



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

**TÍTULO:
FACTORES PREDISPONENTES Y CALIDAD DE VIDA EN
MADRES CON RIESGO DE DEPRESION POSTPARTO
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALFREDO G PAULSON
DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2016 – ENERO 2017
EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**

**AUTORAS:
Gabriela Eulalia López García
Leslee Estefany Hidalgo Castro**

**Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de:
Médico**

**TUTOR:
Dr. Diego Vásquez cedeño**

**Guayaquil, Ecuador
2017**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Gabriela Eulalia López García, Leslee Estefany Hidalgo Castro como requerimiento para la obtención del Título de Médico

TUTOR

Dr Diego Vásquez

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dr. Juan Luis Aguirre

Guayaquil, a los 25 del mes de Abril del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Gabriela Eulalia López García**

DECLARO QUE:

El Trabajo de **Factores predisponentes y calidad de vida en madres con riesgo de depresión postparto atendidas en el Hospital Alfredo G Paulson durante el periodo septiembre 2016 – enero 2017 en la ciudad de Guayaquil** previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 25 del mes de Abril del año 2017

EL AUTOR (A)

Gabriela Eulalia López García



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Leslee Estefany Hidalgo Castro**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **Factores predisponentes y calidad de vida en madres con riesgo de depresión postparto atendidas en el Hospital Alfredo G Paulson durante el periodo septiembre 2016 – enero 2017 en la ciudad de Guayaquil** previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 25 del mes de Abril del año 2017

EL AUTOR (A)

Leslee Estefany Hidalgo Castro



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Gabriela Eulalia López García**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Factores predisponentes y calidad de vida en madres con riesgo de depresión postparto atendidas en el Hospital Alfredo G Paulson durante el periodo septiembre 2016 – enero 2017 en la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 25 del mes de Abril del año 2017

LA AUTORA:

Gabriela Eulalia López García



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Leslee Estefany Hidalgo Castro**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Factores predisponentes y calidad de vida en madres con riesgo de depresión postparto atendidas en el Hospital Alfredo G Paulson durante el periodo septiembre 2016 – enero 2017 en la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 25 del mes de Abril del año 2017

LA AUTORA:

Leslee Estefany Hidalgo Castro



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**Dr. Andrés Zúñiga
MIEMBRO DE TRIBUNAL**

**Dra. Gloria Vera
MIEMBRO DE TRIBUNAL**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	11
DESARROLLO	12
MARCO TEORICO	12
Definición del periodo postparto:	12
Factores de riesgo asociados a depresión posparto	12
Características Clínicas de la Depresión Menor durante el postparto	13
Tratamiento	17
Hipótesis	19
OBJETIVOS	20
MATERIALES Y METODOS:	21
Resultados:	24
Discusión	30
CONCLUSIONES:	32
ANEXOS:	33
BIBLIOGRAFÍA	36

RESUMEN

Introducción: La depresión post parto es un trastorno del estado del ánimo transitorio que se presenta aproximadamente en el transcurso del primer año posterior al parto. La depresión post parto genera problemas porque impide una buena interacción materno infantil, así como retraso en el desarrollo y socialización inadecuada que puede durar hasta la edad adulta. Actualmente la prevalencia a nivel mundial es aproximadamente el 20%. En Ecuador no hay estudios acerca del diagnóstico temprano y calidad de vida.

Objetivo: Determinar los factores predisponentes y la calidad de vida en madres atendidas en el Hospital Alfredo G. Paulson en el periodo de septiembre 2016 a enero 2017.

Materiales y métodos: estudio corte transversal, se obtuvo la muestra mediante encuestas usando la Escala de Edimburgo, y whoqol-bref, análisis estadístico se obtuvo OR, con un IC 95% y una $p < 0,05$.

Resultados: 400 mujeres en estado de puerperio inmediato fueron incluidas. El 17,75% presentan un riesgo medio-elevado de depresión post parto según la escala de Edimburgo. Antecedentes de agresión durante el embarazo (OR 2,3 IC 95% 1.4-1.6 $p < 0.0003$) y antecedentes de depresión clínicamente diagnosticada (OR 2,1 IC 95% 0.34-0.67 $p < 0.001$) entre los factores de riesgo estadísticamente significativos asociados a depresión postparto.

Palabras Claves: Depresión, Postparto, puerperio, calidad, embarazo, lactante

ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression is a transient mood disorder that occurs approximately in the first year of life after birth. Postpartum depression generates problems because it prevents good maternal and child interaction, as well as it is associated with developmental delay and inadequate socialization that can last until adulthood. Currently the global prevalence is approximately 20%.

In Ecuador there are no studies on early diagnosis and quality of life. Objective: To determine predisposing factors and quality of life in mothers attended at the Alfredo G. Paulson Hospital in the period from September 2016 to January 2017.

Materials and methods: cross-sectional study, we obtained the sample using The Edinburgh Scale Survey, and whoqol-bref survey. Statistical analysis was used to obtain OR, with a 95% CI and a $p < 0.05$.

Results: 400 women in the immediate puerperium were included. 17.75% have a medium-high risk of postpartum depression according to the Edinburgh scale. History of aggression during pregnancy (OR 2.3 CI 95% 1.4-1.6 $p < 0.0003$) and history of clinically diagnosed depression (OR 2.1 CI 95% 0.34-0.67 $p < 0.001$) among the statistically significant risk factors associated with postpartum depression.

Keywords: Depression, Postpartum, puerperium, quality, pregnancy, infant

INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los trastornos más debilitantes de la mujer durante su etapa reproductiva¹. Actualmente, el manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales(DSM-5) clasifica a la depresión con inicio perinatal a la que empieza durante el embarazo o durante las 4 semanas posterior al periodo postparto² La depresión materna durante los primeros meses y años posee un impacto significativo en la vida del niño ya que interrumpe: cuidado maternal propio, lazo materno infantil, desarrollo infantil⁴. Su prevalencia varía mucho entre los diferentes países y esta suele ser mayor en los países en vías en desarrollo⁶. Es generalmente aceptado que el 10 al 20% de las mujeres desarrollan síntomas de depresión después del alumbramiento. Numerosos estudios epidemiológicos y meta análisis han sugerido una etiología multifactorial para la depresión postparto; Así mismo existen datos que apoyan que la idea que el tamizaje de depresión postparto en los centros clínicos y hospitalarios, junto con tratamiento (farmacoterapia, consejería, apoyo social) han demostrado ser beneficiosos en reducir los índices de esta patología ⁹; Sin embargo se estima que solo un porcentaje pequeño de mujeres reciben algún tipo de tamizaje ¹⁰. Herramientas de tamizaje con una gran sensibilidad y especificidad para detectar depresión postparto existen, Sin embargo, solo pocos personal de la salud las utilizan ¹¹. Dentro de estas herramientas están las escalas de la depresión postparto de Edimburgh (EPDS; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) y Escala de Tamizaje de depresión postparto (PDSS; Beck & Gable, 2000) ¹²

En Ecuador no existe estudios de gran escala que indiquen la real prevalencia de la depresión post parto así como no existe guías clínicas acerca de la detección, calidad de vida o manejo de esta condición. Dado que la barrera más grande para el tratamiento de la depresión postparto es la detección, la presente investigación tiene como objetivo explorar la factibilidad de aplicar la Escala de Depresión Postparto Edimburgo como herramienta de tamizaje, así como conocer la calidad de vida en pacientes con riesgo de presentar esta patología por medio del cuestionario whoqol bref.

DESARROLLO

MARCO TEORICO:

A pesar de las creencias populares que la mujer debe estar feliz después del nacimiento de su hijo, esto muchas veces no ocurre. Muchas de ellas presentan síntomas depresivos que pueden resolver con el paso de los días, o persistir como un trastorno de depresión mayor¹

Mientras la depresión postparto puede ser breve y de resolución espontánea, aproximadamente 30% de las mujeres que experimentan depresión postparto, continúan con trastorno depresivo hasta incluso 2 años⁵. El curso clínico de la enfermedad varía y puede prolongarse como un cuadro clínico de depresión leve, cumplir criterio de estado de depresión mayor, o manifestarse como episodios recurrentes ³

Definición del periodo postparto:_ Se define como periodo postparto aquel comprendido durante los primeros 12 meses posterior al nacimiento del bebé. Las siguientes comprenden definición aceptadas de “puerperio”:

- Según la Asociación Americana de Psiquiatría junto con el DMS-5, define al puerperio como el periodo comprendido a las 4 semanas posteriores al nacimiento.
- Para “episodios relacionados al estado de ánimo y al puerperio” la Organización Mundial de la Salud y el CIE-10, requieren que estos ocurran durante las primeras 6 semanas posteriores al alumbramiento.
- Otras definiciones de puerperio varían entre periodo comprendido en los 3 o 12 meses posteriores al alumbramiento. La mayoría de los estudios definen a la depresión postparto aquella que ocurre durante los 12 meses posteriores al alumbramiento. ³

Factores de riesgo asociados a depresión posparto

Cuando se manifiestan síntomas depresivos graves de manera temprana (dos o tres días) sugieren el inicio de una depresión postparto. Estos síntomas incluyen anhedonia, ideas de minusvalía y culpa, llanto fácil, fatiga, insomnio o hipersomnias, dificultad para concentrarse e incapacidad para realizar las

tareas maternas. Las mujeres con depresión posparto sin psicosis pueden tener ideación suicida e ideas obsesivas comúnmente relacionadas con la posibilidad de hacerle daño al lactante.

Se ha observado que la incidencia de depresión posparto presenta variaciones en función de la cultura. Es así que, en países y en situaciones en las cuales se provee apoyo psicosocial durante el embarazo, el parto y el postparto, la incidencia de este trastorno es baja. Entre los factores de riesgo y predicción que explican la aparición de la depresión posparto sin psicosis, se encuentran los siguientes: eventos estresantes previos al embarazo, historia de trastorno depresivo mayor o de trastorno disfórico premenstrual, historia familiar de trastornos del estado de ánimo, embarazo no deseado, historia de amenaza de aborto, parto pre término y parto por cesárea, el ser madre soltera o la disfunción de pareja, la baja autoestima materna, el bajo nivel socioeconómico, y la imposibilidad de lactar o el cese temprano de la lactancia.

Además de la influencia de los factores ya mencionado ,se ha relacionado con la presencia de síntomas depresivos persistentes después de seis meses postparto, el temperamento del recién nacido, el bajo nivel educativo de la madre y anomalías o enfermedades del hijo o de la madre.

Desde el punto de vista biológico, es posible que se presente una excesiva fatigabilidad, piel seca, intolerancia al frío y caída reciente del pelo. Sin embargo, debe descartarse el hipotiroidismo, el cual se presenta en 5 a 10% de las mujeres en el primer año posparto.

En cuanto a la causa de la depresión posparto, las teorías más acertadas hasta el momento son las que se relacionan con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas durante este período. ⁸

Características Clínicas de la Depresión Menor durante el postparto

Es una condición transitoria caracterizada por síntomas depresivos menores como disforia (tristeza, llanto, irritabilidad y ansiedad) insomnio, dificultad para concentrarse. Estos síntomas pueden desarrollarse hasta en el 40%-80% de las mujeres durante los primeros 3 días posterior al alumbramiento y suelen resolver durante las primeras dos semanas.⁵ Factores de riesgo para la depresión menor son: síntomas depresivos durante el embarazo, factores

estresantes acerca del cuidado del bebe, problemas sicosociales, antecedentes familiares de depresión. A pesar de que muchos profesionales de la salud no clasifican a la depresión menor como una patología, muchos psiquiatras lo catalogan como “trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido”⁶

Estado depresivo mayor durante el postparto

Los pacientes con depresión postparto muchas veces no reconocen su patología debido a que muchas veces sus síntomas se sobreponen a aquellos que se consideran los síntomas usuales del puerperio como fatiga, dificultad para conciliar el sueño, disminución del libido. Muchas mujeres a su vez, no reportan sus síntomas debido estigmas en la sociedad donde se considera que las madres deben estar felices.⁷

Epidemiología

La estimación de la prevalencia de depresión postparto a nivel mundial se estima entre 8-20% Entre los factores de riesgo tenemos: Antecedentes de depresión, antecedente de agresión, adolescentes, embarazo no planeado, situación de estrés socioeconómico, falta de apoyo social y económico.⁸

Manifestaciones clínicas

Síntomas generales incluyen dificultad para conciliar el sueño, disminución del apetito, falta de energía, disminución de peso y del libido. Sin embargo cada una de estas manifestaciones debe ser evaluada independientemente en el contexto del proceso fisiológico del puerperio. Por ejemplo, si la dificultad para conciliar el sueño persiste a pesar de que el bebe duerme, podría indicar un síntoma de depresión postparto; así mismo la falta de energía a tal punto que el paciente no puede dejar la cama es considerado anormal. Síntomas adicionales podrían ser: ataques de pánico, ansiedad, irritabilidad, enojo, sensación de estar incapacitada para cuidar del bebe, sentimiento de culpa, ideas de hacer daño al bebe. Esta última especialmente merece importante atención, se estima que el 3% de las mujeres con depresión postparto presentan ideas de herir o causar daño a su hijo. La depresión postparto es considerada un factor de riesgo para el desarrollo de depresión mayor luego

del periodo postparto. ¹⁰

Complicaciones:

- Efecto negativo en la vinculación madre hijo.
- Efecto negativo en el desarrollo del niño, esto incluye problemas sociales y de comportamiento.
- Problemas en el lecho matrimonial.
- Suicidio e infanticidio, es la principal causa de muertes en mujeres durante el puerperio, siendo el infanticidio menos frecuente. ¹¹

Detección temprana

Se sugiere que en la detección temprana participen ginecólogos/obstetras, pediatras, médicos generales, y que las herramientas de detección temprana sean dirigidas para todas las mujeres durante el periodo postparto. Una de las herramientas más ampliamente usadas para la depresión postparto es la escala de Edimburgo, que consiste en un cuestionario de 10 preguntas, el cual puede ser completado en menos de 5 minutos.¹² Este cuestionario está disponible en múltiples idiomas, es fácil de entender y fácil de administrar. Cada respuesta recibe un puntaje de 0, 1, 2 o 3, con un máximo puntaje total de 30, siendo identificadas como aquellas pacientes en riesgo las que obtienen un puntaje mayor de 13. La academia americana de ginecología y obstetricia recomienda hacer tamizaje por lo menos una vez, mientras que la academia americana de pediatría recomienda el tamizaje en cada visita del niño a la consulta de control. El mejor tiempo para el tamizaje es considerado entre la 4 y 6 semana posterior al parto.

Diagnostico

Los criterios diagnóstico para depresión postparto son los mismos que incluye el DMS-5 para diagnóstico de depresión mayor; estos incluyen presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas

debe ser 1: estado de ánimo depresivo o 2: pérdida de interés o de la capacidad para el placer:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. En los niños y adolescentes el estado de ánimo se puede observar mediante su irritabilidad.
2. Disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o en la mayoría de las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnía.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. ¹³

Tratamiento

La depresión menor generalmente es transitoria y resuelve sola en el transcurso de 14 días posterior a su aparición. El problema se presenta cuando estos síntomas no subsiden y se siguen presentando posterior a las dos semanas postparto, que es cuando debe ser valorado por un especialista. Para el tratamiento de la depresión postparto clínicamente diagnosticada, se está considerando como primera línea terapia cognitiva y de apoyo, y se reserva el manejo farmacológico para aquellas pacientes refractarias, debido a que un porcentaje de estos agentes farmacológicos suelen ser eliminados por la leche materna durante el periodo de lactancia.

Los fármacos de primera a línea a usar son los inhibidores de la recaptación de serotonina, que han demostrado ser seguros y eficaces.¹⁵

Tratamiento Farmacológico:

En la mayoría de casos esta etapa coincide con el periodo de lactancia, cuando esto sucede y es necesario el uso de antidepresivos, hay que considerar la suspensión de los mismos, ya que existe el riesgo de que se elimine cantidades menores de dicho fármaco durante la lactancia.¹¹

Antidepresivos tricíclicos

Los estudios actuales no certifican que al usar estos fármacos sean incapaces de provocar algún tipo de daño durante la lactancia, ya que su concentración es relativamente igual en la leche materna como en el plasma de la madre. Aun así, lo que hay que considerar son los niveles plasmáticos de dicho fármaco en el lactante y sus consecuencias. Según los datos encontrados hasta la fecha, a pesar de la exposición mediante la lactancia, en el lactante no se han encontrado valores plasmáticos de importancia ni presentaban sintomatología de sus efectos, aun cuando la madre continuaba con el tratamiento con antidepresivos tricíclicos, sin embargo existe el riesgo que a dosis mínimas pero de forma crónica de tricíclicos estos puedan afectar el desarrollo neuronal del niño.

Antidepresivos ISRS

Diferentes estudios afirman que tanto la fluoxetina como su metabolito norfluoxetina pueden provocar niveles plasmáticos considerables en el niño. La sintomatología abarca llanto incontrolable, vómitos, incapacidad de conciliar el sueño y diarreas. A pesar de que también se elimina por medio de la leche materna la fluvoxamina y la paroxetina, actualmente no existen estudios que avalen que provoquen daño alguno. Al parecer el uso de sertralina ha demostrado ser el único fármaco que no refleja valores plasmáticos detectables en el lactante.

Carbamacepina y valproato

En hijos de madres que durante la lactancia continuaron con el tratamiento con carbamecepina se ha detectado toxicidad de carácter transitorio. Por otro lado el valproato, según datos encontrados, su concentración en la leche oscila entre el 1 y el 25% de la reflejada en plasma materno.

Benzodiacepinas

El lorazepamal cuya eliminación es casi nula por la leche materna, aún se desconoce si su uso por un tiempo prolongado puede causar efectos en el niño; aun así hay que considerar el riesgo de acumulación de este fármaco. Se recomienda considerar otros posibles tratamientos.

Neurolépticos

No existen muchos datos sobre los efectos de dichas sustancias durante el periodo de lactancia. En una investigación que se realizó a una mujer que tomaba 30 mg/día, cuyos valores en la leche materna fueron 2/3 de los encontrados a nivel serico, no reflejo ningún efecto nocivo en el lactante a los 6 meses ni al año de vida.¹⁰

Hipótesis

Las mujeres que presentan factores de riesgo para depresión postparto como ser madre adolescente, cuyo embarazo no fue deseado, con antecedentes de agresión durante el mismo, con falta de apoyo socioeconómico, un número elevado de hijos, tienen una mala calidad de vida.

OBJETIVOS

1. Analizar los factores de riesgo que aumentan la susceptibilidad a la depresión postparto
2. Determinar la calidad de vida en mujeres con riesgo de presentar depresión post parto.
3. Analizar la utilidad de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo en nuestra población.
4. Analizar la utilidad de la escala Whoqol-bref en nuestra población.

MATERIALES Y METODOS:

Se realizó un estudio de corte transversal en el Hospital Alfredo G. Paulson. Se incluyeron dentro del universo todas las mujeres en el periodo de puerperio inmediato que cumplan los criterios de inclusión y exclusión que fueron atendidas durante el periodo de septiembre 2016 a enero 2017.

Se obtuvo a través de la fórmula de muestra, el número de la población a encuestar que comprendía a 400 mujeres en el periodo de puerperio inmediato.

Criterios de Inclusión: mujeres en el periodo puerperio inmediato (máximo 7 días posterior al alumbramiento), y cuyas edades estén comprendidas entre los 14-45 años. Como criterio de exclusión están aquellas participantes que no deseen formar parte del estudio. Para la recolección de la muestra se utilizaron encuestas basadas en la escala de Edimburgo y posteriormente se hizo seguimiento por vía telefónica a los 2 meses a las pacientes cuyo puntaje en la escala de Edimburgo fue igual o mayor a 13 utilizando la escala de Whoqol-bref previa firma de consentimiento informado cuyo formato será adaptado de acuerdo a los protocolos del hospital. Adicionalmente se tomaron datos sociodemográficos y de salud a cada paciente en los que se incluyen las siguientes variables: edad (numérico), número de hijos (numérico), actividad laboral (categórico, trabaja/estudia, estudia, trabaja, desempleada), estado civil (categórico, soltera, casada, unión libre, separada), tipo de parto (categórico, cesárea, parto vaginal), antecedentes de agresión durante el embarazo (categórico, si/no), embarazo deseado (categórico, si/no).

Muestra:

Cuadro de variables:

Nombre	Descripción	Clasificación	Indicador
Edad	Edad en la que la mujer fue encuestada según cedula de identidad.	14-24 25-34 35-45	Cuantitativa discreta

Estado civil	Estado civil que la mujer presentó en su cedula de identidad.	-Soltera. -Casada. -Separada. -Unión libre.	Cualitativa nominal politémica
Antecedentes de agresión	Si la mujer refiere que existió agresión de forma física, verbal o psicológica durante su embarazo.	Si No	Cualitativa nominal dicotómica.
Actividad laboral		-Empleo y estudia. -Empleo -Estudiante. -Desempleo	Cualitativa nominal politémica
Embarazo deseado	Si la mujer refiere que estaba de acuerdo con el embarazo.	-Si - No	Cualitativa nominal dicotómica.
Tipo de parto	Según historia clínica de la paciente	-Cesárea -Parto vaginal	Cualitativa nominal dicotómica.
Número de hijos	Cantidad de hijos que refiere la paciente	<3 >3	Cualitativa nominal dicotómica.
Antecedentes de depresión	Si la paciente refiere haber sido diagnosticada de depresión por algún médico o personal de salud.	- Si - No	Cualitativa nominal dicotómica.
Riesgo de depresión	Puntaje (categoría) obtenido mediante la encuesta de Edimburgo	-Sin riesgo (<8) -Leve riesgo (9-10) -Moderado riesgo (11-12) -Alto riesgo (>13)	Cualitativa nominal politémica

La escala de Edimburgo consta de 10 ítems, cada ítem puede tener una puntuación de 0 a 3, con un máximo de 30 puntos en total, considerándose menor de 8 sin riesgo de depresión postparto, de 9-10 leve riesgo de depresión, 11-12: riesgo de depresión medio y mas de 13 alta probabilidad de depresión. Las pacientes que recibieron un puntaje mayor de 13, fue notificado al servicio de psiquiatría/psicología.

La escala de whoqol-bref consta de 26 ítems, las cuales se agrupan en cuatro dominios que corresponde a salud física, psicológico, relaciones interpersonales y entorno, y dos ítems individuales. Cada dominio se valora de forma independiente a mayor puntuación mejor calidad de vida. En los primeros dos ítems independientes se obtuvieron los porcentajes de cada respuesta, y para los 4 dominios se obtuvo el promedio de cada dominio junto con la respectiva Desviación Estándar (SD)

Se obtuvo aprobación del comité de ética del hospital el Hospital Alfredo G. Paulson, y se declaró que no existió conflicto de interés.

La información obtenida fue tabulada utilizando hojas de datos de Microsoft Excel 2015, y el análisis estadístico se realizó utilizando programa estadístico R Studio.

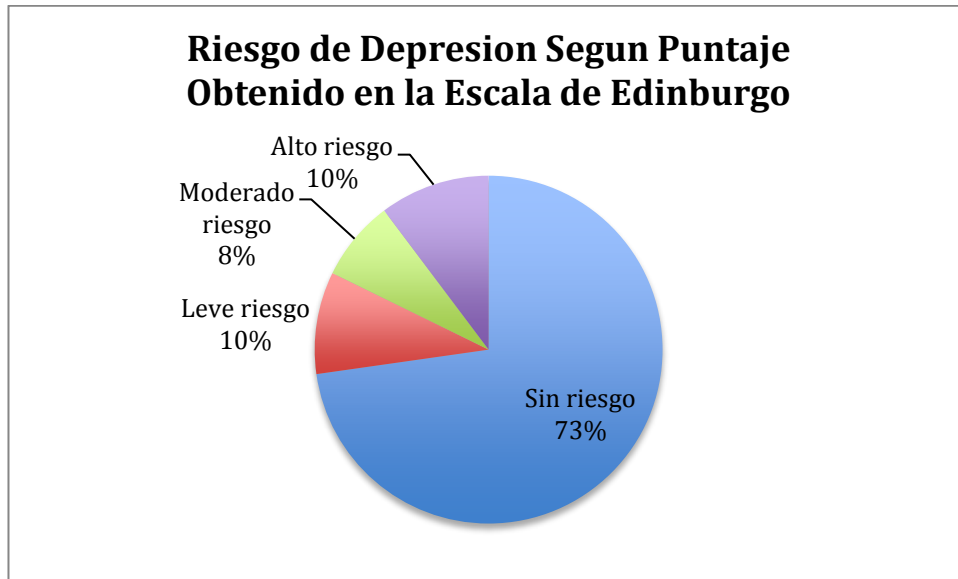
Para el análisis de variables cualitativas se utilizó Chi Cuadrado y para las variables cuantitativas la prueba de t Student. Se fija un valor de p significativo $<0,05$ con un Intervalo de Confianza del 95%. Así mismo para reportar asociación entre variables se usó OR (Odds ratio)

Resultados:

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres participantes que fueron atendidas en el Hospital Alfredo G Paulson durante el periodo septiembre 2016 a enero 2017 (n=400)

Variable	N	%
<u>Edad</u>		
14-24	155	38.75
25-34	198	49.5
35-45	47	11.75
<u>Estado civil</u>		
Soltera	81	20.25
Casada	88	22
Separada	224	56
Unión Libre	7	1.75
<u>Antecedentes de agresión</u>		
Si	38	9.5
No	362	90.5
<u>Actividad laboral.</u>		
Empleo y estudiante	94	23.5
Desempleado	276	69
Estudiante	27	6.75
Empleo	3	0.75
<u>Embarazo Deseado</u>		
SI	339	84.75
NO	61	15.25
<u>Tipo De Parto</u>		
Cesárea	352	88
Parto natural	48	12
<u>Número de Hijos</u>		
<3	352	88
>3	48	12
<u>Antecedentes de depresión</u>		
Si	38	9.5
No	362	90.5
<u>Riesgo de depresión</u>		
Sin riesgo	291	72.75
Leve riesgo	38	9.5
Moderado riesgo	30	7.5
Alto riesgo	41	10.25

Grafico 1. Porcentajes de riesgo de depresión Postparto según el puntaje obtenido en la Escala de Edimburgo.



Nuestra población de estudio comprendió 400 mujeres que fueron atendidas en el hospital Alfredo G Paulson, durante el periodo septiembre 2016 a Enero 2017, que aceptaron que se les realice la encuesta utilizando la escala de depresión de Edimburgo. La edad promedio de estas fue de 20.1 ± 2 DS. El 56% de las participantes son de estado civil separadas, 20,25% solteras, 22% casadas, 1,75% unión libre.

El 90,5% no reporta antecedente de ningún tipo de agresión durante el embarazo, y solo el 9,5% reporta como positivo algún tipo de agresión verbal o física durante el periodo de gestación.

Dentro del ámbito de actividad laboral, el 69% reporto no poseer empleo, mientras que el 30% reporta algún tipo de actividad laboral o estudios.

El 84 % indico que el embarazo actual era deseado, y un porcentaje menor de 15% reporto que el embarazo era no deseado. El 88% de las pacientes encuestadas fueron sometidas a cesárea.

El 9% admitió haber sido diagnosticadas alguna vez por un médico o personal de salud de depresión.

El 82% de las pacientes obtuvo un score <12 , indicando riesgo nulo o leve de depresión post parto. El 8,2% restante obtuvo un score >12 indicando riesgo moderado a alto.

En nuestro análisis de variables, obtuvimos que la edad tiene una relación positiva con un score >12 en el grupo etario comprendido entre 14-24 años (OR 1,5 IC95% 0.54-0.80 p 0.0003) que es estadísticamente significativo, así mismo se vio una asociación positiva en el grupo etario comprendido entre 35-45 años (OR 1,2 0.54-0.80 p 0.0003)

La asociación con el estado civil y el puntaje en la Escala de Edimburgo no fue estadísticamente significativa con IC 95% 0,80-1,56 p 0,23

El antecedente de agresión durante el embarazo muestra un OR 2,3 (IC 95% 1,4-1,6 p 0.0003) mostrando una fuerte relación positiva a un score elevado en la escala de depresión postparto.

Otro factor de relación con un puntaje mayor en la escala de Edimburgo es embarazo no deseado con un OR 1,8 (IC 95% 1,13-2,13 p0.003). El tipo de parto y el número de hijos no mostraron una asociación estadísticamente significativa con el puntaje en la escala de depresión postparto de Edimburgo.

El antecedente de depresión, un OR de 2,1 IC 95%1.13-2.13 p 0,003) muestra así mismo una asociación estadísticamente significativa.

Dentro del grupo de pacientes que fueron agredidas durante el embarazo (n=38), 12 pacientes (31,5%) reportaron al agresor como integrante de la familia, 18 pacientes (47,3%) identificaron al conviviente como el agresor, y 6 pacientes (15,7%) reportaron haber sufrido agresión en el ámbito laboral.

El grupo etario que presento un mayor porcentaje de agresión durante el embarazo (n=20, 52,6%) comprende edades entre 14-24 años

Tabla 2. Análisis entre Puntuación en la Escala de Depresión de Edimburgo y variables de la población en estudio a la semana postparto

Variable	Score obtenido en la escala de Edibumburg				OR	IC	p
	<13	%	≥13	%			
<u>Edad</u>							
14-24	55	35,4	100	64,5	1,5	0.54-0.80	0.003
25-34	115	58	83	41	0,89		
35-45	20	42,5	27	57,6	1,2		
<u>Estado civil</u>							
Soltera	31	38,2	50	61,7	2	0.80-1.56	0.23
Casada	60	68,1	28	31,8	0,7		
Separada	134	59,8	88	40,2	1		
Unión Libre	6	85,7	1	14,2	1		
<u>Antecedentes de agresión durante el embarazo</u>							
Si	10	26,3	28	73,6	2,3	1.4-1.6	0,0003
No	114	31,4	248	68,5	0,4		
<u>Actividad laboral.</u>							
Empleo y estudiante	45	47,8	49	52,1	1	1.80-2.3	0.002

Desempleado	100	36,2	176	63,7	1,3		
Estudiante	9	33,3	18	66,6	2		
Empleo	2	66,6	1	33,3	0,6		
<u>Embarazo Deseado</u>							
SI	200	58,9	139	41	1	1.13-2.13	0.003
NO	21	34,4	40	65,5	1,8		
<u>Tipo De Parto</u>							
Cesárea	235	66,7	117	33,2	0,6	0.6-1.80	0.32
Parto natural	23	47,9	25	52	1		
<u>Número de Hijos</u>							
<3	278	78,9	74	21	1,2	0.9-1.90	0.5
>3	38	79,1	10	20,9	0,8		
<u>Antecedentes de depresión</u>							
Si	10	26,3	28	73,6	2,1	0.34-0.67	0,001
No	206	56,9	156	43	0,7		

TABLA 3. IDENTIFICACION DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA AGRESION DURANTE EL EMBARAZO.

Agresor identificado	N° de pacientes (n=38)
Familia	12
Conviviente	18
Amigo/a	2
Ambito Laboral	6

TABLA 4. DISTRIBUCION POR GRUPOS ETARIOS DE LAS PACIENTES QUE SUFRIERON AGRESION DURANTE EL EMBARAZO

GRUPOS ETARIOS	N° de pacientes (n=38)
14-24	20
25-34	10
35-45	8

Grafico 2. Valoración de la calidad de vida en las pacientes con puntuación mayor o igual a 13 en la Escala de Edimburgo. Ítem numero 1

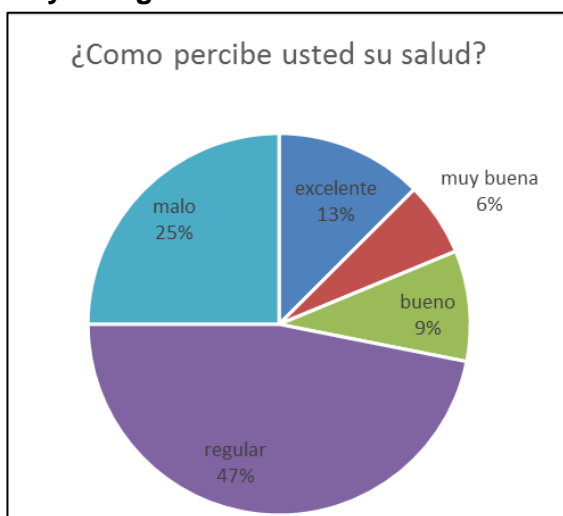


Grafico 3. Valoración de la calidad de vida en las pacientes con puntuación mayor o igual a 13 en la Escala de Edimburgo. Ítem numero 2

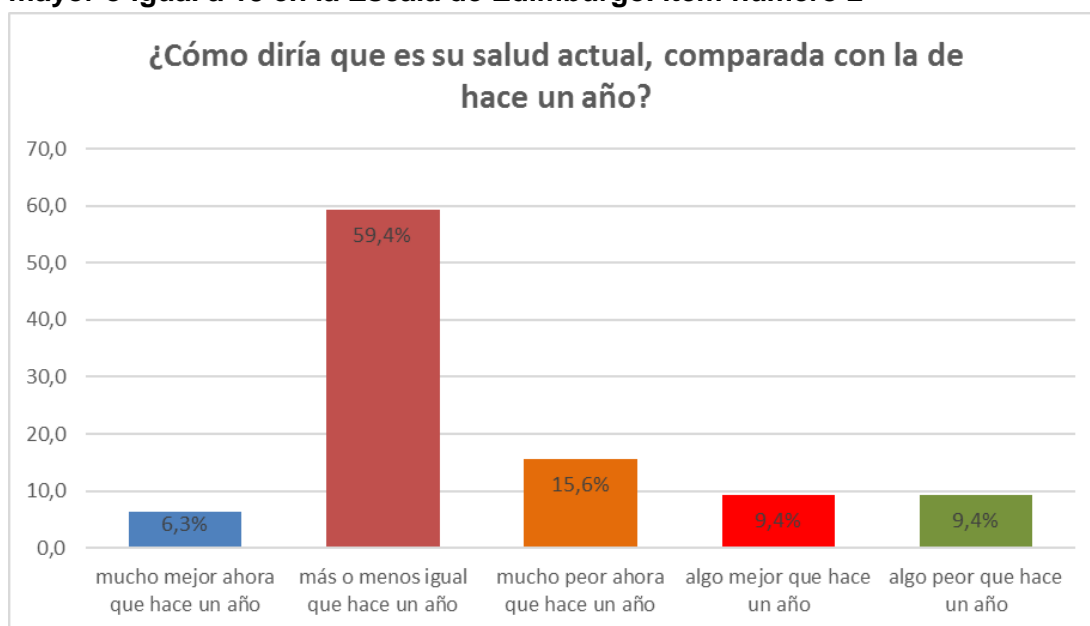
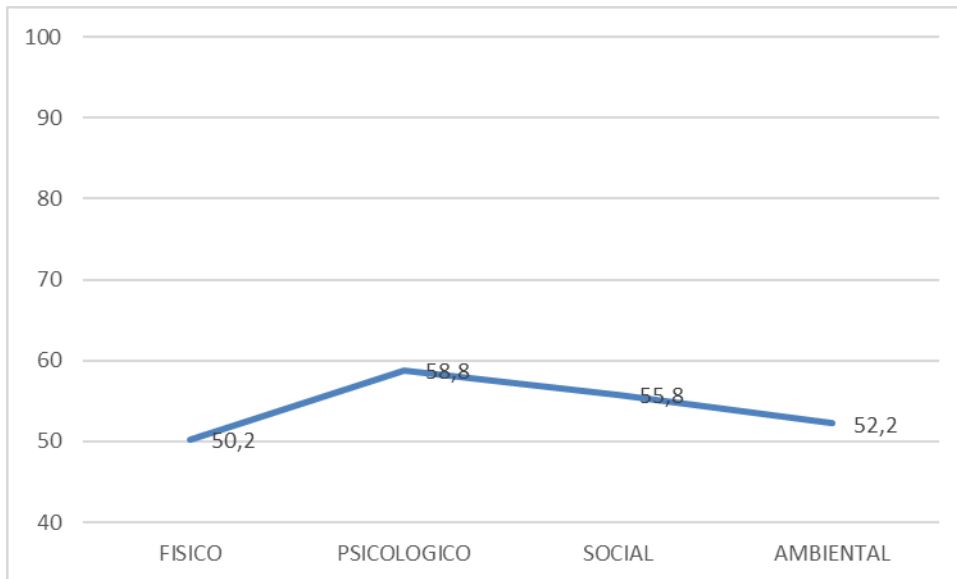


GRAFICO 4. Promedio del puntaje obtenido en cada dominio en los pacientes con riesgo elevado de depresión postparto según la Escala de Edimburgo.



Dentro de la valoración de calidad de vida (Escala de WHOqol Bref) a las pacientes con riesgo elevado por la escala de Edimburgo (n=32), el 47% percibe su salud como regular, y un 6% como buena; el 59,4% contestó que su salud comparada con la del año pasado es más o menos igual, y un porcentaje pequeño (6,3%) afirmó que su salud es mucho mejor ahora que hace un año.

En la evaluación de los 4 dominios, los cuales comprenden el ámbito físico, psicológico, social y ambiental, se obtuvo un promedio de los puntajes de cada uno con la respectiva desviación estándar (SD). En el ámbito físico el promedio fue de 50,2 SD \pm 13, ámbito psicológico 58,8 SD \pm 13, ámbito social 55,8 SD \pm 12,7, ámbito ambiental 52,2 SD \pm 12,09.

Discusión

En nuestro estudio el 17% de las mujeres encuestadas se sitúan dentro del rango de riesgo medio y elevado para sufrir depresión post parto acorde a la escala de Edimburgo. El porcentaje restante, que abarca la mayoría se sitúa dentro de rango leve o no riesgo. Esto se contrasta con los valores hallados en estudios realizados en Chile, donde la prevalencia es del 46%⁵

En contraste con estudios internacionales^{7,6} donde registran un elevado número de violencia y embarazados no deseados, en nuestra población encuestada solo el 15% reporta haber tenido un embarazo no deseado, y un 9% reporta algún tipo de agresión durante el embarazo.

La incidencia y factores de riesgo de la depresión postparto varía según el grupo cultural y características socioeconómicas de las distintas poblaciones, acorde a nuestros datos se sitúa al antecedente de agresión (OR 2,3, IC 95% 1.4-1.6 p <0.005) durante el embarazo como uno de los factores más fuertes que predisponen o se relaciona con la aparición de depresión post parto, dato que se presentan de igual magnitud en estudios realizados en otros países.^{9,11,12} A diferencia de otros estudios¹¹ donde se identifica el número de hijos y el estado civil como factores asociado a depresión postparto nosotros no encontramos una relación estadísticamente significativa.

En otros estudios realizados sin embargo sitúan a la situación de desempleo como factor de riesgo importante para depresión postparto⁸, lo cual en nuestra encuesta mostro que las pacientes cuya ocupación era estudiante (OR 2 IC 95%1.80-2.3 p 0,002) obtenían una puntuación más alta en la escala de Edimburgo, asociado con un riesgo mayor de depresión postparto.

Asociamos este dato a diferencias culturales en nuestra población, donde la educación se vuelve más difícil de sobrellevar durante el periodo de gestación y durante los primeros meses de vida del infante.

Dentro de las limitantes de nuestro estudio podemos recalcar la falta de seguimiento a los 6 meses y al año, de las pacientes cuya puntuación fue elevada, para de esta manera poder obtener una prevalencia real de la depresión postparto. Otra limitante importante es la muestra obtenida, que, aunque abarca las mujeres atendidas durante ese periodo, no representa la población en general. Se necesita realizar estudios multicéntrico con una población mayor que represente las características generales de la población ecuatoriana.

Nuestra encuesta no fue designada para el diagnóstico de la depresión postparto sino más bien para la identificación de pacientes con riesgo de posibles trastornos psiquiátricos o psicológicos, es necesario que estas pacientes con alto riesgo sean evaluadas por el área de Psiquiatría, a diferentes tiempos, para poder diagnosticar y tratar aquellas pacientes que encajen dentro del diagnóstico.

A pesar que los porcentajes de mujeres con índice alto de probabilidad de depresión postparto no es grande, sin embargo, el hecho que exista ese

porcentaje indica la necesidad de tomar en cuenta la salud mental en este grupo de pacientes.

El abordaje de la depresión post parto es un proceso complejo, que implica dos grandes pasos, el primero la detección, y el segundo el tratamiento. La detección universal de factores de riesgo y síntomas iniciales es la primera barrera que se debe romper, y es lo que este estudio tenía como objetivo.

CONCLUSIONES:

La depresión post parto es un problema complejo de salud que debe ser detectado a tiempo, para poder instaurar tratamiento adecuado y evitar complicaciones que afecten el vínculo madre – hijo. El personal médico debe reconocer los posibles factores de riesgo de su población que le agilice el seguimiento de pacientes que necesiten atención especializada. La calidad de vida se reduce en pacientes con factores de riesgo para depresión postparto.

ANEXOS:

ESCALA WHOQOL-BREF

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:
1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año
3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año
5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No
20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho
21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho
6 Sí, muchísimo
22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.
EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez

5 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido
2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada
6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada
8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca

Bibliografía

- 1) Falah-Hassana K, Shiri R, Simone Vigod, Dennis C. Prevalence of postpartum depression among immigrant women: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Psychiatric Research*. 2015; 67e82
- 2) Goldin M, Phillippi S, Gee R. Examining the Screening Practices of Physicians for Postpartum Depression: Implications for Improving Health Outcomes. *Women's Health Issues* 25-6. 2015; 703–710
- 3) Kothari C, Wiley J, Moe A., Liepman M, Tareen R, Curtis A, Maternal depression is not just a problem early on, public health. *Public health* XXX. 2016; 1e8
- 4) Byatt N, Biebel K, Moore Simas T, Sarvet B, Ravech B, Allison J, Straus J. Improving perinatal depression care: the Massachusetts Child Psychiatry Access Project for Moms. *General Hospital Psychiatry*. 2016; 40 12–17
- 5) Pedersen C, Leserman J, Garcia N, Stansbury M, Meltzer-Brody S, Johnson J. Late pregnancy thyroid-binding globulin predicts perinatal depression. *Psychoneuroendocrinology* 65. 2016; 84–93
- 6) Teaford D, Goyal D, McNeish S. Identification of Postpartum Depression in an Online Community. *JOGNN*, 44, 578-586; 2015. DOI: 10.1111/1552-6909.12740
- 7) Nunes de Oliveira Brito C, Valongueiro Alves S, Ludermir A, Velho Barreto de Araújo T. Postpartum depression among women with unintended pregnancy. DOI:10.1590/S0034-8910. 2015; 049005257
- 8) Martínez P, Vöhringer P, Rojas G. Barriers to access to treatment for mothers with postpartum depression in primary health care centers: a predictive model. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016; :e2675 DOI: 10.1590/1518-8345.0982.2675
- 9) Flanagan T, Avalos L. Perinatal Obstetric Office Depression Screening and Treatment Implementation in a Health Care System, 2016 by The American College of Obstetricians and Gynecologists. Published by Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved. ISSN: 0029-7844/16
- 10) Yawn B, Bertram S, Kurland M, Wollan P. Repeated Depression Screening During the First Postpartum Year. *Annals Of Family Medicine*, 2015; Vol. 13, No. 3
- 11) Loudon H, Nentin F, Silverman M. Using clinical decision support as a means of implementing a universal postpartum depression screening program *Arch Womens Ment Health*, 2016; 19:501–505
- 12) Malqvist M, Clarke K, Matsebula T, Bergman M, Tomlinson M, Screening for Antepartum Depression Through Community Health Outreach in Swaziland *J Community Health* DOI 10.1007/s10900-016-0175-9

- 13) Quelopana A, Dimmitt Champion A, Validación Del Cuestionario “Postpartum Depression Screening Scale” Versión En Español En Mujeres De Arica. CHILE CIENCIA Y Enfermería Xvi, 2010; (1): 37-47
- 14) Rojas G, Santelices M, Martínez P, Tomicic A, Reinel M, Olhaberry M, Krause M. Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. Rev Med Chile, 2015; 143: 424-432
- 15) Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Med Chile, 2015; 143: 887-894
- 16) Khalifa D, Glavin K, Bjertness E, et al. Determinants of postnatal depression in Sudanese women at 3 months postpartum: a cross-sectional study. BMJ Open, 2016;6: e009443. doi:10.1136/bmjopen-2015-009443
- 17) Thombs B, Benedetti A, Kloda L, et al. Diagnostic accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting major depression in pregnant and postnatal women: protocol for a systematic review and individual patient data meta- analyses. BMJ Open 2015; 5: e009742. doi:10.1136/bmjopen-2015-009742
- 18) Pope C, Mazmanian D. Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research. Hindawi Publishing Corporation Depression Research and Treatment, 2016; Article ID 4765310, 9 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2016/4765310>
- 19) Barkin J, Wisner K, Bromberger J, Beach S, Wisniewski S. Factors Associated with Postpartum Maternal Functioning in Women with Positive Screens for Depression. Journal Of Women’s Health, 2015; Volume 00, Number 00, Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/jwh.2015.5296
- 20) Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante C. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. Journal of Affective Disorders 191, 2016; 62–77
- 21) Shivalli S, Gururaj N. Postnatal Depression among Rural Women in South India: Do Socio-Demographic, Obstetric and Pregnancy Outcome Have a Role to Play? PLoS ONE 10, 2015; (4): e0122079. doi:10.1371/journal.pone.0122079
- 22) Santacruz-Fernández M, Serrano-Andrade F. Depresión Posparto: Prevalencia Y Factores De Riesgo En Madres Atendidas En El Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014, Revista Científica Universidad De Cuenca, 2015, pag 24-26
- 23) http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Gabriela Eulalia López García**, con C.C: **1310613953** autor/a del trabajo de titulación: **Factores predisponentes y calidad de vida en madres con riesgo de depresión postparto atendidas en el Hospital Alfredo G Paulson durante el periodo septiembre 2016 – enero 2017 en la ciudad de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **25 de Abril de 2017**

f. _____

Nombre: **Gabriela Eulalia López García**
C.C: **1310613953**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Leesle Estefany Hidalgo Castro**, con C.C: autor/a del trabajo de titulación: **Factores predisponentes y calidad de vida en madres con riesgo de depresión postparto atendidas en el Hospital Alfredo G Paulson durante el periodo septiembre 2016 – enero 2017 en la ciudad de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **25 de Abril de 2017**

f. _____

Nombre: **Leslee Estafany Hidalgo Castro**
C.C: **1204999609**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Factores predisponentes y calidad de vida en madres con riesgo de depresión postparto atendidas en el Hospital Alfredo G Paulson durante el periodo septiembre 2016 – enero 2017 en la ciudad de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Gabriela Eulalia López García; Leslee Estefany Hidalgo Castro.		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr Diego Vásquez		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	25 de Abril de 2017	No. DE PÁGINAS:	40
ÁREAS TEMÁTICAS	Ginecología, psicología.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Depresión, Postparto, puerperio, calidad, embarazo, lactante.		
RESUMEN/ABSTRACT:	La depresión post parto es un trastorno del estado del ánimo transitorio que se presenta aproximadamente en el transcurso del primer año posterior al parto. La depresión post parto genera problemas porque impide una buena interacción materno infantil, así como retraso en el desarrollo y socialización inadecuada que puede durar hasta la edad adulta. Actualmente la prevalencia a nivel mundial es aproximadamente el 20%. En Ecuador no hay estudios acerca de la prevalencia y el diagnóstico temprano.		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0968515322/ 0980867762	E-mail: gabbylopezg12@hotmail.com / leslee_1709@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Diego Vásquez		
	Teléfono: 0982742221		
	E-mail: diegoavasquez@gmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			