

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TÍTULO

**INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO
EN MUJERES PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DOCENTE DE
CALDERÓN DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERÍODO 2022.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORAS:

DRA. EMILIE LIBERTAD MORALES CAJAS

DRA. ELIZABETH EMILY PARKER

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MARÍA FERNANDA RIVADENEIRA

QUITO 2021 - 2022



AGRADECIMIENTO

Al culminar esta nueva etapa de desarrollo profesional, queremos expresar nuestros sinceros agradecimientos de manera especial a nuestras familias, por estar en todo momento, por su aporte incansable e incondicional a pesar de las dificultades.

A mi esposo, compañero de carrera y de vida.

A mis padres, por su motivación constante, sus valores y consejos para superarme cada día.

A todas las personas que de una u otra manera fueron parte fundamental en el desarrollo y culminación de nuestros ideales.

DEDICATORIA

Durante estos 3 años de posgrado hemos aprendido mucho más que en toda la vida, nuevos conocimientos que nos han forjado a ser mejores seres humanos, han hecho posible nuestro crecimiento personal e intelectual, motivo por el cual queremos dar gracias especiales a nuestra tutora que en este camino nos ha aportado sus enseñanzas e invaluable aporte para conseguir nuestra meta.

A nuestros padres, esposo e hija, por su paciencia, amor y tiempo, quienes han sido nuestra fortaleza y horizonte que nos motivan cada día a dar lo mejor de cada una, a mi compañera de tesis con quien compartí buenos momentos, intercambiando conocimientos y fortaleciéndonos mutuamente en todo este proceso.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO.....	2
DEDICATORIA	3
LISTA DE GRÁFICOS.....	6
LISTA DE TABLAS	7
LISTA DE ABREVIATURAS.....	8
LISTA DE ANEXOS.....	8
RESUMEN.....	9
ABSTRACT	11
CAPITULO I.....	13
INTRODUCCIÓN	13
JUSTIFICACIÓN	16
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	18
OBJETIVOS	18
HIPÓTESIS	19
CAPITULO II.....	20
MARCO TEÓRICO.....	20
Definición de depresión postparto.....	20
Epidemiología.....	20
Factores de riesgo.....	21
Fisiopatología de base.....	23
Diagnóstico	25
Diagnóstico diferencial	27
Complicaciones y pronóstico	29
Prevención.....	30
Manejo de Depresión Posparto.....	30
CAPITULO III.....	33
MATERIALES Y MÉTODOS	33
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	34
TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	41
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	41
POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO.....	41

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA	42
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN	44
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	46
ASPECTOS BIOÉTICOS	47
PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS	48
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	48
CAPITULO IV	49
RESULTADOS	49
CAPÍTULO V.....	90
DISCUSIÓN	90
CAPÍTULO VI	96
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO	96
CONCLUSIONES.....	96
RECOMENDACIONES	98
ANEXOS	100
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	100
ANEXO 2: ENCUESTA.....	104
ANEXO 3: ESCALA DE HOLMES Y RAHE	111
ANEXO 4: ESCALA DE EDIMBURGO – ENCUESTA DE SEGUIMIENTO	112
ANEXO 5: APROBACION DEL TEMA DE TESIS.....	113
ANEXO 6: CARTA DE INTERÉS INSTITUCIONAL	116
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Grupo etario de la muestra poblacional. Hospital General Docente Calderón, 2022 (n=173).

Gráfico 2. Zona de residencia de la muestra poblacional. Hospital General Docente de Calderón, 2022 (n=173).

Gráfico 3. Estado civil de la muestra poblacional. Hospital General Docente de Calderón, 2022 (n=173).

Gráfico 4. Nivel de instrucción académica de la muestra poblacional. Hospital General Docente de Calderón, 2022 (n=173).

Gráfico 5. Ingresos económicos familiares mensuales de la muestra poblacional. Hospital General Docente de Calderón, 2022 (n=173).

Gráfico 6. Estructura familiar de la muestra poblacional. Hospital General Docente de Calderón, 2022 (n=173).

Gráfico 7. Antecedente patológico personal de depresión o depresión posparto de la muestra poblacional. Hospital General Docente de Calderón, 2022 (n=173).

Gráfico 8. Antecedente patológico familiar de depresión de la muestra poblacional. Hospital General Docente de Calderón, 2022 (n=173).

Gráfico 9. Puntaje de la escala de factores estresantes de Holmes-Rahe de la muestra poblacional. Hospital General Docente de Calderón, 2022 (n=173).

Gráfico 10. Incidencia de depresión posparto de la muestra poblacional al seguimiento de un mes posparto. Hospital General Docente de Calderón, 2022 (n=173).

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de variables.

Tabla 2: Instrumentos de recolección de información para las variables del estudio.

Tabla 3. Características socio demográficas de las mujeres en período puerperal del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

Tabla 4. Antecedentes patológicos personales de las mujeres en período puerperal del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

Tabla 5. Antecedentes gineco obstétricos de las mujeres en período puerperal del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

Tabla 6. Datos obstétricos del embarazo actual de las mujeres en período puerperal del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

Tabla 7. Datos de la encuesta de Holmes y Rahe aplicadas a las mujeres en período puerperal del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

Tabla 8. Respuestas de la Escala de depresión posparto de Edimburgo aplicadas al mes a las mujeres en período puerperal del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

Tabla 9. Características socio demográficas y valores promedios del test de Edimburgo (ANOVA). Mujeres en posparto del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

Tabla 10. Antecedentes patológicos personales y valores promedios del test de Edimburgo (ANOVA). Mujeres en posparto del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

Tabla 11. Antecedentes gineco obstétricos y valores promedios del test de Edimburgo (ANOVA). Mujeres en posparto del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

Tabla 12. Datos obstétricos del embarazo actual y valores promedios del test de Edimburgo (ANOVA). Mujeres en posparto del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

Tabla 13. Datos de la encuesta de Holmes - Rahe y valores promedios del test de Edimburgo (ANOVA). Mujeres en posparto del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

LISTA DE ABREVIATURAS

HGDC	Hospital General Docente de Calderon
ESMAYN	Establecimiento certificado Amigos de la Salud de la Madre y del Niño
EPDS	Escala de Edimburgo de Depresion Posparto

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Anexo 2. Encuesta

Anexo 3. Escala de Holmes y Rahe

Anexo 4. Escala de Edimburgo

Anexo 5. Aprobación del tema de tesis por la coordinación del posgrado de medicina familiar y comunitaria de la PUCE

Anexo 6. Carta de interés institucional de autorización del proyecto de tesis

RESUMEN

Introducción:

La depresión posparto es un trastorno mental multifactorial que afecta a mujeres mundialmente, existen estudios limitados que evidencian, pero no en nuestro medio sobre la incidencia en el Ecuador.

Objetivo:

Determinar la incidencia de depresión posparto y factores biológicos, psicológicos, sociales y estresantes en mujeres puérperas atendidas del Hospital de Calderón de Quito durante el periodo de 2022.

Metodología:

El estudio fue de tipo longitudinal de cohorte prospectivo, donde participaron 173 mujeres mayores de 18 años, la recolección de datos fue mediante la aplicación de una encuesta virtual utilizando el programa KoboToolbox y a las 4 semanas un seguimiento telefónico aplicando la escala de Edimburgo de Depresión Posparto. En el análisis se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. La incidencia se calculó con el número de mujeres que desarrollaron depresión posparto al mes y se dividió para el total, el análisis bivariado de los factores asociados se calculó medidas de asociación con intervalos de confianza donde fue significativo un valor de P menor a 0,05. Se utilizó el programa SPSS versión 25 para el análisis de datos.

Resultados:

El estudio contó de 173 mujeres, no se obtuvieron pérdidas, al mes la incidencia fue de 1,73% de depresión posparto siendo significativa la relación con la estructura familiar (p 0,002), antecedentes familiares de depresión (p 0,008), número de gestas (p 0,048), número de hijos

vivos ($p < 0,01$), antecedentes de hospitalizaciones actuales ($p < 0,025$) y el puntaje de escala de Holmes para estrés ($p < 0,019$).

Conclusiones:

Se demostró una incidencia de 1,73% de depresión posparto en relación a factores psicosociales y de estrés, siendo de etiología multifactorial se requiere más estudios que permitan su diagnóstico y tratamiento oportuno.

Palabras clave: Depresión posparto, factores biológicos, factores socio económicos, psicología, factores estresantes.

ABSTRACT

Introduction:

Postpartum depression is a multifactorial mental disorder that affects women worldwide, there are limited studies that show, but not in our environment on the incidence in Ecuador.

Objective:

Determine the incidence of postpartum depression and its relation to biological, social, and stress factors in postpartum women who gave birth in the General Educational Hospital of Calderon in Quito during the period 2022.

Methodology:

The study was a longitudinal prospective cohort study, in which 173 women over 18 years of age participated. Data collection was done through KoboToolbox and a telephone follow-up after 4 weeks during which the Edinburgh Postpartum Depression Scale was applied. In the analysis, frequencies and percentages were calculated for the qualitative variables and measures of central tendency and dispersion for the quantitative ones. The incidence was calculated by the number of women who developed postpartum depression at a month postpartum and was divided by the total, the bivariate analysis of the associated factors and association measures were calculated with confidence intervals where a P value less than 0.05 was significant. The SPSS version 25 program was used for data analysis.

Results:

The study included 173 women without a loss of patients, after one month the incidence was 1.73% of postpartum depression, with a statically significant relationship between family structure (p 0.002), family history of depression (p 0.008), number of pregnancies (p 0.048), number of living children (p 0.01), history of current hospitalizations (p 0.025) and Holmes scale score for stress (p 0.019).

Conclusions:

There is an incidence of 1.73% of postpartum depression after a month postpartum in the pool of women that participated in the study. Due to the causes of postpartum depression being multifactorial, more studies are required in Ecuador to help with planification of plans that allow its timely diagnosis and treatment.

Key words: Postpartum depression, Biological factors, Socioeconomic factors, Biological factors, Psychology

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental grave y común en todo el mundo, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas, esta condición es distinta a las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana, puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar las actividades diarias, familiares, escolares, del trabajo y; en el más grave de los casos puede llevar hasta el suicidio. (WHO, 2021)

La depresión postparto es un trastorno que se define como la presencia de síntomas depresivos que aparecen dentro de las dos o tres semanas después del parto con una duración de más de dos semanas o hasta un año después de dar a luz, es una patología que afecta el vínculo materno infantil, así como las relaciones intrafamiliares. (Gonzáles, Moraes, Sosa, Umpierrez, Duarte & Cal, 2017) Según la Organización Mundial de Salud aproximadamente el 10% de las mujeres gestantes y 13% de las puérperas padecen algún trastorno mental. (WHO, 2021)

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que se relaciona con varios factores como: biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Se evidenció en un estudio que la sobrecarga en los cuidados neonatales, la perspectiva de la autoimagen en la etapa posparto, las alteraciones emocionales severas previas al embarazo, una mala relación de pareja son factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecerla. Así como los antecedentes personales de depresión en el embarazo, historia familiar de trastornos del estado de ánimo, amenaza de aborto, dificultades obstétricas en partos anteriores o durante la lactancia también se han visto implicados como desencadenantes para su presentación. (Thoppil, Riutcel, & Nalesnik, 2005)

Datos en el Ecuador revelan una prevalencia de depresión posparto en el 13% de mujeres dadas a luz, así como la presentación de baby blues con un porcentaje del 50-85%. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

Según el Organización Panamericana de la Salud (2009) los principales factores de riesgo para presentar depresión posparto son: la edad materna joven o embarazo en la adolescencia, ser madre soltera, ser multípara, presentar complicaciones obstétricas actuales o anteriores, el rechazo familiar y de la pareja, el abuso sexual, vivir en un ambiente con conflicto familiar y bajos ingresos económicos. Un estudio realizado en Venezuela (Meléndez et al., 2017) evidenció una prevalencia de depresión posparto del 22,13% en mujeres multíparas con este diagnóstico y los factores de riesgo más a menudo identificados incluyen el desempleo, complicaciones obstétricas actuales o previas, tener un estrato social bajo (categoría IV), embarazo no deseado, poniendo de manifiesto la interacción de factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales como parte de su patología.

El estudio de seguimiento de cohorte longitudinal de Ghodsian, Zajicek, & Wolkind (1984), evidenció que en mujeres puérperas se identificaron factores de riesgo relacionados y la asociación y afectación con el desarrollo de sus hijos. Gonzalez (2017) realizó un estudio de cohorte longitudinal con seguimiento materno infantil en el que se evidenció una incidencia de depresión posparto moderada a severa del 20% con relación a factores de riesgo socioeconómicos y afectación en el desarrollo y crecimiento infantil.

Las mujeres en etapa puerperal al encontrarse dentro de un grupo prioritario de atención y de riesgo, es necesario en ellas visibilizar la magnitud e importancia del diagnóstico oportuno de depresión postparto, que permita dar la asistencia médica pertinente y para ello se requiere reconocer a tiempo los factores de riesgo que lleven a las gestantes o mujeres en esta puerperal a tener síntomas o signos de depresión posparto. Al momento no existen datos sobre la incidencia y factores de riesgo asociados a depresión posparto en el Hospital General Docente de Calderón, una de las instituciones principales en la atención de mujeres embarazadas en Quito y uno de los

establecimientos certificados como Amigos de la Salud de la Madre y del Niño (ESAMYN) del Ministerio de Salud Pública, razón por lo cual es necesario su estudio en beneficio de esta población para prevenir impactos negativos en la salud mental y física de las madres y del recién nacido.

JUSTIFICACIÓN

La depresión es un trastorno mental grave y común en todo el mundo, aproximadamente más de 300 millones de personas la padecen en distintas situaciones de la vida, se caracteriza principalmente por variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales con la vida cotidiana, causando un gran sufrimiento en las personas afectadas. (WHO, 2021)

La depresión posparto conlleva una alta morbilidad en la población a nivel mundial. La depresión posparto es un trastorno que se encuentra dentro del estado depresivo mayor que se caracteriza por la aparición de síntomas dentro de las 4 a 6 semanas posteriores al parto, el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales DSM-V bajo la denominación de trastorno depresivo durante el período perinatal hace referencia a esta patología. (WHO, 2021)

La prevalencia a nivel mundial de esta patología se estima que se presenta en un 6 a 13% con una incidencia en países desarrollados de aproximadamente del 15% afectando a 1 de cada 6 mujeres que dan a luz. Llegar a conocer cuáles son los factores implicados tanto biológicos, socio económicos, psicológicos y del entorno que intervienen en el desarrollo en la etapa puerperal ayudará a enfatizar el diagnóstico precoz, así como realizar intervenciones multisectoriales desde el ámbito familiar favoreciendo la salud materna y del niño tanto física como psicológica que permita potenciar su calidad de vida. (Thoppil, Riutcel, & Nalesnik, 2005)

La salud está considerada uno de los bienes principales que tiene el ser humano, por tanto, las intervenciones oportunas del equipo de salud permitirán el bienestar general en este grupo poblacional, así como prevenir impactos negativos en la salud mental y física de las madres y del recién nacido al momento del diagnóstico y futuro próximo. Estudios evidencian que se pueden presentar varias complicaciones en los niños a futuro como lo evidencia un estudio de Beck en (1995), donde la depresión posparto se asocia a retrasos en el desarrollo cognitivo y emocional

del recién nacido, con disminución en la relación de apego madre a hijo y un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna. Se ha evidenciado en este estudio que los hijos de madres con depresión posparto en edad pre escolar y escolar presentan dificultades en el aprendizaje, cambios en el comportamiento, bajo peso y retraso en el desarrollo psicomotriz con cambios en las relaciones sociales especialmente las intrafamiliares. (Beck, 1995)

La falta de un diagnóstico y manejo terapéutico precoz en la madre puede llevar no solo a complicaciones en la salud mental materna, sino también la afección física, mental y social de sus hijos. Al considerar a la depresión como un problema de salud pública las complicaciones a largo plazo en su manejo e intervención incluyen: estancias hospitalarias más prolongadas, una mayor inversión económica de salud pública, tasas incrementadas de gasto económico familiar del 22% en relación a mujeres que no padecen de depresión posparto (Epperson, 2020). Al momento en el Ecuador existen datos limitados sobre la investigación de esta patología en mujeres en etapa puerperal, así como no se ha evidenciado cuales y que factores de riesgo podrían estar relacionados a su presentación. La aplicación de este estudio práctico y metodológico, siendo de tipo cohorte longitudinal, nos permitió identificar en este grupo poblacional los posibles factores asociados y realizar un seguimiento inicial al mes del puerperio para reconocer a tiempo quienes la presentan o su alto riesgo de tenerla en mujeres del servicio de ginecología en el Hospital General Docente Calderón.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la incidencia y factores de riesgo relacionados a depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital General Docente de Calderón en Quito durante el período 2022?

OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar la incidencia y factores relacionados a depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital General Docente de Calderón de Quito desde el período 2022.

Objetivos específicos

- Identificar la incidencia de síntomas de depresión posparto en mujeres que fueron atendidas en el Hospital General Docente de Calderón al mes posparto
- Analizar si los factores biológicos como edad, antecedentes de enfermedades crónicas, complicaciones obstétricas se asocian con mayor incidencia de depresión postparto en mujeres puérperas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital General Docente de Calderón de Quito
- Determinar si los factores socio económicos como ingresos económicos bajos, etnia, ocupación, se asocian con mayor incidencia de depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital General Docente de Calderón de Quito.

- Determinar si los factores psicológicos como antecedentes familiares de depresión, antecedentes personales de depresión mayor, episodios previos de depresión posparto y eventos estresantes se asocian con una mayor incidencia de depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital General Docente de Calderón de Quito.

HIPÓTESIS

- La incidencia de depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el Hospital General Docente de Calderón en el período de tiempo 2022 se encuentra relacionado a factores biológicos, socio económicos, psicológicos y del entorno.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Definición de depresión postparto

La depresión posparto se define como un trastorno del estado de ánimo común que conlleva el potencial de una morbilidad fundamental y primordial, es un episodio depresivo mayor que se caracteriza por la aparición de síntomas que se presentan dentro de las 4 a 6 semanas posteriores al parto, su presentación clínica incluye síntomas similares a los de depresión mayor e incluyen: estado de ánimo deprimido, insomnio o hipersomnias, fatiga, ansiedad, angustia, irritabilidad, llanto persistente y fácil, falta de concentración, anhedonia con gran influencia que interfiere en las actividades familiares, laborales, escolares y personales de la persona afectada. (The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice, 2018) (Heh, 2013)

El Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales DSM-V usa el especificador “con inicio periparto” bajo la denominación de trastorno depresivo durante el período perinatal para referirse a un episodio de depresión mayor que ocurre durante el embarazo o dentro de las 4 semanas posteriores al parto, esta definición no incluye a la depresión posparto como un trastorno independiente y lo identifica si se presenta hasta dentro de los primeros doce meses luego del parto. (American Psychiatric Association (APA), n.d.)

Epidemiología

La prevalencia mundial estimada de depresión posparto en mujeres en etapa puerperal es del 6 al 13% con una incidencia en países desarrollados de aproximadamente el 15% e incidencia mundial del 15%, afectando a una de cada seis mujeres (Heh, 2013), porcentajes que se han

evidenciado encontrarse cerca a la incidencia reportada en estadísticas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador donde corresponde al 13% (MSP, 2017).

Un estudio realizado en el año 2017 del Hospital Gineco Obstétrico Nueva Aurora y del Hospital un Canto a la Vida en Quito, donde la muestra del estudio comprendieron pacientes en etapa puerperal siendo un total de 150 mujeres y, al mismo tiempo que sus hijos se encontraron en unidad de cuidados intensivos neonatológicos se relacionó con la presentación de depresión posparto en el 90% de las mujeres púerperas, mientras que las madres de niños que no ingresaron en unidad de cuidados intensivos se observó que la depresión posparto alcanzo un porcentaje de hasta el 35% en este grupo de mujeres. (Casillas, 2017) Estos datos están acorde con los resultados de un estudio realizado el Hospital de Cuenca en el año 2017, que contó con una muestra de 203 mujeres en etapa puerperal de las cuales el 26,6% presentaron depresión posparto siendo en su mayoría del grupo etario de 20 a 40 años en relación con factores de riesgo estudiados como problemas obstétricos previos y en el actual embarazo (Borrero, 2017).

Los trastornos psiquiátricos son una de las causas de morbilidad materna y una de las causas de muerte en el puerperio, el suicidio es el resultado de un estado de depresión mayor y representa el 20% de las mujeres en etapa puerperal, así como, es la segunda causa de muerte en el primer año luego del nacimiento. La depresión causa un gran sufrimiento materno, amenaza la vida de la madre y es un factor de riesgo en el desarrollo psicosocial a largo plazo de los hijos de madres con depresión. (Magdalena & Tamara, 2020)

Factores de riesgo

Factores biológicos

Variantes genéticas en el gen SLC6A4 que codifica el transportador de serotonina y de un solo nucleótido del gen NR3C1 y variantes del gen CRHR1 que codifica el receptor de

glucocorticoides y del receptor de la hormona liberadora de corticotropina se asocian con un riesgo elevado de depresión posparto. (Heh, 2013) Además se evidencia que la rápida disminución de las hormonas reproductivas tanto estrógeno como progesterona y la alteración de citocinas desempeñan un papel fundamental en su desarrollo. En un metaanálisis se ha demostrado que las mujeres que tienen antecedentes de depresión y la experimentan durante el embarazo tienen mayor riesgo de desarrollar depresión, además, los antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas contribuyen a su presentación. (Doucet, Dennis, Letourneau, & Blackmore, 2009) La privación de sueño también se ha visto implicada como un factor desencadenante de depresión puerperal en relación a la secreción alterada de cortisol, presentando cuadros de insomnio, mayor riesgo de obesidad y aumento del riesgo cardiovascular. (Fiorentino, 2012)

Factores psicológicos

Existen factores psicológicos que afectan el estado mental de la mujer en estado puerperal como experiencias de vida traumáticas, antecedentes de abuso o violencia son acontecimientos estresantes negativos que desencadenan depresión. (Heh, 2013) Los eventos estresantes de la vida son condiciones del entorno que pueden desencadenar estrés jugando un papel importante dentro de la valoración de los factores de riesgo, especialmente los cambios de la rutina diaria del trabajo, los conflictos familiares y de pareja se han reportado como aquellos eventos que desencadenan gran estrés psicológico. (Da Costa, 2006) Además la autoestima baja que va de la mano con la autopercepción de la persona asociado a la presencia de un trastorno de salud mental previo son factores que pueden influir para su desarrollo. (Melendez, 2017)

Factores sociales

El nivel de apoyo social bajo, la relación deficiente o conflictiva de pareja y con la familia, la baja satisfacción e integración a nivel social, el nivel socioeconómico bajo y conflictos laborales se asocian con un mayor riesgo, adicionalmente la baja autoestima que genera aislamiento y el embarazo no planificado son factores influyentes en su presentación. (Doucet et al., 2009)

Según el estudio de Navarrete (2008) el estado civil es un factor que se relaciona con el riesgo de presentar depresión posparto, identificado un mayor porcentaje de hasta el 25% en madres solteras o unión libre (Navarrete, 2008). Otros factores asociados como ser madre en la adolescente, la multiparidad y la falta de apoyo familiar se han descrito en datos de la Organización Panamericana de la Salud. (OPS, 2009). En el estudio de Scheyer (2016) se evidencia que las mujeres en estado puerperal que presentaban recursos socioeconómicos bajos tenían más antecedentes de factores estresantes, por lo tanto, mayor riesgo de depresión posparto.

Fisiopatología de base

La depresión posparto se da principalmente por cambios activos y dinámicos entre los factores biológico, ambiental y psicosocial. Los factores biológicos implicados son la disminución de las hormonas reproductivas después del parto que afecta a mujeres susceptibles y que son sensibles a los efectos desestabilizadores, así como también alteraciones en el metabolismo del 5 – hidroxitriptófano y niveles bajos de ácidos grasos poliinsaturados omega 3 pueden desencadenar su presentación. (Heh, 2013)

Además, los factores genéticos de depresión también se han visto implicados, se evidencia en un estudio la relación directa de polimorfismos del gen VAL66Met del factor neurotrófico cerebral y uniones alteradas a nivel de genoma provocando alteraciones a nivel del cromosoma 1q21.3–q32.1 y 9p24.3–p22.3 y hemicentina-1 (HMCN1) el cual tiene sitios de unión

estrogénico y la consecuente afectación de la metilación del DNA inducido por estrógenos (Stewart, 2019).

Otras alteraciones genéticas como mutaciones a nivel de neurotransmisores y sus enzimas como el 5-HTP y la enzima monoamina oxidasa que actúa en la desaminación de aminas y que actúan en el cerebro y sistema nerviosos central implicados en la síntesis de serotonina. Los polimorfismos en el receptor de oxitocina y su gen se relacionan con depresión posparto (Payne, 2019).

La fluctuación de hormonas, principalmente estrógenos en la etapa posparto afectan los niveles de hemocitina y guarda relación con la activación de la respuesta pro inflamatoria de la etapa puerperal, activando la cascada de citocinas pro inflamatorias y su estrecha relación con la elevación de las hormonas de estrés, incluyendo el cortisol y activación del eje hipotálamo hipófisis adrenal, por ende la asociación entre los niveles de glucocorticoides y el estado de ánimo deprimido en el puerperio se han correlacionado con niveles altos detectados en plasma, saliva y orina. (Payne 2019)

En un estudio se ha evidenciado que los niveles de estrógenos son más bajos en mujeres con trastornos del sueño y más elevados en aquellas con mayor grado de irritabilidad con respecto a los niveles hormonales de madres que no presentan estas alteraciones, por otra parte, se ha encontrado una mayor caída de progesterona luego del parto en mujeres con depresión posparto en comparación con mujeres que no tienen depresión (Orozco,2020).

Otros factores como niveles altos de AMP cíclico urinario en los primeros días posparto, y bajos niveles de triptófano, ácido fólico, beta endorfinas y T3 libre durante el embarazo y puerperio, también han sido implicados en la etiopatogenia de la depresión puerperal (Orozco, 2020).

Diagnóstico

Idealmente se recomienda la evaluación al menos una vez o en cada visita durante las consultas posparto para detectar síntomas de ansiedad y depresión, se puede comenzar aplicando 2 preguntas iniciales del cuestionario PHQ2 para la búsqueda de casos según lo recomendado por Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención del Reino Unido que comprenden las primeras preguntas del criterio de nivel A para los criterios de diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y comprende dos preguntas:

- ¿Durante las últimas dos semanas que tan seguido le ha molestado a menudo sentirse deprimido o desesperado?
- ¿Durante las últimas dos semanas que tan seguido le ha molestado tener poco interés o placer en hacer las cosas?

Si las dos respuestas son negativas a las preguntas de búsqueda de casos estas descartan la probabilidad de un cuadro de depresión posparto en la mayoría de las mujeres en quienes es aplicado, sin embargo si hay una respuesta positiva a cualquiera de las dos preguntas se debe aplicar la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo de 10 ítems donde una puntuación de 10 o más o una respuesta positiva en las preguntas sobre autolesiones requieren una evaluación adicional por el especialista en trastornos mentales. (Heh, 2013)

Otra herramienta directa es el uso de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo frente a un paciente que cursa el puerperio, es fundamental su utilización, por la cual disponerla permite un tamizaje rápido y eficaz para la sospecha de depresión posparto o su descarte a partir de la segunda semana del puerperio, con mayor especificidad y sensibilidad a partir de las 4 semanas,

como lo demuestran estudios una sensibilidad entre 75% - 100% y especificidad de 76 - 97% para una alta sospecha de depresión posparto (Zubaran, Schumacher, Roxo, & Foresti, 2010)

El cuestionario de Edimburgo consiste de diez preguntas cada una con un punto de validez si es positiva y cero si es negativa la respuesta, según un estudio realizado en Perú se evidencia que se puede aplicar Escala de Edimburgo con una sensibilidad y especificidad del 84.21% y 79.47% respectivamente en países de América latina. (J.M. Vega, G. Mazzotti Suárez, 2002)

Más adelante y acorde a los resultados de la primera evaluación se realizará una valoración adicional a la madre, que consiste en una entrevista de diagnóstico completa utilizando los criterios de diagnóstico estándar del DSM – V para diagnóstico de un episodio depresivo en la etapa de periparto. (J.M. Vega, G. Mazzotti Suárez, 2002) El DSM –V (2013) refiere al diagnóstico de depresión posparto cumpliendo los mismos criterios de depresión mayor que se enumeran y son los siguientes: (American Psychiatric Association (APA, 2004)

A: Presentación de mínimo cinco síntomas o más presentes durante un período de dos semanas o más y representan un cambio del funcionamiento previo, al menos uno de los síntomas son el estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi, todos los días.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días
4. Insomnio o hipersomnias 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 inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo

B: Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento

C: El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica

Según la definición de CIE 10 clasifica a la depresión mayor dentro de los trastornos del humor o afectivos (F30-F39), la depresión posparto es un episodio de depresión mayor presentado dentro de las primeras 6 semanas del puerperio. Según el estudio de Langan (2016) recomienda la aplicación a la madre de una escala de tamizaje para depresión posparto en los controles de niño sano desde el primer mes de vida o a las 4 semanas. Dos estudios de Kubota (2014, 2018) evidencian la utilidad de aplicar la Escala de Edimburgo en el primer mes posparto, con valores estadísticamente aceptables del coeficiente alfa de Cronbach que mide la confiabilidad del uso este instrumento.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se realiza con un cuadro de similares características como lo es el llamado baby blues o tristeza posparto, este término se lo utiliza para describir síntomas depresivos leves que alcanzan su máximo punto a los 2 a 5 días después del parto, se presenta

hasta en el 70% de las madres y por lo general incluye síntomas de tristeza, ira, irritabilidad, labilidad del estado de ánimo y ansiedad; a diferencia de la depresión posparto esta no afecta la realización de actividades de la vida diaria, es variable y cambiante, tiene poca o ninguna secuela y remite espontáneamente dentro de las 2 primeras semanas posteriores al parto. Si los síntomas no disminuyen dentro de este período puede indicar una evolución hacia una depresión verdadera, por lo tanto, se requiere de una evaluación constante de la mujer puérpera para el diagnóstico oportuno. (Heh, 2013) Según un estudio realizado en Perú, aproximadamente el 50% de las mujeres posparto tenían baby blues (Aramburú et al., 2008), sin embargo, existe una falta de evidencia de estudios publicados sobre su incidencia en la región de Latinoamérica y en el Ecuador.

Otra patología con la que se debe realizar el diagnóstico diferencial es el trastorno bipolar durante el embarazo, que es un trastorno de ánimo caracterizado por episodios alternos de manía y depresión, se debe tener en cuenta que la depresión puede ser una característica del trastorno bipolar, la mitad de pacientes presentan un episodio depresivo mayor como primer episodio del estado de ánimo y posteriormente episodios maníacos, según los criterios DSM – V se requiere de la aparición de un episodio maníaco o hipomaníaco para el diagnóstico. La manía se evalúa rápidamente preguntando a la paciente si alguna vez ha tenido 4 o más días seguidos donde haya presentado un estado de ánimo expansivo anormalmente alto y un aumento de actividad o nivel de energía que fue un cambio del nivel habitual o que resultó en situaciones de conflicto. (Heh, 2013)

La psicosis posparto es otro trastorno que puede presentarse en los primeros días o semanas luego del parto se caracteriza por la presencia de delirios, alucinaciones, confusión, comportamiento extraño y pensamientos desorganizados junto a un estado de ánimo deprimido o

elevado, es probable que las pacientes actúen sobre la base de pensamientos de hacerse daño a sí mismas o a sus bebés. (Heh, 2013). Según Villegas, Paniagua, & Vargas (2019) aproximadamente 0.1 a 0.2% de mujeres puérperas presentan síntomas y clínica de psicosis posparto, por lo que es de suma importancia su diferenciación.

Los trastornos de ansiedad pueden surgir durante el período periparto y la ansiedad es un componente común de la depresión posparto, esta se puede identificar y diagnosticar utilizando escalas como el Inventario de Ansiedad de Beck o la Escala de Calificación de Ansiedad de Hamilton, el estado de ánimo deprimido, retraso motor y anhedonia favorecen a un diagnóstico de depresión posparto en lugar de trastorno de ansiedad. (Heh, 2013)

Complicaciones y pronóstico

Los trastornos del estado de ánimo como otras enfermedades mentales tienen consecuencias a largo plazo con afección a la madre, al bebé y a la familia. La depresión posparto cuando no es tratada a tiempo da resultados adversos maternos y neonatales como el deterioro de la función cognitiva del niño a largo plazo, mayor riesgo de conflictos en la pareja, apego inadecuado al recién nacido, problemas de crianza a largo plazo, mayor riesgo y deterioro del desarrollo emocional, cognitivo y social del niño lo que puede resultar en el suicidio. (Heh, 2013).

A nivel familiar se ha reportado un alto porcentaje de problemas económicos a consecuencia de hospitalizaciones o tratamientos de larga duración (Epperson, 2020), las madres con depresión posparto que no reciben un diagnóstico y tratamiento oportuno tienen mayor riesgo de sobrepeso, consumo de sustancias, problemas socio laborales, dificultades con la lactancia y depresión crónica y aumento considerable de uso de recursos sanitarios (Slomian, 2019).

El pronóstico puede ser variable en las mujeres afectadas, la depresión posparto se puede resolver espontáneamente después de semanas de su aparición o puede mantenerse en una

depresión crónica. El 20% de mujeres pueden seguir deprimidas luego del primer año del parto y el 13% aproximadamente siguen deprimidas pasado los dos años, el 40% de mujeres tienen recaídas durante embarazos posteriores o en otras circunstancias no relacionadas al embarazo o el puerperio. (Heh, 2013)

Prevención

La psicoprofilaxis prenatal, el apoyo social frecuente, reiterativo y proactivo poco después del parto proporcionado por profesionales de salud reducen la incidencia de depresión posparto, algunas intervenciones han sido efectivas como las visitas domiciliarias habituales, apoyo telefónico individualizado y en pareja, psicoterapia interpersonal y el uso de folletos informativos son medidas de intervención en este período. El testeo frecuente inmediato al parto y en cada visita con la aplicación del PHQ2 y/o Escala de Edimburgo a partir del mes del puerperio, en los casos que sean necesarios permiten al personal médico de atención primaria realizar la sospecha de un cuadro de depresión o su descarte para así evitar consecuencias a largo plazo. (Heh, 2013)

Manejo de Depresión Posparto

El abordaje clínico y manejo terapéutico de la depresión posparto consiste en la intervención multidisciplinaria, integral e individual de la paciente (Stewart, 2019). Una vez realizado el diagnóstico de depresión posparto es fundamental la valoración e identificación de factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales para su intervención oportuna y tratamiento de otras comorbilidades asociadas de tipo metabólico, endocrinológico y/o psiquiátrico. Dentro del manejo no farmacológico es primordial el apoyo psicoterapéutico especialmente sobre factores estresantes, así como, la búsqueda activa de redes de apoyo que son las bases fundamentales para

su mejoría. Intervenciones como la actividad física y el entrenamiento en horarios de sueño son técnicas que han evidenciado mejorar el estado anímico materno. La terapia psicológica a través de consejería puede ser beneficiosa. Madres con cuadros moderados a severos de depresión son beneficiadas del tratamiento farmacológico con el uso de inhibidores de la recaptación de serotonina, los cuales son seguros para el uso en la etapa puerperal y en la lactancia (Stewart, 2019).

El médico de familia cumple un rol fundamental en la prevención, diagnóstico oportuno y manejo inicial de madres en etapa puerperal, pues al ser el primer contacto en atención primaria permite realizar una valoración integral, haciendo énfasis en la prevención y promoción de la salud mental materna.

La atención primaria en salud evalúa de manera integral todos los factores protectores y de riesgo relacionados a la depresión posparto, igualmente, se deben conocer los criterios diagnósticos para dar tratamiento oportuno y seguimiento según sea el caso. Por otra el tratamiento adecuado permitirá reducir los síntomas de la depresión, la conducta suicida, la recaída o las recurrencias de los síntomas. El tratamiento usualmente consta de psicoterapia, intervenciones psicosociales y el uso de antidepresivos (Boschetti-Fentanes B, 2004).

La prevención primaria consiste en evitar que la enfermedad aparezca. En este caso, el médico de familia está capacitado para intervenir en medidas educativas, que involucran al paciente y a su familia, identificando los factores del entorno para evitar que la enfermedad alcance su mayor expresión. En la prevención secundaria se realiza un diagnóstico oportuno, con el fin de identificar de forma temprana enfermedades o comorbilidades para ser tratadas y prevenir secuelas. Y, en cuanto a la prevención terciaria, el médico de familia rehabilita o

devuelve al paciente las herramientas necesarias para su desempeño adecuado en el entorno laboral, familiar y comunitario (Boschetti-Fentanes B, 2004)

La importancia de la precaución con la prescripción de medicamentos antes de iniciarlos en este grupo poblacional, es muy importante ya que se debe evaluar el estado de salud previo, patologías de base y demás medicamentos que pudieran dar interacciones. Valorar el riesgo y beneficio del uso de ciertos medicamentos de manera individual permitirá una adecuada adherencia al tratamiento. (Mendoza B & Saldivia, 2015) Estudios señalan que el médico de familia debe conocer y gestionar los factores de riesgo modificables, asociados con la depresión posparto, entre estos se encuentran: el índice de masa corporal anormal, la inactividad física, el tabaquismo y el consumo de alcohol. Otra de las estrategias en el tratamiento es el cambio de hábitos y en el estilo de vida, porque se ha evidenciado en el estudio de Mendoza B & Saldivia (2015) que el ejercicio físico suprime sentimientos negativos, controla las emociones y es una práctica que ayuda reducir el estrés. La intervención psicosocial es el pilar fundamental del tratamiento y es recomendada dentro del manejo multidisciplinario que deben recibir las pacientes (Mendoza B & Saldivia, 2015).

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

Se investigaron las siguientes variables:

Variable dependiente:

- Depresión posparto

Variables independientes:

Factores biológicos

- Edad
- Etnia
- Número de gestas
- Número de abortos
- Número de hijos nacidos vivos
- Número de hijos muertos
- Número de embarazos múltiples
- Antecedente de enfermedad crónica
- Complicaciones obstétricas previas
- Enfermedades o complicaciones obstétricas actuales
- Hospitalizaciones en el embarazo actual
- Vía de terminación del embarazo
- Complicaciones durante el parto
- Complicaciones durante el puerperio inmediato

Factores socio económicos

- Nacionalidad
- Estado civil

- Zona de residencia
- Nivel de instrucción
- Ingresos económicos familiares
- Ocupación
- Estructura de la familia

Factores psicológicos

- Antecedentes de depresión mayor o depresión posparto
- Antecedentes de depresión en la familia (directa)
- Embarazo deseado
- Factores estresantes

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA O ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
Edad materna	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Edad de las pacientes estudiadas agrupado por edades cronológicas del ciclo individual	Cualitativo nominal	Adolescente tardía (18-19 años) Adulta joven (20-34 años) Adulta media (35-49 años)	Proporción Porcentaje Frecuencia	Datos de filiación del cuestionario de recolección de datos
Nacionalidad	Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o nación, lo que conlleva una serie de derechos y deberes políticos y sociales	Nacionalidad de las pacientes estudiadas	Cualitativo nominal	Ecuatoriana Venezolana Otra	Proporción Porcentaje Frecuencia	Datos de filiación del cuestionario de recolección de datos

Zona de residencia	Espacios urbanos o zonas urbanas y espacios rurales o zonas rurales referentes a la ciudad, espacios fundamentales de hábitat de los seres humanos en donde se encuentra la mayoría de la población	Zona urbana o zona rural de residencia de las pacientes estudiadas	Cualitativo nominal	Zona urbana Zona rural	Proporción Porcentaje Frecuencia	Datos de filiación del cuestionario de recolección de datos
Etnia	Grupo de personas que comparten la misma cultura, y aspectos lingüísticos.	Etnia de las pacientes estudiadas	Cualitativo nominal	Mestiza Blanca Afro ecuatoriana Indígena Mulata Montubia Otra	Proporción Porcentaje Frecuencia	Datos de filiación del cuestionario de recolección de datos
Estado civil	Situación estable o permanente que se encuentra una persona en relación a sus circunstancias personales y con la legislación	Estado civil de las pacientes estudiadas	Cualitativo nominal	Soltera Casada Unión Libre Divorciada Viuda Sociedad de hecho	Proporción Porcentaje Frecuencia	Datos de filiación del cuestionario de recolección de datos
Nivel de instrucción académica	Grado o nivel máximo de estudios realizados o en curso de una persona sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos	Nivel de instrucción o escolaridad de las pacientes estudiadas	Cualitativo nominal	Primaria Secundaria Tercer nivel Cuarto nivel Ninguno	Proporción Porcentaje Frecuencia	Datos de filiación del cuestionario de recolección de datos
Ocupación	Actividad a que se dedica una persona para recibir remuneración económica.	Ocupación de las pacientes estudiadas	Cualitativo nominal	Estudiante Ama de casa Comerciante Lavandera Cocinera	Proporción Porcentaje Frecuencia	Datos de filiación del cuestionario de recolección de datos

				Artesana Otra		
Estructura de la familia	Característica de las familias según su estructura como base para una clasificación demográfica.	Tipología de las familias de las pacientes estudiadas	Cualitativo nominal	Familia nuclear Familia extensa Personas sin familia Equivalentes familiares Familia corporativa Familia ampliada	Proporción Porcentaje Frecuencia	Datos de filiación del cuestionario de recolección de datos
Ingresos económicos familiares mensuales (USD)	Valor económico que recibe una persona por una actividad laboral al mes	Ingresos económicos las pacientes estudiadas	Cuantitativa continua	Dólares al mes	Media Mediana Desviación estándar	Datos socioeconómicos del cuestionario de recolección de datos
Antecedente de enfermedad crónica	Enfermedad de larga duración y por lo general de progresión lenta que empeora con el tiempo que se controlan y no se curan.	Enfermedades crónicas no transmisibles en las pacientes estudiadas	Cualitativo nominal	Si/No Hipertensión arterial Diabetes mellitus Obesidad Otra	Proporción Porcentaje Frecuencia	Cuestionario de recolección de datos
Antecedente de depresión mayor o depresión posparto	La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de concentración que afecta las actividades cotidianas de una persona. La depresión posparto se caracteriza por la aparición de síntomas	Antecedente diagnóstico de depresión en las pacientes estudiadas.	Cualitativo nominal	Si/No	Proporción Porcentaje Frecuencia	Cuestionario de recolección de datos

	<p>que se presentan dentro de las 4 a 6 semanas posteriores al parto, su presentación clínica incluye síntomas similares a los de depresión mayor e incluyen: estado de ánimo deprimido, insomnio o hipersomnia, fatiga, ansiedad, angustia, irritabilidad, llanto persistente y fácil, falta de concentración, anhedonia con gran influencia que interfiere en las actividades familiares, laborales, escolares y personales de la persona afectada</p>					
Antecedentes de depresión en la familia (directa)	Personas consanguíneas que han sido diagnosticadas de depresión mayor	Antecedentes familiares de primer orden de depresión en las pacientes estudiadas	Cualitativo nominal	Si/No No sabe – no responde ¿Quién?	Proporción Porcentaje Frecuencia	Cuestionario de recolección de datos
Número de gestas	Número total de embarazos que ha tenido una mujer sea antes o después de las 20 semanas de gestación	Número de embarazos de las pacientes estudiadas	Cuantitativo discreto	0,1,2,3 etc.	Media Mediana	Cuestionario de recolección de datos
Número de abortos	Número de pérdidas de un embarazo siendo una terminación espontánea	Número de abortos las pacientes estudiadas	Cuantitativo discreta	0,1,2,3 etc.	Media Mediana	Cuestionario de recolección de datos

	o no antes de las 20 semanas de gestación					
Número de hijos nacidos vivos	Número de embarazos que terminan en parto con un recién nacido vivo.	Número de hijos vivos de las pacientes estudiadas	Cuantitativo discreto	1,2,3 etc.	Media Mediana	Cuestionario de recolección de datos
Número de hijos muertos	Número de hijos fallecidos	Número de hijos fallecidos de las pacientes estudiadas	Cuantitativo discreto	1,2,3 etc.	Media Mediana	Cuestionario de recolección de datos
Número de embarazos múltiples	Es un embarazo con dos o más fetos que se desarrollan de forma simultánea en el útero materno	Número de embarazos múltiples	Cuantitativo discreto	1,2,3 etc.	Media Mediana	Cuestionario de recolección de datos
Vía de terminación del embarazo	Vía de terminación del embarazo sea por parto céfalo vaginal o parto por cesárea al final del embarazo	Vía de terminación del embarazo de las pacientes estudiadas	Cualitativo nominal	Parto céfalo vaginal Parto por cesárea	Proporción Porcentaje Frecuencia	Cuestionario de recolección de datos
Embarazo deseado	Es aquel que se produce cuando los miembros de la pareja adoptan medidas previas de planificación en la búsqueda de un hijo	Embarazo deseado de las pacientes estudiadas	Cualitativo nominal	Si/No	Proporción Porcentaje Frecuencia	Cuestionario de recolección de datos
Complicaciones obstétricas previas	Disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, parto, trabajo de parto así como en el período neonatal que ponen en peligro la vida de la mujer y del niño	Complicaciones obstétricas de partos anteriores de las pacientes estudiadas	Cualitativo nominal	Si/No Parto prematuro Placenta previa Sufrimiento fetal Distocias Hemorragia Desgarros Otra	Proporción Porcentaje Frecuencia	Cuestionario de recolección de datos

Hospitalizaciones en el embarazo actual	Servicio de internamiento de pacientes, previa autorización con el fin de establecer un diagnóstico, recibir tratamiento y dar seguimiento a la patología	Hospitalizaciones de las pacientes estudiadas	Cualitativo nominal	Si/No	Proporción Porcentaje Frecuencia	Cuestionario de recolección de datos
Enfermedades o complicaciones obstétricas del embarazo actual	Problemas o complicaciones que se presentan durante el período de gestación actual	Enfermedades obstétricas de las pacientes estudiadas	Cualitativo nominal	Si/No Diabetes gestacional Infección de vías urinarias Infección genital Preeclamsia Anemia en el embarazo Amenaza de aborto Placenta previa Distocias Parto prematuro Sufrimiento fetal Otro	Proporción Porcentaje Frecuencia	Cuestionario de recolección de datos
Complicaciones durante el parto	Problemas de salud que se dan durante el momento del parto que pueden afectar la salud de la madre, del bebé o ambas.	Complicaciones del parto en las pacientes estudiadas	Cualitativo nominal	Si/No Hemorragia posparto Relacionadas con la anestesia Distocias durante el parto Otras	Proporción Porcentaje Frecuencia	Cuestionario de recolección de datos
Complicaciones en	Complicaciones que se presentan durante las	Complicaciones del puerperio inmediato	Cualitativo nominal	Si/No Hemorrágicas	Proporción Porcentaje	Cuestionario de recolección de datos

puerperio inmediato	primeras 24 horas tras la terminación del parto	de las pacientes estudiadas		Infecciosas Cardiovasculares Otras	Frecuencia	
Factores estresantes	Eventos o condiciones del entorno social, económico o emocional que puede causar una elevación de catecolaminas y una respuesta de estrés en una persona.	Factores estresantes que presentan las pacientes estudiadas de acuerdo a la escala de Holmes que valora el riesgo de enfermedad psicósomática a partir de los siguientes elementos. Mala relación familiar, dificultad laboral, estudios, factores económicos	Cualitativo discreto transformado a categoría	Igual o mayor a 300 es alto riesgo de enfermedad psicósomática 150 a 300 es riesgo intermedio de presentar enfermedad psicósomática Menos de 150 es riesgo bajo de presentar enfermedad psicósomática	Proporción Porcentaje Frecuencia	Escala de Holmes
Depresión posparto	Trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, pérdida de interés en realizar las actividades diarias, baja autoestima y disminución de las funciones psíquicas en mujeres púrpuras a partir de las 4-6 semanas posteriores al parto	Síntomas de depresión posparto en las pacientes estudiadas	Cualitativo nominal	Mayor a 10 puntos o puntaje distinto a 0 en ítem 10: Alta probabilidad de tener depresión Menor o igual a 9 puntos: Baja probabilidad de depresión posparto	Proporción Porcentaje Frecuencia	Escala de Edimburgo

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio fue de tipo longitudinal de cohorte prospectivo donde se buscó la incidencia de depresión posparto, posteriormente se evaluó la asociación entre este y variables biopsicosociales.

El estudio de cohorte prospectivo fue un estudio longitudinal en el tiempo que se diseñó y comenzó a realizarse en el presente año para determinar la ocurrencia de un evento específico en un grupo de individuos.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Línea de investigación: Salud integral, determinación biopsicosocial de la salud y desarrollo humano.

Sublínea: Fomento, prevención y promoción de la salud

POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO

POBLACIÓN

Mujeres puérperas del servicio de Ginecología del Hospital General Docente de Calderón

MUESTRA

El universo de estudio se conformó por las mujeres que se encontraban en puerperio inmediato internadas en el Hospital General Docente de Calderón en el período 2022, se obtuvo como dato estadístico anual del año 2020 que aproximadamente 4155 mujeres embarazadas llegaron a dar a luz en este hospital.

Como se mencionó anteriormente en un estudio realizado en Venezuela (Meléndez, 2017) se evidenció que mujeres multíparas con un diagnóstico de depresión posparto tenía una

prevalencia de 22.13% y los factores de riesgo más frecuentes identificados incluyen el desempleo, complicaciones obstétricas, tener estrato social bajo (categoría IV), embarazos no deseados, falta de apoyo social y factores estresantes relacionados.

El tamaño de la muestra se calculó considerando un nivel de confianza del 95%, para una proporción esperada de depresión posparto del 13% según datos en Ecuador (Ministerio de Salud Pública, 2017) y con un error muestral del 5% que corresponde a 167 mujeres posparto, se consideró un porcentaje de pérdida, por lo que se incluyó en el estudio a 170 mujeres posparto. La muestra se calculó utilizando el programa WinEpi.

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 18 años y en adelante que se encuentren en posparto inmediato.
- Mujeres que hayan tenido o no antecedentes de depresión.
- Aceptar participar voluntariamente en el estudio y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Mujeres adolescentes en posparto inmediato.
- Mujeres con alguna discapacidad que le impida responder la encuesta.
- Mujeres con algún trastorno psiquiátrico previamente diagnosticado (esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar, etc.).
- Mujeres que presentan un mortinato o mortalidad neonatal.
- Mujeres que no acepten participar en el estudio
- Pacientes que no cuenten con un contacto telefónico para el seguimiento

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA

Tabla 2. Instrumentos de recolección de información para las variables del estudio.

VARIABLE	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
<p>Edad</p> <p>Etnia</p> <p>Número de gestas</p> <p>Número de abortos</p> <p>Número de hijos nacidos vivos</p> <p>Número de hijos muertos</p> <p>Número de embarazos múltiples</p> <p>Antecedente de enfermedad crónica</p> <p>Complicaciones obstétricas previas</p> <p>Enfermedades o complicaciones obstétricas actuales</p> <p>Hospitalizaciones en el embarazo actual</p> <p>Vía de terminación del embarazo</p> <p>Complicaciones durante el parto</p> <p>Complicaciones durante el puerperio inmediato</p> <p>Nacionalidad</p> <p>Estado civil</p> <p>Zona de residencia</p> <p>Nivel de instrucción</p> <p>Ingresos económicos familiares</p> <p>Ocupación</p> <p>Estructura de la familia</p>	<p>Cuestionario de recolección de datos</p>

Antecedentes de depresión mayor o depresión posparto	
Antecedentes de depresión en la familia (directa)	
Embarazo deseado	
Factores estresantes	Escala de Holmes
Depresión posparto	Escala de Edimburgo

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN

Para el estudio se utilizó las siguientes escalas: Escala de Holmes y Rahe y Escala de Edimburgo, además en el primer contacto se realizaron preguntas generales como son los datos de filiación a mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Calderón.

- CUESTIONARIO DE HOLMES Y RAHE – FACTORES ESTRESANTES (Anexo 3)

Es un instrumento para la valoración de los acontecimientos vitales estresantes por lo que atraviesa una persona y permite predecir la probabilidad que tiene de enfermedad en un tiempo cercano. Holmes y Rahe en 1967 crearon la escala que consta de 43 ítems, preguntaron a las personas sobre eventos cotidianos de la vida a cada uno se le dio un peso basado en qué tan estresante era ese evento para la persona y ponderaron el reajuste requerido. Postularon como la acumulación de eventos positivos o negativos produce riesgo biopsicosocial para enfermedad o presentar síntomas o trastornos viscerales que contribuyen a empeorar la problemática de las personas. De los 43 ítems entre los 10 y 15 más estresantes se relacionan con eventos familiares. Se solicita a la persona marcar los eventos que se le han presentado en el último año, luego se

suman las puntuaciones asignadas a cada uno de ellos, con el total es posible observar el riesgo relativo de enfermar. Entre más alto sea el número, más alto es el estrés, si el puntaje es mayor de 300 puntos estaría en riesgo de desarrollar un problema de salud relacionado con el estrés. Una calificación entre 150 y 299 reduce el riesgo en un 30% y una calificación menor a 150 significa que tiene muy pocas probabilidades de tener un problema de salud.

- **ESCALA DE EDIMBURGO – DEPRESIÓN POSPARTO (Anexo 5)**

La escala de Edimburgo se creó en 1987 por Jenifer Holden y Ruth Sagovsky para asistir a los profesionales de atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión posparto en los centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas preguntas de las cuales la madre escoge cuál de las cuatro posibles repuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La escala se puede contestar en aproximadamente 5 minutos sin dificultades y no contiene preguntas que se relacionan con otros factores como son sociales o familiares. No detecta trastornos como neurosis, ansiedad, fobias o trastornos de personalidad. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores. El cuestionario es un auto reporte que se puede realizar entre las 6 y 8 semanas posparto, la mujer puérpera tiene que responder diez preguntas y se debe tener cuidado de evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas, la madre debe responder la escala ella misma a no ser que sus conocimientos del idioma sean limitados o tenga problemas para leer. Las respuestas tienen un puntaje de entre 0, 1, 2 y 3 puntos según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total, una puntuación de diez más muestra la probabilidad

de una depresión, pero no su gravedad, cualquier número que se escoja que no sea el 0 para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la escala de Edimburgo está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo por lo tanto se realizarán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. Tiene una sensibilidad de 90% y una especificidad de 82% un valor predictivo positivo de 77% y un valor predictivo negativo de 94% para depresión posparto.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para cumplir los objetivos de la investigación se reclutó a 170 mujeres en el puerperio inmediato, quienes tuvieron dieron a luz en el Servicio de Ginecología del Hospital General Docente de Calderón de Quito en el periodo 2022, que aceptaron participar del estudio de manera voluntaria con la respectiva firma del consentimiento informado (Anexo 1). A las pacientes se les aplicó una encuesta general de datos (Anexo 2) y preguntas que recogen información sobre variables biológicas, sociales y psicológicas consideradas como factores de riesgo para depresión, para esto se utilizó la escala de Holmes y Rahe (Anexo 3) en el primer contacto.

Se realizó un seguimiento por vía telefónica al mes del puerperio a todas las pacientes captadas en el Hospital General Docente de Calderón donde se aplicó la Escala de Edimburgo (Anexo 4).

Técnica de recolección de datos:

Se realizó una encuesta presencial en el primer contacto con la paciente durante su puerperio inmediato y una encuesta vía telefónica durante el seguimiento al mes posparto.

La recolección de datos se realizó de forma aleatoria, donde se aplicó los criterios de inclusión y exclusión, previa firma de consentimiento informado de la paciente.

En la tabla 2 se resumen las variables a ser estudiadas y los instrumentos de recolección respectivos que serán utilizados.

ASPECTOS BIOÉTICOS

Previa al inicio de la recolección de datos el protocolo fue analizado por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, CEISH y por el Hospital General Docente de Calderón para su autorización respectiva.

Para la recolección de datos se solicitó a la paciente su autorización con la firma de un consentimiento informado para participar en el estudio (Anexo 1). Toda la información fue manejada de forma confidencial respetando los principios de ética de la investigación. La información ética de la investigación siguió los preceptos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y se garantizó la confidencialidad de los participantes. La investigación se llevó a cabo con participación voluntaria de las puérperas internadas en el servicio de ginecología respetando los criterios de inclusión y exclusión.

Esta investigación contó con la aprobación del Hospital General Docente de Calderón, así como por la coordinación del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y CEISH para la respectiva recolección de datos (Anexo 6). Las mujeres en estado de puerperio en quienes se realizó la escala de Edimburgo vía telefónica que dieron un resultado positivo para un posible cuadro de depresión posparto se procedió a la referencia oportuna al servicio de psicología, psiquiatría para su manejo integral o se puso en contacto con el servicio de Psicoescucha de Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se realizó un análisis descriptivo univariado, donde se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión (media, moda, desviación estándar, mínimo y máximo) para las variables cuantitativas.

Para calcular la incidencia de depresión posparto se calculó el número de mujeres que desarrollaron depresión posparto al mes del puerperio y se dividió para el total de mujeres en seguimiento.

Para analizar la asociación entre factores biológicos, socioeconómicos, psicológicos con depresión posparto, se realizó un análisis bivariado con diferencias de medias con ANOVA. Se consideró significativo un valor P menor a 0,05.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Recursos humanos:

Las mujeres en estado de puerperio inmediato quienes se encontraron hospitalizadas en el área del servicio de Ginecología del Hospital General Docente de Calderón que participaron de forma voluntaria.

Recursos materiales:

Se aplicó en el primer contacto de manera presencial una encuesta de recolección de datos generales y la escala de Holmes y Rake previa firma de consentimiento informado, así como en el seguimiento se aplicó la escala de Edimburgo por vía telefónica al mes del puerperio.

CAPITULO IV

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS Y FACTORES ESTUDIADOS DE LA MUESTRA OBTENIDA EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERON PERIÓDO 2022.

El estudio se completó con un total de 173 mujeres en estado puerperal que participaron desde el inicio en la encuesta aplicada en el Hospital General Docente de Calderón durante el período 2022, identificando los siguientes datos, características y factores descritos en los cuadros a continuación.

En la **Tabla 3** se muestran las características socio demográficas de las 173 mujeres puérperas participantes, donde se identificó en relación al **grupo etario** que el 76,9% fueron adultas jóvenes (n=133), el 12,1% fueron adultas medias (n=21) y el 11% representaron adolescentes tardías (n=19). En cuanto a la **nacionalidad** el 91,1% fueron ecuatorianas (n=159), el 5,8% representaron la nacionalidad venezolana (n=10), mientras que el 2,3% corresponden a otra nacionalidad (n=4). Con respecto a la **etnia** el 86,1% se auto identificaron como mestizas (n=149), el 6,9% se auto identificaron como indígenas (n=12), el 2,9% como afroecuatorianas (n=5), el 0,6% como blanca (n=1), montubias en un 2,9% (n=5) y quienes se auto identificaron como mulata el 0,6% (n=1). Según la **zona de residencia** se evidenció que el 40,5% de mujeres viven en zona rural (n=70) y que el 59,5% de mujeres puérperas viven en una zona urbana (n=103). De acuerdo al **estado civil** el 28,9 % de mujeres fueron casadas (n=50), el 1,2% son mujeres divorciadas (n=2), el 0,6% de mujeres en sociedad de hecho (n=1), mujeres solteras fueron el 34,1% (n=59), el 35,3% de mujeres fueron en unión libre (n=61). En el grupo de mujeres puérperas de acuerdo al **nivel de instrucción académica** el 11,6% culminaron la

primaria (n=20), el 59% de mujeres terminaron sus estudios de secundaria (n=102), el 28,3% tenían tercer nivel de instrucción académica (n=49), el 0,6% tenían cuarto nivel académico (n=1) y el 0,6% no tenía ningún nivel de instrucción académica (n=1). En cuanto a la **ocupación** de las mujeres en estado puerperal el 67,1% fueron amas de casa (n=116), el 1,7% fueron cocineras (n=3), comerciantes fueron el 9,8% (n=17), el 0,6% fueron lavanderas (n=1), el 13,3% representaron mujeres que fueron estudiantes (n=23) y como otra ocupación el 7,5% de mujeres puérperas (n=13). En relación a los **ingresos económicos familiares mensuales** el 20,2% tuvo ingresos mensuales familiares de entre 50-299 dólares (n=35), el 23,1% tuvo ingresos mensuales de entre 300-399 dólares (n=40), el 28,9% tuvo ingresos mensuales familiares de entre 400-499 dólares (n=50) y el 27,7% tuvo ingresos mensuales familiares de entre 500-1200 dólares (n=48). Según la **estructura familiar** de las mujeres puérperas el 27,7% tuvieron una familia extensa (n=48), el 69,9% tuvieron una familia nuclear (n=121), el 1,2% representaron una familia ampliada (n=2) y el 1,2% fueron personas sin familia (n=2).

Tabla 3. Características socio demográficas de las mujeres en período puerperal del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

	Total, de la muestra n=173	Porcentaje (%)
Grupo etario		
	Frecuencia	Porcentaje
Adolescente tardía (18-19)	19	11
Adulta joven (20-34)	133	76,9
Adulta media (35-49)	21	12,1
Total	173	100
Nacionalidad		
	Frecuencia	Porcentaje
Ecuatoriana	159	91,9

Venezolana	10	5,8
Otra	4	2,3
Total	173	100
Etnia		
	Frecuencia	Porcentaje
Mestiza	149	86,1
Indígena	12	6,9
Afroecuatoriana	5	2,9
Blanca	1	0,6
Montubia	5	2,9
Mulata	1	0,6
Total	173	100
Zona de residencia		
	Frecuencia	Porcentaje
Rural	70	40,5
Urbana	103	59,5
Total	173	100
Estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
Casada	50	28,9
Divorciada	2	1,2
Sociedad de hecho	1	0,6
Soltera	59	34,1
Unión libre	61	35,3
Total	173	100
Nivel de instrucción académica		
	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	20	11,6
Secundaria	102	59
Tercer nivel	49	28,3
Cuarto nivel	1	0,6
Ninguno	1	0,6
Total	173	100
Ocupación		
	Frecuencia	Porcentaje

Ama de casa	116	67,1
Cocinera	3	1,7
Comerciante	17	9,8
Lavandera	1	0,6
Estudiante	23	13,3
Otra	13	7,5
Total	173	100
Ingresos económicos familiares mensuales (USD)		
	Frecuencia	Porcentaje
50-299	35	20,2
300-399	40	23,1
400-499	50	28,9
500-1200	48	27,7
Total	173	100
Estructura familiar		
	Frecuencia	Porcentaje
Familia extensa	48	27,7
Familia nuclear	121	69,9
Familia ampliada	2	1,2
Personas sin familia	2	1,2
Total	173	100

Elaborado por: Dras. Emilie Morales / Elizabeth Parker

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2022 – Sistema KoboToolbox

En la **Tabla 4** se muestran los antecedentes patológicos personales de las 173 mujeres puérperas participantes, donde se identificó en relación a los **antecedentes personales de enfermedad crónica** que el 93,6% de mujeres no tuvieron enfermedades crónicas (n=162), el 6,4% de mujeres tuvieron alguna enfermedad crónica (n=11) de las cuales el 0,6% presentó como antecedentes Adenomiosis (n=1), el 0,6% presentó como antecedente artritis reumatoidea (n=1), el 0,6% presentó como antecedente asma (n=1), el 0,6% de las mujeres tuvo dermatitis atópica (n=1), hipotiroidismo presentaron el 2,9% de mujeres puérperas (n=5), trombocitopenia

en el 0,6% de mujeres (n=1) y el 0,6% de mujeres presentó VIH como antecedente de enfermedad crónica (n=1). Según los **antecedentes patológicos personales de depresión o depresión posparto** de las mujeres en período puerperal se evidenció que el 94,8% de mujeres no tuvo antecedentes de depresión (n=164) y que el 5,2% de mujeres posparto tuvieron antecedentes de depresión (n=9). En cuanto a los **antecedentes familiares de depresión** en las mujeres posparto el 78,6% de mujeres no tuvieron antecedentes familiares de depresión (n=136), mientras que el 13,3% si tuvieron antecedentes familiares de depresión (n=23) y el 8,1% de mujeres indicaron que no sabe o no responde la pregunta sobre antecedentes familiares de depresión (n=14).

Tabla 4. Antecedentes patológicos personales de las mujeres en período puerperal del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

	Total, de la muestra n=173	Porcentaje (%)
Antecedentes patológicos personales de enfermedad crónica		
	Frecuencia	Porcentaje
No	162	93,6
Si	11	6,4
Otras:		
Adenomiosis	1	0,6
Artritis reumatoidea	1	0,6
Asma	1	0,6
Dermatitis atópica	1	0,6
Hipotiroidismo	5	2,9
Trombocitopenia	1	0,6
VIH	1	0,6
Total	173	100
Antecedentes patológicos personales de depresión o depresión posparto		

	Frecuencia	Porcentaje
No	164	94,8
Si	9	5,2
Total	173	100
Antecedentes patológicos familiares de depresión		
	Frecuencia	Porcentaje
No	136	78,6
Si	23	13,3
No sabe – no responde	14	8,1
Total	173	100

Elaborado por: Dras. Emilie Morales / Elizabeth Parker

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2022 – Sistema KoboToolbox

En la **Tabla 5** se muestran los antecedentes gineco obstétricos de las 173 mujeres puérperas participantes, donde se identificó en relación a las **gestas** que el 37% de las mujeres tuvieron 1 gesta (n=64), el 26,6% de las puérperas tuvieron antecedente de 2 gestas (n=46), el 22,5% de las mujeres tuvo 3 gestas (n=39), el 9,8% de las mujeres puérperas tuvo 4 gestas (n=17), el 2,9% de las mujeres corresponde aquellas que tuvieron 5 gestas (n=5) y el 1,2% de las mujeres tuvo 6 gestas (n=2). En relación a los **antecedentes de abortos** el 82,1% de las mujeres no tuvo antecedentes de abortos previos (n=142), el 14,5% de las mujeres presentó 1 antecedente de aborto (n=25) y el 3,5% de las mujeres puérperas tuvo como antecedentes 2 abortos previos (n=6). Según los **antecedentes de parto cefalovaginal** en las mujeres en estado puerperal se obtuvo un 30,6% de las mujeres que no presentó ningún antecedente de parto cefalovaginal (n=53), el 28,9% de las mujeres puérperas tuvo antecedente de 1 parto cefalovaginal (n=50), el 24,3% de las mujeres en puerperio presentó antecedente de 2 partos cefalovaginales (n=42), el 12,7% de las mujeres tuvo antecedente de 3 partos cefalovaginales (n=22), el 2,3% de las mujeres en puerperio tuvo antecedente de 4 partos cefalovaginales (n=4) y el 1,2% de las

mujeres presentó antecedente de tener 5 partos cefalovaginales (n=2). En relación a los **antecedentes de cesáreas** en las mujeres puérperas se presentó el 56,6% de las mujeres que no presentó antecedentes de cesárea (n=0), el 27,7% de las mujeres puérperas presentó 1 antecedente de cesárea (n=48), el 9,2% de las mujeres en etapa puerperal presentaron 2 antecedentes de cesárea (n=16) y el 6,4% de las mujeres puérperas tuvo como antecedente 3 cesáreas (n=11). En cuanto a los **antecedentes de hijos fallecidos** el 98,8% de las mujeres puérperas no presentó antecedentes de hijos fallecidos (n=171), el 0,6% de las mujeres presentó como antecedente 1 hijo fallecido (n=1) y el 0,6% de las mujeres en etapa puerperal presentó antecedentes de 2 hijos fallecidos (n=1). En relación al **número de hijos vivos** se evidenció que el 41% de las mujeres tuvo 1 hijo vivo (n=71), el 29,5% de las mujeres tuvo 2 hijos vivos (n=51), el 24,3% de las mujeres tuvo 3 hijos vivos (n=42), el 2,9% de las mujeres tuvo 4 hijos vivos (n=5) y el 2,3% de las mujeres puérperas tuvo 5 hijos vivos (n=4). En relación a los **antecedentes de embarazos múltiples** se observó que el 99,4% no presentó antecedente de embarazo múltiple (n=172) y el 0,6% de las mujeres puérperas presentó antecedente de embarazo múltiple (n=1). Así como en cuanto a los antecedentes patológicos personales de complicaciones obstétricas previas se obtuvo que el 53,2% de las mujeres no presentó complicaciones obstétricas (n=92), el 12,7% de las mujeres si presentó complicaciones obstétricas (n=22) y el 34,1 % de las mujeres no aplico este antecedente por ser primera gesta (n=59). Según los **antecedentes patológicos personales de complicaciones obstétricas previas** se obtuvo como respuesta de las mujeres en estado de puerperio que el 53,2% de las mujeres no tuvo antecedentes de complicaciones obstétricas previas (n=92), el 12,7% de las mujeres puérperas si presentó antecedentes de complicaciones obstétricas previas (n=22) y el 34,1% de las mujeres en etapa puerperal no aplica por ser primera gesta (n=59), dentro de las patologías

obstétricas presentadas en gestas anteriores se obtuvo que el 1,2% de las mujeres presentó desgarros como complicaciones (n=2), el 1,2% tuvo distocia como complicaciones (n=2), el 1,7% de las mujeres puérperas presentó complicaciones hemorrágicas previas (n=3), el 2,9% de las mujeres presentó parto prematuro (n=5), el 0,6% de las mujeres tuvo placenta previa como complicaciones (n=1), el 0,6% de las mujeres presentó sufrimiento fetal como complicación previa (n=1) y se reportó como otras complicaciones que el 1,2% de las mujeres presentó amenaza de aborto (n=2), el 0,6% de las mujeres presentó parto séptico en el domicilio como complicación previa (n=1) y el 2,9% de las mujeres presentó preeclampsia como antecedente de complicación obstétrica previa (n=5).

Tabla 5. Antecedentes gineco obstétricos de las mujeres en período puerperal del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

	Total de la muestra n=173	Porcentaje %
Gestas		
	Frecuencia	Porcentaje
1	64	37
2	46	26,6
3	39	22,5
4	17	9,8
5	5	2,9
6	2	1,2
Total	173	100
Antecedente de abortos		
	Frecuencia	Porcentaje
Sin antecedente	142	82,1
1 aborto	25	14,5
2 abortos	6	3,5
Total	173	100
Antecedente de parto cefalovaginal		

	Frecuencia	Porcentaje
0	53	30,6
1	50	28,9
2	42	24,3
3	22	12,7
4	4	2,3
5	2	1,2
Total	173	100
Antecedente de cesárea		
	Frecuencia	Porcentaje
0	98	56,6
1	48	27,7
2	16	9,2
3	11	6,4
Total	173	100
Antecedente de hijos fallecidos		
	Frecuencia	Porcentaje
Sin antecedente	171	98,8
1 hijo	1	0,6
2 hijos	1	0,6
Total	173	100
Número de hijos vivos		
	Frecuencia	Porcentaje
1	71	41
2	51	29,5
3	42	24,3
4	5	2,9
5	4	2,3
Total	173	100
Antecedente de embarazos múltiples		
	Frecuencia	Porcentaje
Sin antecedente	172	99,4
Con antecedente	1	0,6
Total	173	100

Antecedentes patológicos personales de complicaciones obstétricas previas		
	Frecuencia	Porcentaje
No	92	53,2
Si	22	12,7
No aplica por ser primera gesta	59	34,1
Patologías obstétricas presentadas		
Desgarros	2	1,2
Distocia	2	1,2
Hemorrágicas	3	1,7
Parto prematuro	5	2,9
Placenta previa	1	0,6
Sufrimiento fetal	1	0,6
Otras	8	4,6
Amenaza de aborto	2	1,2
Parto séptico en el domicilio	1	0,6
Preeclampsia	5	2,9

Elaborado por: Dras. Emilie Morales / Elizabeth Parker

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2022 – Sistema KoboToolbox

En la **Tabla 6** se muestran datos obstétricos del embarazo actual de las 173 mujeres puérperas participantes, donde se identificó en relación al **embarazo actual deseado** que el 61,3% de las mujeres refirió que si fue deseado su embarazo (n=106) y que el 31,2% de las mujeres refirió que no fue deseado su embarazo (n=54). En cuanto al **antecedente de hospitalizaciones del embarazo actual** el 91,9% de las mujeres no presentó hospitalizaciones (n=159), mientras que el 8,1% de las mujeres si presentó antecedente de hospitalización del embarazo actual (n=14). Según los **antecedentes de enfermedades y complicaciones en el embarazo actual** el 41% de las mujeres puérperas no tuvo este antecedente (n=71), mientras que el 59% de las mujeres si

presentó antecedente de enfermedades en el embarazo actual (n=102), las enfermedades que se reportaron fueron las siguientes como diabetes gestacional que se evidenció en el 0,6% de las mujeres (n=1), el 35,3% de las mujeres presentó infección de vías urinarias (n=61), el 11,6% de las mujeres presentó infección genital (n=20), el 7,5% de las mujeres puérperas presentó preeclampsia (n=13), el 9,8% de las mujeres presentó anemia como enfermedad en el embarazo actual (n=17), el 2,3% de las mujeres presentó amenaza de aborto en el embarazo actual (n=4), el 0,6% de las mujeres en etapa puerperal presentó placenta previa en el embarazo actual (n=1), el 0,6% de las mujeres presentó distocia en el embarazo actual (n=1), el 2,3% de las mujeres presentó como antecedente parto prematuro en el embarazo actual (n=4), el 0,6% de las mujeres puérperas presentó sufrimiento fetal en el embarazo actual (n=1), en relación a otras enfermedades la inflamación de la glándula de bartolino se presentó en el 0,6% de las mujeres puérperas (n=1) y el 0,6% de las mujeres puérperas presentó síndrome de Hellp + crisis hipertensiva + ruptura de membranas(n=1). En relación a la presencia de **enfermedades en el embarazo actual** se evidencio que el 41% de las mujeres no presentó enfermedades en el embarazo (n=71) y el 59% de las mujeres si presentó antecedente de enfermedades en el embarazo (n=102). En el grupo de mujeres puérperas según la **vía de terminación del embarazo** el 57,8% de las mujeres terminó el embarazo por parto cefalovaginal (n=100), mientras que el 42,2% de las mujeres terminó su embarazo por cesárea (n=73). Además, las **complicaciones al momento del parto** que se evidenciaron en las mujeres el 86,1% no presentó complicaciones al dar a luz (n=149), mientras que el 13,9% de las mujeres si presentó alguna complicación durante el parto (n=24), de las cuales el 11,6% (n=20) se relacionaron con complicaciones hemorrágicas posparto, el 0,6% en relación con la anestesia (n=1) y el 1,7% en relación con distocias durante el parto (n=3). En cuanto a las complicaciones en el período del

posparto inmediato el 92,5% no presentó ninguna complicación en el puerperio (n=160), mientras que el 7,5% de las mujeres puérperas si presentó alguna complicación en el período puerperal inmediato (n=13), de las cuales el 2,9% fueron complicaciones hemorrágicas (n=5), el 3,5% complicaciones cardiovasculares (n=6) y el 1,1% refirió como otras complicaciones la incompatibilidad de grupo sanguíneo (n=2).

Tabla 6. Datos obstétricos del embarazo actual de las mujeres en período puerperal del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

	Total de la muestra n=173	Porcentaje %
Embarazo actual deseado		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	106	61,3
No	54	31,2
No sabe o no responde	13	7,5
Total	173	100
Antecedente de hospitalizaciones del embarazo actual		
	Frecuencia	Porcentaje
No	159	91,9
Si	14	8,1
Total	173	100
Antecedente de enfermedades y complicaciones en el embarazo actual		
	Frecuencia	Porcentaje
No	71	41
Si	102	59
Diabetes gestacional	1	0,6
Infección de vías urinarias	61	35,3
Infección genital	20	11,6
Preeclampsia	13	7,5
Anemia	17	9,8

Amenaza de Aborto	4	2,3
Placenta Previa	1	0,6
Distocia	1	0,6
Parto Prematuro	4	2,3
Sufrimiento Fetal	1	0,6
Otros		
Inflamación de la glándula de bartolino	1	0,6
Síndrome de HELLP + crisis hipertensiva + ruptura de membranas	1	0,6
Total	173	100
Vía de terminación del embarazo		
	Frecuencia	Porcentaje
Parto	100	57,8
Cesárea	73	42,2
Total	173	100
Complicaciones en el parto		
	Frecuencia	Porcentaje
No	149	86,1
Si	24	13,9
Hemorragia posparto	20	11,6
Relacionadas con la anestesia	1	0,6
Distocias durante el parto	3	1,7
Total	173	100
Complicaciones en el período del posparto inmediato		
	Frecuencia	Porcentaje
No	160	92,5
Si	13	7,5
Hemorrágicas	5	2,9
Cardiovasculares	6	3,5
Otros		
Incompatibilidad de grupo sanguíneo	2	1,1

Total	173	100
-------	-----	-----

Elaborado por: Dras. Emilie Morales / Elizabeth Parker

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2022 – Sistema KoboToolbox

En la **Tabla 7** se muestran datos de la encuesta de Holmes y Rahe aplicadas a las 173 mujeres puérperas participantes, donde se identificó en relación al **puntaje de la escala de factores estresantes de Holmes-Rahe** que el 26% de las mujeres tuvo un riesgo bajo de presentar enfermedad psicosomática con menos de 150 puntos en la escala (n=45), el 60,7% de las mujeres presentó un riesgo moderado de presentar enfermedad psicosomática con un puntaje entre 150 a 300 puntos en la escala (n=105) y el 13,3% de las mujeres presentó un riesgo alto de presentar enfermedad psicosomática con un puntaje mayor a 300 puntos en la escala (n=23). Según la **frecuencia de los factores estresantes** que se presentaron en las mujeres en período puerperal se evidenció que el 1,7% de las mujeres presentó como factor la muerte del cónyuge (n=3), el 0,6% de las mujeres puérperas presentó como factor estresante el divorcio (n=1), el 6,4% de las mujeres presentó como factor estresante la separación matrimonial (n=11), el 0,6% de las participantes puérperas presentó con factor estresante la encarcelación (n=1), el 11% de las mujeres en etapa puerperal presentó la muerte de un familiar cercano como factor estresante (n=19), en cuanto al factor estresante de lesión o enfermedad personal el 9,8% de las mujeres puérperas presentó el factor (n=17), el matrimonio correspondió al 4,6% de las mujeres como factor estresante (n=8), el 2,9% de las mujeres presentó como factor estresante el despido del trabajo (n=5), en relación al factor estresante de desempleo el 21,4% de las mujeres presentó este factor (n=37), el 6,4% de las mujeres presentó como factor estresante la reconciliación matrimonial (n=11), el factor estresante de jubilación se presentó en un 0% de las mujeres (n=0), el factor estresante de cambio de salud de un miembro de la familia se presentó en el 16,8% de

las mujeres puérperas (n=29), el 1,7% de las mujeres presentó como factor estresante la drogadicción y/o alcoholismo (n=3), en embarazo como factor estresante se presentó en el 100% de las mujeres (n=173), así como la incorporación de un nuevo miembro a la familia se presentó en el 100% de las mujeres como factor estresante (n=173), las dificultades o problemas sexuales como factor estresantes fueron el 2,3% de las mujeres (n=4), el 5,8% de las mujeres presentó como factor estresante el reajuste de negocio (n=10), el 47,4% de las mujeres puérperas presentó como factor estresante el cambio de situación económica (n=82), la muerte de un amigo íntimo se presentó en el 5,2% de las mujeres puérperas como factor estresante (n=9), el 8,7% presentó como factor estresante el cambio en el tipo de trabajo (n=15), la mala relación con el cónyuge como factor estresante se presentó en el 10,4% de las mujeres (n=18), el factor estresante de juicio por crédito o hipoteca se presentó en el 1,7% de las mujeres (n=3), el 4,6% de las mujeres presentó como factor estresante el cambio de responsabilidad en el trabajo (n=8), el factor estresante de hijo o hija que deja el hogar se presentó en el 1,7% de las mujeres puérperas (n=3), el 4% de las mujeres presentó como factor estresante tener problemas legales (n=7), el factor estresante logro personal notable se presentó en el 13,9% de las mujeres (n=24), el 17,3% de las mujeres presentó como factor estresante el esposo que comienza o deja de trabajar (n=30), el cambio o fin de la escolaridad como factor estresante se presentó en el 22,5% de las mujeres (n=39), el 17,3% de las mujeres presentaron cambio en las condiciones de vida como factor estresante (n=30), el 8,1% de las mujeres presentaron como factor estresante la revisión de hábitos personales (n=14), el 2,9% de las mujeres presentaron problemas con el jefe como factor estresante (n=5), el 6,4% de las mujeres presentaron como factor estresante el cambio de turno o de condiciones laborales (n=11), el cambio de residencia como factor estresante se presentó en el 16,2% de las mujeres (n=28), el 4% de las mujeres presentó el cambio de colegio como factor

estresante (n=7), el 11% de las mujeres presentó el cambio de actividades de ocio como factor estresante (n=19), el cambio en la actividad religiosa fue del 1,7% en las mujeres puérperas (n=3), el 15% de las mujeres presentó el cambio de actividades sociales como factor estresante (n=26), el 51,4% de las mujeres presentó cambio de hábito de dormir como factor estresante (n=89), el 20,2% presentó cambio en el número de las reuniones familiares como factor estresante en las mujeres puérperas (n=35), el cambio de hábitos alimentarios fue del 44,5% en las mujeres puérperas como factor estresante (n=77), el 16,8% de las mujeres puérperas presentó como factor estresante vacaciones (n=29) y el 21,4% de las mujeres puérperas presentaron como factor estresante la navidad (n=37).

Tabla 7. Datos de la encuesta de Holmes y Rahe aplicadas a las mujeres en período puerperal del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

	Total de la muestra n=173	Porcentaje %
Puntaje de escala de factores estresantes de Holmes-Rahe		
	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo bajo (Menos de 150 puntos)	45	26
Riesgo moderado (150-300 puntos)	105	60,7
Riesgo alto (Mayor a 300 puntos)	23	13,3
Total	173	100
Frecuencia de factores estresantes		
	Frecuencia	Porcentaje
Muerte del cónyuge	3	1,7
Divorcio	1	0,6
Separación matrimonial	11	6,4
Encarcelación	1	0,6
Muerte de un familiar cercano	19	11
Lesión o enfermedad personal	17	9,8
Matrimonio	8	4,6
Despido del trabajo	5	2,9

Desempleo	37	21,4
Reconciliación matrimonial	11	6,4
Jubilación	0	0
Cambio de salud de un miembro de la familia	29	16,8
Drogadicción y/o alcoholismo	3	1,7
Embarazo	173	100
Incorporación de un nuevo miembro a la familia	173	100
Dificultades o problemas sexuales	4	2,3
Reajuste de negocio	10	5,8
Cambio de situación económica	82	47,4
Muerte de un amigo íntimo	9	5,2
Cambio en el tipo de trabajo	15	8,7
Mala relación con el cónyuge	18	10,4
Juicio por crédito o hipoteca	3	1,7
Cambios de responsabilidad en el trabajo	8	4,6
Hijo o hija que deja el hogar	3	1,7
Problemas legales	7	4
Logro personal notable	24	13,9
El esposo comienza o deja de trabajar	30	17,3
Cambio o fin de la escolaridad	39	22,5
Cambio en la condiciones de la vida	30	17,3
Revisión de hábitos personales	14	8,1
Problemas con el jefe	5	2,9
Cambio de turno o de condiciones laborales	11	6,4
Cambio de residencia	28	16,2
Cambio de colegio	7	4
Cambio de actividades de ocio	19	11
Cambio de actividad religiosa	3	1,7
Cambio de actividades sociales	26	15
Cambio de hábito de dormir	89	51,4
Cambio en el número de las reuniones familiares	35	20,2
Cambio de hábitos alimentarios	77	44,5
Vacaciones	29	16,8
Navidad	37	21,4

Elaborado por: Dras. Emilie Morales / Elizabeth Parker

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2022 – Sistema KoboToolbox

En la **Tabla 8** se muestran las respuestas de la Escala de depresión posparto de Edimburgo aplicadas al mes a las 173 mujeres puérperas participantes, donde se identificó en relación al **puntaje e incidencia de la escala de depresión posparto de Edimburgo** que el 98,3% de las mujeres en período puerperal al mes presentaron menos o igual a 9 puntos con baja probabilidad de depresión posparto (n=170) y que el 1,7% de las mujeres en período puerperal presentaron en la escala de Edimburgo un puntaje mayor o igual a 10 puntos o un puntaje diferente de 0 en el ítem número 10 de la escala dando una alta probabilidad de depresión posparto (n=3). En cuanto a los puntajes totales que se obtuvieron de la escala de Edimburgo se evidenció que el 13,9% de las mujeres puérperas presentaron un puntaje de 0 en la escala de Edimburgo (n=24), el 13,3% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 1 en la escala de Edimburgo (n=23), el 15,6% de las mujeres puérperas obtuvieron un puntaje de 2 en la escala de Edimburgo (n=27), el 11,6% de las mujeres en puerperio obtuvieron un puntaje de 3 en la escala de Edimburgo (n=20), el 13,9% de las mujeres obtuvieron en la escala de Edimburgo un puntaje de 4 (n=24), el 9,8% de las mujeres presentaron un puntaje de 5 en la escala de Edimburgo (n=17), el 6,4% de las mujeres en período puerperal presentaron un puntaje de 6 en la escala de Edimburgo (n=11), el 2,3% de las mujeres presentó un puntaje de 7 en la escala de Edimburgo (n=4), el 7,5% de las mujeres presentaron un puntaje de 8 en la escala de Edimburgo (n=13), las mujeres que presentaron un puntaje de 9 en la escala de Edimburgo fueron del 4% (n=7), el 0,6% de las mujeres en período puerperal presentó un puntaje de 11 en la escala de Edimburgo (n=1), el 0,6% de las mujeres puérperas presentó un puntaje de 13 en la escala de Edimburgo (n=1) y el 0,6% de las mujeres en período puerperal presentó un puntaje de 15 en la escala de Edimburgo (n=1).

Tabla 8. Respuestas de la Escala de depresión posparto de Edimburgo aplicadas al mes a las mujeres en período puerperal del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

	Total de la muestra n=173	Porcentaje %
Puntaje e incidencia de la Escala de depresión posparto de Edimburgo		
	Frecuencia	Porcentaje
Baja probabilidad de depresión posparto - Menor o igual a 9	170	98,3
Alta probabilidad de depresión posparto - Mayor o igual a 10 puntos o puntaje diferente a 0 en el ítem número 10 de la escala	3	1,7
Total	173	100
Puntajes totales de la Escala de Edimburgo		
	Frecuencia	Porcentaje
0	24	13,9
1	23	13,3
2	27	15,6
3	20	11,6
4	24	13,9
5	17	9,8
6	11	6,4
7	4	2,3
8	13	7,5
9	7	4
11	1	0,6
13	1	0,6
15	1	0,6
Total	173	100

Elaborado por: Dras. Emilie Morales / Elizabeth Parker

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2022 – Sistema KoboToolbox

Gráfico 1. Grupo etario de la muestra poblacional. Hospital General Docente Calderón, 2022 (n= 173).

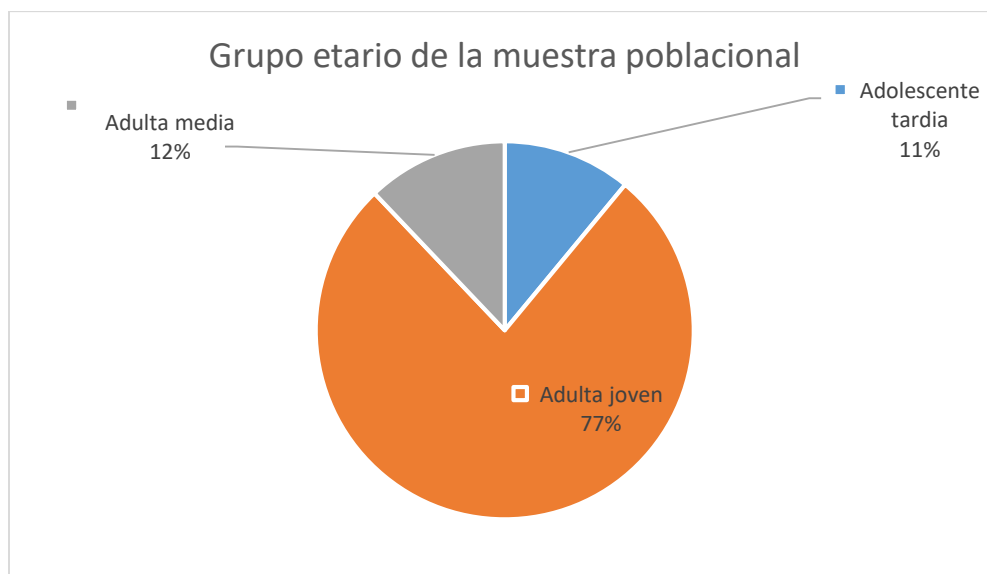


Gráfico 2. Zona de residencia de la muestra poblacional. Hospital General Docente de Calderón, 2022 (n=173)

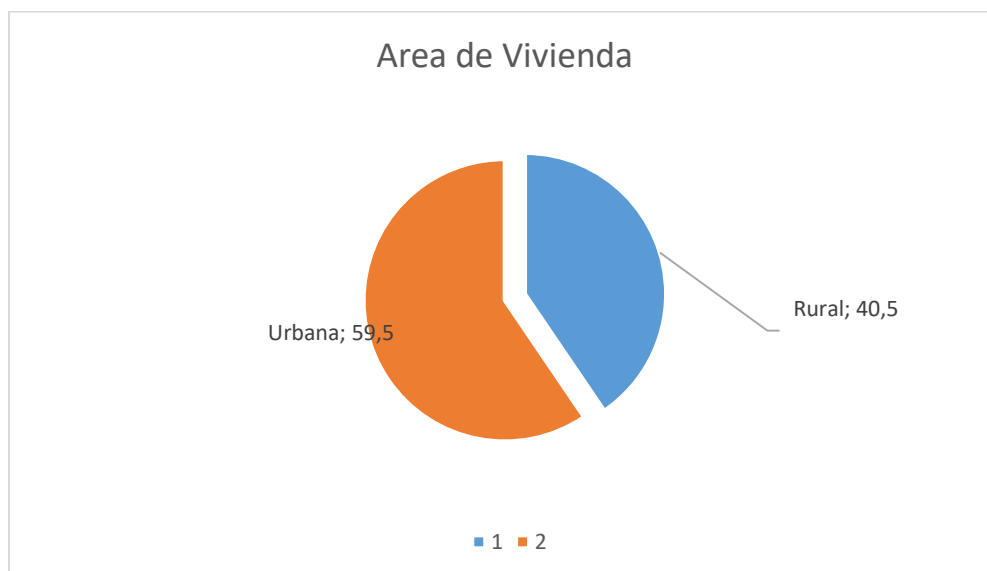


Gráfico 3. Estado civil de la muestra poblacional. Hospital General Docente de Calderón, 2022 (n=173)

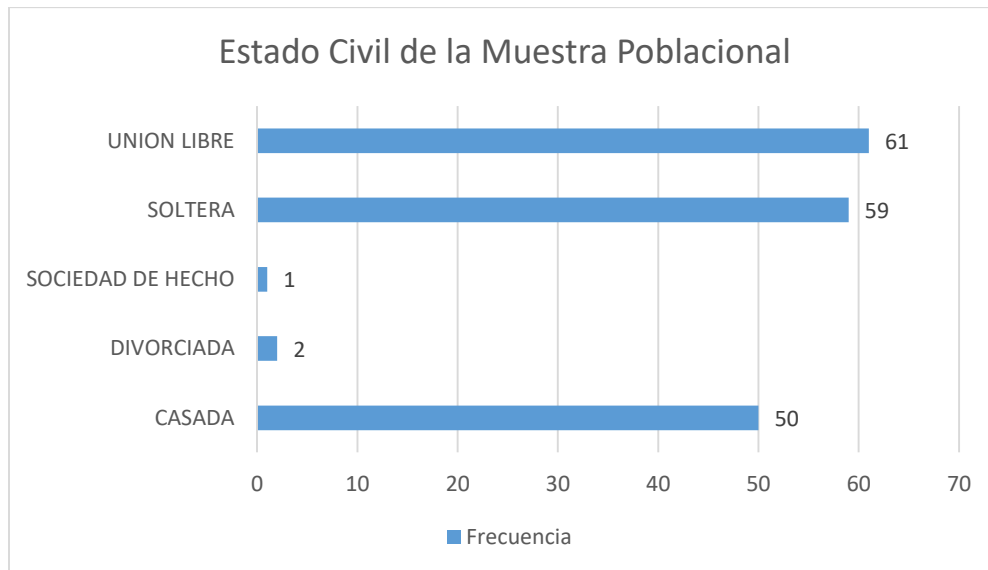


Gráfico 4. Nivel de instrucción académica de la muestra poblacional. Hospital General Docente de Calderón, 2022 (n=173)

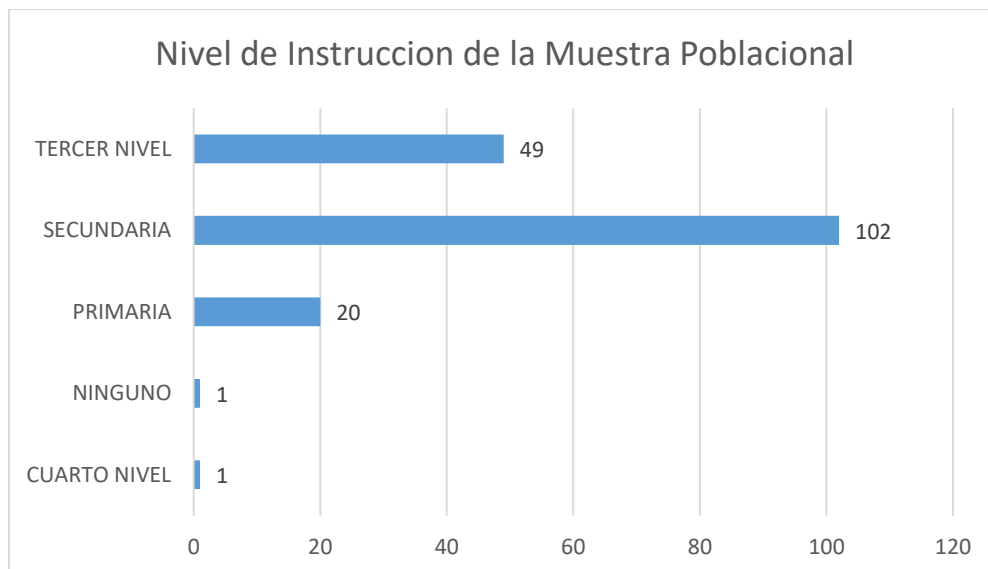


Gráfico 5. Ingresos económicos familiares mensuales de la muestra poblacional. Hospital General Docente de Calderón, 2022 (n=173)

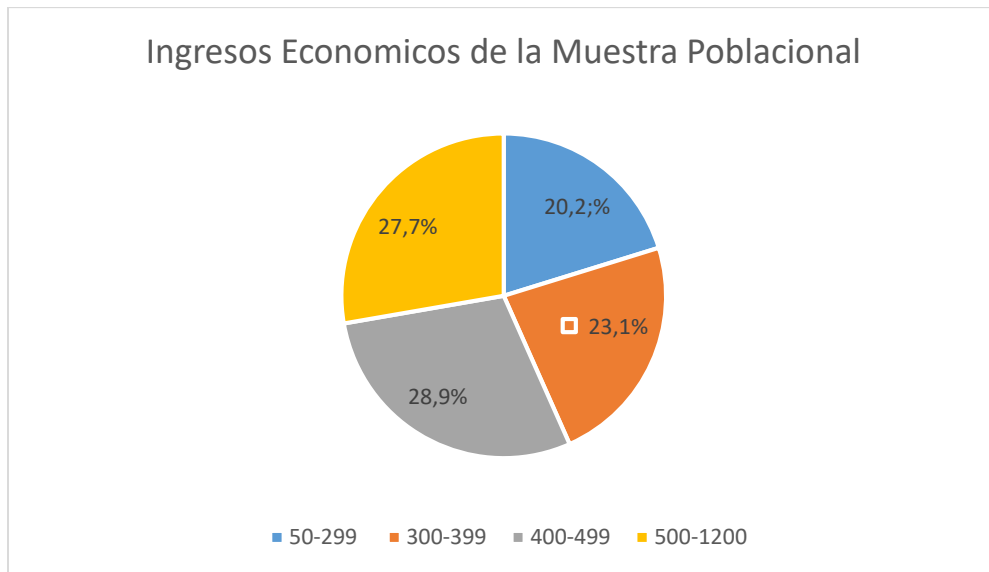


Gráfico 6. Estructura familiar de la muestra poblacional. Hospital General Docente de Calderón, 2022 (n=173)

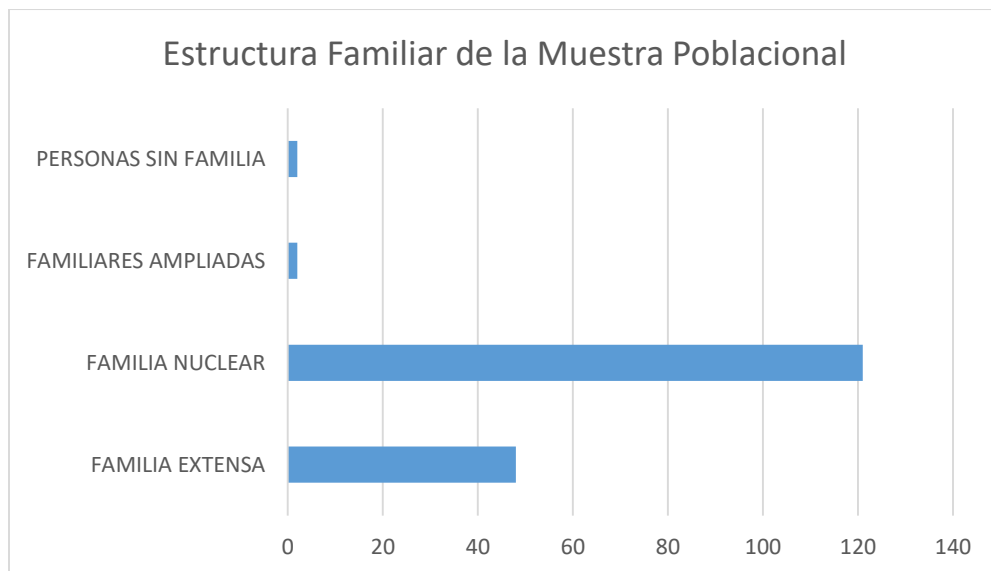


Gráfico 7. Antecedente patológico personal de depresión o depresión posparto de la muestra poblacional. Hospital General Docente de Calderón, 2022 (n=173)

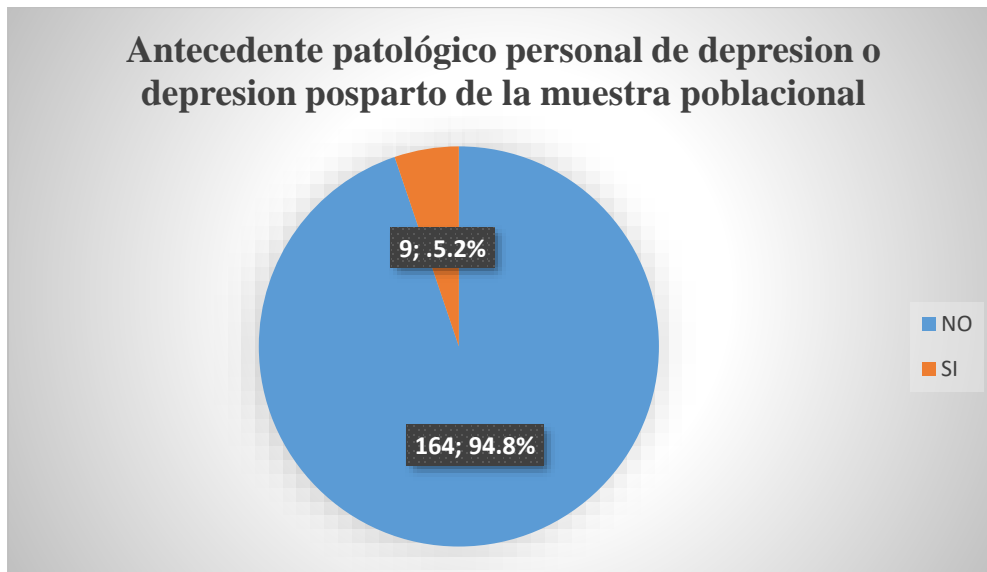


Gráfico 8. Antecedente patológico familiar de depresión de la muestra poblacional. Hospital General Docente de Calderón, 2022 (n=173)

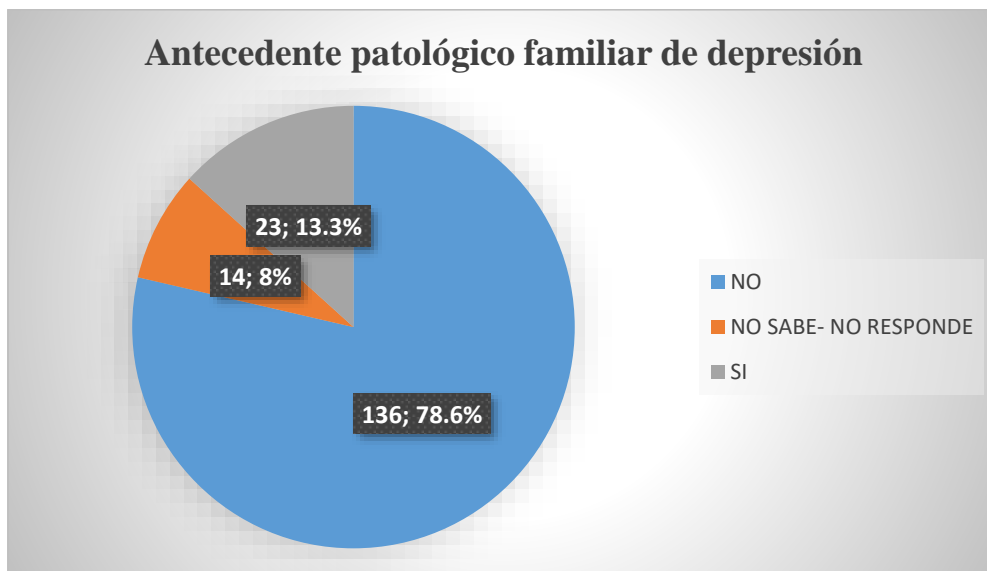


Gráfico 9. Puntaje de la escala de factores estresantes de Holmes-Rahe de la muestra poblacional. Hospital General Docente de Calderón, 2022 (n=173)

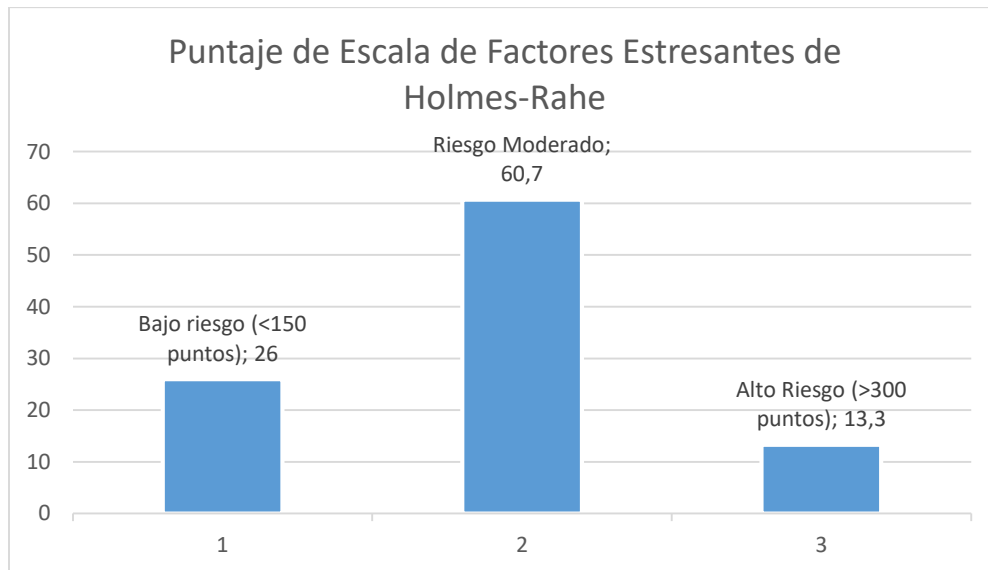
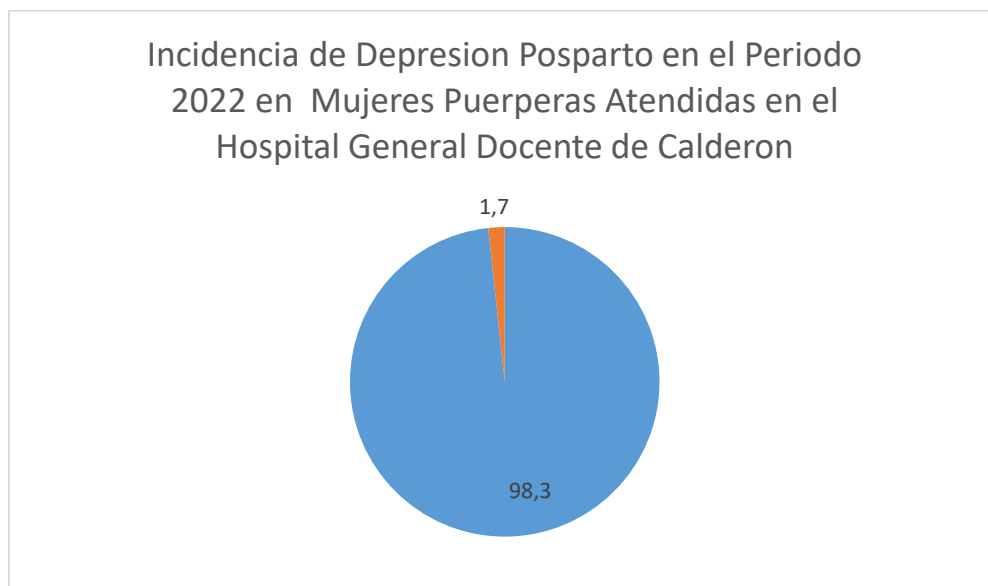


Gráfico 10. Incidencia de depresión posparto de la muestra poblacional al seguimiento, un mes posparto. Hospital General Docente de Calderón, 2022 (n=173)



RESULTADOS DE INCIDENCIA DE DEPRESION POSPARTO EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN PERÍODO 2022

En relación a los datos que se obtuvieron con la aplicación de la escala de depresión posparto de Edimburgo y los factores biopsicosociales y los relacionados a factores estresantes con la aplicación de la encuesta de Holmes-Rahe se obtuvieron los siguientes resultados:

En cuanto al puntaje de la escala de depresión posparto de Edimburgo, las 3 mujeres en etapa puerperal que obtuvieron un puntaje mayor o igual a 10 o diferente de 0 en el ítem número 10 de la escala, se evidenció en relación a su edad cronológica que las 3 fueron adultas jóvenes que se encontraron dentro de la edad cronológica de entre 20 a 34 años, en relación a la nacionalidad las 3 pacientes en estado puerperal fueron ecuatorianas, según la etnia las 3 mujeres puérperas se auto identificaron como mestizas, en relación a la zona de residencia 1 mujer indicó que reside en una zona rural mientras que las 2 mujeres puérperas vivían en una zona urbana, además se evidenció que según el estado civil de cada participante 2 de las 3 mujeres en estado puerperal fueron solteras y 1 mujer refirió estado civil en unión libre, con respecto al nivel de instrucción académica de cada mujer puérpera se obtuvo como resultado que 2 de las 3 mujeres culminaron la secundaria, mientras que 1 mujer tuvo nivel de instrucción primaria. La ocupación de 2 de las mujeres puérperas fue ser ama de casa mientras que 1 mujer refirió ser comerciante, en lo que respecta a ingresos económicos familiares mensuales de las mujeres participantes se obtuvo que 1 mujer tuvo ingresos económicos de entre 50 y 299 dólares al mes, 1 mujer tuvo ingresos económicos de entre 400 y 499 dólares al mes y la tercera mujer puérpera tuvo ingresos económicos mensuales de entre 500 y 1200 dólares al mes. La estructura familiar de cada mujer

puérpera que dio positivo para la escala de Edimburgo reportó que 2 mujeres viven dentro de una familia extensa y 1 mujer vive en una familia ampliada.

Con respecto a los antecedentes patológicos personales de enfermedades crónicas ninguna de las 3 mujeres en etapa puerperal reportaron antecedentes, sin embargo, según los antecedentes patológicos personales de depresión 1 de las 3 mujeres si presentó este antecedente como diagnóstico previo en algún momento de su vida, mientras que las 2 mujeres restantes no presentaron antecedentes de depresión. A propósito de este antecedente y según los antecedentes patológicos familiares de depresión 2 mujeres en etapa puerperal no refirieron este antecedente y 1 mujer de las 3 si presentó antecedente de depresión en su familia cercana.

Según los antecedentes gineco obstétricos de las 3 mujeres que obtuvieron un puntaje de riesgo alto de presentar depresión posparto en la escala de Edimburgo, 1 mujer puérpera presentó antecedente de tener su primera gesta y 2 mujeres refirieron tener antecedente de 3 gestas previas. Además, según los antecedentes de abortos ninguna de las 3 mujeres no presentó este antecedente, en relación a los antecedentes de partos de las mujeres en etapa puerperal 1 mujer presentó antecedente de 1 parto cefalovaginal, 1 mujer antecedente de 2 partos cefalovaginales y 1 mujer no presentó ningún parto cefalovaginal. En relación a los antecedentes de cesáreas 1 mujer refirió 1 antecedente de cesárea, 1 mujer refirió antecedente de tener 3 cesáreas y 1 mujer no presentó este antecedente. Con respecto al antecedente de hijos fallecidos ninguna mujer puérpera no tuvo este antecedente, según los antecedentes de hijos vivos 2 mujeres puérperas tuvieron 3 hijos vivos y 1 mujer puérpera 1 hijo vivo, en cuanto al antecedente de embarazos múltiples ninguna mujer puérpera presentó este antecedente. En lo que respecta a los antecedentes patológicos personales de complicaciones obstétricas previas ninguna mujer no presentó este antecedente.

Según los datos obstétricos del embarazo actual de las mujeres en período puerperal en relación a si el embarazo actual fue deseado 1 mujer refirió que no fue deseado, mientras que las 2 mujeres restantes refirieron que si fue deseado. Con respecto a los antecedentes de hospitalizaciones en el embarazo actual 1 mujer puérpera refirió que, si presentó antecedente de hospitalización en el embarazo mientras que las 2 mujeres restantes no presentaron este antecedente, respecto a los antecedentes de enfermedades y/o complicaciones en el embarazo actual 2 mujeres reportaron que presentaron alguna enfermedad y/o complicación en el embarazo actual siendo la infección de vías urinarias reportadas y 1 mujer no presentó este antecedente. Así como según la vía de terminación del embarazo 2 mujeres reportaron que su embarazo terminó vía cesárea y 1 mujer terminó su embarazo por vía cefalovaginal. En lo que respecta a las complicaciones presentadas durante el parto 1 mujer presentó complicaciones en relación a complicaciones hemorrágicas y las 2 mujeres restantes no presentaron este antecedente, así como en relación a las complicaciones presentadas en el período del posparto inmediato se evidenció que ninguna de las 3 mujeres no presentó complicaciones en esta etapa.

Los resultados que se obtuvieron de la encuesta de Holmes y Rahe aplicadas a las mujeres en período puerperal reportaron que 2 mujeres presentaron un puntaje mayor a 300 con un riesgo alto de presentar enfermedad psicosomática y 1 mujer obtuvo un puntaje menos de 150 puntos con un riesgo bajo de presentar enfermedad psicosomática.

RELACIÓN DE DEPRESIÓN POSPARTO CON FACTORES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y DE ESTRÉS

En la **Tabla 9** se muestran las características socio demográficas y valores promedios del test de Edimburgo (ANOVA) de mujeres en el período puerperal del Hospital General Docente de Calderón, donde según el **grupo etario** las mujeres adolescentes tardías presentaron una media de 4,11 con una desviación estándar de $\pm 2,47$ el grupo de mujeres adultas jóvenes presentaron una media de 3,53 con una desviación estándar de $\pm 2,912$, el grupo de adultas medias presentaron una media de 3,33 con una desviación estándar de $\pm 3,02$, todas con un valor de P de 0,47 datos que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$). De acuerdo a la **nacionalidad** de las mujeres puérperas y en relación a depresión posparto, mujeres con nacionalidad ecuatoriana presentaron una media de $3,57 \pm$ una desviación estándar de 2,89, mujeres con nacionalidad venezolana tuvieron una media de 3,7 con una desviación estándar de 2,26 y mujeres con otra nacionalidad presentaron una media de 3,5 con una desviación estándar de 2,87, todas con un valor de P de 0.438, datos que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$). Según la **etnia** de las mujeres puérperas en relación a depresión posparto, se obtuvo datos donde mujeres con etnia mestiza presentaron una media de $3,48 \pm$ una desviación estándar de 2,86, en relación a la etnia afroecuatoriana se presentó una media de 6,2 con una desviación estándar de $\pm 3,56$, con la etnia indígena se evidenció una media de 3,17 con una desviación estándar de $\pm 2,25$, según la etnia montubia se presentó una media de 3,6 con una desviación estándar de $\pm 2,88$, en referencia a la etnia mulata se evidencio una media de 9 y con la etnia blanca una media de 4, todos los datos con un valor de P de 0.764, datos que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$). En relación a datos obtenidos de la **zona de residencia** de las mujeres puérperas en relación a datos de depresión posparto, donde mujeres que vivían en una zona rural presentaron una media de $4,03 \pm$ una desviación estándar de 3,176, las que vivían en una zona urbana presentaron una media de 2,616 con una desviación estándar $\pm 0,258$, todos los datos con un valor de p de 1.73,

datos que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$). En cuanto a datos obtenidos del **estado civil** de las mujeres puérperas relación a datos de depresión posparto, donde mujeres con estado civil casadas presentaron una media de $3,3 \pm$ una desviación estándar de $2,49$, mujeres divorciadas presentaron una media de $5,5$ con una desviación estándar de $\pm 3,54$, mujeres con estado civil sociedad de hecho presentaron una media de 5 , en relación al estado civil solteras presentaron una media de $3,42$ con una desviación estándar de $\pm 3,09$ y mujeres que presentaron estado civil unión libre con una media de $3,85$ con una desviación estándar de $\pm 2,97$, todos estos valores con un valor de p de $0,7$, datos que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$).

Según datos obtenidos del **nivel de instrucción académica** de las mujeres puérperas en relación a datos de depresión posparto, donde mujeres que respondieron no tener ninguna instrucción académica presentaron una media de 3 , mujeres con instrucción primaria presentaron una media de $4,15$ con una desviación estándar de $\pm 3,66$, mujeres con nivel de instrucción secundaria presentaron una media de $3,64$ con una desviación estándar de $\pm 2,91$, mujeres con instrucción de tercer nivel presentaron una media de $3,24 \pm$ una desviación estándar de $2,46$ y mujeres con cuarto nivel de instrucción presentaron una media de 2 , todos estos datos con un valor de p de $0,13$, datos que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$). Según datos que se obtuvieron de la **ocupación** de mujeres puérperas en relación a datos de depresión posparto, donde mujeres con ocupación ama de casa presentaron una media de $3,66 \pm$ una desviación estándar de 3 , mujeres con ocupación de cocinera presentaron una media de 4 con una desviación estándar de $\pm 3,46$, mujeres con ocupación comerciante presentaron una media de $3 \pm$ una desviación estándar de $2,78$, mujeres que fueron estudiantes presentaron una media de $3,43$ con una desviación estándar de $\pm 2,76$, mujeres con ocupación lavandera presentaron una media de 8 y mujeres que respondieron otra ocupación presentaron una media de $3,31$ con una desviación estándar de \pm

1,84, todos estos datos con un valor de p de 0.52, que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$). En cuanto a datos obtenidos **de ingresos económicos familiares mensuales** de las mujeres puérperas en relación a datos de depresión posparto, donde mujeres con un ingreso económico familiar mensual de 50 – 299 presentaron una media de $4.09 \pm$ una desviación estándar de 2,801, mujeres con un ingreso de 300-399 presentaron una media de $3,43 \pm$ una desviación estándar de 2,745, mujeres con ingresos de entre 400-499 presentaron una media de $3,34 \pm$ una desviación estándar de 2,904 y mujeres con ingresos de entre 500-1200 presentaron una media de $3,56 \pm$ una desviación estándar de 3,031, estos datos con un valor de P de 0.89 que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$). Según datos obtenidos de la **estructura familiar** de las mujeres puérperas en relación a datos de depresión posparto, donde mujeres con familia nuclear presentaron una media de $3.33 \pm$ una desviación estándar de 2,46, mujeres que tuvieron una familia extensa presentaron una media de 3,81 con una desviación estándar de $\pm 3,37$, mujeres que tuvieron una familia ampliada presentaron una media de 10 \pm una desviación estándar de 7,07 y aquellas personas sin familia presentaron una media de 6 con una desviación estándar de $\pm 1,41$, datos con un valor de P de 0.002, datos que son estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$).

Tabla 9. Características socio demográficas y valores promedios del test de Edimburgo (ANOVA). Mujeres en posparto del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

Grupo etario	Media \pm Desviación Estándar	IC (95%)	Valor P
Adolescente tardía (18-19)	4.11 ± 2.47	2.91 – 5.3	0.47
Adulta joven (20-34 años)	3.53 ± 2.912	3.03 – 4.03	

Adulta media (35-49)	3.33 ± 3.02	1.96 – 4.71	
Nacionalidad	Media ± Desviación Estándar	IC (95%)	Valor P
Ecuatoriana	3.57 ± 2.89	3.11 – 4.02	0.438
Venezolana	3.7 ± 2.26	2.08– 5.32	
Otra	3.5 ± 2.87	-2.93– 9.93	
Etnia	Media ± Desviación Estándar	IC (95%)	Valor P
Mestiza	3.48 ± 2.86	3.01 – 3.94	0.764
Afroecuatoriana	6.2 ± 3.56	1.78– 10.62	
Indígena	3.17 ± 2.25	1.74 – 4.6	
Montubio	3.6 ± 2.88	0.02-7.18	
Mulata	9	.	
Blanca	4	.	
Zona de residencia	Media ± Desviación Estándar		Valor P
Rural	4.03 ± 3.176		1.73
Urbana	2.616 ± 0.258		
Estado civil	Media ± Desviación Estándar	IC (95%)	Valor P
Casada	3.3 ± 2.49	2.59 – 4.01	0.7
Divorciada	5.5 ± 3.54	-26.27 – 37.27	
Sociedad de hecho	5	.	
Soltera	3.42 ± 3.09	2.62-4.23	
Unión libre	3.85 ±2.97	3.09 -4.61	
Nivel de instrucción académica	Media ± Desviación Estándar	IC (95%)	Valor P
Ninguno	3	.	0.13
Primaria	4.15 ± 3.66	2.44 – 5.86	
Secundaria	3.64 ± 2.91	3.06-4.21	
Tercer nivel	3.24 ± 2.46	2.54-3.95	
Cuarto nivel	2	.	
Ocupación	Media ± Desviación Estándar	IC (95%)	Valor P
Ama de casa	3,66 ± 3	3.11-4.22	0.52
Cocinera	4 ±3.46	-4.61-12.61	
Comerciante	3 ± 2.78	1.57-4.43	
Estudiante	3.43 ±2.76	2.24-4.63	
Lavandera	8	.	
Otra	3.31 ± 1.84	2.19-4.42	
Ingresos económicos	Media ±Desviación Estándar	IC (95%)	Valor P

familiares mensuales (USD)			
50-299	4.09 ±2.801	3.12 – 5.05	0.89
300-399	3.43 ± 2.745	2.55 – 4.30	
400-499	3.34 ± 2.904	2.51- 4.17	
500-1200	3.56 ± 3.031	2.68 – 4.44	
Estructura familiar	Media ±Desviación Estándar	IC (95%)	Valor P
Familia nuclear	3.33 ± 2.46	2.89-3.77	0.002**
Familia extensa	3.81 ± 3.37	2.83-4.79	
Familia ampliada	10 ±7.07	-53.53-73.53	
Personas sin familia	6 ±1.41	-6.71 – 18.71	

Elaborado por: Dras. Emilie Morales / Elizabeth Parker

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2022 – Sistema KoboToolbox

*Estadísticamente significativo a un valor $p < 0,05$

**Estadísticamente significativo a un valor de $p < 0,01$

En la **Tabla 10** se muestran los antecedentes patológicos personales y valores promedios del test de Edimburgo (ANOVA) en las mujeres en período puerperal del Hospital General Docente de Calderón, en relación a los **antecedentes patológicos personales de enfermedad crónica** de las mujeres puérperas, donde las que sí tuvieron antecedentes presentaron una media de $2.36 \pm$ una desviación estándar de 1,206 y las que no tuvieron antecedentes tuvieron una media de 3,65 \pm una desviación estándar de 2,935, estos datos con un valor de p de 0.150 que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$). En cuanto a los **antecedentes patológicos personales de depresión o depresión posparto** en las mujeres puérperas en relación a datos de depresión posparto, donde mujeres que si presentaron este antecedente tuvieron una media de $5.33 \pm$ una desviación estándar de 3,20 y las que no tuvieron este antecedente presentaron una media de 3,48 con una desviación estándar de $\pm 2,832$ estos datos con un valor de p de 0.059, datos que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$). En relación a datos obtenidos de **antecedentes**

patológicos familiares de depresión de las mujeres puérperas en relación a datos de depresión posparto, donde las mujeres que si presentaron este antecedente tuvieron una media de $4.39 \pm$ una desviación estándar de 3,59, las que no presentaron este antecedente presentaron una media de 3,24 con una desviación estándar de $\pm 2,64$ y las que respondieron no sabe presentaron una media de $5,43 \pm$ desviación estándar de 3,03, estos datos con un valor de p de 0.008 que si son estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$).

Tabla 10. Antecedentes patológicos personales y valores promedios del test de Edimburgo (ANOVA). Mujeres en posparto del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

Antecedentes patológicos personales de enfermedad crónica	Media \pmDesviación Estándar		Valor P
Si	2.36 \pm 1.206		0.150
No	3.65 \pm 2.935		
Antecedentes patológicos personales de depresión o depresión posparto	Media \pmDesviación Estándar		Valor P
Si	5.33 \pm 3.20		0.059
No	3.48 \pm 2.832		
Antecedentes patológicos familiares de depresión	Media \pm Desviación Estándar	IC (95%)	Valor P
Si	4.39 \pm 3.59	2.84-5.94	0.008**
No	3.24 \pm 2.64	2.8-3.69	
No Sabe	5.43 \pm 3.03	3.68-7.18	

Elaborado por: Dras. Emilie Morales / Elizabeth Parker

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2022 – Sistema KoboToolbox

*Estadísticamente significativo a un valor $p < 0,05$

**Estadísticamente significativo a un valor de $p < 0,01$

En la **Tabla 11** se muestran datos obtenidos de antecedentes gineco obstétricos y valores promedio del test de Edimburgo (ANOVA) en mujeres posparto del Hospital General Docente de Calderón, donde según el **número de gestas** de las mujeres puérperas, donde las mujeres que presentaron 1 gesta tuvieron una media de $3,09 \pm$ una desviación estándar de 2,441, las mujeres que presentaron 2 gestas tuvieron una media de $3,09 \pm$ una desviación estándar de 2,3, mujeres que tuvieron 3 gestas presentaron una media de $4,64 \pm$ una desviación estándar de 3,46, mujeres que tuvieron 4 gestas presentaron una media de $4,71 \pm$ una desviación estándar de 3,35, mujeres que tuvieron 5 gestas presentaron una media de $1,4 \pm$ una desviación estándar de 2,2 y mujeres con antecedente de presentar 6 gestas presentaron una media de $5 \pm$ una desviación estándar de 5,66, todos estos datos con un valor de p de 0.048 que son estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$). Según datos obtenidos de los **antecedentes de abortos** de las mujeres puérperas en relación a datos de depresión posparto, donde las mujeres sin antecedente de aborto presentaron una media de $3,42 \pm$ una desviación estándar de 2,852, mujeres con 1 antecedente de aborto presentaron una media de 4,76 con una desviación estándar de $\pm 2,773$, mujeres con antecedente de 2 abortos presentaron una media de $2,17 \pm$ una desviación estándar de 2,714, estos datos con un valor de p de 0.96 que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$). En relación a datos obtenidos del **antecedente de parto cefalovaginal** en mujeres puérperas en relación a datos de depresión posparto, donde las mujeres sin antecedentes de parto cefalovaginal presentaron una media de $3,36 \pm$ una desviación estándar de 2,774 con un valor de p de 0.452, mujeres que tuvieron 1 antecedente de parto cefalovaginal presentaron una media de $3,36 \pm$ una desviación

estándar de 2,625, mujeres que tuvieron 2 antecedentes de parto cefalovaginal presentaron una media de $4 \pm$ una desviación estándar de 3,223, mujeres que tuvieron 3 antecedentes de parto cefalovaginal presentaron una media de $3,32 \pm$ una desviación estándar de 2,868, mujeres con antecedente de 4 partos cefalovaginales presentaron una media de $4,24 \pm$ una desviación estándar de 3,403, mujeres con antecedente de 5 partos cefalovaginales presentaron una media de $7 \pm$ una desviación estándar de 2,828 todos estos datos con un valor de p de 0,452 que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$). En relación a datos obtenidos de el **antecedente de cesárea** en mujeres puérperas en relación a datos de depresión posparto, donde mujeres sin antecedente de cesárea presentaron una media de $3,55 \pm$ una desviación estándar de 2,75, mujeres con 1 antecedente de cesárea presentaron una media de 3,44 con una desviación estándar de $\pm 2,62$, mujeres con 2 antecedentes de cesárea presentaron una media de 3,44 con una desviación estándar de $\pm 3,14$, mujeres con antecedente de 3 cesáreas presentaron una media de 4,55 con una desviación estándar de $\pm 4,53$, datos con un valor de p de 0.056 que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$). En relación a los datos del **número de hijos vivos** de las mujeres puérperas en relación a datos de depresión posparto, donde las mujeres que tuvieron 1 hijo vivo presentaron una media de $3,08 \pm$ una desviación estándar de 2,34, mujeres que tuvieron 2 hijos vivos presentaron una media de $3,55 \pm$ una desviación estándar de 2,56, mujeres que tuvieron 3 hijos vivos presentaron una media de $4,24 \pm$ una desviación estándar de 3,66, mujeres que tuvieron 4 hijos vivos presentaron una media de $5 \pm$ una desviación estándar de 3,94, mujeres que tuvieron 5 hijos vivos presentaron una media de $3,75 \pm$ una desviación estándar de 4,11, datos con un valor de p de 0.01 que son estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$). En cuanto a datos obtenidos de el **antecedente de hijos fallecidos** de mujeres puérperas en relación a datos de depresión posparto, donde las mujeres que no tuvieron este

antecedente presentaron una media de $3.57 \pm$ una desviación estándar de 2,88, las que tuvieron 1 antecedente de hijo fallecido presentaron una media de 2, y las mujeres que tuvieron el antecedente de 2 hijos fallecidos presentaron una media de 6, datos con un valor de p de 0.605 que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$). En cuanto a datos obtenidos de **antecedentes patológicos de complicaciones obstétricas previas** en mujeres puérperas en relación a datos de depresión posparto, donde las mujeres que sí tuvieron este antecedente presentaron una media de $2.77 \pm$ una desviación estándar de 2,51, las mujeres que no tuvieron este antecedente presentaron una media de $4,01 \pm$ una desviación estándar de 3,11 y el grupo que no aplica tuvo una media de $3,19 \pm$ una desviación estándar de 2,52, valores con una p de 0.085 datos que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$).

Tabla 11. Antecedentes gineco obstétricos y valores promedios del test de Edimburgo (ANOVA). Mujeres en posparto del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

Gestas	Media \pmDesviación Estándar	IC (95%)	Valor P
1	3.09 \pm 2.441	2.48 – 3.7	0.048*
2	3.09 \pm 2.3	2.4 – 3.77	
3	4.64 \pm 3.46	3.52 – 5.76	
4	4.71 \pm 3.35	2.98 – 6.43	
5	1.4 \pm 2.2	-1.32 – 4.12	
6	5 \pm 5.66	-45.82 – 55.82	
Antecedente de abortos	Media \pmDesviación Estándar	IC (95%)	Valor P
Sin antecedente	3.42 \pm 2.852	2.95 – 3.9	0.96
1 aborto	4.76 \pm 2.773	3.62 – 5.9	
2 abortos	2.17 \pm 2.714	- 0.68 – 5.02	
Antecedente de parto cefalovaginal	Media \pmDesviación Estándar	IC (95%)	Valor P
0	3.36 \pm 2.774	2.59 – 4.12	0.452
1	3.36 \pm 2.625	2.61 – 4.11	

2	4 ±3.223	3 – 5	
3	3.32 ±2.868	2.05 – 4.59	
4	4.25 ±3.403	-1.17 – 9.67	
5	7 ±2.828	-18.41 – 32.41	
Antecedente de cesárea	Media ±Desviación Estándar	IC (95%)	Valor P
0	3.55 ±2.75	3 – 4.1	0.056
1	3.44 ±2.62	2.68– 4.2	
2	3.44 ±3.14	1.76 – 5.11	
3	4.55 ±4.53	1.51 – 7.59	
Número de hijos vivos	Media ± Desviación Estándar	IC (95%)	Valor P
1	3.08 ± 2.34	2.53 – 3.64	0.01*
2	3.55 ± 2.56	2.83 – 4.27	
3	4.24 ± 3.66	3.1 – 5.38	
4	5 ± 3.94	0.11 – 9.89	
5	3.75 ± 4.11	-2.79 – 10.29	
Antecedente de hijos fallecidos	Media ± Desviación Estándar	IC (95%)	Valor P
Sin antecedente	3.57 ± 2.88	3.13 -4	0.605
1 hijo	2	.	
2 hijos	6	.	
Antecedentes patológicos de complicaciones obstétricas previas	Media ± Desviación Estándar	IC (95%)	Valor P
Si	2.77 ± 2.51	1.66 – 3.88	0.085
No	4.01 ± 3.11	3.37– 4.65	
No Aplica	3.19 ± 2.52	2.53 – 3.84	

Elaborado por: Dras. Emilie Morales / Elizabeth Parker

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2022 – Sistema KoboToolbox

*Estadísticamente significativo a un valor $p < 0,05$

**Estadísticamente significativo a un valor de $p < 0,01$

En la **Tabla 12** se muestran los datos obstétricos del embarazo actual y valores promedio del test de Edimburgo (ANOVA) en mujeres del Hospital General Docente de Calderón, en donde datos obtenidos de la variable **embarazo actual deseado** en mujeres puérperas en relación a datos de depresión posparto, donde las mujeres que si desearon su embarazo presentaron una media de $3,58 \pm$ una desviación estándar de 2,73, y las mujeres que no desearon su embarazo presentaron una media de $3,85 \pm$ una desviación estándar de 3,19, estos datos con un valor de p de 0.44, datos que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$). En relación a los datos obtenidos de los **antecedentes de enfermedades y complicaciones en el embarazo actual** en relación a datos de depresión posparto, donde las mujeres que sí tuvieron este antecedente presentaron una media de $3.74 \pm$ una desviación estándar de 2,853 y las que no tuvieron este antecedente presentaron una media de $3,34 \pm$ una desviación estándar de 2,903, estos datos con valor de p de 0.372, datos que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$). En cuanto a los **antecedentes de hospitalizaciones en el embarazo actual** en mujeres puérperas en relación a datos de depresión posparto, donde las mujeres que sí tuvieron hospitalizaciones en su embarazo presentaron una media de $5.21 \pm$ una desviación estándar de 2,887 y mujeres que no tuvieron este antecedente presentaron una media de $3,43 \pm$ una desviación estándar de 2,834, datos con un valor de p de 0.025, datos que son estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$). En cuanto a la **vía de terminación del embarazo** de las mujeres puérperas en relación a datos obtenidos de la encuesta de Edimburgo, donde las mujeres que terminaron el embarazo por parto presentaron una media de $3.55 \pm$ una desviación estándar de 2,72 y las mujeres que terminaron su embarazo por cesárea presentaron una media de $3,6 \pm$ una desviación estándar de 3,09, datos con un valor de p de 0.9 que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$). En relación a datos obtenidos de

complicaciones en el parto de las mujeres puérperas en relación a datos de depresión posparto, donde mujeres si tuvieron complicaciones presentaron una media de $3.83 \pm$ una desviación estándar de 3,253 y las mujeres que no presentaron complicaciones al momento del parto obtuvieron una media de $3,53 \pm$ una desviación estándar de 2,815, datos con un valor de p de 0.633 que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$). En cuanto a datos obtenidos de **complicaciones en el período puerperal inmediato** en relación a depresión posparto, donde las mujeres que sí tuvieron complicaciones presentaron una media de $3.23 \pm$ una desviación estándar de 2,242 y mujeres que no tuvieron complicaciones en el período del posparto inmediato presentaron una media de $3,60 \pm$ una desviación estándar de 2,921, datos con un valor de p de 0.657 que no son estadísticamente significativos ($p \geq 0,05$).

Tabla 12. Datos obstétricos del embarazo actual y valores promedios del test de Edimburgo (ANOVA). Mujeres en posparto del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

Embarazo actual deseado	Media \pm Desviación Estándar	IC (95%)	Valor P
Si	3.58 ± 2.73	3.06 -4.11	0.44
No	3.85 ± 3.19	2.98 – 4.72	
No sabe o no responde	2.31 ± 2.39	0.86 – 3.75	
Antecedente de enfermedades y complicaciones en el embarazo actual	Media \pm Desviación Estándar		Valor P
Si	3.74 ± 2.853		0.372
No	3.34 ± 2.903		
Antecedente de hospitalizaciones del embarazo actual	Media \pm Desviación Estándar		Valor P
Si	5.21 ± 2.887		0.025*

No	3.43 ± 2.834		
Vía de terminación del embarazo	Media ± Desviación Estándar		Valor P
Parto	3.55 ± 2.72		0.9
Cesárea	3.6 ± 3.09		
Complicaciones en el parto	Media ± Desviación Estándar		Valor P
Si	3.83 ± 3.253		0.633
No	3.53 ± 2.815		
Complicaciones en el periodo del posparto inmediato	Media ± Desviación Estándar		Valor P
Si	3.23 ± 2.242		0.657
No	3.60 ± 2.921		

Elaborado por: Dras. Emilie Morales / Elizabeth Parker

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2022 – Sistema KoboToolbox

*Estadísticamente significativo a un valor $p < 0,05$

**Estadísticamente significativo a un valor de $p < 0,01$

En la **Tabla 13** se muestran datos de la encuesta de Holmes – Rahe y valores promedio del test de Edimburgo (ANOVA) en mujeres puérperas del Hospital General Docente de Calderón, en donde mujeres que obtuvieron un puntaje de riesgo bajo para enfermedad psicosomática presentaron una media de $3.47 \pm$ una desviación estándar de 2,841, mujeres que presentaron un puntaje de riesgo moderado para enfermedad psicosomática presentaron una media de $3,31 \pm$ una desviación estándar de 2,562 y mujeres que obtuvieron un puntaje de riesgo alto para enfermedad psicosomática presentaron una media de $4,96 \pm$ una desviación estándar de 3,867, datos con un valor de p de 0.019 que son estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$).

Tabla 13. Datos de la encuesta de Holmes - Rahe y valores promedios del test de Edimburgo (ANOVA). Mujeres en posparto del Hospital General Docente de Calderón, período 2022 (n=173).

Puntaje de la escala de factores estresantes de Holmes-Rahe	Media \pm Desviación Estándar	IC (95%)	Valor P
Riesgo bajo de enfermedad psicosomática	3.47 \pm 2.841	2.61 – 4.32	0.019*
Riesgo moderado de enfermedad psicosomática	3.31 \pm 2.562	2.82 – 3.81	
Riesgo alto de enfermedad psicosomática	4.96 \pm 3.867	3.28 – 6.63	

Elaborado por: Dras. Emilie Morales / Elizabeth Parker

Fuente: Encuestas realizadas en el HGDC 2022 – Sistema KoboToolbox

*Estadísticamente significativo a un valor $p < 0,05$

**Estadísticamente significativo a un valor de $p < 0,01$

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo determinar la incidencia de depresión posparto en mujeres puérperas del Hospital General Docente de Calderón en relación a factores de riesgo biológicos, psicológicos, sociales y de estrés. Participaron un total de 173 mujeres que dieron a luz en el área de ginecología del Hospital de Calderón, y que fueron seguidas hasta un mes después del parto; de las cuales, tres mujeres obtuvieron un puntaje mayor o igual a 10 o diferente de 0 en el ítem número 10 de la escala de Edimburgo al mes del puerperio, presentando una alta probabilidad de depresión posparto. La incidencia de depresión postparto fue del 1,73% en esta población estudiada. Según estudios a nivel mundial se ha evidenciado que la incidencia obtenida en este estudio es baja en relación a valores de incidencia de diferentes estudios encontrados como lo es de Caparros González (2018) donde se presenta una incidencia de depresión posparto del 15% a nivel mundial, datos que varían según cada país, región, población, el tiempo en que se implementa la Escala de Edimburgo o el uso de otra escala de alta probabilidad de depresión posparto, así como, las características de la población y sus factores estudiados.

Los resultados de este estudio mostraron que las 3 mujeres que presentaron una alta probabilidad de depresión posparto según la escala de Edimburgo al mes de seguimiento, en relación a la zona de residencia 1 mujer indicó vivir en zona rural y las 2 mujeres restantes vivían en una zona urbana, según el estado civil 2 mujeres fueron solteras y 1 mujer fue unión libre, en cuanto al nivel de instrucción académica de cada mujer 2 mujeres culminaron la secundaria mientras que 1 mujer tuvo un nivel de instrucción primaria lo cual son hallazgos demográficos semejantes aquellos encontrados en el estudio de Benítez (2021) donde se evidencia que los factores sociodemográficos de la población con depresión posparto fueron un 50% estado civil

solteras, según el nivel educativo el 24% tenían instrucción primaria y el 46% tuvieron un nivel de instrucción secundaria.

En relación a la ocupación de las mujeres en estado puerperal 2 de las mujeres tenían como ocupación ser amas de casa y 1 mujer refirió ser comerciante, datos similares al estudio de (Zhuzhingo, 2014) que se realizó en la provincia de El Oro donde la mayoría de la población con depresión posparto se dedicaban a los quehaceres domésticos en un 56%. Así como también se evidenció según la estructura familiar de las mujeres puérperas donde se reportó que 2 mujeres vivían dentro de una familia extensa y 1 mujer vivía dentro de una familia ampliada lo cual es un hallazgo demográfico idéntico al estudio de Benitez (2021) donde se demostró que el 64% de su población con depresión posparto vivían en una familia nuclear, mientras que el 8% en una familia extensa y el 8% dentro de una familia ampliada. Las 3 mujeres en etapa puerperal tenían una variación en sus ingresos económicos familiares mensuales donde 1 mujer tuvo ingresos económicos de entre 50 y 299 dólares al mes, 1 mujer tuvo ingresos económicos de entre 400 y 499 dólares al mes y la tercera mujer puérpera tuvo ingresos económicos mensuales de entre 500 y 1200 dólares al mes.

En relación a los resultados que se obtuvieron de la encuesta de Holmes-Rahe sobre factores estresantes en relación a los resultados de incidencia de depresión posparto que se obtuvieron con la aplicación de la escala de depresión posparto de Edimburgo, dos mujeres de 3 obtuvieron un puntaje mayor a 300 con alto riesgo de tener enfermedad psicósomática lo cual podría estar relacionado a la presencia de depresión posparto con factores estresantes en los últimos 12 meses.

Aunque se presenta una incidencia de 1,73% de depresión posparto en la población estudiada, cabe recalcar que al tener una población pequeña que presentó sintomatología de características

altas de depresión, no se pueden realizar cálculos estadísticos de riesgo relativo y Odds ratio con información estadísticamente significativa. Sin embargo, el estudio ha presentado una incidencia baja de depresión posparto, su presentación en esta etapa es de gran importancia su seguimiento y análisis. Los resultados podrían estar relacionados con hallazgos en otros estudios, de los cuales en el estudio de Chaudron (2005) se evidenció que madres que presentaban síntomas depresivos podrían no estar conscientes de estos síntomas, así como no considerarlos como depresión y de su gravedad para buscar ayuda o apoyo médico. En un estudio realizado en los Estados Unidos que analizó a población latina se evidenció que los factores sociales como ideas culturales, estigmas o roles de género impiden que mujeres soliciten atención médica oportuna para su diagnóstico y tratamiento, según Vega (2010) “preocupaciones al sentir vergüenza para hablar con profesionales médicos, estigmatiza el proceso de admisión de inmigrantes latinas”. En este estudio realizado en el Hospital de Calderón podría existir cierta tendencia a normalizar los síntomas depresivos, así como sentir desconfianza de expresar sus emociones en esta etapa importante de su vida por lo tanto es importante ser empáticos y emplear escucha activa desde el inicio de la atención médica.

En relación a el análisis bivariado entre el puntaje de la Escala de Edimburgo y los factores de riesgo analizados, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con: la estructura familiar de las mujeres puérperas que tuvieron un puntaje alto de la escala de Edimburgo de acuerdo a la media de 10 en las que tenían una familia ampliada y de 6 en las personas sin familia, según los antecedentes patológicos familiares de depresión de las mujeres puérperas que tuvieron un puntaje alto en la escala de Edimburgo de acuerdo a la media de 5,43 en las mujeres que no sabían de este antecedente , según el número de gestas de las mujeres puérperas que tuvieron un puntaje alto en la escala de Edimburgo de acuerdo a la media de 5 las que tuvieron 6

gestas, con el número de hijos vivos de las mujeres que tuvieron un puntaje alto en la escala de Edimburgo de acuerdo a la media de 5 las mujeres que tuvieron 4 hijos vivos, según el antecedentes de hospitalizaciones en el embarazo actual las mujeres que tuvieron un puntaje alto en la escala de Edimburgo de acuerdo a la media de 5,21 las que sí presentaron este antecedente, en relación al puntaje de escala de Holmes- Rahe las que tuvieron un puntaje alto en la escala de Edimburgo de acuerdo a la media de 4,96 para un riesgo alto de enfermedad psicosomática.

En un estudio de Huang (2015) se presentó una relación directa entre factores sociales como la ocupación, el nivel de educación e ingresos económicos bajos con el riesgo de presentar depresión posparto, este hallazgo no concuerda con el estudio que se ha realizado en el Hospital de Calderón sin embargo al ser una población pequeña de 3 mujeres que tuvieron un alto riesgo de presentar depresión posparto al seguimiento, se puede analizar que ninguna de las tres mujeres no tenía un empleo fijo profesional con remuneración mensual y también que ninguna mujer no presentaba estudios académicos superiores, lo cual podría estar asociado a la presentación de depresión posparto en relación a estos factores.

En relación a los antecedentes gineco obstétricos previos de las mujeres puérperas y los antecedentes de complicaciones previas, así como, complicaciones en el embarazo actual son factores que pueden estar relacionados a la presentación de depresión posparto según Gaillard (2014), aun cuando en el estudio que se ha realizado en el Hospital de Calderón no existe relación estadísticamente significativa para estos factores, se puede evidenciar que el antecedente de hospitalizaciones en el embarazo actual si presenta un valor estadísticamente significativo ($p < 0,025$) por lo cual se puede relacionar a un evento vital estresante en la vida de la mujer embarazada que podría predisponer a la presentación de depresión posparto evidenciado en la escala de Edimburgo.

En relación a la estructura familiar de las mujeres en etapa puerperal se evidenció que si existe relación con el puntaje de la escala de Edimburgo con un valor estadísticamente significativo ($p < 0,002$), lo cual concuerda con un estudio presentado de Jansen (2010) donde indica la importancia del apoyo social y redes de apoyo familiares para prevenir depresión posparto, es importante reconocer las relaciones intrafamiliares de conflicto especialmente las que son de la madre con los diferentes miembros de la familia así como, con la comunidad pues son factores que se han asociado a la incidencia de depresión posparto. En este estudio realizado en el Hospital de Calderón no se realizó un análisis familiar individual, se puede concluir que el tipo de familia de cada mujer puerpera está relacionado directamente con la alta probabilidad de depresión posparto, así como sus relaciones intrafamiliares.

Según Ghaedrahmati (2017) y el análisis de los estudios de Mayberry (2007) y Matsin (2013), se descubre información que difiere sobre la presentación de depresión posparto en madres nulíparas y multíparas, en el estudio que se realizó en el Hospital de Calderón se puede indicar que a pesar de que existió una relación estadísticamente significativa entre el número de gestas y número de hijos vivos con la alta probabilidad de depresión posparto, no se puede concluir que los factores de paridad y número de hijos sean un factor directo de depresión posparto. Se puede evidenciar además una relación estadísticamente significativa entre el puntaje de la Escala de Holmes y Rahe con el puntaje de la Escala de Edimburgo ($p < 0,019$) lo cual concuerda con un estudio de Bloch (2003) donde se evidenció que los eventos estresantes de la vida diaria se relacionan directamente con la presentación de depresión posparto y es un factor que predispone a su gravedad.

Por lo tanto los resultados de nuestro estudio que indican una incidencia de apenas 1,73% de depresión posparto, siendo un valor inferior a otros reportes encontrados, no deberíamos dejar de

preocuparnos por la salud de las mujeres en etapa puerperal de nuestro medio, y más aún se debería dar un seguimiento oportuno y adecuado a toda madre que se encuentra en este período, es fundamental el realizar tamizajes de síntomas depresivos en mujeres puérperas en todo control rutinario de la consulta médica como lo recomienda el Task Force de los Estados Unidos (2021), donde indica la aplicación de tamizajes rápidos para sintomatología depresiva desde el primer mes del puerperio hasta los dos años del posparto.

Algunas de las limitaciones del presente estudio incluyen los factores culturales de cada mujer en estado puerperal pues al ser un tema sensible es probable que la información dada por las pacientes haya sido dado con el temor de ser estigmatizadas al afirmar que tienen o no depresión, otra limitación en relación al seguimiento de las pacientes al ser vía telefónica se tuvo que insistir en algunas llamadas realizadas por problemas de conexión o no tener el móvil a la mano sin embargo en este estudio no se obtuvieron pérdidas, además el tiempo en que aplicó la escala de Edimburgo se considera una limitación ya que se siguió a las mujeres hasta el mes del posparto lo cual probablemente explica la baja incidencia encontrada en este estudio.

Entre las ventajas del estudio se incluye principalmente en que la información concluyente abarca a uno de los primeros estudios realizados en el Ecuador en un establecimiento de salud amigo de la madre y del niño (ESAMYN), en donde se propone la aplicación de la escala de Edimburgo desde el mes posparto lo que permitirá tener una alta sospecha de depresión posparto así como permitir el seguimiento de estas mujeres hasta el año del puerperio tiempo en el cual se puede presentar esta patología, así como también se podrá realizar la atención oportuna con un equipo multidisciplinario que mejore la salud mental de las mujeres.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO

CONCLUSIONES

1. La incidencia de depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el Hospital General Docente de Calderón en el período 2022 fue del 1,73%; aunque este valor es menor a los encontrados en diferentes literaturas, en el ámbito laboral de la salud mental es un tema de primordial importancia que no se debería dejar pasar por alto, por lo que el trabajar en la salud mental de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio realizando tamizajes de depresión permite al médico actuar e intervenir oportunamente en este grupo poblacional vulnerable para evitar complicaciones a largo plazo.
2. Se evidenció una relación estadísticamente significativa entre la estructura familiar de las mujeres puérperas ($p 0,002$), antecedentes patológicos familiares de depresión ($p 0,008$), el número de gestas ($p 0,048$), número de hijos vivos ($p 0,01$), antecedentes de hospitalizaciones en el embarazo actual ($p 0,025$), el puntaje de escala de Holmes- Rahe para estrés ($p 0,019$).
3. En relación a el análisis ANOVA entre el puntaje de la Escala de Edimburgo y los factores de riesgo analizados, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con: la estructura familiar de las mujeres puérperas que tuvieron un puntaje alto de la escala de Edimburgo de acuerdo a la media de 10 en las que tenían una familia ampliada y de 6 en las personas sin familia, según los antecedentes patológicos familiares de depresión de las mujeres puérperas que tuvieron un puntaje alto en la escala de Edimburgo de acuerdo a la media de 5,43 en las mujeres que no sabían de este antecedente , según el número de gestas de las mujeres puérperas que tuvieron un puntaje alto en la escala de Edimburgo de acuerdo a la media de 5 las que tuvieron 6 gestas, con el número de hijos vivos de las mujeres que tuvieron un puntaje alto

en la escala de Edimburgo de acuerdo a la media de 5 las mujeres que tuvieron 4 hijos vivos, según el antecedentes de hospitalizaciones en el embarazo actual las mujeres que tuvieron un puntaje alto en la escala de Edimburgo de acuerdo a la media de 5,21 las que sí presentaron este antecedente, en relación al puntaje de escala de Holmes- Rahe las que tuvieron un puntaje alto en la escala de Edimburgo de acuerdo a la media de 4,96 para un riesgo alto de enfermedad psicosomática.

4. En el estudio realizado en el Hospital General Docente de Calderón se evidenciaron datos que no fueron estadísticamente significativos con la escala de Edimburgo como son el grupo etario (p 0,47), nacionalidad (p 0,438), etnia (p 0,764), zona de residencia (p 1,73), estado civil (p 0,7), nivel de instrucción académica (p 0,13), ocupación (p 1,84), ingresos económicos familiares mensuales (p 0,89), antecedentes patológicos personales de enfermedad crónica (p 0,150), antecedentes patológicos personales de depresión o depresión posparto (p 0,059), antecedente de abortos (p 0,96), antecedente de parto cefalovaginal (p 0,452), antecedente de cesárea (p 0,056), antecedente de hijos fallecidos (p 0,605), antecedentes patológicos de complicaciones obstétricas previas (p 0,085), embarazo actual deseado (p 0,44), antecedentes de enfermedades y complicaciones en el embarazo actual (p 0,372), vía de terminación del embarazo (p 0,9), complicaciones en el parto (p 0,633), complicaciones en el período puerperal inmediato (p 0,657),

5. Se requieren más estudios que relacionen factores asociados con depresión posparto en el país ya que al ser un tema de fundamental importancia permite al médico de familia intervenir en estas pacientes que pudieran presentar síntomas depresivos, así como su referencia oportuna a los servicios de salud mental.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere fomentar la educación mental en la población general, así como en la mujer gestante y puérpera. La depresión posparto y sus síntomas son de importancia saber reconocerlos, factores que pueden intervenir como las diferentes culturas, el nivel de educación, creencias personales, paradigmas, estigmatización podrían inferir en la atención oportuna de las mujeres que estén en riesgo de presentar depresión posparto.
2. Las investigadoras recomiendan la creación de una guía de práctica clínica y la realización de talleres educativos para profesionales de la salud sobre la detección y prevención de depresión posparto al actuar sobre factores de riesgo biológicos, psicológicos, sociales y de estrés que pudieran influir en su presentación, lo que permite la detección precoz con la aplicación de tamizajes en el embarazo y puerperio, así como su manejo personal y de sus familias.
3. Como investigadoras sugerimos crear un protocolo de evaluación de depresión posparto de manera obligatoria a todas las mujeres embarazadas desde el primer trimestre de gestación, así como en la etapa puerperal hasta los 2 años de dar a luz, para su aplicación en el sector público y privado de la salud, detectando así de manera oportuna el riesgo alto de depresión posparto.
4. Se recomienda que el manejo de las pacientes se realice con equipo multidisciplinario integral, conformado de varias especialidades, como medicina familiar, ginecología, psicología, psiquiatría y trabajo social lo que permitirá a la paciente mantener un seguimiento adecuado y evitar complicaciones que pongan en riesgo su vida, la de sus hijos y familiares.

5. Se sugiere que se realicen más estudios de seguimiento a pacientes en etapa puerperal en el Ecuador pues al no contar con más estudios actuales en el país se recomienda el seguimiento de las pacientes para su manejo oportuno.
6. Se recomienda la educación continua a colegas médicos lo que permitirá diagnosticar oportunamente a aquellas mujeres en esta etapa importante, así como dar atención integral a sus familias, para evitar complicaciones en las relaciones materno infantil y otros riesgos asociados que se pueden presentar a nivel de la pareja y familiar.
7. Se recomienda la implementación de un protocolo de diagnóstico y manejo de depresión posparto realizado por el Ministerio de Salud Pública con la aplicación de este en todos los niveles de atención médica de salud que permita obtener una alta sospecha de depresión posparto, realizar el seguimiento de las mujeres puérperas y así dar un tratamiento oportuno mediante un equipo multidisciplinario.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSIDERACIONES MÍNIMAS PARA EL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO OBSERVACIONAL CON USO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS Y/O EN EL QUE SE INVOLUCRE A POBLACIÓN VULNERABLE¹

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN “Incidencia y factores de riesgo asociados a depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Docente de Calderón de la ciudad de Quito en el período 2022.” Versión 1 Protocolo, propuesta 25 de abril del 2022.

NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL; Emilie Libertad Morales Cajas y Elizabeth Emily Parker

NOMBRE DEL PATROCINADOR; Emilie Libertad Morales Cajas y Elizabeth Emily Parker

NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN; Hospital General Docente de Calderón

EVALUADO Y APROBADO POR: EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA PUCE.

INTRODUCCIÓN: La depresión es un trastorno mental grave que puede afectar a las mujeres en el período posparto denominando a esta depresión postparto, que se define como la presencia de síntomas depresivos que aparecen dentro de los dos o tres semanas después del parto con una duración de más de dos semanas o hasta un año después, esto puede afectar el vínculo materno infantil y las relaciones intrafamiliares.

Por tal motivo, la investigación identificará a las mujeres puérperas del Hospital General Docente Calderón que tienen síntomas de depresión posparto, y si este se relaciona con factores biológicos, psicológicos, sociales y del entorno. Se realizará la recolección de los datos de las participantes en un primer contacto presencial en el puerperio inmediato además de un seguimiento vía telefónica a los dos y cuatro meses posparto.

Para la recolección de datos es necesario que la paciente comprenda el objetivo del estudio, así como sus beneficios, se solicitará a la paciente su autorización con la firma de un consentimiento informado para participar en el estudio. Toda la información será manejada de forma confidencial respetando los principios de ética de la investigación

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

El propósito del estudio es determinar la incidencia de depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital General Docente de Calderón de Quito en el periodo 2022 y correlacionar su presentación con factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y del entorno.

Al tratarse de un grupo prioritario y de riesgo es necesario visibilizar la magnitud de este problema y recalcar la importancia de la asistencia médica oportuna por lo cual es importante reconocer a

¹ Tomado y modificado del Anexo 4. Consideraciones mínimas que debe cumplir el documento de consentimiento informado. De los requisitos de la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud- CGDES-MSP.

tiempo los factores de riesgo que llevan a las gestantes y mujeres puérperas a tener síntomas o signos de depresión posparto.

Todas las participantes del estudio serán mujeres en puerperio inmediato del Hospital General Docente de Calderón en el período 2022, previa firma del consentimiento informado. Los criterios de inclusión del estudio son mujeres de 18 años en adelante, que hayan tenido o no antecedentes de depresión, aceptar participar voluntariamente en el estudio y firmar el consentimiento informado.

Dentro de los criterios de exclusión no pueden participar mujeres menores de 18 años, que presente alguna discapacidad que le impida responder la encuesta, con algún diagnóstico psiquiátrico previo de esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar, etc, mujeres que presenten un mortinato o mortalidad neonatal, mujeres que no aceptan participar en el estudio y mujeres que no cuentan con un número telefónico para hacer su seguimiento.

PROCEDIMIENTOS:

Se procederá a la toma de datos de 177 mujeres puérperas, que ingresan al Hospital General Docente de Calderón de la ciudad de Quito. Si decide participar en el estudio, se va a:

- 1) Explicar el consentimiento informado y solicitar la firma de aceptación de participación
- 2) Pedir información de la paciente como su información de contacto y realizar encuestas a las mujeres puérperas luego de haber dado a luz con un tiempo de máximo 30 minutos en la realización del cuestionario.
- 3) La encuesta consiste en tomar datos generales del paciente como género, edad, etnia, ocupación, condiciones de la vivienda, con quien vive, estado civil, antecedentes personales y familiares de depresión u otras enfermedades.
- 4) Recolectar información mediante encuestas en el puerperio inmediato de factores psicosociales.
- 5) Seguimiento mediante encuesta vía telefónica a la paciente al mes después del parto con la escala de Edimburgo

RIESGOS Y BENEFICIOS: En este estudio no existen riesgos posibles relacionados con su participación. Si la paciente piensa que alguna de las preguntas es demasiado privada o no desea compartir sus respuestas, puede negarse a responder y pasar a la siguiente pregunta. También puede terminar la entrevista en cualquier momento.

Beneficios

El participar en esta investigación no trae beneficios inmediatos, pero al realizar este estudio se podrá identificar a pacientes con riesgo de depresión posparto y su incidencia con factores psicosociales. A las mujeres puérperas que den positivo en la Escala de Edimburgo se realizará la referencia oportuna al servicio de Psiquiatría del Hospital General Docente de Calderón o ponerlas en contacto con Psico Escucha de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

COSTOS Y COMPENSACIÓN: No existe ningún costo para participar en el estudio y la paciente no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS: La información que nos proporcione será compartida solamente con el equipo de investigación. Los datos recolectados no se identificarán por el nombre de la paciente ni serán publicados en el estudio.

DERECHOS Y OPCIONES DEL PARTICIPANTE: La participación en el estudio es completamente

voluntario, por lo cual, si la paciente decide retirar su consentimiento, lo puede realizar en cualquier momento del estudio y ninguna información de la participante será utilizada. La paciente podrá hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento. Las investigadoras responderán a las preguntas según conocimiento del tema. Si existieran preguntas adicionales pueden contactarse con las investigadoras Emilie Morales y/o Elizabeth Parker.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

-Investigadores principales: Emilie Libertad Morales Cajas y/o Elizabeth Parker a los teléfonos teléfono 0992680377 / 0967558019 o a los correos emili_my@hotmail.com / elmorales@puce.edu.ec. / liz.in928@gmail.com/ eeparker@puce.edu.ec.

-Pontificia Universidad Católica De Ecuador

-Doctor Galo Sánchez del Hierro: Presidente del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la PUCE, l correo electrónico: gasanchez@puce.edu.ec

PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, _____ con C.C.: _____,
(nombre del paciente) **(cédula de identidad)**
declaro que: _____, me ha explicado:
(Investigadoras)

- Los objetivos de esta investigación
- El procedimiento la realización de la encuesta
- Los posibles riesgos y beneficios de la participación de esta investigación
- Mi participación en este estudio es completamente voluntaria.
- Puedo dejar este estudio en cualquier momento
- Comprendo que, al firmar el documento de consentimiento informado, NO renuncio a ninguno de los derechos que por ley me corresponden.
- Comprendo que me entregarán una copia de este documento al participante/representante legal, una vez suscrito el mismo por las partes.

Yo, Emilie Morales y Elizabeth Parker, miembros del equipo de investigación-
(nombre de la persona que informa)
con C.I.: 1724527773 y, declaro que he informado a:

(nombre de la paciente) **(cédula de identidad)**

- sobre:
- el propósito y la naturaleza de la investigación,
 - los posibles riesgos y beneficios de la participación en la investigación,
 - los procesos para garantizar confidencialidad
 - he contestado todas las inquietudes del participante, respecto a esta investigación,

Yo AUTORIZO mi participación en el estudio.

Nombre Participante
Firma Participante
Cedula
Celular

Nombre Investigadora
Firma Investigadora
Cedula
Celular

B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, _____ con C.C.: _____ ,
(nombre del paciente) (cédula de identidad)

declaro que: _____ , me ha explicado:

(Investigadora)

- Los objetivos de esta investigación
- El procedimiento la realización de la encuesta
- Los posibles riesgos y beneficios de la participación de esta investigación
- Mi participación en este estudio es completamente voluntaria.
- Puedo dejar este estudio en cualquier momento
- Comprendo que, al firmar el documento de consentimiento informado, NO renuncio a ninguno de los derechos que por ley me corresponden.
- Comprendo que me entregarán una copia de este documento al participante/representante legal, una vez suscrito el mismo por las partes.

Yo, Emilie Morales y Elizabeth Parker, miembros del equipo de investigación-,

(nombre de la persona que informa)

con C.I.: 1724527773 y, declaro que he informado a:

(nombre de la paciente)

(cédula de identidad)

sobre:

- el propósito y la naturaleza de la investigación,
- los posibles riesgos y beneficios de la participación en la investigación,
- los procesos para garantizar confidencialidad
- he contestado todas las inquietudes del participante, respecto a esta investigación,

Yo **NO AUTORIZO** mi participación en el estudio.

Nombre Participante
Firma Participante
Cedula
Celular

Nombre Investigadora
Firma Investigadora
Cedula
Celular

ANEXO 2: ENCUESTA

ENCUESTA GENERAL APLICADA EN EL PUERPERIO INMEDIATO

Código (el encuestador coloca código) _____

1. **Indique sus Nombres y Apellidos completos** _____
2. **¿Cuál es su edad?** _____ años cumplidos
3. **¿Cuál es su nacionalidad?** _____
4. **Número de teléfono celular** _____
5. **Número de teléfono convencional** _____
6. **Número de teléfono celular de un familiar** _____
7. **En qué zona vive usted**
 - a. Urbana
 - b. Rural
8. **¿Cuál es su Etnia?**
 - a. Mestiza
 - b. Blanca
 - c. Afroecuatoriana
 - d. Indígena
 - d. Mulato
 - e. Montubio
 - f. Otra
9. **¿Cuál es su Estado civil?**
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Divorciada
 - d. Viuda
 - e. Unión libre
 - f. Sociedad de hecho
 - g. Separada
10. **Indique su instrucción**
 - a. Primaria
 - b. Secundaria
 - c. Tercer Nivel
 - d. Cuarto Nivel
 - e. Ninguno
11. **¿Indique su ocupación actual?**
 - a. Estudiante

- b. Ama de casa
- c. Comerciante
- d. Lavandera
- e. Cocinera
- f. Artesana
- g. Otro (especifique) _____

Características socio económicas

12. ¿Con quién vive?

- a. Familia extensa
- b. Familia nuclear
- c. Personas sin familia
- d. Equivalentes familiares
- e. Familias corporativas
- f. Familias ampliadas

13. Indique un valor aproximado de ingresos familiares mensuales en dólares

Comorbilidades y discapacidades

14. ¿Tiene alguna enfermedad crónica?

Si ____ No ____

Si es afirmativa indique cual:

- a. **HTA**
- b. **Diabetes mellitus**
- c. **Obesidad**
- d. **Otra (especifique) _____**

15. ¿Le han diagnosticado de depresión en algún momento?

Si ____ No ____

16. ¿En su familia cercana (madre, padre o hermanos) han sido diagnosticados de depresión?

Si ____ No ____ No sabe –no reponde: _____ Quién ____

17. ¿Ha tenido alguna complicación obstétrica anterior a este embarazo?

Si: ____ No ____ No aplica _____

Si la respuesta es afirmativa indique cual

- a. Parto prematuro
- b. Placenta previa
- c. Sufrimiento fetal
- d. Distocia
- f. Hemorragia
- g. Desgarros

h. Otras (especifique): _____

Antecedentes gineco obstétricos

- 18. **Indique cuántas veces ha estado embarazada:**
- 19. **Indique cuántos abortos ha tenido:**
- 20. **Indique cuantos partos ha tenido:**
- 21. **Indique cuantas cesáreas ha tenido:**
- 22. **Indique cuantos hijos vivos tiene:**
- 23. **Indique cuantos hijos muertos tiene:**
- 24. **Indique cuantos embarazos múltiples ha tenido:**
- 25. **Su embarazo fue deseado:**
Si ____ No ____ No sabe- No responde _____

Embarazo actual

- 26. **Tuvo hospitalizaciones en el embarazo:** Si ____ No ____
Si la respuesta es sí indique causa: _____ y en qué mes de embarazo _____
- 27. **Tuvo alguna enfermedad durante el embarazo:** Si: ____ No: ____
Si la respuesta es afirmativa indique cual:
 - a. Diabetes gestacional
 - b. Infección de vías urinarias
 - c. Preclamsia
 - d. Anemia en el embarazo
 - e. Amenaza de aborto
 - f. Infección genital
 - g. Placenta previa
 - h. Distocias
 - i. Parto premature
 - j. Sufrimiento fetal
 - k. Otro (especifique): _____

Parto

- 28. **Fecha del parto** _____
- 29. **¿Cómo termino el embarazo?**
 - a. Parto
 - b. Cesárea

Si la respuesta es afirmativa para cesárea indicar el motivo por el que se realizó la cesárea

30. **Tuvo alguna complicación durante el parto** Si _____ No _____

Si la respuesta es afirmativa indique cual

- a. Hemorragia posparto
- b. Relacionadas con la anestesia
- c. Distocias durante el parto
- d. Otras (especifique) _____

31. **Tuvo complicaciones en el período posparto inmediato**

Si _____ No _____

Si la respuesta es afirmativa especifique cual:

1. Hemorrágicas
2. Infecciosas
3. Cardiovasculares
4. Otros (especifique) _____

CUESTIONARIO DE ESTRÉS DE HOLMES Y RAHE

¿Cuáles de los siguientes acontecimientos le han sucedido en los últimos 12 meses?

Encuestador: Escoja (coloque un visto)

1. Muerte del cónyuge (100)
2. Divorcio (73)
3. Separación matrimonial (63)
4. Encarcelación (63)
5. Muerte de un familiar cercano (63)
6. Lesión o enfermedad personal (53)
7. Matrimonio (50)
8. Despido del trabajo (47)
9. Desempleo (47)
10. Reconciliación matrimonial (45)
11. Jubilación (45)
12. Cambio de salud de un miembro de la familia (44)
13. Drogadicción y/o alcoholismo (44)
14. Embarazo (40)
15. Dificultades o problemas sexuales (39)
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia (39)
17. Reajuste de negocio (39)
18. Cambio de situación económica (38)
19. Muerte de un amigo íntimo (37)
20. Cambio en el tipo de trabajo (36)
21. Mala relación con el cónyuge (35)
22. Juicio por crédito o hipoteca (30)

23. Cambio de responsabilidad en el trabajo (29)
24. Hijo o hija que deja el hogar (29)
25. Problemas legales (29)
26. Logro personal notable (28)
27. El esposo comienza o deja de trabajar (26)
28. Comienzo o fin de la escolaridad (26)
29. Cambio en las condiciones de vida (25)
30. Revisión de hábitos personales (24)
31. Problemas con el jefe (23)
32. Cambio de turno o de condiciones laborales (20)
33. Cambio de residencia (20)
34. Cambio de colegio (20)
35. Cambio de actividades de ocio (19)
36. Cambio de actividad religiosa (19)
37. Cambio de actividades sociales (18)
38. Cambio de hábito de dormir (17)
39. Cambio en el número de reuniones familiares (16)
40. Cambio de hábitos alimentarios (15)
41. Vacaciones (13)
42. Navidad (12)
43. Leves transgresiones de la ley (11)

PUNTAJE TOTAL:

ENCUESTA TELEFÓNICA DE SEGUIMIENTO AL MES

TEST DE EDIMBURGO

Como usted recién tuvo su bebe, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Le vamos a hacer las siguientes preguntas sobre cómo ha sentido en los últimos 7 días:

1. **¿Ha sido capaz de reír y ver el lado divertido de las cosas?**
 - a. Tanto como siempre (0)
 - b. No tanto ahora (1)
 - c. Mucho menos ahora (2)
 - d. No, nada (3)
2. **¿Ha disfrutado mirar hacia el futuro? ¿Se siente optimista por el futuro?**
 - a. Tanto como siempre (0)
 - b. Menos que antes (1)

- c. Mucho menos que antes (2)
 - d. Casi nada (3)
3. **¿Cuándo las cosas no salen como usted espera, ha sentido culpable, aunque es innecesario?**
- a. Si la mayor parte del tiempo (3)
 - b. Si a veces (2)
 - c. No con mucha frecuencia (1)
 - d. No nunca (0)
4. **¿Ha estado nerviosa o inquieta sin ninguna razón?**
- a. Si, bastante (0)
 - b. Si, a veces (1)
 - c. No mucho (2)
 - d. No, nunca (3)
5. **¿Ha sentido miedo o asustado sin ninguna razón?**
- a. Si, bastante (3)
 - b. Si, a veces (2)
 - c. No mucho (1)
 - d. No, nunca (0)
6. **¿Las cosas le han estado abrumando o angustiando?**
- a. Si la mayor parte del tiempo y no he podido hacer las cosas en absoluto (3)
 - b. Si, a veces no he podido hacer las cosas tan como normalmente (2)
 - c. No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien (1)
 - d. No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre (0)
7. **¿Ha sentido tan desdichada o desafortunada que ha tenido dificultades para dormir?**
- a. Si, la mayor parte del tiempo (3)
 - b. Si, a veces (2)
 - c. No con mucha frecuencia (1)
 - d. No, nunca (0)
8. **¿Ha sentido triste o desgraciada?**
- a. Si la mayor parte del tiempo (3)
 - b. Si bastante a menudo (2)
 - c. No con mucha frecuencia (1)
 - d. No, nunca (0)
9. **¿Ha sentido tan desdichada o tan desafortunada que ha estado llorando?**
- a. Si la mayor parte del tiempo (3)
 - b. Si bastante a menudo (2)
 - c. Solo ocasionalmente (1)
 - d. No, nunca (0)
10. **¿Le ha ocurrido la idea de hacerse daño?**

- a. Si, bastante a menudo (3)
- b. A veces (2)
- c. Casi nunca (1)
- d. Nunca (0)

PUNTAJE TOTAL:

ANEXO 3: ESCALA DE HOLMES Y RAHE

Figura N° 1
Escala de acontecimientos vitales Holmes y Rahe 1976
Acontecimientos vitales que se han sucedido en los 12 últimos meses

1. Muerte del cónyuge:	100	23. Cambio de responsabilidad en el trabajo:	29
2. Divorcio:	73	24. Hijo o hija que deja el hogar:	29
3. Separación matrimonial:	65	25. Problemas legales:	29
4. Encarcelación:	63	26. Logro personal notable:	28
5. Muerte de un familiar cercano:	63	27. La esposa comienza o deja de trabajar:	26
6. Lesión o enfermedad personal:	53	28. Comienzo o fin de la escolaridad:	26
7. Matrimonio:	50	29. Cambio en las condiciones de vida:	25
8. Despido del trabajo:	47	30. Revisión de hábitos personales:	24
9. Desempleo:	47	31. Problemas con el jefe:	23
10. Reconciliación matrimonial:	45	32. Cambio de turno o de condiciones laborales:	20
11. Jubilación:	45	33. Cambio de residencia:	20
12. Cambio de salud de un miembro de la familia:	44	34. Cambio de colegio:	20
13. Drogadicción y/o alcoholismo:	44	35. Cambio de actividades de ocio:	19
14. Embarazo:	40	36. Cambio de actividad religiosa:	19
15. Dificultades o problemas sexuales:	39	37. Cambio de actividades sociales:	18
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia:	39	38. Cambio de hábito de dormir:	17
17. Reajuste de negocio:	39	39. Cambio en el número de reuniones familiares:	16
18. Cambio de situación económica:	38	40. Cambio de hábitos alimentarios:	15
19. Muerte de un amigo íntimo:	37	41. Vacaciones:	13
20. Cambio en el tipo de trabajo:	36	42. Navidades:	12
21. Mala relación con el cónyuge:	35	43. Leves transgresiones de la ley:	11
22. Juicio por crédito o hipoteca:	30		
No AVE=		Puntuación=	

Fuente: De la Revilla 1994

ANEXO 4: ESCALA DE EDIMBURGO – ENCUESTA DE SEGUIMIENTO

ESCALA DE DEPRESION POST PARTO DE EDIMBURGO (1)

Como hace poco usted tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor MARQUE en un círculo el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

Nº	CONDUCTA	ALTERNATIVAS	PUNTAJE ⁽²⁾	
			2 meses	6 meses
1	He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	0	0
		No tanto ahora	1	1
		Mucho menos ahora	2	2
		No, nada	3	3
2	He disfrutado mirar hacia delante	Tanto como siempre	0	0
		Menos que antes	1	1
		Mucho menos que antes	2	2
		Casi nada	3	3
3*	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
4	He estado nervosa o inquieta sin tener motivo	No, nunca	0	0
		Casi nunca	1	1
		Sí, a veces	2	2
		Sí, con mucha frecuencia	3	3
5*	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	Sí, bastante	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No, no mucho	1	1
		No, nunca	0	0
6*	Las cosas me han estado abrumando	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	3	3
		Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	2	2
		No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	1	1
		No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	0	0
7*	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
8*	Me he sentido triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, bastante a menudo	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
9*	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, bastante a menudo	2	2
		Sólo ocasionalmente	1	1
		No, nunca	0	0
10*	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Sí, bastante a menudo	3	3
		A veces	2	2
		Casi nunca	1	1
		No, nunca	0	0
TOTAL				

(1) Chilean version, in Spanish, of the EPDS. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in postpartum women. J Psychosom Obstet Gynaecol 1995; 16(4): 187-191. Chilean

(2) A las respuestas se les otorga un puntaje de 0,1,2 y 3 de acuerdo a la severidad creciente del sintoma. A los items marcados con un asterisco (*) se les da

**ANEXO 5: APROBACION DEL TEMA DE TESIS POR LA COORDINACIÓN DEL
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

FORMULARIO TEMAS DE TRABAJOS DE TITULACIÓN POSGRADOS

Fecha: Lunes 23 de agosto del 2021

Especialidad:

- Medicina Familiar y Comunitaria

Apellidos y Nombres Estudiante(s):

- Emilie Libertad Morales Cajas
- Elizabeth Emily Parker

Número telefónico convencional y celular:

- 0992680377 / 23110696
- 0967558019

Correo electrónico:

- elmorales@puce.edu.ec - emili_my@hotmail.com
- eeparker@puce.edu.ec - liz.in928@gmail.com

TEMA PROPUESTO:

TEMA
Incidencia y factores de riesgo asociados a depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el Hospital General Docente de Calderón de la ciudad de Quito en el período 2022.
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:
¿Cuál es la incidencia y factores de riesgo relacionados a depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital General Docente de Calderón en Quito durante el período 2022?

OBJETIVO:

Determinar la incidencia y factores relacionados a depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital General Docente de Calderón de Quito desde el período 2022.

JUSTIFICACIÓN:

La depresión es un trastorno mental grave y común en todo el mundo afectando a más de 300 millones de personas que la padecen en distintas situaciones de la vida, se caracteriza por variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales con la vida cotidiana causando un gran sufrimiento en las personas afectadas. La depresión posparto conlleva una morbilidad fundamental primordial, es un episodio depresivo mayor que se caracteriza por la aparición de síntomas dentro de las 4 a 6 semanas posteriores al parto, el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales DSM-V bajo la denominación de trastorno depresivo durante el período perinatal hace referencia a esta patología.(WHO, 2021) La prevalencia a nivel mundial se estima que se presenta en un 6 a 13% con una incidencia en países desarrollados de aproximadamente del 15% afectando a 1 de cada 6 mujeres que dan a luz. Llegar a conocer que variables tanto biológicas, socio económicas, psicológicas y del entorno que intervienen en el desarrollo de depresión posparto ayudará a enfatizar el diagnóstico precoz, así como realizar intervenciones multisectoriales incluyendo el ámbito familiar favoreciendo la salud materna y de su hijo, la salud psicológica, física y social para potenciar su calidad de vida. (Thoppil, Riutcel, & Nalesnik, 2005) La salud está considerada uno de los bienes principales que tiene el ser humano, por lo tanto, las

intervenciones oportunas del equipo de atención en salud permitirán el bienestar general en este grupo poblacional, así como prevenir impactos negativos en la salud mental y física de las madres y del recién nacido al momento del diagnóstico y futuro próximo.

LUGAR Y TEMPORALIDAD:

Ciudad de Quito, Hospital General Docente de Calderón en el período 2022

Aprobado:

xx

No aprobado:

Nombre Director: Dr. José Luis Proaño

Nombre Asesor Metodológico: Dra. María Fernanda Rivadeneira

Observaciones:

El tema propuesto es inherente a la especialidad de Medicina Familiar.

APROBADO

Sería importante mencionar las referencias bibliográficas más importantes.



Nombre Coordinador: Dr. José Luis Proaño

Coordinador Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

ANEXO 6: CARTA DE INTERÉS INSTITUCIONAL – AUTORIZACIÓN DE PROYECTO DE TESIS



Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 9
Hospital General Docente de Calderón

Oficio Nro. MSP-CZ9HGDC-2022-0489-O

Quito, D.M., 11 de abril de 2022

Asunto: CARTA DE INTERES INSTITUCIONAL: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HGDC.

Señorita
Emilie Libertad Morales Cajas
En su Despacho

De mi consideración:

Con un cordial saludo, en atención y respuesta al Memorando Nro. MSP-CZ9-HGDC-AU-2022-0387-E del 07 de abril de 2022, mediante el cual solicita lo siguiente:

“...mediante Oficio Nro. MSP-CZ9HGDC-2021-1264-O del 21 de octubre de 2021 se me AUTORIZÓ la realización del proyecto de tesis que se titula: “Incidencia y factores de riesgo asociado a depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el HGDC de la ciudad de Quito en el periodo 2021-2022” que será realizado por los estudiantes del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE: Emilie Libertad Morales y Elizabeth Emily Parker...”

Por motivos de cambios reglamentarios en la Universidad Católica del Ecuador de la carrera de Medicina Familiar y Comunitaria, nos solicitan una Carta de Interés Institucional, requisito que solicito me puedan emitir a fin de continuar con mi trabajo de titulación.

Bajo este contexto, por medio de la presente manifestamos que el proyecto titulado: “INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HGDC DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERIODO 2022”, es de interés institucional por los resultados que se pueden generar de este proyecto para el Hospital General Docente de Calderón, tomando en cuenta que el estudio permitirá determinar la incidencia y factores relacionados a depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el servicio de Ginecología de nuestra casa de salud en el periodo 2021-2022.

Se aclara que esta CARTA DE INTERÉS, no constituye la autorización, ni la aprobación del proyecto o del uso de insumos técnicos o recursos humanos de la institución. Además, se informa que una vez que la investigación sea aprobada por un Comité de Ética de la Investigación autorizado por el Ministerio de Salud Pública, podrá ser ejecutado en esta institución.

Oficio Nro. MSP-CZ9HGDC-2022-0489-O

Quito, D.M., 11 de abril de 2022

El HGDC se encuentra en capacidad de entregar al investigador principal información anonimizada o pseudoanonimizada (los investigadores deberán especificar qué tipo de proceso necesitan), conforme a la Ley orgánica de Protección de Datos Personales y al Acuerdo Ministerial MSP 00015-2021”.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Andrea Stefania Prado Cabrera
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN - HGDC

Referencias:

- MSP-CZ9-HGDC-AU-2022-0387-E

Copia:

Señora Doctora
Patricia Janeth Benavides Vera
Analista de Docencia 2 - HGDC

lo/pb/sb



firmado electrónicamente por:
ANDREA STEFANIA
PRADO CABRERA

Dirección: Av. Giovanni Calles, vía Marianas - Calderón. Código Postal: 170201 / Quito
Teléfono: 593-2-3952700 - www.hgdc.gob.ec

* Documento firmado electrónicamente por Quitox

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA). (n.d.). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) [Internet]. 5ª ed. Arlington-EE.UU: Médica Panamericana; 2014 [citado el 12 de octubre de 2020]. 947 p. Disponible en:*
<https://www.bibliopsi.org/docs/guia/DSM%20V.pdf>
- American Psychiatric Association (APA). (2004). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. In *Encyclopedia of Applied Psychology, Three-Volume Set*.
<https://doi.org/10.1016/B0-12-657410-3/00457-8>
- Aramburú, P., Arellano, R., Jáuregui, S., Pari, L., Salazar, P., & Sierra, O. (2008). Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Revista Peruana de Epidemiología, 12*(2), 1–9.
- Benítez Molina, A. & Caballero Badillo, M.C. (2017). Estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Acta Colombiana de Psicología, 20*(1), 221-231. DOI:
10.14718/ACP.2017.20.1.11
- Benítez Pinto, Jhulyeth Lizbeth, Puente Peñaranda, Jéssica Viviana. (2021). *Depresión postparto y su relación con la tipología familiar, en el centro de salud INNFA del cantón Morona, 2020 - 2021*. (Tesis de posgrado no publicada). Universidad del Azuay.
<<https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/11522/1/17054.pdf>>
- Beck C. T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. *Nursing research, 44*(5), 298–304.

- Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. (2003). Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry*. 2003;44:234–46.
- Borrero, Ingrid Estefani., Castro Vintimilla, Santiago Andres. (2017). “Frecuencia De Depresión Posparto En Puérperas Del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-Ecuador.” Universidad de Cuenca.
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28274/1/PROYECTO%20DE%20INV ESTIGACI%C3%93N.pdf>
- Boschetti-Fentanes B. (2004). *La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar Depression and Its Management in Family Practice*. 6, 61–63.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2004/amf043a.pdf>
- Casillas Peña, Isaac., Tite Mallitasig, Paola Lorena. (2017). “Depresión Postparto En Madres De Neonatos Hospitalizados En La Unidad De Cuidados Intensivos Neonatal (Ucin) Y No Hospitalizados, En Los Hospitales Un Canto A La Vida Y Maternidad Nueva Aurora, Un Seguimiento Desde La Etapa Gestacional.” Pontificia Universidad Católica de Ecuador. Repositorio.Puce.Edu.Ec/Bitstream/Handle/22000/13956/Tesis%20depression%20postparto%20en%20madres%20de%20neonatos%20hospitalizados%20en%20la%20unidad%20de%20cuidados%20intensivo.Pdf?Sequence=1&Isallowed=Y
- Kubota, C., Inada, T., Nakamura, Y., Shiino, T., Ando, M., Aleksic, B., Yamauchi, A., Morikawa, M., Okada, T., Ohara, M., Sato, M., Murase, S., Goto, S., Kanai, A., & Ozaki, N. (2018). Stable factor structure of the Edinburgh Postnatal Depression Scale during the whole peripartum period: Results from a Japanese prospective cohort study. *Scientific reports*, 8(1), 17659. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-36101-z>

- Caparros-Gonzalez R, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI Depresión posparto, un problema de salud pública mundial [carta]. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:97
doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>
- Chaudron, L. H., Kitzman, H. J., Peifer, K. L., Morrow, S., Perez, L. M., & Newman, M. C. (2005). Prevalence of maternal depressive symptoms in low-income Hispanic women. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 418–423.
- Da Costa, D., Dritsa, M., Rippen, N., Lowensteyn, I., & Khalifé, S. (2006). Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Archives of women's mental health*, 9(2), 95–102. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0108-6>
- Doucet, S., Dennis, C. L., Letourneau, N., & Blackmore, E. R. (2009). Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 38(3), 269–279.
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01019.x>
- Epperson, C. N., Huang, M. Y., Cook, K., Gupta, D., Chawla, A., Greenberg, P. E., & Eldar-Lissai, A. (2020). Healthcare resource utilization and costs associated with postpartum depression among commercially insured households. *Current medical research and opinion*, 36(10), 1707–1716. <https://doi.org/10.1080/03007995.2020.1799772>
- Fiorentino, L., Saxbe, D., Alessi, C. A., Woods, D. L., & Martin, J. L. (2012). Diurnal cortisol and functional outcomes in post-acute rehabilitation patients. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 67(6), 677–682.
<https://doi.org/10.1093/gerona/67.6.677>

- Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C (2014). Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res.* 2014;215:341–6.
- 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
- Ghodsian, M., Zajicek, E., & Wolkind, S. (1984). A Longitudinal Study of Maternal Depression and. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25(1), 91–109.
- González , Moraes , Sosa , Umpierrez , Duarte , Cal, G. (2017). Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: Estudio de cohorte. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(3), 360–366. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000300008>
- Heh, S. S. (2013). Postpartum depression. In *Journal of Nursing* (Vol. 60). <https://doi.org/10.6224/JN.60.6.22>
- Huang T, Rifas-Shiman SL, Ertel KA, Rich-Edwards J, Kleinman K, Gillman MW, et al (2015). Pregnancy hyperglycaemia and risk of prenatal and postpartum depressive symptoms. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2015;29:281–9.
- Jansen K, Curra AR, Souza LD, Pinheiro RT, Moraes IG, Cunha MS, et al. (2010). Tobacco smoking and depression during pregnancy. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2010;32:44–7.
- J.M. Vega, G. Mazzotti Suárez, M. C. S. (2002). *Validation of a Spanish version of the Escala de Edimburgo* (p. 6). p. 6. Retrieved from https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/43937158/Validation_of_a_Spanish_version_of_the_E20160320-3201-15wqur2.pdf?1458533503=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DValidation_of_a_Spanish_version_of_the.pdf&Expir

es=1619906129&Signature=NoLGrid2

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical care*, 41(11), 1284–1292
<https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>
- Langan, R., & Goodbred, A. J. (2016). Identification and Management of Peripartum Depression. *American family physician*, 93(10), 852–858.
- Magdalena, C. D., & Tamara, W. K. (2020). Antenatal and postnatal depression – Are Polish midwives really ready for them? *Midwifery*, 83(2020), 1–9.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102646>
- Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36:542–9.
- Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M., & Corbino, J. (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo. *Revista Científica de La Facultad de Ciencias de La Salud Salus Universidad de Carabobo*, 21(3), 7–12. Retrieved from
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375955679003>
- 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>
- Ministerio de Salud Publica. (2017). Guía Maternidad y Primera Infancia. 1377, 68–70. Retrieved from <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/GUIA-MATERNIDAD-Y-PRIMERA-INFANCIA-JUNIO-CON-OBS.pdf>
- Navarrete, L., Lara, M. A., Navarro, C., Gómez, M., y Morales, F. (2012). Factores psicosociales

- que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto. *Revista de Investigación Clínica*. 64(Parte II), 625-633. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn126Iih.pdf>
- Payne, J. L., & Maguire, J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in neuroendocrinology*, 52, 165–180.
<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>
- OPS Rima Red informática de Medicina avanzada [sede web]. (2009). Depresión ¿un flagelo prevenible? [1]. Madrid: red informática de medicina avanzada. Disponible en: <http://www.rima.org/Noticia.aspx?IdNota=2944>
- Orozco, W. N. (2020). Depresion Postparto. *Depresión Postparto*, 608, 639–647.
<https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>
- Scheyer, K., & Urizar, G. G., Jr (2016). Altered stress patterns and increased risk for postpartum depression among low-income pregnant women. *Archives of women's mental health*, 19(2), 317–328. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0563-7>
- Sierra, Juan & Arcos-Romero, Ana I & Álvarez-Muelas, Ana & Cervilla, Oscar. (2021). The Impact of Intimate Partner Violence on Sexual Attitudes, Sexual Assertiveness, and Sexual Functioning in Men and Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18. 594. [10.3390/ijerph18020594](https://doi.org/10.3390/ijerph18020594).
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's health (London, England)*, 15, 1745506519844044.
<https://doi.org/10.1177/1745506519844044>

- 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>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. (2018). ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. *Obstetrics and Gynecology*, 132(5), E208–E212. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002927>
- Thoppil, J., Riutcel, T. L., & Nalesnik, S. W. (2005). Early intervention for perinatal depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(5 SPEC. ISS.), 1446–1448. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.12.073>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). Mental health: Culture, race, and ethnicity: A supplement to mental health: A report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services
- Vega, W. A., Rodriguez, M. A., & Ang, A. (2010). Addressing stigma of depression in Latino primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 32, 182–191. [doi:10.1016/j.genhosppsy.2009.10.008](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.10.008)
- Villegas, N., Paniagua, A., & Vargas, J. (2019). *Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto*. Retrieved from file:///C:/Users/Emilie_Morales/Downloads/261-Texto del artículo-1651-2-10-20190629.pdf
- World Health Organization. (2021). Maternal Mental Health. Recuperado el 29 de abril del 2019 de <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/maternal-mental-health>
- Zubaran, C., Schumacher, M., Roxo, M. R., & Foresti, K. (2010). Screening tools for postpartum depression: Validity and cultural dimensions. *African Journal of Psychiatry (South Africa)*,

13(5), 357–365. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v13i5.63101>