en dicha publicación, los autores destacan menores puntajes en la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) y una disminución de la sintomatología depresiva. (Bigelow & Power, 2020) Los resultados obtenidos en esta investigación pueden relacionarse con lo descrito, ya que el contacto piel con piel y el alojamiento conjunto son medidas que fortalecen el vínculo materno-neonatal.

En este estudio no se pudo determinar una asociación entre los antecedentes psiquiátricos personales y familiares con los trastornos del estado de ánimo del puerperio debido a limitada cantidad de datos sobre morbilidad psiquiátrica, por lo cual el análisis a través de tablas 2x2 de estas variables no fue posible. Probablemente no se contó con suficientes casos debido al infra-diagnóstico de estas condiciones, por lo que pacientes con síndromes depresivos o ansiosos no fueron tomadas en cuenta para el análisis.

Esta investigación logró demostrar una prevalencia de Maternity Blues y depresión posparto, similar a la descrita en otros estudios. Tomando en cuenta los resultados reportados, es necesario

incluir una estrategia de tamizaje eficaz y de fácil aplicación para cuidar la salud mental de las mujeres durante su embarazo y puerperio. La determinación de factores de riesgo asociados a Maternity Blues y depresión posparto permitirá identificar aquellas mujeres que puedan beneficiarse de un tamizaje oportuno y permitirá que los profesionales de salud brinden un manejo integral.

CAPÍTULO VI

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

1. Los trastornos del estado de ánimo puerperales tienen una prevalencia similar a la descrita en otros estudios, se observó una prevalencia de depresión posparto semejante a la obtenida en investigaciones previas en nuestro país y la prevalencia de blues materno fue comparable a la reportada a nivel internacional.

2. El alojamiento conjunto, la planificación del embarazo, la realización de al menos cinco controles prenatales y la lactancia materna, son factores protectores asociados a Maternity Blues y depresión posparto.

3. Los problemas para dar de lactar, complicaciones durante el embarazo, complicaciones durante el parto, una mala relación con la madre, inestabilidad económica, consumo de alcohol de la pareja y consumo de tabaco de la pareja, son factores de riesgo asociados a Maternity Blues y depresión posparto, adicionalmente se determinó que la primiparidad y la falta de apoyo del personal de salud son factores de riesgo para el blues materno.

4. El tipo de parto, cesárea o céfalo-vaginal, no tuvo una relación estadísticamente significativa con el desarrollo de Maternity Blues o depresión posparto, a pesar de que en

otros estudios se ha descrito al parto céfalo-vaginal como un factor protector para ambas condiciones.

7.2 Recomendaciones

1. Por la elevada frecuencia de trastornos del estado de ánimo puerperales presentes en la población de este estudio, se recomienda la realización de una evaluación emocional y del estado de ánimo, en la que se incluya el tamizaje para depresión posparto por medio de una escala validada, al menos por una ocasión, en todas las mujeres que presenten factores de riesgo.

2. Considerando la frecuencia de los trastornos del estado de ánimo y sus posibles repercusiones en la salud materna y neonatal, es necesario que el personal de salud reconozca los factores de riesgo descritos en este estudio, durante los diferentes controles prenatales o en el puerperio y pueda identificar de manera temprana la aparición de sintomatología depresiva en las mujeres durante su posparto.

3. La terapia cognitivo conductual, la terapia enfocada en soluciones, la terapia interpersonal o la terapia grupal deben ser consideradas como estrategias para el manejo de pacientes con Maternity Blues o depresión posparto y se debería realizar un estudio sobre su efectividad en nuestra población para de esta manera lograr incorporarlas en diferentes protocolos de manejo.

4. La intervención de especialidades como psicología o psiquiatría dentro del control prenatal podría tener efectos beneficiosos, especialmente en aquellas mujeres que presenten factores de riesgo. Mediante un manejo multidisciplinario se podría reducir la frecuencia de trastornos mentales durante el embarazo y el puerperio.

5. Se recomienda la realización de un estudio con mayor muestra para poder analizar variables psicosociales, ya que en este estudio, por la limitada cantidad de datos, no pudieron ser asociadas con los trastornos del estado de ánimo del posparto.

6. A pesar de que Maternity Blues fue descrita hace varios años, aún no se dispone de suficiente información sobre esta condición, por lo cual es importante realizar nuevas investigaciones sobre la misma, en las que se estudien sus repercusiones maternas y neonatales, se establezcan criterios diagnósticos y se propongan nuevas herramientas de tamizaje o se validen las herramientas existentes.

7. Se debe fortalecer las estrategias sobre lactancia materna planteadas en la guía de práctica clínica “Control Prenatal” publicada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el año 2016, mediante la inclusión de talleres donde las mujeres reciban información y capacitación sobre la técnica adecuada para dar de lactar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A. Viguera. (2019). Postpartum blues. *UpToDate*, *13*, 1–9. https://www.uptodate.com/contents/postpartum-blues

ACOG. (2018). Screening for Perinatal Depression. *Replaces Committee Opinion*, *132*(757), 208–212.

Acuña, D. (2016). *Validación del inventario de depresión de beck como prueba de tamizaje para la depresión posparto en mujeres cursando el puerperio tardío, atendidas en el hospital san francisco de quito en el periodo noviembre 2015 – enero 2016.* Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Adewuya, A. O. (2005). The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *193*(4), 1522–1525. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.02.085

Aishwarya, S., Rajendiren, S., Kattimani, S., Dhiman, P., Haritha, S., & AnanthaNarayanan, P. H. (2013). Homocysteine and serotonin: Association with postpartum depression. *Asian Journal of Psychiatry*, *6*(6), 473–477. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.05.007

Alharbi, A. A., & Abdulghani, H. M. (2014). Risk factors associated with postpartum depression in the Saudi population. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *10*, 311–316. https://doi.org/10.2147/NDT.S57556

American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. In *American Journal of Psychiatry* (Vol. 80, Issue 2). https://doi.org/10.1176/ajp.80.2.309

Atif, N., Lovell, K., & Rahman, A. (2015). Maternal mental health: The missing "m" in the global maternal and child health agenda. *Seminars in Perinatology*, *39*(5), 345–352. https://doi.org/10.1053/j.semperi.2015.06.007

Aumala, T., & Vergara, D. (2017). *La depresión posparto y su asociación a estrés materno a causa de disfunción familiar en mujeres que cursan el puerperio posparto inmediato atendidas en la maternidad de corta estancia del centro de salud de conocoto y el hospital san francisco de quito* (Vol. 4). Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., & Tough, S. (2012). Advanced maternal age and risk perception: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *12*.

https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-100

Bigelow, A. E., & Power, M. (2020). Mother–Infant Skin-to-Skin Contact: Short- and Long-Term Effects for Mothers and Their Children Born Full-Term. *Frontiers in Psychology*, *11*(August). https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01921

Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., & Rubinow, D. R. (2000). Effects of Gonadal Steroids in Women With a History of Postpartum Depression. *AM J Psychiatry*, *157*(June), 924–930. papers2://publication/uuid/C581B5E8-2BAF-444E-AE35-1E1AE4D0BB97

Campo-Arias, A., Ayola-Castillo, C., Peinado-Valencia, H. M., Amor-Parra, M., & Cogollo, Z. (2007). Escala de Edinburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, *58*(4), 277–283. https://doi.org/10.18597/rcog.437

Carro, G., Sierra, M., Hernandez, M., Moreno, E., & Antolin, B. (1999). Trastornos del estado de animo en el postparto. *Revista Accion Psicologica*, *15*(1), 452–456.

Cohen, L. S., Wang, B., Nonacs, R., Viguera, A. C., Lemon, E. L., & Freeman, M. P. (2010). Treatment of Mood Disorders During Pregnancy and Postpartum. *Psychiatric Clinics of North America*, *33*(2), 273–293. https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.02.001

Contreras-Pulache, H., Mori-Quispe, E., & Lam-Figueroa, N. (2011). El Blues Materno. Contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación. *Rev. Peru. Epidemiol. (Online)*, *15*(2), 1–3.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *British Journal of Psychiatry*, *150*(JUNE), 782–786. https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782

Degner, D. (2017). Differentiating between “baby blues,” severe depression, and psychosis. *BMJ (Online)*, *359*, 4692. https://doi.org/10.1136/bmj.j4692

Esscher, A., Essén, B., Innala, E., Papadopoulos, F. C., Skalkidou, A., Sundström-Poromaa, I., & Högberg, U. (2016). Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980-2007. *British Journal of Psychiatry*, *208*(5), 462–469. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.161711

Faisal-cury, A., Menezes, P. R., Tedesco, J. J. A., Kahalle, S., Zugaib, M., São, U. De, & Brazil, P. (2008). *Maternity “ Blues ”: Prevalence and Risk Factors*. *11*(2), 593–599.

Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal Depression and Anxiety Across the Postpartum Year and Infant Social Engagement, Fear Regulation, and Stress Reactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *48*(9), 919–927. https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b21651

Foumane, P., Olen, J., Fouedjio, J., Moyo, G., Nsahlai, C., & Mboudou, E. (2016). Risk factors of maternity blues after caesarean section in Yaounde, Cameroon: a case-control analysis. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, *5*(12), 4424–4427. https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20164357

Gale, S., & Harlow, B. L. (2003). Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *24*(4), 257–266. https://doi.org/10.3109/01674820309074690

Gerli, S., Fraternale, F., Lucarini, E., Chiaraluce, S., Tortorella, A., Bini, V., Giardina, I., Moretti, P., & Favilli, A. (2019). Obstetric and psychosocial risk factors associated with maternity blues. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, *7058*. https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1630818

Ghaedrahmati, M., Kazemi, A., Kheirabadi, G., Ebrahimi, A., & Bahrami, M. (2017). Postpartum depression risk factors: A narrative review. *Journal of Education and Health Promotion*, *6*, 60. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_9_16

Gillis, B. D., & Parish, A. L. (2019). Group-based interventions for postpartum depression: An integrative review and conceptual model. *Archives of Psychiatric Nursing*, *33*(3), 290–298. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.009

Goker, A., Yanikkerem, E., Demet, M. M., Dikayak, S., Yildirim, Y., & Koyuncu, F. M. (2012). Postpartum Depression: Is Mode of Delivery a Risk Factor? *ISRN Obstetrics and Gynecology*, *2012*, 1–6. https://doi.org/10.5402/2012/616759

Gomez Alcalde, M. (2002). PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN EL PUERPERIO Psicosis Puerperal Por MARÍA SOLEDAD GÓMEZ ALCALDE *. *Revista Neuro-Psiquiatrica*, *65*, 32–46. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/V65_n1/pdf/patologia_psiquiatrica.pdf

Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., Kreatsas, G., & Christodoulou, G. N. (2007).

Maternity blues in Athens, Greece:. A study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders*, *99*(1–3), 107–115. https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.08.028

Hans Contreras-Pulache , Elizabeth Mori-Quispe , Nelly Lam-Figueroa , Katherine Quino-Villanueva, W. H.-C., & Eduardo Espinoza-Lecca , Enrique Gil-Guevara, E. T.-R. (2011). Blues Materno en puérperas de Lima Metropolitana y Callao: Validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, 2009. *Revista Peruana de Epidemiología*, *15*(2), 89–96.

Healey, C., Morriss, R., Henshaw, C., Wadoo, O., Sajjad, A., Scholefield, H., & Kinderman, P. (2013). Self-harm in postpartum depression and referrals to a perinatal mental health team: An audit study. *Archives of Women's Mental Health*, *16*(3), 237–245. https://doi.org/10.1007/s00737-013-0335-1

Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: A review. *Archives of Women's Mental Health*, *6*(SUPPL. 2). https://doi.org/10.1007/s00737-003-0004-x

Hung, C. H., yu, C. Y., Chang, S. J., & Stocker, J. (2011). Postpartum Psychosocial Changes Among Experienced and Inexperienced Mothers in Taiwan. *Journal of Transcultural Nursing*, *22*(3), 217–224. https://doi.org/10.1177/1043659611404432

MacDonald, A. J. (2011). Solution-focused therapy: Theory, research & practice. *Solution-Focused Therapy: Theory, Research and Practice*, *5*(12), 1–243. https://doi.org/10.4135/9781446288764

Meltzer-Brody, S., Howard, L. M., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., Honikman, S., & Milgrom, J. (2018). Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, *4*, 1–18. https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.22

Mendoza B, C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile*, *143*(7), 887–894. https://doi.org/10.4067/s0034-98872015000700010

Mohameda, N. R., & Afaf Z. Ragab. (2015). Psychiatric disorders in the postpartum period. *Menoufia Medical Journal*. https://doi.org/10.4103/1110-2098.163919

MSP. (2012). *Modelo de Atención de Salud Mental , en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*. 1–105. https://www.proteccionderechosquito.gob.ec/adjuntos/grupos/altaVulnerabilidad/ConsumoDrogas/8_Modelo_integral_de_atencion_drogas.pdf

MSP. (2016). Control Prenatal. In *Dirección Nacional de Normatización – MSP*. http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia Control Prenatal.pdf

Nagata, M., Nagai, S., Sobajima, H., Ando, T., Nishide, Y., & Honjo, S. (2000). Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(3), 209–217. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101003209.x

Ntaouti, E., Gonidakis, F., Nikaina, E., Varelas, D., Creatsas, G., Chrousos, G., & Siahanidou, T. (2020). Maternity blues: risk factors in Greek population and validity of the Greek version of Kennerley and Gath's blues questionnaire. In *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 33, Issue 13). https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1548594

O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Wright, E. J. (1991). Prospective Study of Postpartum Blues: Biologic and Psychosocial Factors. *Archives of General Psychiatry*, *48*(9), 801–806. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810330025004

O'Hara, M. W., Scott, S., Gorman Laura, L., & Amy, W. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, *57*(11), 1039–1045. https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.11.1039

O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, *28*(1), 3–12. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002

Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S., & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis. *BMJ Open*, *8*(10), 1–11. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347

OMS. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. *Organización Mundial de La Salud*, 54. https://doi.org/978 92 4 350602 9

Orozco, W. N. (2013). Depresión postparto. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*, *608*(3), 639–647.

Orsolini, L., Valchera, A., Vecchiotti, R., Tomasetti, C., Iasevoli, F., Fornaro, M., Berardis, D. De, Perna, G., Pompili, M., & Bellantuono, C. (2016). Suicide during perinatal period: Epidemiology, risk factors, and clinical correlates. *Frontiers in Psychiatry*, *7*(AUG), 1–6. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00138

Oviedo, G., & Jordán, V. (2016). Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica*, *47*, 131–140.

Pando Orellana, L. A., & Salazar, B. L. (2012). ¿Salud mental? *Revista Mexicana de Neurociencia*, *13*(3), 168–169. https://doi.org/10.1157/13072638

Payne, J. L., & Maguire, J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in Neuroendocrinology*, *52*(August 2018), 165–180. https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001

Pereda Ríos, A., Navarro González, M., Viñuela Benéitez, M. C., Aguarón de la Cruz, A., & Ortiz Quintana, L. (2014). Desórdenes psiquiátricos en el puerperio: nuestro papel como obstetras. *Clínica e Investigación En Ginecología y Obstetricia*, *41*(4), 169–175. https://doi.org/10.1016/j.gine.2013.10.001

Pereira, P. K. (2012). Maternal mental disorders in pregnancy and the puerperium and risks to infant health. *World Journal of Clinical Pediatrics*, *1*(4), 20. https://doi.org/10.5409/wjcp.v1.i4.20

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, *370*(9590), 859–877. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0

Ramezani, S., Khosravi, A., Motaghi, Z., Hamidzadeh, A., & Mousavi, S. A. (2017). The effect of cognitive-behavioural and solution-focused counselling on prevention of postpartum depression in nulliparous pregnant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *35*(2), 172–182. https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1266470

Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., & Arbabisarjou, A. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *49*(2), 127–136. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.001

Rezaie Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Mogharabi, S., & Sarjou, A. A. (2020). Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *February*, 1–10. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.001

Sacher, J., Wilson, A. A., Houle, S., Rusjan, P., Hassan, S., Bloomfield, P. M., Stewart, D. E., & Meyer, J. H. (2010). Elevated brain monoamine oxidase A binding in the early postpartum period. *Archives of General Psychiatry*, *67*(5), 468–474.

https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.32

Sánchez-Tapia, F. R., Ostolaza-Vite, A. R., Peña-López, E. A., Ruiz-Grosso, P. J., & Vega-Dienstmaier, J. M. (2017). Frecuencia de tendencias suicidas (suicidalidad) y factores asociados en mujeres durante el primer año posparto. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, *80*(3), 172. https://doi.org/10.20453/rnp.v80i3.3154

Secretaria Española de Psiquiatría. (2007). La Terapia Cognitivo-Conductual. *Asesoria En El Tratamiento de Las Adicciones*, *1*(29), 1–53. http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf%0Ahttp://www.sepsiq.org/file/Royal/LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf_.pdf%5Cnhttp://media.axon.es/pdf/69380.pdf%5Cnhttp://asesoriaadicciones.com/la-terapia-cognitivo-conductual-tcc/

Sharma, V., & Sharma, P. (2012). Postpartum Depression: Diagnostic and Treatment Issues. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *34*(5), 436–442. https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)35240-9

Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *104*, 235–248. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001

Sit, D., Luther, J., Buysse, D., Dills, J. L., Eng, H., Okun, M., Wisniewski, S., & Wisner, K. L. (2015). Suicidal ideation in depressed postpartum women: Associations withchildhood trauma, sleep disturbance and anxiety. *Journal of Psychiatric Research*, *66–67*, 95–104. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.04.021

Smith-Nielsen, J., Matthey, S., Lange, T., & Væver, M. S. (2018). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 1–12. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1965-7

Smorti, M., Ponti, L., & Pancetti, F. (2019). A Comprehensive Analysis of Post-partum Depression Risk Factors: The Role of Socio-Demographic, Individual, Relational, and Delivery Characteristics. *Frontiers in Public Health*, *7*(October), 1–10. https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00295

Steen, M. (2019). Salud mental y bienestar materno. *Acta Paulista de Enfermagem*, *32*(11), 3–6. http://www.scielo.br/pdf/ape/v32n4/es_1982-0194-ape-32-04-0iii.pdf

Stein, G. S. (1980). The pattern of mental change and body weight change in the first post-partum week. *Journal of Psychosomatic Research*, *24*(3–4), 165–171. https://doi.org/10.1016/0022-3999(80)90038-0

Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annual Review of Medicine*, *70*, 183–196. https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106

Sword, W., Kurtz Landy, C., Thabane, L., Watt, S., Krueger, P., Farine, D., & Fosterc, G. (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: A prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *118*(8), 966–977. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02950.x

Viguera, A. (2016). Postpartum unipolar major depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. *UpToDate*, 1–34. http://www.uptodate.com.libproxy.lib.unc.edu/contents/postpartum-unipolar-major-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?source=search_result&search=postpartum depression&selectedTitle=1~115

Wachs, T. D., Black, M. M., & Engle, P. L. (2009). Maternal depression: A global threat to children's health, development, and behavior and to human rights. *Child Development Perspectives*, *3*(1), 51–59. https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2008.00077.x

Watanabe, M., Wada, K., Sakata, Y., Aratake, Y., Kato, N., Ohta, H., & Tanaka, K. (2008). Maternity blues as predictor of postpartum depression: A prospective cohort study among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *29*(3), 211–217. https://doi.org/10.1080/01674820801990577

Yalom, I. D., Lunde, D. T., Moos, R. H., & Hamburg, D. A. (1968). "Postpartum Blues" Syndrome: A Description and Related Variables. *Archives of General Psychiatry*, *18*(1), 16–27. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1968.01740010018003

Yildiz, G., Senturk, M. B., Yildiz, P., Cakmak, Y., Budak, M. S., & Cakar, E. (2017). Serum serotonin, leptin, and adiponectin changes in women with postpartum depression: controlled study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *295*(4), 853–858. https://doi.org/10.1007/s00404-017-4313-0

Yim, I. S., Tanner Stapleton, L. R., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J., & Dunkel Schetter, C. (2015). Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: Systematic review

and call for integration. *Annual Review of Clinical Psychology*, *11*, 99–137. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426

Zanardo, V., Volpe, F., de Luca, F., Giliberti, L., Giustardi, A., Parotto, M., Straface, G., & Soldera, G. (2019). Maternity blues: a risk factor for anhedonia, anxiety, and depression components of Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, *0*(0), 1–7. https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1593363

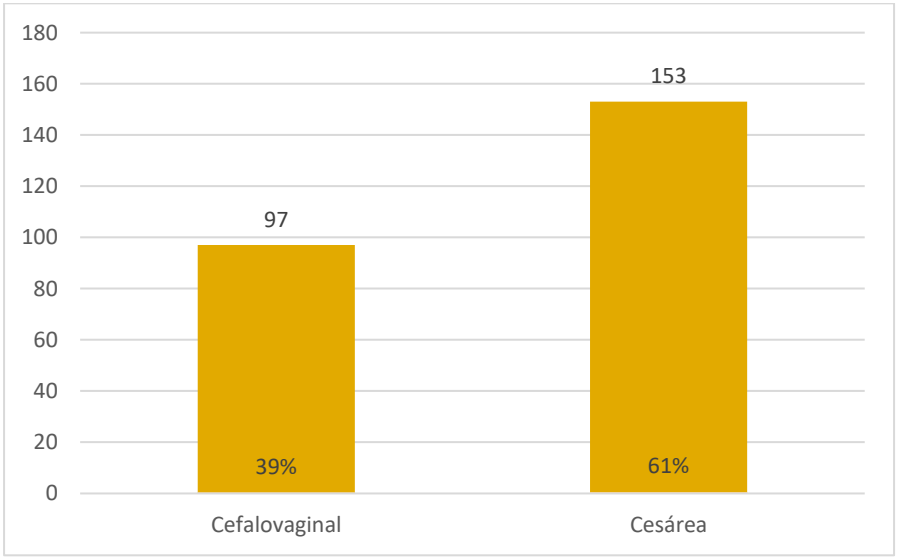
Zhao, X. hu, & Zhang, Z. hua. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian Journal of Psychiatry*, *53*(January), 102353. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353

Zinga, D., Phillips, S. D., & Born, L. (2005). Postpartum depression: We know the risks, can it be prevented? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *27*(SUPPL. 2), 56–64. https://doi.org/10.1590/s1516-44462005000600005

ANEXOS

Anexo N. 1 Resultados adicionales

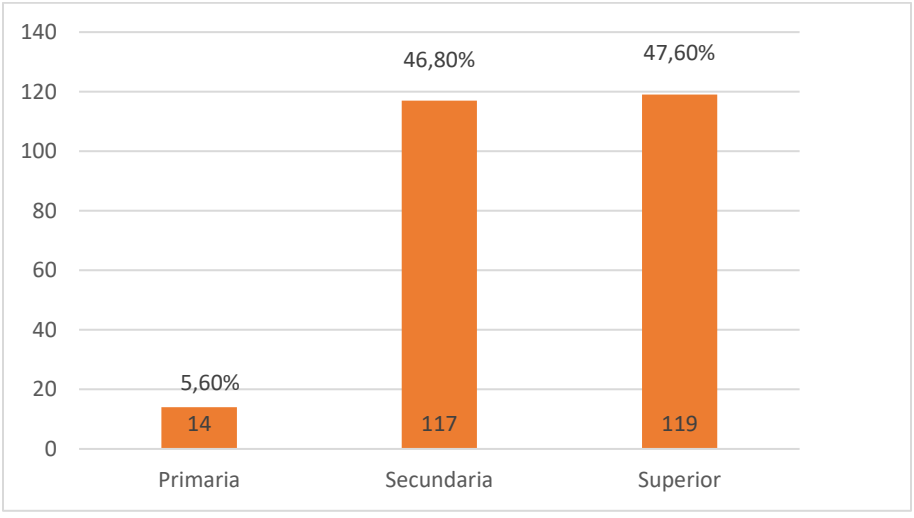
Gráfico N. 1 Frecuencia de partos céfalo-vaginales y cesáreas.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

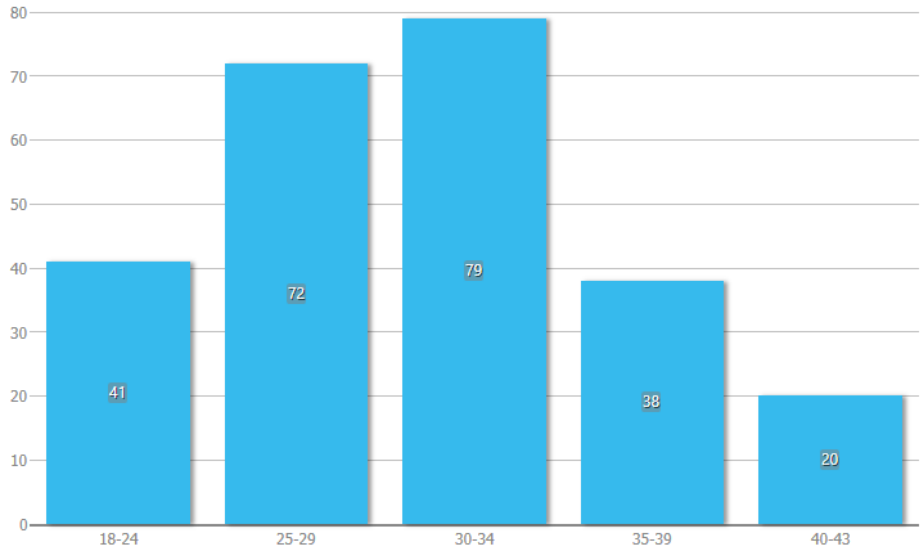
Gráfico N. 2 Frecuencia de instrucción primaria, secundaria y superior.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

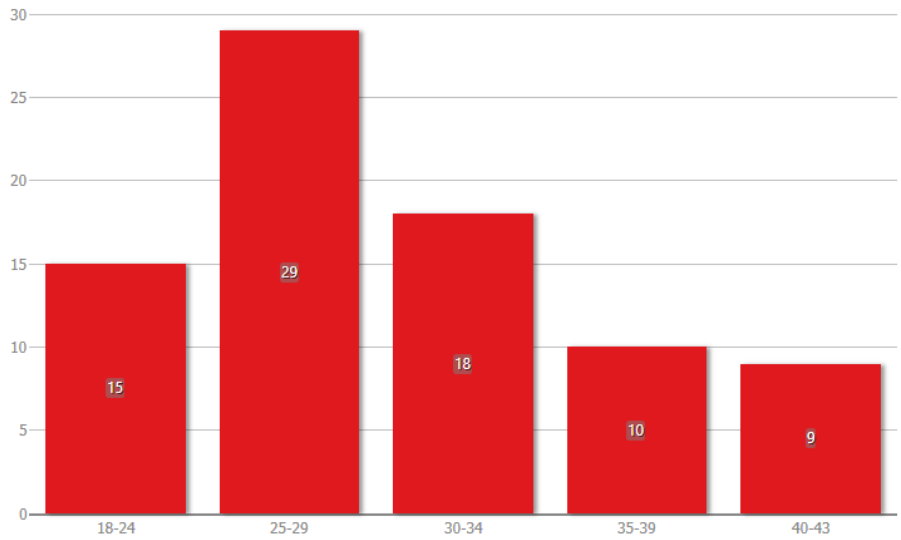
Gráfico N. 3 Frecuencia de edades.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

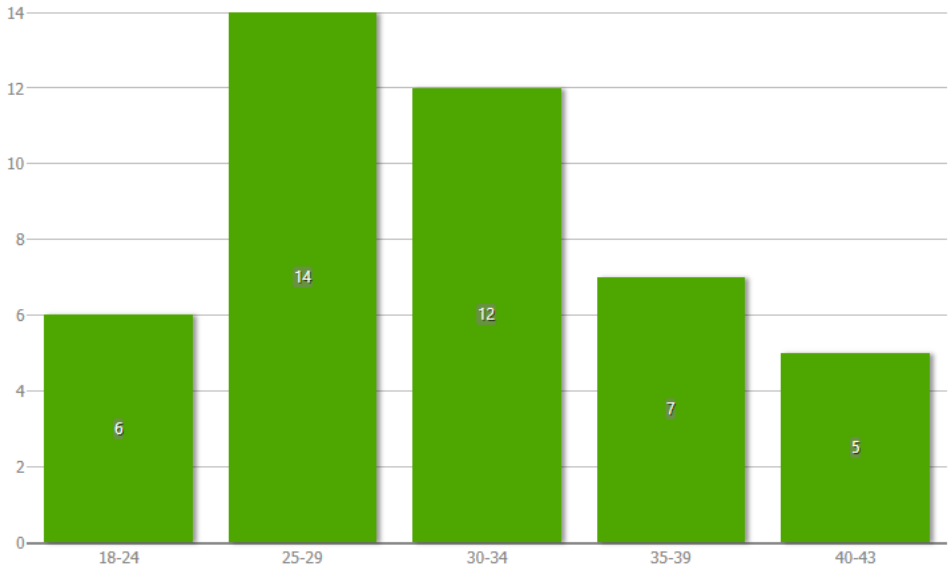
Gráfico N. 3 Frecuencia de Maternity Blues por edades.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

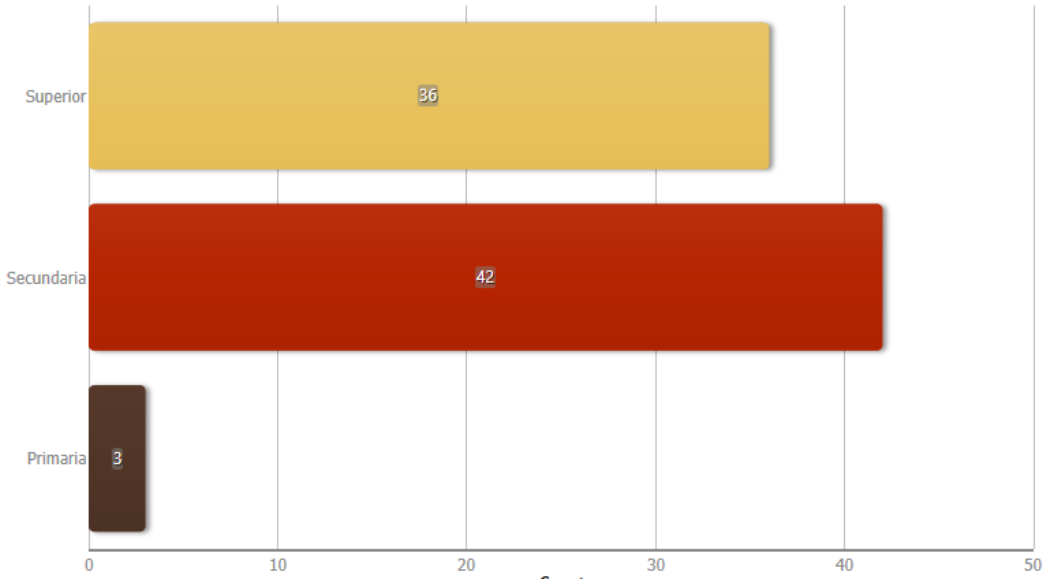
Gráfico N. 4 Frecuencia de Depresión Posparto por edades.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

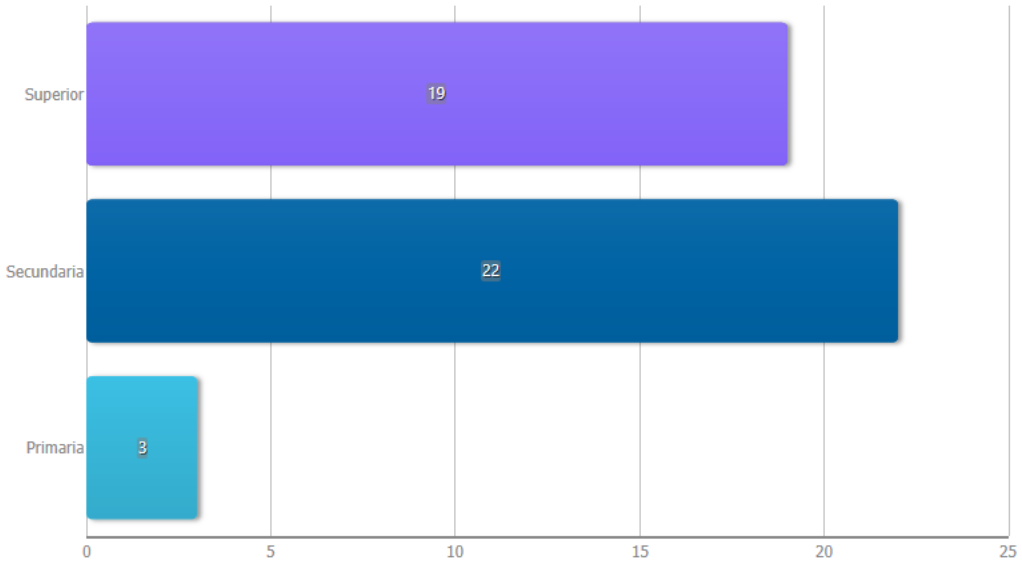
Gráfico N. 5 Frecuencia de Maternity Blues por nivel de instrucción



Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

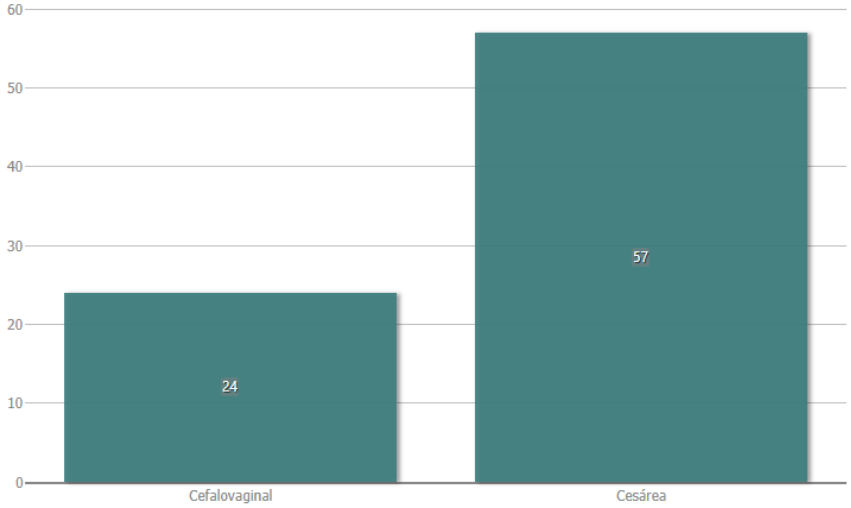
Gráfico N. 6 Frecuencia de Depresión Posparto por nivel de instrucción



Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

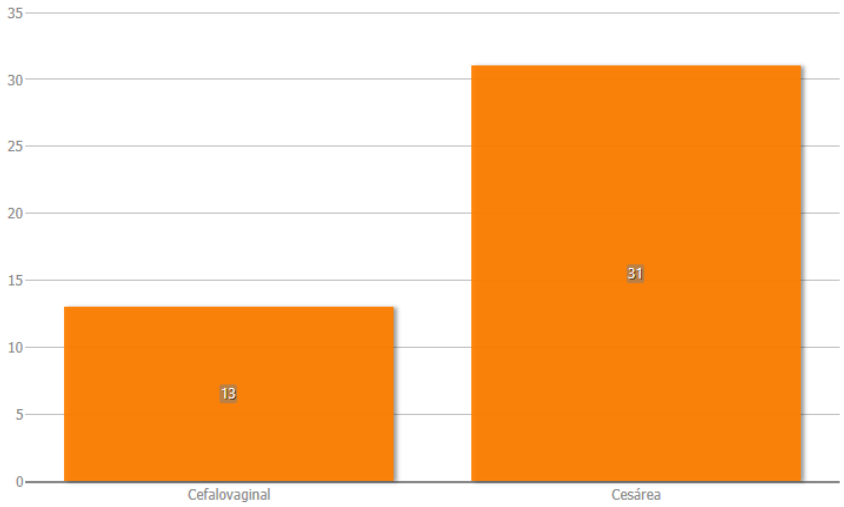
Gráfico N. 7 Frecuencia de Maternity Blues por tipo de parto



Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

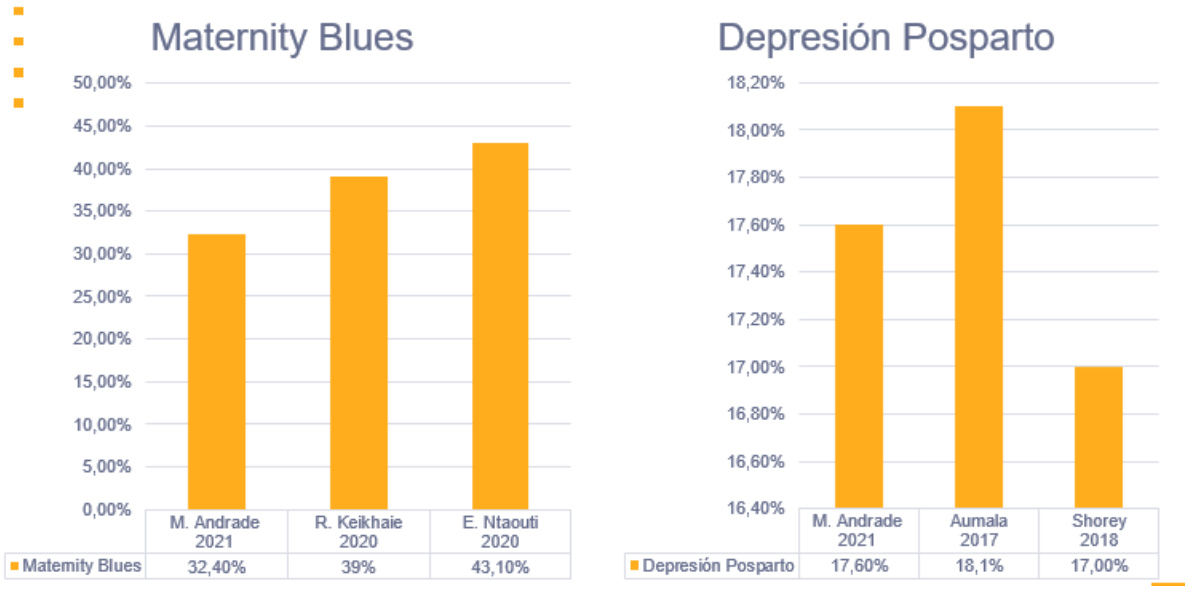
Gráfico N. 8 Frecuencia de Depresión Posparto por tipo de parto



Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

Gráfico N. 9 Comparación de prevalencias de Maternity Blues y Depresión Posparto con otros estudios



Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

Tabla N. 11 Frecuencia de ansiedad según Escala de Blues de Stein.

Ansiedad	**Frecuencia (n=250)**	**Porcentaje (%)**
No me siento ansiosa	138	55,20%
Me siento un poco ansiosa	77	30,80%
Me siento bastante ansiosa	27	10,80%
Me siento muy ansiosa	8	3,2%
Total	250	100%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

Tabla N. 12 Frecuencia de pensamientos de autolesión según Escala de Depresión Posparto de Edimburgo

He pensado en hacerme daño a mí misma	**Frecuencia (n=250)**	**Porcentaje (%)**
Si bastante a menudo	1	0,40%
A veces	2	0,80%
Casi nunca	8	3,20%
No nunca	239	95,60%
Total	250	100%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Andrade

Anexo N. 2 Consentimiento informado.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

1. **TÍTULO DEL ESTUDIO**

   "Factores de Riesgo asociados a Maternity Blues y Depresión Postparto en mujeres que cursan su puerperio inmediato, hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco de Quito en los años 2020-2021"

2. **INVESTIGADOR RESPONSABLE**

   Mateo Andrade

   Teléfono: 0992630541

   mateoaam29@gmail.com

3. **LUGAR**

   Hospital San Francisco de Quito

4. **INTRODUCCIÓN**

   Por favor, antes de que usted decida participar en el estudio lea cuidadosamente este formulario para que tenga conocimiento sobre los procedimientos que se realizarán, sus

beneficios y riesgos. Si tiene alguna pregunta sobre la información presentada en este formulario puede pedir al encuestador que resuelva su duda.

5. PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El propósito de este estudio es identificar factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales asociados a Maternity Blues y Depresión Postparto en mujeres cursando su puerperio inmediato, hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco de Quito.

6. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Los trastornos del estado del ánimo del puerperio como la Depresión Posparto y Maternity Blues son una problemática de salud pública, que pueden afectar el desenlace materno y neonatal, determinar los factores de riesgo asociados permitirán una detección oportuna y soporte psicológico a pacientes que lo necesiten.

7. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Identificar factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales asociados a Maternity Blues y Depresión Postparto en mujeres cursando su puerperio inmediato, hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco de Quito en los años 2020-2021

8. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Mujeres mayores de 18 años cursando su puerperio hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco

9. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

El estudio se basa en la aplicación de dos cuestionarios:

- *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*
- *Stein Blues Scale*

10. RIESGOS Y BENEFICIOS

Para la realización de esta investigación se aplicará un cuestionario que tiene una duración de 10-15 minutos aproximadamente, los datos obtenidos a través de este cuestionario serán anónimos y la información de la persona no será revelada. El estudio tiene el objetivo de identificar mujeres que padecen depresión posparto y Maternity Blues por lo cual el principal beneficio de que usted participe en la investigación será conocer su resultado en las escalas previamente descritas, si sus resultados son positivos, podrá recibir soporte y atención adecuada. La aplicación del cuestionario no representa ningún riesgo conocido para el participante.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.
FACULTAD DE MEDICINA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ……...

Yo, …….

Con la cédula de ciudadanía N°…….

Doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación: **"**Factores de Riesgo asociados a Maternity Blues y Depresión Postparto en mujeres que cursan su puerperio inmediato, hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco de Quito en los años 2020-2021**"** desarrollado por el investigador Mateo Alejandro Andrade Miño.

El objetivo del estudio es identificar factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales asociados a Maternity Blues y Depresión Postparto en mujeres cursando su puerperio inmediato, hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco.

Se garantiza total y absoluta confidencialidad y anonimato de los datos recogidos y los resultados obtenidos en el proyecto de investigación.

Una vez comprendido el objetivo del estudio y haber resuelto mis inquietudes, doy mi consentimiento para participar en el proyecto de investigación

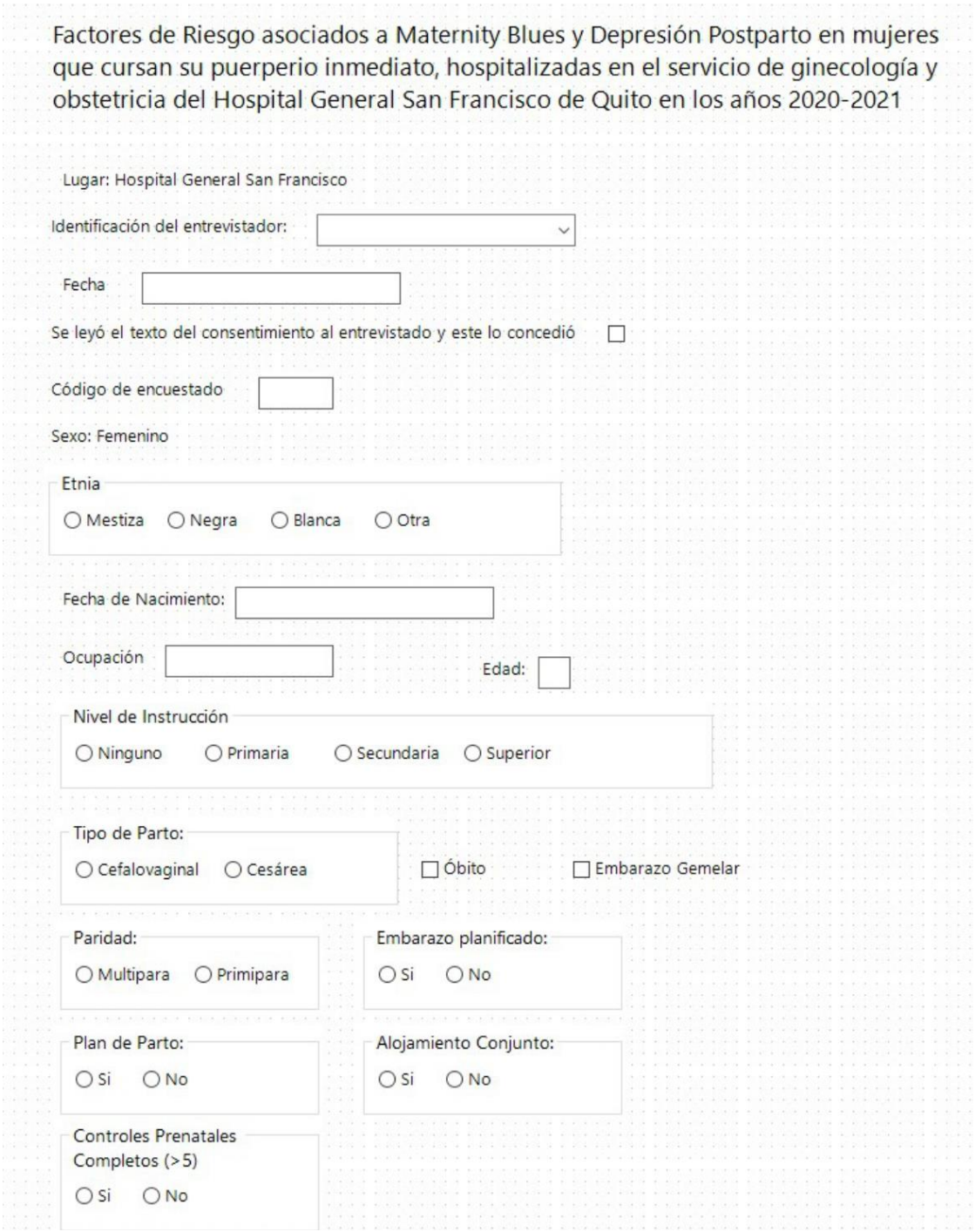
Firma ……

Investigador:

Mateo Alejandro Andrade Miño
Estudiante de la Facultad de Medicina PUCE
mateoaam29@gmail.com

Anexo N.3 Herramienta de investigación

Portada de la herramienta (llenada por el encuestador)



Factores de Riesgo asociados a Maternity Blues y Depresión Postparto en mujeres que cursan su puerperio inmediato, hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco de Quito en los años 2020-2021

Lugar: Hospital General San Francisco

Identificación del entrevistador:

Fecha

Se leyó el texto del consentimiento al entrevistado y este lo concedió ☐

Código de encuestado

Sexo: Femenino

Etnia

○ Mestiza ○ Negra ○ Blanca ○ Otra

Fecha de Nacimiento:

Ocupación

Edad:

Nivel de Instrucción

○ Ninguno ○ Primaria ○ Secundaria ○ Superior

Tipo de Parto:

○ Cefalovaginal ○ Cesárea

☐ Óbito ☐ Embarazo Gemelar

Paridad:

○ Multipara ○ Primipara

Embarazo planificado:

○ Si ○ No

Plan de Parto:

○ Si ○ No

Alojamiento Conjunto:

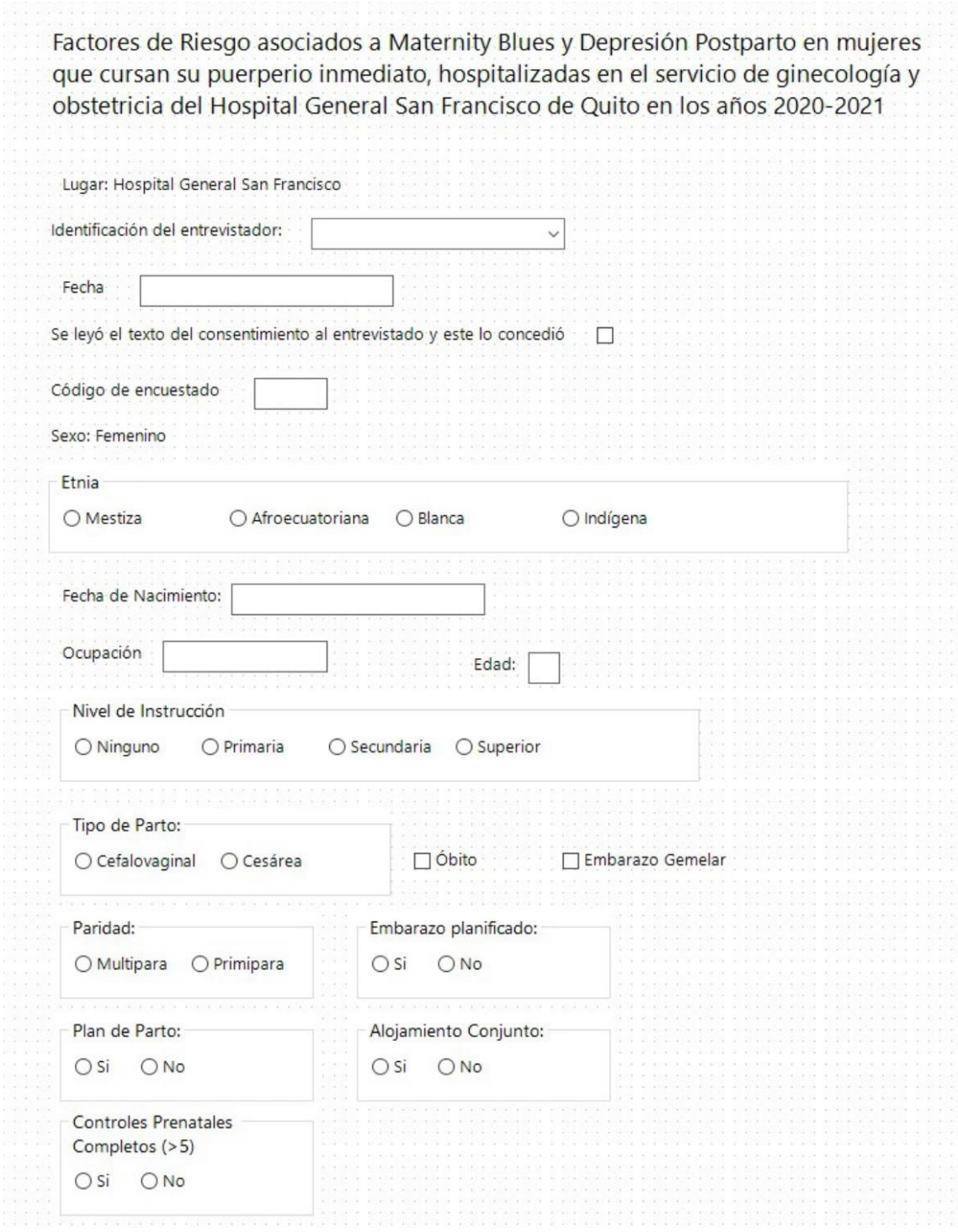
○ Si ○ No

Controles Prenatales Completos (>5)

○ Si ○ No

Elaboración: Mateo Andrade

Cuestionario sobre factores de riesgo (formato auto aplicable para la encuestada)



Factores de Riesgo asociados a Maternity Blues y Depresión Postparto en mujeres que cursan su puerperio inmediato, hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General San Francisco de Quito en los años 2020-2021

Lugar: Hospital General San Francisco

Identificación del entrevistador:

Fecha

Se leyó el texto del consentimiento al entrevistado y este lo concedió ☐

Código de encuestado

Sexo: Femenino

Etnia

○ Mestiza ○ Afroecuatoriana ○ Blanca ○ Indígena

Fecha de Nacimiento:

Ocupación

Edad:

Nivel de Instrucción

○ Ninguno ○ Primaria ○ Secundaria ○ Superior

Tipo de Parto:

○ Cefalovaginal ○ Cesárea

☐ Óbito ☐ Embarazo Gemelar

Paridad:

○ Multipara ○ Primipara

Embarazo planificado:

○ Si ○ No

Plan de Parto:

○ Si ○ No

Alojamiento Conjunto:

○ Si ○ No

Controles Prenatales Completos (>5)

○ Si ○ No

Elaboración: Mateo Andrade

¿Siente que tiene una buena relación con su madre?

○ Si ○ No

¿Siente tener una estabilidad económica que le permita afrontar gastos imprevistos?

○ Si ○ No

¿Actualmente tiene un empleo remunerado?

○ Si ○ No

¿Siente que recibió suficiente apoyo por parte del personal de salud?

○ Si ○ No

¿Actualmente tiene pareja? (Si su respuesta es no, finaliza el cuestionario)

○ Si ○ No

¿Actualmente su pareja tiene empleo remunerado?

○ Si ○ No

¿Siente que recibe suficiente apoyo por parte de su pareja?

○ Si ○ No

¿Su pareja consume alcohol en exceso?

○ Si ○ No

¿Su pareja consume tabaco?

○ Si ○ No

¿Su pareja consume alguna droga ilícita?

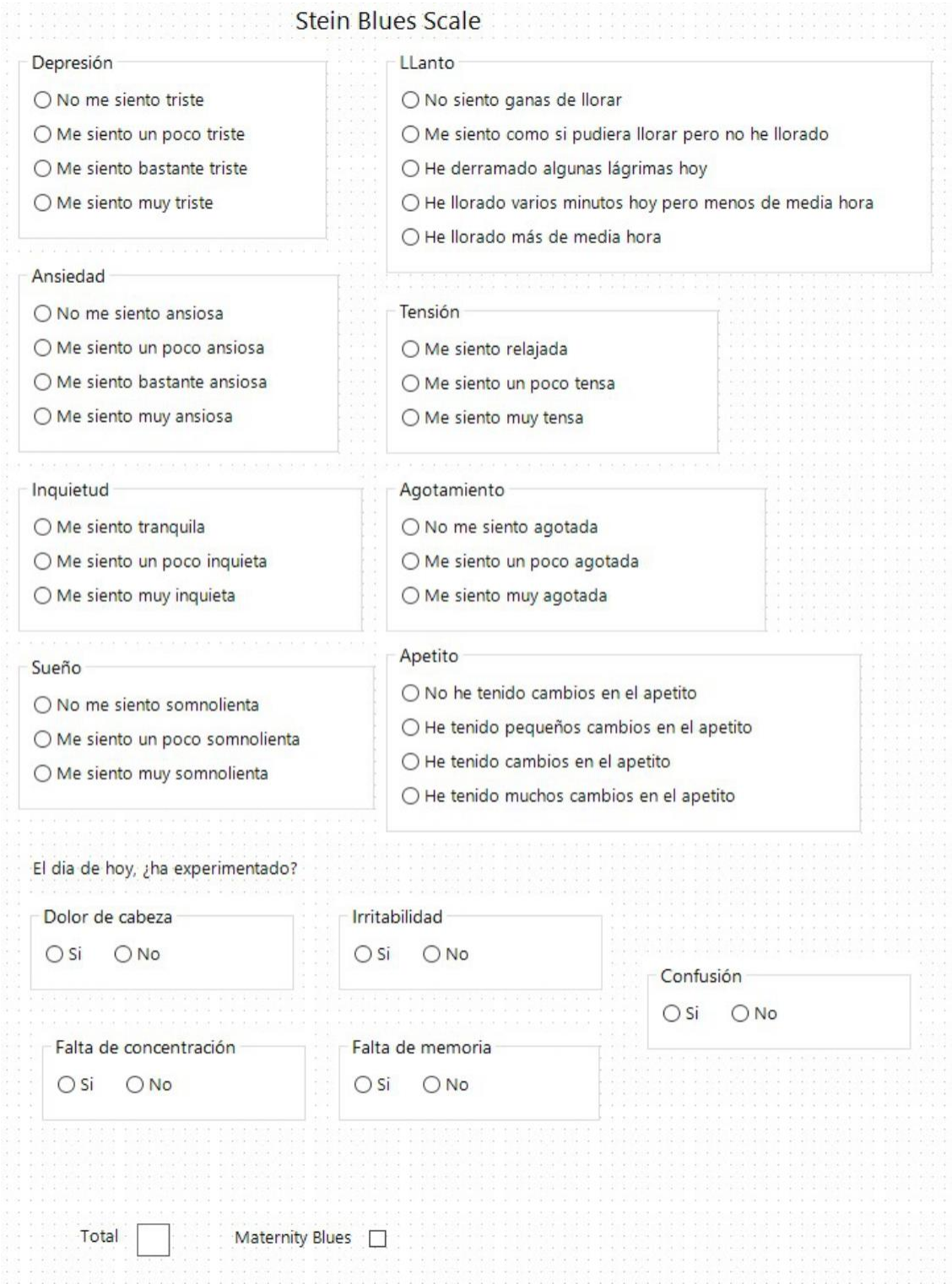
○ Si ○ No

¿Ha existido violencia por parte de su pareja?

○ Si ○ No

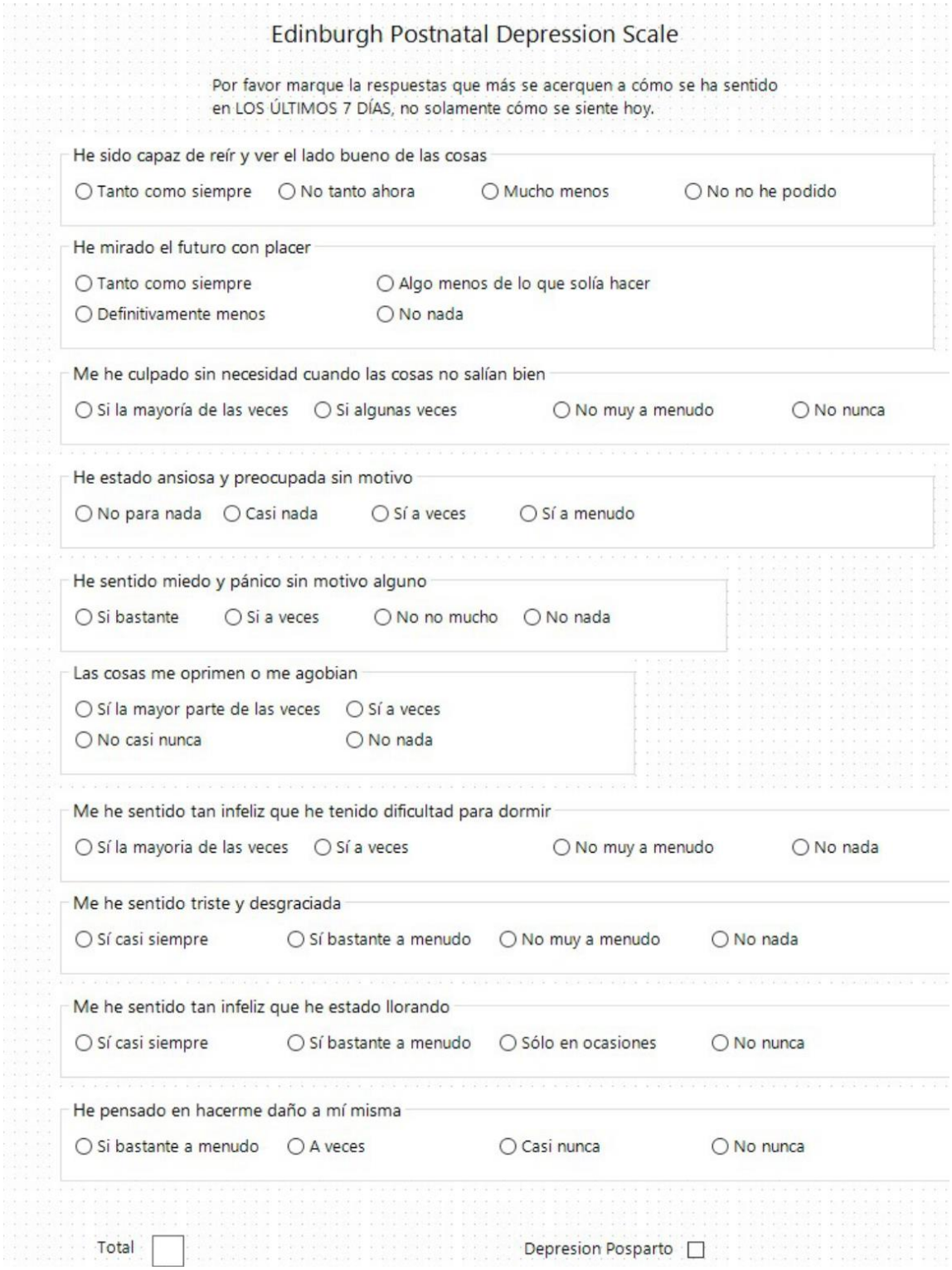
Elaboración: Mateo Andrade

Escala de Blues de Stein / *Stein Blues Scale*
(SBS)



(Stein, 1980)

Escala de Depresión Posparto de Edimburgo/ *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)



Edinburgh Postnatal Depression Scale

Por favor marque la respuestas que más se acerquen a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se siente hoy.

He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
○ Tanto como siempre ○ No tanto ahora ○ Mucho menos ○ No no he podido

He mirado el futuro con placer
○ Tanto como siempre ○ Algo menos de lo que solía hacer
○ Definitivamente menos ○ No nada

Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
○ Si la mayoría de las veces ○ Si algunas veces ○ No muy a menudo ○ No nunca

He estado ansiosa y preocupada sin motivo
○ No para nada ○ Casi nada ○ Sí a veces ○ Sí a menudo

He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
○ Si bastante ○ Si a veces ○ No no mucho ○ No nada

Las cosas me oprimen o me agobian
○ Sí la mayor parte de las veces ○ Sí a veces
○ No casi nunca ○ No nada

Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
○ Sí la mayoria de las veces ○ Sí a veces ○ No muy a menudo ○ No nada

Me he sentido triste y desgraciada
○ Sí casi siempre ○ Sí bastante a menudo ○ No muy a menudo ○ No nada

Me he sentido tan infeliz que he estado llorando
○ Sí casi siempre ○ Sí bastante a menudo ○ Sólo en ocasiones ○ No nunca

He pensado en hacerme daño a mí misma
○ Si bastante a menudo ○ A veces ○ Casi nunca ○ No nunca

Total ☐ Depresion Posparto ☐

(Cox et al., 1987)