



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Dios, Patria, Cultura y Desarrollo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

**“Prevalencia y factores asociados a la depresión postparto en
puérperas del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca –
2018”.**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO.**

Autora: Patricia Michelle Martínez Salazar C.I: 0704530070

Directora: Dra. Carmen Isabel Guapisaca Vargas C.I: 0102524485

Asesora: Dra. Katherine Salazar Torres C.I: 1714669981

CUENCA - ECUADOR

2019



RESUMEN

Antecedentes: la depresión postparto (DPP), considerada una patología que puede debutar en el embarazo y mantenerse durante y posterior al puerperio, con sintomatología variada, generalmente no es detectada a tiempo y afecta seriamente la calidad de vida de la puérpera, hijo y familia.

Objetivo general: Determinar la Prevalencia y Factores asociados de DPP en puérperas del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-2018.

Metodología: estudio observacional, cohorte transversal, en 208 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, se utilizó la escala de Edimburgo dentro de los formularios. El programa estadístico SPSS (25.0) procesó la información; el análisis se realizó mediante estadística descriptiva representándolo en tablas; la asociación mediante Odds Ratio (OR), intervalo de confianza (95%), considerando valores estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

Resultados: la prevalencia de DPP leve 40,4%, DPP moderada 27,9%, sin patología 31,7%, predominó las edades entre 21-30 años 52,9%, etnia mestiza 90,9%, instrucción secundaria 49,5%, unión libre 46,6%, residencia urbana 69,7%, quehaceres domésticos 64,9%, multíparas 60,6%, parto vaginal 59,1%. No existe asociación entre DPP y edad OR:0,7 (IC 95% 0,37-1,38 $p:0,20$), DPP e instrucción OR: 0,7 (0,40-1,28 $p: 0,16$), se evidenció asociación estadística entre DPP y primiparidad con OR: 0,5 (IC 95% 0,25-0,84 $p:0,00$), también DPP y parto vaginal OR: 0,6 (IC 95% 0,30-1,05 $p: 0,04$), indicando que son factores asociados a DPP.

Conclusiones: se evidenció DPP en más de los 2/3 de puérperas, existió asociación estadística entre primiparidad, vía de parto vaginal y DPP, siendo estos factores asociados; la edad e instrucción no son factores asociados a DPP.

Palabras clave: DEPRESIÓN POSTPARTO, ESCALA EDIMBURGO, FACTORES ASOCIADOS.



ABSTRACT

Background: Postnatal depression (PPD), is considered a pathology which can debut in pregnancy and remain during and after the puerperium, with varied symptomatology, is not usually detected on time and seriously affects to the recently given birth woman son and family quality of life.

General objective: To determine the prevalence and associated factors of PPD in puerperal women from Vicente Corral Moscoso, Cuenca-2018.

Methodology: observational study, cross-sectional cohort, in 208 patients who met the inclusion criteria, the Edinburgh scale was used within the forms. The statistical program SPSS (25.0) processed the information; the analysis was carried out by descriptive statistics, representing it in tables; the association by Odds Ratio (OR), confidence interval (95%), considering statistically significant values with $p < 0.05$.

Results: the prevalence of mild PPD 40.4%, moderate PPD 27.9%, without pathology 31.7%, the ages between 21-30 years prevailed 52.9%, mixed race 90.9%, secondary education 49.5%, free union 46.6%, urban residence 69.7%, domestic chores 64.9%, multiparous 60.6%, vaginal delivery 59.1%. There is no association between DPP and age OR: 0.7 (95% CI 0.37-1.38 $p: 0.20$), DPP and OR instruction: 0.7 (0.40-1.28 $p: 0.16$), statistical association was evidenced between DPP and primiparity with OR: 0.5 (95% CI 0.25-0.84 $p: 0.00$), also DPP and vaginal delivery OR: 0.6 (95% CI 0.30-1.05 $p: 0.04$), indicating that they are associated factors to DPP.

Conclusions: DPP was evidenced in more than 2/3 of puerperal women, there was a statistical association between primiparity, vaginal delivery and PPD, being associated factors. Age and educational instruction are not factors associated factors to PPD.

Key words: POSTPARTUM DEPRESSION, EDINBURGH SCALE, ASSOCIATED FACTORS



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
ÍNDICE	4
DEDICATORIA	8
AGRADECIMIENTO	9
CAPÍTULO I.....	10
1.1 INTRODUCCIÓN.....	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.3 JUSTIFICACIÓN	11
CAPÍTULO II.....	13
2.1 MARCO TEÓRICO.....	13
2.1.1 ANTECEDENTES.....	13
2.1.2 DEPRESION POST PARTO (DPP)	15
2.1.3 FISIOPATOLOGIA DE DPP	16
2.1.4 CUADRO CLINICO	16
2.1.5 DIAGNOSTICO DE DEPRESION POST PARTO	17
2.1.6 TRATAMIENTO.....	20
2.1.7 FACTORES ASOCIADOS A DPP.....	21
CAPÍTULO III.....	23
3.1 HIPÓTESIS.....	23
3.2 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	23
3.2.1 <i>Objetivo General.</i>	23
3.2.2 <i>Objetivos Específicos.</i>	23
CAPÍTULO IV.....	24
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	24
4.1.1 <i>TIPO Y DISEÑO GENERAL DE ESTUDIO.</i>	24
4.1.2 <i>Área de estudio.</i>	24
4.1.3 <i>Unidad de análisis y observación.</i>	24
4.1.4 <i>Universo y muestra:</i>	24
4.1.5 <i>Criterios de inclusión:</i>	25
4.1.6 <i>Criterios de exclusión:</i>	25
4.2 VARIABLES DEL ESTUDIO	25
4.2.1 <i>Esquema de relación de variables.</i>	25
4.2.2 <i>Operacionalización de variables (ANEXO I)</i>	25
4.3 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS.....	25
4.3.1 <i>Autorización.</i>	25
4.3.2 <i>Capacitación</i>	25
4.3.3 <i>Supervisión:</i>	26
4.4 MATERIALES Y MÉTODOS.....	26
4.4.1 <i>Materiales:</i>	26
4.4.2 <i>Métodos:</i>	26
4.4.3 <i>Instrucciones de Uso:</i>	27
4.4.4 <i>Pautas para la evaluación:</i>	27



4.5	PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	27
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	28
4.7	RECURSOS NECESARIOS	28
4.7.1	<i>Recursos humanos:</i>	28
4.7.2	<i>Recursos materiales:</i>	29
4.7.3	<i>Recursos técnicos:</i>	29
4.7.4	<i>Cronograma de actividades (ANEXO XII)</i>	29
4.7.5	<i>Recursos financieros (ANEXO XIII)</i>	29
CAPÍTULO V.....		30
5.1	CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO	30
5.2	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	30
5.3	RESULTADOS	31
CAPÍTULO VI.....		35
6.1	DISCUSIÓN.....	35
6.2	CONCLUSIONES	38
6.3	RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		40
ANEXOS		45
ANEXO I: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES		45
ANEXO III: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.		46
ANEXO IV: CARTA DE ACEPTACIÓN DE BIOÉTICA.		48
ANEXO V: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN.		49
ANEXO VI: FORMULARIO DE ENCUESTA LLENO.		51
ANEXO VII: INFORME DE ANTIPLAGIO.....		53
ANEXO VIII: RUBRICA 5, RUBRICA DE REVISIÓN FINAL POR PARTE DE DIRECCION DE CARRERA.....		54
ANEXO IX: CERTIFICADO CENTRO DE IDIOMAS.		58
ANEXO X: AUTORIZACIÓN DE SUSTENTACIÓN POR PARTE DEL DIRECTOR		59
ANEXO XI: CONSENTIMIENTO INFORMADO		60
ANEXO XII: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....		63
ANEXO XIII: RECURSO MATERIAL, ECONÓMICO Y PRESUPUESTO		63



**AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL.**

Yo, **PATRICIA MICHELLE MARTÍNEZ SALAZAR**, con cédula de identidad número 0704530070, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación de **"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA - 2018"**, de conformidad con el Art. 114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 24 de enero de 2019

PATRICIA MICHELLE MARTÍNEZ SALAZAR
C.I: 0704530070



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo **PATRICIA MICHELLE MARTÍNEZ SALAZAR**, autor de la tesis “**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA - 2018**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, enero de 2019

PATRICIA MICHELLE MARTÍNEZ SALAZAR
C.I: 0704530070



DEDICATORIA

Dedico este estudio a mi madre por haberme dado su apoyo constante cada día, y esforzarse para darme la oportunidad de estudiar esta carrera.

Dedico también a toda mi familia y amigos cercanos que siempre estuvieron a mi lado en todo momento brindándome su confianza y apoyo.

Patricia Michelle Martínez Salazar



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a mi madre por haberme la posibilidad de estudiar esta carrera, agradezco también a mi familia y amigos por estar a mi lado en todo momento, a pesar de las dificultades.

A todos los docentes que de una u otra forma me brindaron sus conocimientos y me ayudaron en mi correcta formación en esta carrera para que de esta manera.

Al Hospital Vicente Corral Moscoso que me brindaron la apertura para que este estudio sea llevado a cabo con la mejor intensidad.

Gracias a todos los que de una y otra forma aportaron para que este sueño se haga realidad.

Patricia Michelle Martínez Salazar



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La depresión postparto (DPP) se define como la presencia de síntomas negativos que aparecen pasadas las cuatro semanas del parto, al ser un trastorno de salud bastante frecuente a nivel mundial, durante los últimos años se ha intentado poner mucho énfasis en estudiarlo no solamente durante el puerperio sino también durante la gestación, esto con la finalidad de lograr una atención integral en salud en la usuaria de los distintos servicios de salud.^{1,2}

La DPP tiene una prevalencia 3 veces más alta en países en vías de desarrollo, considerándose que su génesis es multifactorial, con factores biológicos, psicológicos y sociales que están directamente relacionados, tomando en cuenta que la DPP afecta el bienestar y la salud materna, el comportamiento y desarrollo del neonato.³

La prevalencia de depresión postparto (DPP), es variable, con cifras cambiantes de acuerdo a la distribución geográfica, social y económica y por grupos de edades. Es así que en las adolescentes se han reportado cifras del 10 al 20%.² A nivel mundial se han evidenciado los siguientes datos que hacen referencia a su prevalencia, entre estos: Estados Unidos (11,7-20,4%), América del Sur (20,7%), Europa (6,1-16,8%) y África (13,2).⁴

De cualquier forma, a pesar de la evidencia sobre la importancia, la detección y manejo oportuno de la DPP, esta patología pasa como desapercibida, por lo que se debería prestar mayor atención sobre todo con mayor énfasis a usuarias que presenten factores de riesgo relacionados con su desarrollo, con la finalidad de realizar el seguimiento respectivo y de esta manera evitar o al menos reducir las repercusiones que podría acarrear tanto con la madre como para el niño y el entorno familiar.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La DPP es un trastorno de salud materno que podría tener serias repercusiones en la salud tanto materna como la del niño, si no es diagnosticada de manera oportuna, además puede tener una tasa de recurrencia en el próximo embarazo y puerperio de entre 10 al 35 %, siendo estas cifras más altas en países en desarrollo.^{5, 6-9}

Investigaciones que se han dado a nivel de Latinoamérica, cifras variables de DPP, como en Venezuela la prevalencia reportada es de alrededor del 22%, Chile del 10,2 al 20,5%, Brasil el 16,5%, Colombia 46.3% considerándose una de las más altas a nivel mundial; según el National Institute of Mental Health (NIMH) la depresión posparto en el 15% de los partos alrededor del mundo.¹⁻³²

En Cuenca, en el año 2014, en un estudio realizado por Fernández et al, en 248 mujeres del Hospital José Carrasco Arteaga, se determinó una prevalencia de DPP del 34,3%, evidenciando una relación estadísticamente significativa entre DPP y edades menores de 25 años con un valor de p: 0,022. ¹⁰

En cuanto al diagnóstico de depresión postparto (DPP) el medio más utilizado es la denominada Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EDPE), la cual es una herramienta muy útil, ya que se necesita el tiempo mínimo para su aplicación, por su precisión y su rapidez de aplicación.¹¹

En cuanto al tratamiento de la DPP, se han tomado en cuenta algunos métodos iniciando desde terapias conductuales, psicológicas, hasta medicación antidepressiva con lo cual se ha logrado superar la mayoría de casos, siendo el apoyo de sus allegados fundamental para superar el cuadro depresivo. ^{5, 12, 13, 14,15}

¿Cuál es la prevalencia de depresión postparto y factores asociados en puérperas del Hospital Vicente Corral Moscoso cuenca - 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta la revisión en la literatura, y sabiendo que la DPP es un problema de salud pública que nos compete a todos, este estudio va encaminado a encontrar la Prevalencia y Factores Asociados a la depresión posparto en



puérperas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, el mismo que se encuentra anclado en la prioridades del Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2013-2017, en el área de investigación Salud Mental y Trastornos del Comportamiento, línea de Depresión, sublínea de grupos vulnerables.

La DPP resulta ser una patología que muchas veces ha sido invisibilizada y que hasta cierto punto los sentimientos de tristeza y melancolía, han sido considerados como “normales” durante el puerperio, esto ha hecho que los casos de DPP no sean diagnosticados de una manera adecuada o si se lo hace sea de manera muy tardía. Por lo que este estudio pretende tener un efecto beneficioso en los grupos de madres que aceptaron participar, generando un impacto positivo, ya que se realizará un seguimiento a las usuarias después de su puerperio inmediato, y establecer diagnósticos tempranos de la DPP y contribuir en mejorar la calidad de vida no solo en las pacientes sino en sus familias y por supuesto en el recién nacido.

La información obtenida de la presente investigación será puesta a consideración de las autoridades de salud competentes, además reposará en la Biblioteca del Unidad Académica de Salud y Bienestar, esperando que además sea base de futuras investigaciones en torno a la problemática no sólo a nivel local sino también nacional.



CAPÍTULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 ANTECEDENTES

Desde el año 400 a.C. se pudo observar a las primeras mujeres que padecían de depresión postparto, es en esta época donde Hipócrates pudo describir síntomas que padecían algunas mujeres después de dar a luz. ¹⁶

En un estudio realizado en Medellín-Colombia por *Arbeláez Urrea L, Cartagena Varga D*, interviniendo a 150 mujeres, como conclusión de dicho estudio muestran que uno de los factores predisponentes para la depresión postparto es el embarazo en adolescentes. Cuando la adolescente queda embarazada, se enfrenta a una transformación profunda en un tiempo limitado y a cambios que generan numerosas y progresivas necesidades. En esta etapa hay un gran número de reacciones, como ansiedad, vulnerabilidad, depresión, baja autoestima, insatisfacción con la pareja y la falta de apoyo social relacionada con el embarazo y temor al parto y la depresión postparto. ¹⁷

Las madres con depresión postparto sienten que no tienen la capacidad para poder cuidar de sus hijos, la DPP puede llevar a discapacidades del desarrollo y psicológicos tanto a la madre como al niño. Según un estudio realizado en México en el año 2011 según los autores *Ramírez-Meza F, Cruz-Bello P, Gómez Torres D*, muestran como resultado una prevalencia de depresión postparto de 17 a 22%, presentándose más en niveles socioeconómicos bajos y en madres adolescentes, el 49,8% de hijos de madres deprimidas presentan una alta prevalencia de problemas conductuales y emocionales. ¹⁸

Por otro lado, un estudio en México-Cuernavaca, 2015; afirma que la DPP se puede prevenir y detectar a tiempo, la prevalencia de esta patología fue 19,91% y los principales factores predisponentes fueron la falta de recursos económicos, la marginación, violencia intrafamiliar, inclusive el abuso sexual y físico que enfrentan estas pacientes, en segundo orden los embarazos no deseados, la educación limitada y el no tener una pareja afectiva. ¹⁹



En la revista médica de Chile en el año 2013, Ana María Póo F et al, concluyen que los factores predisponentes asociados a la depresión postparto son de tipo psicológico (como depresión anterior) en un 45%, el consumo de alcohol, violencia intrafamiliar, calidad de relación con la pareja, el número de hijos anteriores, estabilidad laboral, años de escolaridad aprobados, la prevalencia de depresión post parto que ellos encontraron fue de 50,7%.²⁰

En una revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2016 los autores *Duarte-Raya F, Rico-Maldonado MA, González-Guzmán EG, López BC*, publicaron un estudio con una población de 194 pacientes en el que los factores de riesgo predisponentes a la depresión postparto relevantes son: el estilo de vida, el desempleo, el consumo de drogas, el hacinamiento, el adulterio y otros como los factores ambientales en los que se expone la madre gestante, se ven resultados de ansiedad en el postparto, con intervalos de confianza (IC) de 95 % y un valor p: 0,5 hubo una prevalencia de depresión postparto del 66%, la variable estado civil casada fue estadísticamente significativa, el grupo más afectado fue el de 31 a 40 años.²¹

En una revista Médica Chilena, Clínica las Condes en el año 2014 , publicado por el autor *Dr. Enrique Jadresic M*, comenta que el 30% de las embarazadas sufre síntomas inespecíficos de depresión o ansiedad, por el contrario, si se consideran únicamente los trastornos depresivos la prevalencia de depresión en este período es cercana al 10%, cifra similar a la encontrada en otros países. Según estudios realizados en Chile en algunas ciudades, toman como factores de riesgo de depresión postparto, la historia previa de depresión, los eventos vitales adversos, el deficiente apoyo social, la discordia marital y el embarazo no deseado.²²

En la Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán, México -Yucatán en el año 2013, los autores *González Navarrete R, García López L*, mostraron los resultados de su estudio realizado a 120 pacientes, encontrando la prevalencia de depresión posparto de 20%, 50% fueron primigestas, la media fue de 22 años, el 90% casadas, los síntomas más frecuentes fueron desaliento, sentimiento de culpa, irritabilidad, temor y tristeza, las variables relevantes fueron, ama de casa y la existencia de patología neonatal.²³



En la revista Médica Clínica las Condes, el autor *Jadresic E*, mostró que los primeros estudios sugirieron que las mujeres presentaban trastornos depresivos del embarazo o del posparto, pero rara vez ambos tipos de trastornos, estudios posteriores han mostrado que existe continuidad en la sintomatología anímica perinatal. En la actualidad se sabe que alrededor del 50% de los episodios de depresión posparto comienza en realidad en el embarazo. En nuestro medio, un estudio prospectivo de 108 mujeres encontró que, entre las madres con depresión posparto, el 64% había presentado síntomas de depresión durante la gestación. En cambio, entre las madres sin depresión posparto ello ocurrió solo en el 18% de los casos.²⁴

En un artículo publicado por *Martínez A, Melchorita Y*, en Perú en el año 2017, realizaron un estudio dando a conocer los siguientes resultados, edad prevalente entre los 20 y 45 años de edad el 63,3% estaba actualmente casada, el 23,33% reside en su hogar con cinco miembros más familiares, el 30% tiene dos, la mayor incidencia en el grado de instrucción fue del 40% de grado superior, el lugar de procedencia fue urbano con un 56,7%, el monto económico mensual promedio es de 283 dólares, el tipo de embarazo el 83,3% fue deseado y el 76,7% el parto fue natural.²⁵

2.1.2 DEPRESION POST PARTO (DPP)

La depresión posparto es un tipo de depresión que puede llegar a ser de leve, moderada a grave; y se puede presentar pocos días después del parto o hasta un año más tarde. La mayor parte del tiempo ocurre dentro de los primeros tres meses posparto.³

Así mismo según la definición de *Constanza Mendoza B* et al, en el año 2015; La depresión es una de las alteraciones emocionales que pueden acompañar a la mujer gestante durante o después del proceso del embarazo.¹⁻²

Como otro concepto podemos decir que la depresión posparto es como una entidad clínica delimitada prevalente que afecta a una de cada cinco mujeres, la cual necesita de toda nuestra atención, reconocimiento de síntomas, diagnóstico y



anamnesis. Además, es importante saber que la depresión postparto comprende todos los trastornos psíquicos ligados tanto al embarazo como al puerperio. ^{26- 27}

El DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - quinta edición) considera que la depresión post parto puede ocurrir en el embarazo y hasta culminar el puerperio tardío por lo que se refiere al trastorno depresivo del periparto. Se clasifica como Depresión postparto a todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que comienza dentro de las 4 semanas después del parto. ^{28, 29}

2.1.3 FISIOPATOLOGIA DE DPP

Las relaciones entre la fisiología del ciclo reproductor femenino, la psicología y psicopatología femenina son complejas, ya que intervienen neurohormonas hipotalámicas denominadas hormonas liberadoras de gonadotropinas (GnRH), que actúan sobre la adenohipófisis, estas ejercen funciones autocrinas y paracrinas en todo el organismo, ya que hay receptores en tejidos extra hipofisarios, lo que explicaría su influencia sobre el comportamiento, incluida, obviamente, la actividad sexual. ³⁰

Al no existir receptores para esteroides gonadales en neuronas liberadoras de GnRH, su secreción estará determinada por señales periféricas y de centros superiores del sistema nervioso central a través de neurotransmisores, como dopamina y noradrenalina, endorfina, serotonina y melatonina. La frecuencia de descarga de GnRH estará estimulada por la noradrenalina, mientras que la dopamina y la serotonina la inhiben, de ahí que los factores psicológicos que afecten a la función hipofisaria alteren la síntesis de catecolaminas y, en consecuencia, la liberación de GnRH. ³⁰

2.1.4 CUADRO CLINICO

Esta patología puede presentar síntomas de incomodidad y afrontamiento que se pueden notar más cuando existe baja autoestima materna, falta de confianza y otros puntos de vista sobre la maternidad, algunos de los síntomas a continuación:

31



- Sentirse triste, desesperanzada, vacía o abrumada
- Llorar más frecuentemente de lo normal o sin motivo aparente
- Preocuparse o sentirse excesivamente ansiosa
- Sentirse malhumorada, irritable o inquieta
- Dormir en exceso o no poder dormir, incluso cuando el bebé duerme
- Tener problemas para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones
- Sentir enojo o furia
- Perder el interés en las actividades que le resultaban agradables
- Padecer dolores y molestias físicas, como dolores de cabeza frecuentes, problemas estomacales y dolor muscular
- Comer demasiado o muy poco
- Aislarse de amigos y familiares
- Tener problemas para crear un vínculo emocional con su bebé
- Dudar constantemente de su capacidad de cuidar al bebé
- Pensar en hacerse daño a sí misma o a su bebé

2.1.5 DIAGNOSTICO DE DEPRESION POST PARTO

La depresión postparto, dentro de los desórdenes mentales que se producen en el puerperio, es quizá uno de los que más se escucha. Sin embargo, no es el único. se exponen una serie de estados, patologías o desórdenes de salud que pueden suponer un riesgo tanto para la madre como para el niño y su entorno.³¹

Primero para diagnosticar la depresión postparto es importante saber diferenciarla de otros fenómenos, la tristeza posparto (“baby blues”) es un término que se utiliza para describir los sentimientos de preocupación, tristeza y fatiga que muchas mujeres experimentan después de tener un bebé. Los bebés requieren mucho cuidado, de modo que es normal que las madres se preocupen o se sientan cansadas de proporcionar ese cuidado. La tristeza posparto, que afecta hasta a un 80% de las madres, incluye sentimientos leves que duran una o dos semanas y desaparecen por sí solos, a diferencia de la depresión post parto, los sentimientos de tristeza y ansiedad pueden ser extremos e incluso pueden afectar la capacidad de una mujer de cuidarse a sí misma o a su familia. Debido a la gravedad de los síntomas, por lo general, se requiere tratamiento. La depresión posparto, que



ocurre en casi el 15% de los partos, puede comenzar un poco antes o en cualquier momento después de que nazca el bebé, pero generalmente comienza entre una semana y un mes después del parto. ³²

Psicosis puerperal, es una enfermedad mental grave que constituye una emergencia psiquiátrica y obstétrica. Las mujeres que padecen esta patología, presentan ideación delirante, alucinaciones visuales, auditivas y confusión. Son incapaces de distinguir la realidad de lo que es producto de su mente. Algunos de los pensamientos que se suelen generar son: que sus hijos son criaturas divinas con un legado especial, ellas son las “elegidas” o incluso que su entorno quiere dañar al bebé. Pero no existe un patrón único de comportamiento. ³³

En los episodios de psicosis, algunas mujeres presentan altos niveles de energía con sentimientos de euforia y pensamientos fugaces. En contraposición, otras presentan sintomatología de tipo depresiva con sentimientos de falta de apoyo, falta de autoestima, desesperanza, incluso existen casos en los que se intercalan periodos de alta energía con esos sentimientos de desesperación ³³. La psicosis puerperal comienza en las primeras semanas tras el parto y sucede de un deterioro brusco de la sintomatología. Su causa suele ser de origen psiquiátrico, pero siempre se debe descartar la posibilidad de que sea secundario a una infección postnatal, alteraciones de la glándula tiroides, medicamentos, etc. ³³

Melancolía puerperal Es un cuadro grave de depresión posparto. Pueden aparecer síntomas delirantes con ideas de daño hacia el recién nacido, visiones casi alucinatorias vividas como fobias de impulsión infanticidas y sentimientos de culpa y catástrofe. ³⁰

Para diagnosticar la depresión postparto una vez bien identificado el fenómeno, hay varios métodos, por medio de varias escalas que a continuación nombraremos:

Existe un método de diagnóstico de depresión postparto llamado **El test Edimburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)** que se lo realiza al segundo o tercer día después del parto y tiene un alto valor predictivo positivo. Consta de 10 ítems con 4 posibles respuestas, que representan los grados de severidad del síntoma investigado. El puntaje máximo es de 30 puntos, y con 10 puntos se



considera sospecha de DPP a las pacientes que les resulta positivo el test deberían evaluadas rápidamente para poder tratar la enfermedad. ^{28,34}

El inventario de Depresión de Beck, diseñado por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh en 1961. Es una medida de auto informe empleado a nivel mundial. Se encuentra validado en diferentes versiones y traducido a múltiples idiomas, además de haber sido utilizado en alrededor de 2000 estudios empíricos. ³³

Se trata de una escala que detecta sintomatología depresiva y se utiliza tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación. Contiene 21 ítems con cuatro opciones que aumentan gradualmente la intensidad o severidad de los síntomas. S 0-9: estado de ánimo normal

- 10-18: estado depresivo leve
- 19-29: estado depresivo moderado
- 30-63: estado depresivo grave

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), creada por Radloff en 1977, se trata de una escala de autoevaluación que evalúa la intensidad de la sintomatología depresiva para poder establecer un diagnóstico. ³³

Consta de 20 ítems, que se estructuran en cuatro partes: sintomatología somática, afectivo-cognitiva, el bienestar y las relaciones o el comportamiento interpersonal. A pesar de esta diferenciación, la valoración de la escala debe ser global e interrelacionando las partes. Es decir, una mujer podría hacer por primera vez la entrevista durante el embarazo y valorar la parte somática e interpersonal de manera más negativa que el resto. Sin embargo, en un primer momento, ésta no considera que su salud afectiva esté dañada. Ante una situación como ésta, se debe estar atento o alerta porque puede suponer un riesgo notable de, en un futuro cercano como el puerperio, desarrollar una depresión y que la parte afectiva repunte más tarde. La puntuación va de 0 a 60, situándose el punto de corte en 16. Aunque algunos estudiosos han propuesto que este punto de corte no sería tan adecuado para la población adolescente. ³³



Para este tipo de problemas en esta patología debemos de indagar más en la psicología de las pacientes que dan a luz, para ver como manifiestan sus emociones y hacer un seguimiento en ellas en el periodo de post parto ya que si la paciente padece de depresión podemos diagnosticarla a tiempo y tratarla teniendo un buen pronóstico, evitando las complicaciones que trae esta patología, que son, rechazo al recién nacido, suicidios, maltrato a familiares, hijos, conyugue. ³⁵

2.1.6 TRATAMIENTO

Existen tratamientos eficaces para la depresión posparto que puede incluir lo siguiente: ³²

Consejería-terapia de diálogo: Este tratamiento consiste en hablar de manera individual con un profesional de la salud mental. Los siguientes son dos tipos de consejería que han demostrado ser particularmente eficaces en el tratamiento de la depresión posparto:

- la terapia cognitiva-conductual (TCC), que ayuda a las personas a reconocer y cambiar sus pensamientos y conductas negativas.
- la terapia interpersonal (TIP), que ayuda a las personas a comprender y lidiar con relaciones personales problemáticas.

Medicamentos: Los medicamentos antidepresivos actúan sobre las sustancias del cerebro que intervienen en la regulación del estado de ánimo.

Muchos antidepresivos demoran unas semanas en ser más eficaces. Aunque estos medicamentos generalmente se consideran seguros para usar durante el amamantamiento. ^{32, 31}

Antidepresivos tricíclicos

La nortriptilina puede considerarse el antidepresivo de elección durante el embarazo por distintas razones: ha sido utilizada con éxito durante décadas, presenta pocos efectos anticolinérgicos en comparación con otros tricíclicos, no es útil en madres con eclampsia y preclamsia. ³⁰



2.1.7 FACTORES ASOCIADOS A DPP.

Algunas mujeres están expuestas a un mayor riesgo de padecer de depresión posparto porque tienen uno o más de los siguientes factores de riesgo:

- **Edad:** La edad de la madre es considerada como un riesgo para presentar DPP, por los niveles de estrés que pueden experimentar al ser madres, en cualquiera de los dos extremos de la vida, sean adolescentes o añosas.^{32,36} Es así que en su investigación *Ramírez y Ricón, Colombia, año 2013*, concluyó en su estudio con 53,52 mujeres con edades comprendidas entre 19 a 49 años, de hasta con 6 meses post parto el ser madres entre los 20 a 34 años de edad tuvieron un OR=1,15; (IC:95 % 1,03-2,28).³⁷ Opuesto a esta afirmación, *Molero et al, Venezuela, 2014*; con una población de 100 mujeres, encontraron que las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas ($p < 0,001$), lo que quiere decir un 4% de puérperas adolescentes y 72% de las adultas con DPP.³⁸
- **Instrucción:** en un estudio realizado en *México en el año 2017*, se entrevistaron 154 mujeres con 0 a 12 meses de postparto, en el que se aplicó el Cuestionario de Depresión Postparto de Edimburgo para medir la sintomatología depresiva y un Cuestionario de Factores Psicosociales, obteniendo los siguientes resultados, el 16% de la muestra presentó sintomatología depresiva, el 57,8% de las mujeres se encontraba en periodo postparto de 0 a 3 meses, el 54,5% casadas, el 42,2% reportaron haber experimentado tristeza durante el embarazo, el 30,5% sufrió un evento vital estresante durante la gestación, siendo el más frecuente las dificultades económicas en 7,8%.³⁹

En un estudio realizado en *España en el 2017*, con una muestra de 99 mujeres, a las 6-8 semanas postparto se utilizaron como instrumentos de evaluación un cuestionario sociodemográfico y de datos clínicos, la “Escala de depresión postparto de Edimburgo” (EPDS) y la escala Estado del (Inventario de ansiedad estado-rasgo). Los resultados indican una presencia de depresión postparto del 22,2%. Las mujeres con menos años de formación, que no trabajan presentaron mayor sintomatología depresiva durante el embarazo, y las mujeres con mayor nivel de ansiedad son las que presentan



en mayor porcentaje depresión postparto. El principal predictor de ésta fue el sufrir depresión durante el embarazo (OR= 17,50).⁴⁰

- **Vía del Parto:** según *Atiencia, en Perú, año 2015*, concluyó que el parto por cesárea tuvo una relación estadísticamente significativa con DPP con OR: 3,08 y una $p=0,005$ (IC: 1,38-6,87).⁴¹ Urdaneta et al, Chile 2011, en su investigación en mujeres postparto, concluyeron que la cesárea y la DPP tuvieron una relación estadísticamente significativa (OR: 3,45) (IC:95% 1,29-9,19 $p=0,01$).⁴² Zanardo et al, en Italia en el año 2015, encontró que las puntuaciones totales en la Escala de Edimburgo, fueron más altas entre las pacientes que tuvieron partos por cesárea en comparación con partos vaginales ($p = 0,007$).⁴³
- **Paridad:** *Cerda, en Perú, año 2017*, concluyó un RR de 1,15 veces más en tener DPP cuando la mujer es primípara OR: 1,15 (IC 95% 0,472–2,787), $p > 0,05$, en su investigación realizada en 90 puérperas⁴⁴. Xiong et al, en un estudio donde participaron 468 madres en China, en el 2016, concluyeron mediante regresión logística multivariante que ser madre primeriza presentó un OR 3,00, con un IC 95% 1,73-4,97.⁴⁵



CAPÍTULO III

3.1 HIPÓTESIS

La prevalencia de DPP es mayor en aquellas mujeres que tienen factores asociados como: edad menor a 20 años, instrucción igual o menor a 12 años, nuliparidad, parto por cesárea, comparadas con aquellas que no los tienen.

3.2 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 Objetivo General.

Determinar la Prevalencia y los Factores Asociados a la Depresión Postparto en Pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca - 2018.

3.2.2 Objetivos Específicos.

- Caracterizar a la población de estudio según características sociodemográficas como edad, etnia, nivel de instrucción, estado civil, residencia, ocupación y obstétricas como paridad y tipo de parto.
- Establecer la prevalencia de depresión postparto en la población de estudio, mediante la Escala de Edinburg.
- Identificar los factores asociados a la depresión postparto como: menos edad (menores de 20 años), menor instrucción (ninguna, primaria); primípara, parto vaginal, parto por cesárea.



CAPÍTULO IV

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1.1 TIPO Y DISEÑO GENERAL DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo observacional, descriptivo, transversal, que permitirá identificar la prevalencia y factores asociados a postparto en puérperas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo de julio-agosto 2018.

4.1.2 Área de estudio

La presente investigación se realizará en el Hospital Vicente Corral Moscoso localizado en la provincia del Azuay, Cantón Cuenca, Ecuador, perteneciente a la Zona de Salud 6.

4.1.3 Unidad de análisis y observación

Puérperas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo de estudio.

4.1.4 Universo y muestra:

El número de partos vaginales y por cesárea atendidos en el año 2017 en el Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM) fue de aproximadamente 4964. La muestra quedó constituida por 208 pacientes utilizando la fórmula con la corrección de la población finita, con base en supuesto de prevalencia de depresión postparto del 15%³², con un 5% de error con un nivel de confianza del 95% y con un 10% de pérdidas esperadas.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

n= tamaño de la muestra, N= tamaño de la población total, Z= Intervalo de confianza (95%), P= proporción Estimada de la población enferma, q= proporción Estimada de la población sana, d= Margen de error fijado.



4.1.5 Criterios de inclusión:

- Mujeres en postparto atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso.
- Firma del consentimiento y/o asentimiento informado

4.1.6 Criterios de exclusión:

- Mujeres que presenten morbilidad psiquiátrica previa.
- Mujeres con productos obitados o fallecidos durante o posterior al parto.
- Madres con niños ingresados a neonatología.
- Pacientes con déficit cognitivo o retraso mental.

4.2 VARIABLES DEL ESTUDIO

4.2.1 Esquema de relación de variables

- **Variables dependientes:** edad, paridad, embarazo planificado y no deseado.
- **Variables independientes:** recurrencia de DPP, vía del parto.
- **Variables modificadoras:** estado civil, etnia, instrucción, residencia, ocupación.

4.2.2 Operacionalización de variables (ANEXO I)

4.3 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS.

4.3.1 Autorización

posterior a la aprobación del presente protocolo por el comité de Bioética de la aprobación de bioética de la Universidad Católica de Cuenca, se solicitará la autorización correspondiente al director del Hospital Vicente Corral Moscoso.

4.3.2 Capacitación

la autora se capacitará por medio de la revisión bibliográfica y mediante la consulta a expertos sobre el tema.



4.3.3 Supervisión:

Por parte del director el Dra. Isabel Guapisaca.

4.4 MATERIALES Y MÉTODOS

4.4.1 Materiales:

El instrumento para la recolección de datos se realizará por medio de un cuestionario elaborado por la autora, el mismo que constará de tres secciones: la primera recogerá datos sociodemográficos y la segunda sobre características de las puérperas y en la tercera estará expuesta la escala de depresión postparto de Edimburgo, con una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5% para depresión postparto, la misma tiene 10 ítems, con una puntuación máxima de 30 ⁴⁶, 47, 48.

4.4.2 Métodos:

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS) se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos ²⁷. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad ²⁷.

El cuestionario de datos será aplicado a las puérperas en dos fases: la primera durante su hospitalización en la institución de estudio donde se solicitarán datos sociodemográficos y obstétricos relevantes para la investigación, además de la firma del consentimiento informado; en una segunda etapa, 30 días posteriores al parto se contactarán a las pacientes vía telefónica solicitando sus respuestas a las 10 preguntas de la EPDE, dichas llamadas serán grabadas.



4.4.3 Instrucciones de Uso:

- 1) 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.
- 2) Tienen que responder las diez preguntas.
- 3) Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
- 4) La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
- 5) La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de postparto.

4.4.4 Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 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 10+ 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 EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento ²⁷.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan ²⁷.

4.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos serán presentados por medio de tablas personalizadas y de acuerdo al tipo de variables se trabajará para las cualitativas por medio de frecuencias y porcentajes y para las cuantitativas desviación estándar y media aritmética. Para evidenciar la asociación o no de los factores asociados se aplicará la prueba del chi



2, Odds Ratio (OR), con sus intervalos de confianza del 95%, finalmente se aceptará la hipótesis si la p es menor 0,05.

Para el manejo y análisis de datos se utilizarán programas como el SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) versión 24 para Windows 15, Epi Info 07 y Epidat.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Se aplicarán las siguientes consideraciones éticas:

- Firma del consentimiento y/o asentimiento informado, ya que se solicitará información a menores de edad.
- Previo a la ejecución del estudio se solicitará autorización al Comité Bioética de la Universidad Católica de Cuenca y de las autoridades de la institución participante en la presente investigación.
- Para la codificación el formulario de recolección de datos se utilizará un código de tres dígitos desde el 001, los cuales reemplazarán a los nombres de las usuarias, esto con el fin de guardar la confidencialidad de los datos.
- El manejo de la base de datos será realizado únicamente por la investigadora, con claves para proteger la información.
- La investigadora del estudio declara que no existe conflictos de interés con las participantes.

Código de Bioética: Mi7 PaMa70118

4.7 RECURSOS NECESARIOS

4.7.1 Recursos humanos:

Directos: Patricia Martínez (autora), Director Dra. Isabel Guapisaca, Asesora Dra. Katherine Salazar.

Indirectos: Todas las personas que de una u otra manera ayudan en la realización de la investigación.



4.7.2 Recursos materiales:

Computadoras, impresora, libros de la biblioteca, hojas de papel bond, lápices, borradores, CDs, entre otros.

4.7.3 Recursos técnicos:

Programas informáticos de utilidad para el manejo de la información recolectada, su tabulación, el análisis posterior y la elaboración de los borradores e informe final del estudio, estos son: Epi Dat 4.1, Microsoft Word 2014, Microsoft Exel 2014, SPSS 15.0, EPI Info 7, Google Chrome 40.0.

4.7.4 Cronograma de actividades (ANEXO XII)

4.7.5 Recursos financieros (ANEXO XIII)



CAPÍTULO V

5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

El presente estudio fue realizado tal cual se lo explica en la metodología, no se presentaron anomalías en el centro hospitalario al que se acudió, se realizaron un total de 208 encuestas, encontrando todos los datos necesarios.

5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Tabla 1. Características sociodemográficas de las puérperas usuarias del hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2018.

		Frecuencia n 208	Porcentaje 100%
GRUPO ETARIO	≤ 20 años	54	26.0
	21 - 30 años	110	52.9
	31 - 40 años	43	20.7
	≥ 41 años	1	0.5
ETNIA	Mestiza	189	90.9
	Afroecuatoriana	1	.5
	Blanca	8	3.8
	Indígena	7	3.4
	Negra	2	1.0
	Mulata	1	0.5
INSTRUCCIÓN	Ninguno	1	0.5
	Primaria	87	41.8
	Secundaria	103	49.5
	Superior	17	8.2
ESTADO CIVIL	Soltera	39	18.8
	Casada	68	32.7
	Divorciada	4	1.9
	Unión libre	97	46.6
RESIDENCIA	Urbana	145	69.7
	Rural	63	30.3
OCUPACION	Trabajadora pública	5	2.4
	Trabajadora privada	9	4.3
	Estudiante	23	11.1
	Quehaceres domésticos	135	64.9
	Otro	36	17.3
PARIDAD	Primípara: 1	81	38.9
	Múltipara: >1	126	60.6
	Gran múltipara >5	1	0.5
VIA DE PARTO	Vaginal	123	59.1
	Cesárea	85	40.9

Fuente: base de datos - programa estadístico SPSS versión 25.0

Elaborado por: Patricia Michelle Martínez Salazar



La población en estudio fue de 208 pacientes que se encuentran cursando el puerperio tardío posterior al parto o cesárea realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca- Ecuador durante el periodo comprendido en el año 2018.

Más de la mitad de la muestra estuvo comprendida por edades entre los 21 y 30 años con 110 puérperas (52,9%), seguido de ≤ 20 años con 54 (26.0%), además se evidenció solo una paciente de 41 años (0,5%). Casi la totalidad de la muestra es de etnia mestiza 189 pacientes (90,9%); 103 pacientes (49,5 %) terminaron la secundaria, y solo una paciente (0,5%) no presentó ninguna instrucción.

Según el estado civil se evidenció que casi la mitad 97 (46,6%) son de unión libre; la gran mayoría de la muestra 145 pacientes (69,7%) habitan en la zona urbana; 135 pacientes (64,9%) se dedican a los quehaceres domésticos, 126 pacientes (60,6%) son multíparas; y además se reveló que 123 (59,1%) pacientes presentaron parto por vía vaginal. **(Tabla 1)**

5.3 RESULTADOS

Tabla 2. Prevalencia de Depresión Postparto (DPP) en puérperas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Total
TIPOS DEPRESIÓN POSTPARTO	Normal	66	31.7	208 (100%)
	DPP Leve	84	40.4	
	DPP Moderada	58	27.9	
	DPP Severa	0	0	

Fuente: base de datos - programa estadístico SPSS versión 25.0

Elaborado por: Patricia Michelle Martínez Salazar

En el presente estudio la prevalencia de depresión postparto (DPP) leve fue de 84 pacientes (40,4%) siendo esta la más significativa ya que abarca más de los 2/3 del total de la muestra, 58 (27,9%) presentaron DPP moderada, y 66 (31,7%) no presentaron esta patología, algo muy significativo que también se evidenció en este estudio fue que en las puérperas del Hospital Vicente Corral Moscoso no existió DPP severa. **(Tabla 2)**



Tabla 3. Depresión postparto, condiciones sociodemográficas y sus factores asociados, en puérperas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2018.

		Normal n: 66 (%)	Depresión Leve n: 88 (%)	Depresión Moderada n: 58 (%)	Valor de p
GRUPO ETARIO	≤ 20 años	20 (9.6)	19 (9.1)	15 (7.2)	0.23
	21 - 30 años	35 (16.8)	50 (24.0)	25 (12.0)	
	31 - 40 años	11 (5.3)	15 (7.2)	17 (8.2)	
	≥ 41 años	0 (0)	0 (0)	1 (0.5)	
INSTRUCCIÓN	Ninguno	0 (0)	0 (0)	1 (0.5)	0.25
	Primaria	31 (14.9)	31 (14.9)	25 (12.0)	
	Secundaria	32 (15.4)	42 (20.2)	29 (13.9)	
	Superior	3 (1.4)	11 (5.3)	3 (1.4)	
ESTADO CIVIL	Soltera	9 (4.3)	16 (7.7)	14 (6.7)	0.04
	Casada	17 (8.2)	30 (14.4)	21 (10.1)	
	Divorciada	0 (0)	1 (0.5)	3 (1.4)	
	Unión libre	40 (19.2)	37 (17.8)	20 (9.6)	
RESIDENCIA	Urbana	47 (22.6)	56 (26.9)	42 (20.2)	0.72
	Rural	19 (9.1)	28 (13.5)	16 (7.7)	
OCUPACION	Trabajadora pública	0 (0.0)	3 (1.4)	2 (1.0)	0.14
	Trabajadora privada	0 (0.0)	8 (3.8)	1 (0.5)	
	Estudiante	8 (3.8)	9 (4.3)	6 (2.9)	
	Quehaceres domésticos	46 (22.1)	50 (24.0)	39 (18.8)	
	Otro	12 (5.8)	14 (6.7)	10 (4.8)	
PARIDAD	Primípara	34 (16.3)	29 (13.9)	18 (8.7)	0.06
	Múltipara	32 (15.4)	55 (26.4)	39 (18.8)	
	Gran múltipara	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.5)	
VIA DE PARTO	Vaginal	45 (21.6)	50 (24.0)	28 (13.5)	0.02
	Cesárea	21(10.1)	34 (16.3)	30 (14.4)	

Fuente: base de datos - programa estadístico SPSS versión 25.0

Elaborado por: Patricia Michelle Martínez Salazar

Según la depresión postparto, condiciones sociodemográficas y sus factores asociados evidenciamos que, en lo referente al grupo etario se evidenció una mayor prevalencia de ausencia de la patología con 35 (16,8), DPP leve con 50 (24,0%) y DPP moderada con 25 (12,0) en las puérperas con edades entre los 21 y 30 años, mientras que las puérperas ≤ 20 años poseen la segunda mayor prevalencia de ausencia de esta patología con 20 (9,6%) y DPP leve con 19 (9,1), encontrando un valor p de 0,23.



De acuerdo a la instrucción se evidencia mayor prevalencia de depresión postparto leve 42 (20,2%), seguido de 32 (15,4%) pacientes sin patología en pacientes con instrucción secundaria, en tercer lugar, pacientes que no presentan patología y pacientes con depresión leve con 31 (14,9) en instrucción primaria, evidenciando un valor p de 0,25.

Según el estado civil se encontró una mayor prevalencia de depresión leve 37 (17,8%) y pacientes sin patología 40 (19,2%) en pacientes con unión libre, seguido de depresión leve 30 (14,4%) y depresión moderada 21 (10,1%) en pacientes casadas, con un valor de p significativo de 0,04.

En la residencia se evidencio que tienen mayor prevalencia las pacientes con DPP leve 56 (26,9%), seguido de pacientes que no presentan patología 47 (22,6%), y pacientes con DPP moderada 42 (20,2%), en zona urbana, mostrando un valor de p de 0,72.

En cuanto a la ocupación más predominante fue quehaceres domésticos, en donde se encontró una mayor prevalencia de puérperas con DPP leve 50 (24,0%), seguido de las pacientes que no tienen patología 46 (22,1%), y en tercer lugar pacientes con DPP moderada 39 (18,8%), con un valor de p de 0.14.

Se observo que las puérperas multíparas presentaron una mayor prevalencia con DPP leve 55 (26,4%) y DPP moderada 39 (18,8%), seguido de pacientes primíparas sin patología 34 (16,3%), con un valor de p 0,06.

En la DPP leve 50 (24,0%) y las pacientes que no presentan patología 45 (21,6%) fue más frecuente en los partos por vía vaginal, seguido de la DPP leve 34 (16,%) y DPP moderada 30 (14,4%) frecuente en los partos por cesárea. con un valor de p 0,02 (**Tabla 3**)



Tabla 4. Asociación entre Depresión Postparto y Edad, Instrucción, Paridad, vía del parto, en púérperas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2018.

		CON DPP	SIN DPP	OR	IC 95% LI - LS	VALOR P
EDAD	≤ 20 años (%)	34 (16.3)	20 (9.6)			
	≥ 21 (%)	108 (51.9)	46 (22.1)	0.7	0.37 – 1.38	0.20
	Total (%)	142 (68.3)	66 (31.7)			
INSTRUCCIÓN	Ninguna - Primaria (%)	57 (27.4)	32 (15.4)			
	Secundaria - Superior (%)	85 (40.9)	34 (16.3)	0.7	0.40 – 1.28	0.16
	Total (%)	142 (68.3)	66 (31.7)			
PARIDAD	Primípara (%)	47 (22.6)	34 (16.3)			
	Múltipara - Gran múltipara (%)	95 (45.7)	32 (15.4)	0.5	0.25 – 0.84	0.00
	Total (%)	142 (68.3)	66 (31.7)			
VIA DE PARTO	Vaginal (%)	78 (37.5)	45 (21.6)			
	Cesárea (%)	64 (30.8)	21 (10.1)	0.6	0.30 – 1.05	0.04
	Total (%)	142 (68.3)	66 (31.7)			

Fuente: base de datos - programa estadístico SPSS versión 25.0

Elaborado por: Patricia Michelle Martínez Salazar

Para encontrar la asociación entre depresión postparto y sus factores asociados como edad, instrucción, paridad y vía de parto, los cuales fueron dicotomizados de la siguiente manera:

- Pacientes que presentan o no **depresión postparto**;
- **Edad:** que comprende entre ≤ 20 años, ≥ 21 ;
- **Instrucción:** ninguna - primaria; secundaria - superior;
- **Paridad:** primíparas – múltiparas; gran múltiparas;
- **Vía de parto:** vaginal - cesárea

Los resultados indican que no existe asociación y significancia estadística entre depresión postparto y edad OR:0,7 (IC 95% 0,37-1,38 p:0,20), como tampoco existe asociación entre depresión postparto e instrucción OR: 0,7 (0,40-1,28 p: 0,16), por el contrario si se evidenció que existe asociación estadística entre depresión postparto y una menor paridad con OR: 0,5 (IC 95% 0,25-0,84 p:0,00), de igual manera también existe asociación entre depresión postparto y pacientes que realizaron el parto por vía vaginal OR: 0,6 (IC 95% 0,30-1,05 p: 0,04), lo que indica que la paridad y la vía de parto son factores asociados a la depresión postparto.

(Tabla 4)



CAPÍTULO VI

6.1 DISCUSIÓN

En el presente estudio se pudo constatar que más de los dos tercios de las pacientes presentan depresión postparto, siendo el 40,4% depresión postparto leve y el 27,9% depresión postparto moderada, lo que se compara con resultados obtenidos en otros estudios como el realizado por Ortíz Martínez et al, Colombia, 201; que obtuvo una prevalencia de 40,20%, y el estudio realizado por Póo F et al, Chile, 2008; que mostró como una prevalencia 50,7%, resultados que se acercan a lo evidenciado en este estudio.^{49,50}

En relación a las variables sociodemográficas se encontró un predominio en pacientes con edades entre 21-30 años con 52,9%, grupo que presenta también una mayor prevalencia de depresión postparto con 36%, en un estudio realizado por Rincon-Pabon y Ramirez Vélez, Colombia, 2010; la depresión postparto predominó en las mujeres de 20 a 34 años de edad con 13,4%, resultado que probablemente se debe a las diferentes características del grupo en estudio.⁵¹

La etnia más prevalente en este estudio fue la mestiza casi en su totalidad con 90,9%, dato que probablemente corresponde al mayor porcentaje de esta etnia identificada en esta zona urbana del país.

El nivel de instrucción más prevalente fue la educación secundaria con un 49,5% que además asociado a la depresión postparto continúa siendo el más prevalente con 34,1%, que comparado con el estudio realizado por Rincon-Pabon y Ramirez Vélez. Colombia, 2010; la depresión postparto predominó en las puérperas con educación universitaria con 21,4%, seguido de la secundaria con 13,0% demostrando así gran diferencia en este punto.⁵¹

Según el estado civil se evidenció una mayor prevalencia de unión libre con 46,6%, que asociado a la depresión postparto de igual manera es la más prevalente con 27,4%; el estudio realizado por Kerie et al, Ethiopia, 2017; evidencia que las pacientes solteras presentan una mayor prevalencia de depresión postparto con 78,9%, por otro lado, otro estudio realizado por Fidencia Duarte-Raya et al. México. 2015, evidencia una prevalencia de pacientes casadas con DPP 54,3%.^{52,53}



La residencia más prevalente en este estudio es evidentemente la urbana con el 69,7%, que también presentó una mayor cantidad de casos con depresión postparto con 47,1%, Rincon-Pabon y Ramirez Vélez, Colombia, 2010; determinaron que la depresión postparto es más frecuente en zonas urbanas con 15,1%, confirmando lo evidenciado en este estudio.⁵¹

La ocupación más prevalente es la de quehaceres domésticos con 64,9%, que también en la que más casos de DPP se evidenció con 42,8%; en un estudio realizado por Navarrete, López, México, 2013; la ocupación que más casos de DPP fue la de ama de casa con un 67%, porcentaje bastante similar al obtenido en nuestro estudio.²³

En relación a la paridad la más prevalente fue la multiparidad con 60,6%, esta característica asociada a la depresión postparto fue la más prevalente con 45,2% del total de la muestra, aunque también se evidencia que el 58% de todas las pacientes primíparas presentaron DPP; el estudio realizado por Rincon-Pabon y Ramirez Vélez, Colombia, 2010; demostró una mayor prevaecía de DPP en las primigestas con 15,4%; en el estudio realizado por Navarrete, López, México, 2013; se evidencia un 50% de primigestas con DPP, siendo esta la mayoría.^{23,51}

Mas de la mitad de la muestra realizó el parto por vía vaginal teniendo una prevalencia del 59,1%, siendo también la que más casos de DPP presentó con 37,5%; en el estudio realizado por Navarrete, López, México, 2013; se encontró una mayor prevalencia de cesáreas y DPP con el 75%, algo muy diferente a los resultados evidenciados en este estudio, que probablemente pueden deberse a la utilización adecuada de las indicaciones para realizar una cesárea en nuestro medio.²³

En el presente estudio se revela asociación y significancia estadística entre primiparidad y depresión postparto presentando OR:0,5 (IC: 95% 0,25 – 0,84 p:0.00), resultado que confirma que es un factor asociado al igual que Rincon-Pabon y Ramirez Vélez, Colombia, 2010; los cuales evidenciaron un valor $p \leq 0,00$.⁵¹

La vía de parto también es un factor asociado para depresión postparto, ya que evidenció significancia estadística OR: 0,6 (IC:95% 0,30-1,05 p:0,04), por lo contrario, en un estudio realizado por Córdova, Perú, 2018; señala que las



pacientes que realizaron el parto por vía vaginal no presentan valores estadísticamente significativos valor p : 0,248.⁵⁴

En este estudio se demostró que la edad y la instrucción no son factores asociados a depresión postparto ya que no existe significancia estadística OR: 0,7 (IC: 95% 0,37 – 1,38 p :0,20), OR: 0,7 (IC: 95% 0,40 – 1,28 p :0,16) respectivamente; el estudio realizado por Kerie et al, Ethiopia, 2017;^{52,54} demostró un valor p :0,001 para la asociación entre la edad y depresión postparto, y el estudio realizado por Córdova, Perú, 2018; demostró un valor p :0,001 Al asociar la instrucción y DPP.



6.2 CONCLUSIONES

- Se evidenció depresión postparto en más de los 2/3 de la totalidad de la muestra, siendo la leve y moderada las más prevalentes.
- Según las características sociodemográficas existió un mayor predominio de depresión postparto en: las edades entre 21-30 años, la etnia mestiza, instrucción la secundaria, quehaceres domésticos, vía de parto vaginal, multíparas, y residencia la urbana.
- Se demostró que las edades ≤ 20 años y la ausencia de educación o la instrucción secundaria no son factores asociados a depresión postparto.
- Existió asociación y significancia estadística entre primiparidad, vía de parto vaginal y la depresión postparto, siendo estos factores asociados.



6.3 RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar una valoración y seguimiento minucioso a la mujer durante el embarazo y el postparto, es importante identificar a las mujeres en riesgo de padecer depresión posparto y brindar un tratamiento adecuado.

Tomar como medida de prevención a cada uno de los factores asociados, nos servirá para que el porcentaje de prevalencia no siga aumentando y el personal de salud o los familiares o padres de una paciente postparto actúen o intervenga mediante pláticas y las pacientes no lleguen a presentar depresión.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuero-Vidal OL, Díaz-Marín AM. Prevalence of post-partum depression at Hospital san Juan de Dios in Cali, Colombia: September-December, 2011. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2013;64(4):371–378.
2. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Médica Chile.* 2015;143(7):887–894.
3. Ortiz Martinez RA, Gallego Betancourt CX, Buitron Zuñiga EL, Meneses Valdés YD, Muñoz Fernandez NF, Gonzales Barrera MA. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Rev Colomb Psiquiatr.* octubre de 2016;45(4):253–61.
4. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Álvarez A, Estrada-Martínez S, Salas-Martínez C, Hernández-Alvarado AB, Ortiz-Rocha SG, et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Med Mex.* 2010;146(1):1–9.
5. Vera F, Karina J, Natale I, Teresa A, Toro Merlo J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venezuela.* diciembre de 2014;74(4):229–43.
6. Cáceres-Manrique F de M. El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* el 22 de enero de 2016;60(2):165–70.
7. M V-DJ. Estructura de la sintomatología depresiva en una muestra de mujeres con menos de un año postparto: Structure of the depressive symptomatology in a sample of women with less than 1 year postpartum. *Rev Neuro-Psiquiatr [Internet].* el 31 de agosto de 2016 [citado el 30 de noviembre de 2016];78(4). Disponible en: <http://perurevista.com/index.php/neuro/article/view/3763>
8. Martínez P, Rojas G, Magaña I. Análisis etnográfico en salas de espera de centros de salud primaria: implicancias para la detección y tratamiento de la depresión posparto. *Ter Psicológica.* 2015;33(2):59–68.
9. Villamil MML, Salazar LLC, Bocanegra PAG, Ayala IJH, Pulido-Espinosa JS, Triana LFR, et al. Violencia de la pareja íntima durante el embarazo y sus repercusiones en la salud mental. *Cienc Cuid.* el 20 de abril de 2016;12(2):100–16.
10. Fernández S, Fernanda M, Andrade S, Xavier F. Depresión posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014. 2015 [citado el 9 de julio de 2018]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21717>
11. González Martínez R, Gomez Tellado M. Paridad y depresión postparto [Internet] [Tesis]. [Coruña. España]: Universidade de Coruña. Escola Universitaria de Enfermaría de A Coruña; 2015 [citado el 10 de enero de 2017]. Disponible en: <http://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/15272>



12. Nardi B, Bellantuono C, Moltedo-Perfetti A. Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la prevención de la depresión posparto. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(6):434–43.
13. Kim D, EC, Wisner K, colaboradores. IntraMed - Artículos - Los ISRS son de utilidad en mujeres con depresión posparto. *Expert Opin Pharmacother.* 2014;15(9):1223–34.
14. Chinchilla N, Peñaranda Y, Martínez J, Morales P, Jaimes M. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON DEPRESIÓN POSPARTO. *Cuid Ocup Humana* [Internet]. el 28 de mayo de 2013 [citado el 27 de octubre de 2016];1(1). Disponible en: http://ojs.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/COH/article/view/88
15. Ortiz Martinez RA, Gallego Betancourt CX, Buitron Zuñiga EL, Meneses Valdés YD, Muñoz Fernandez NF, Gonzales Barrera MA. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Rev Colomb Psiquiatr.* octubre de 2016;45(4):253–61.
16. González-Castro PJ, Hulak F, Sigales-Ruiz SR, Orozco-Guzmán M. Psicosis puerperal. Panorama general sobre su diagnóstico, etiología e interpretación. *Perinatol Reprod Humana.* enero de 2016;30(1):24–30.
17. Arbelaez Urrea LM, Cartagena Vargas BD. Prevención de la depresión en la adolescente en embarazo con edades de 14 a 18 años, para fortalecer el vínculo de apego seguro con su bebé. [Internet]. 2016 [citado el 30 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/4127>
18. Ramírez-Meza F, Cruz-Bello P, Torres DG. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES. [citado el 30 de noviembre de 2016]; Disponible en: http://www.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/7_REVISION.pdf
19. Castro F, Place JM, Villalobos A, Allen-Leigh B. Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Salud Pública México.* 2015;57(2):144–154.
20. Póo FA, Espejo SC, Godoy PC, Gualda de la C, Hernández OT, Pérez HC. [Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care]. *Rev Med Chil.* 2008;136(1):44–52.
21. Duarte-Raya F, Rico-Maldonado MA, González-Guzmán EG, López BC. [Depression and risk factors associated in women with children in sessions with a child psychiatrist]. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc.* 2016;54(1):58.
22. Jadresic ME. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2015;25(6):1019–1028.



23. Navarrete RG, López LG. Depresión posparto y factores asociados en población derechohabiente del ISSSTE en Yucatán. Recuperado Partir [Httpwww Cirsociales Uady Mx/revUADY/pdf/262ru2625](http://www.Cirsociales.Uady.Mx/revUADY/pdf/262ru2625) Pdf. 2013;
24. Jadresic E. DEPRESIÓN POSPARTO EN EL CONTEXTO DEL HOSPITAL GENERAL. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2017;28(6):874–880.
25. Martínez A, Melchorita Y. Características sociodemográficas y riesgo de depresión puerperal en pacientes del Hospital San Jose, Enero – Junio 2017. *Univ Autónoma Ica [Internet]*. el 22 de marzo de 2018 [citado el 8 de julio de 2018]; Disponible en: <http://localhost/xmlui/handle/autonomadeica/227>
26. Juárez-Romero M, Nava-Cruz CB, Méndez-Hernández P, Jiménez JC, Rojas-Lima E, Francisco-García M. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital de la Mujer del estado de Tlaxcala. *MÉDICA SUR SOCIED SUR SOCIED SUR Soc Méd AC AD Méd AC*. 2016;132.
27. Martínez P, Rojas G, Magaña I. Análisis etnográfico en salas de espera de centros de salud primaria: implicancias para la detección y tratamiento de la depresión posparto. *Ter Psicológica*. 2015;33(2):59–68.
28. Schonhaut Berman L, Podestá López L. Rol del pediatra frente a la depresión posparto. *Rev Chil Pediatría*. febrero de 2016;87(1):1–3.
29. Araújo WS de, Romero WG, Zandonade E, Amorim MHC, Araújo WS de, Romero WG, et al. Effects of relaxation on depression levels in women with high-risk pregnancies: a randomised clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem [Internet]*. 2016 [citado el 30 de noviembre de 2016];24. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692016000100416&lng=en&nrm=iso&tlng=es
30. Ayala A-EG. Depresión en el embarazo y el postparto. *OFFARM*. 2017;26(1).
31. de Paz Lozano J. Depresión postparto [B.S. thesis]. Universidad Francisco de Vitoria; 2015.
32. Instituto Nacional de la Salud Mental. depresion-posparto, concepto, sintomas, diagnóstico y tratamiento [Internet]. 2016 [citado el 8 de julio de 2018]. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/depresion-posparto-sp-15-8000_150352.pdf
33. Valencia Lizarbe S. La depresión postparto. 2016;
34. Vilouta M, Álvarez Silveiras E, Borrajo E, González-González A. Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo. *Clínica E Investig En Ginecol Obstet*. el 1 de diciembre de 2006;33(6):208–11.
35. Paris GF, Montigny F de, Pelloso SM, Paris GF, Montigny F de, Pelloso SM. Factors associated with the grief after stillbirth: a comparative study between Brazilian and Canadian women. *Rev Esc Enferm USP*. agosto de 2016;50(4):546–53.



36. Ramírez-Meza F, Cruz-Bello P, Torres DG. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES.
37. Ramírez-Vélez R, Rincón-Pabón D. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. *Rev Salud Pública*. el 6 de septiembre de 2014;16(4):534–46.
38. Molero KL, Urdaneta Machado JR, Baabel Zambrano N, Contreras Benítez A, Azuaje Quiroz E, Baabel Romero N. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2014;79(4):294–304.
39. Romero D, Orozco LA, Ybarra JL, Gracia BI. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2017;82(2):152–162.
40. M. Carmen Míguez, Vanesa Fernández y Beatriz Pereira. DEPRESIÓN POSTPARTO Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES CON EMBARAZOS DE RIESGO [Internet]. [citado el 22 de julio de 2018]. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/c0df7132e50aeb6c8d6c07210c8e7192/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>
41. Atencia Olivas SM. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrion durante abril–junio, 2015. 2015;
42. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2011;76(2):102–112.
43. Zanardo V, Giliberti L, Volpe F, Parotto M, de Luca F, Straface G. Cohort study of the depression, anxiety, and anhedonia components of the Edinburgh Postnatal Depression Scale after delivery. *Int J Gynecol Obstet*. el 1 de junio de 2017;137(3):277–81.
44. Cerda Sanchez MA. Factores sociodemográficos, primiparidad y su relación con la depresión posparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé-enero 2017. 2017;
45. Xiong R, Deng A, Wan B, Liu Y. Prevalence and factors associated with postpartum depression in women from single-child families. *Int J Gynecol Obstet*. mayo de 2018;141(2):194–9.
46. Enrique Jadresic M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Rev Médica Clínica Las Condes*. el 1 de noviembre de 2014;25(6):1019–28.
47. Giralda Sancha J, others. Abordaje de la depresión posparto. 2015 [citado el 5 de enero de 2017]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/11950>
48. de Campo R del T. VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EDIMBURGO PARA EMBARAZADAS. 2012 [citado el 5 de enero de 2017]; Disponible en:



<http://www.tele-psiquiatria.cl/wp-content/uploads/2014/04/Alvarado-2012-Validaci%C3%B3n-de-la-Escala-de-Edimburgo-para-embarazadas.pdf>

49. Póo F AM, Espejo S C, Godoy P C, Gualda de la C M, Hernández O T, Pérez H C. [Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care]. *Rev Med Chil.* enero de 2008;136(1):44–52.
50. Ortiz Martinez RA, Gallego Betancourt CX, Buitron Zuñiga EL, Meneses Valdés YD, Muñoz Fernandez NF, Gonzales Barrera MA. [Prevalence of Positive Screen for Postpartum Depression in a Tertiary Hospital and Associated Factors]. *Rev Colomb Psiquiatr.* diciembre de 2016;45(4):253–61.
51. Rincón-Pabón D, Ramírez-Vélez R. [Postnatal depression in Colombian women: secondary analysis of the 2010 Colombian Demographic and Health Survey]. *Rev Salud Publica Bogota Colomb.* agosto de 2014;16(4):534–46.
52. Kerie S, Menberu M, Niguse W. Prevalence and associated factors of postpartum depression in Southwest, Ethiopia, 2017: a cross-sectional study. *BMC Res Notes.* el 29 de agosto de 2018;11(1):623.
53. Duarte-Raya F, Rico-Maldonado MA, González-Guzmán EG, López BCR. [Depression and risk factors associated in women with children in sessions with a child psychiatrist]. *Rev Medica Inst Mex Seguro Soc.* febrero de 2016;54(1):58–63.
54. Gonzales DFF. Factores Asociados a Depresion postparto. :52.



ANEXOS

ANEXO I: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala numérica
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Tiempo vivido desde su nacimiento.	Años	Numérica
Depresión postparto	Depresión postparto es todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que comienza dentro de las 4 semanas después del parto.	Trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos	Test de Edimburgo	Nominal
Nivel de instrucción	El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Último curso aprobado en el sistema formal de educación o título académico alcanzado.	Entrevista directa	Nominal ≤ 12 años Si () No ()
Estado civil	Situación jurídica de una persona en la familia y sociedad	Legal	Formulario recolección de datos	1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión libre
Paridad	Número de partos, por vía vaginal y/o cesárea, que ha mujer haya tenido hasta el momento de llenado del formulario	Biológica	Formulario recolección	1. Primípara: 1 2. Multipara: >1 3. Gran multipara >5
Vía de Parto	Término del embarazo actual, sea por vía vaginal o cesárea.	Biológica	Formulario recolección	1. Vaginal 2. Cesárea
Embarazo no planificado	Embarazo que no fue deliberadamente evitado mediante tecnología anticonceptiva o que a pesar de uso por una falla en el mismo se presentó la gestación	Personal	Formulario recolección	1. Sí 2. No
Embarazo no deseado	Aquel que ocurre en momentos inoportunos, desfavorables o contra el deseo de reproducción de la mujer	Personal	Formulario recolección	1. Sí 2. No
Recurrencia de DPP	Diagnóstico de trastorno del estado de ánimo dado por un especialista en un embarazo previo al actual	Biológica	Registro de formulario	1. Sí 2. No



ANEXO III: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

**FORMULARIO: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN
POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCOSO. CUENCA. 2018**

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
FORMULARIO

Código del formulario: _____

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
Nombres: _____			
Dirección domiciliaria: _____			
Teléfono de la casa: _____		Teléfono celular: _____	
Edad: _____			
Estado civil	1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión libre	Instrucción	1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior
Etnia	1. Mestiza 2. Afroecuatoriana 3. Blanca 4. Indígena 5. Negra 6. Mulata 7. Montubia 8. Otra	Residencia	1. Urbana 2. Rural
		Ocupación	1. Trabajadora pública 2. Trabajadora privada 3. Estudiante 4. Quehaceres domésticos 5. Otro _____
B. DASTOS OBSTÉTRICOS			
B1. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS			
Paridad	1. Primípara: 1 2. Multípara: >1 3. Gran multípara >5	¿Ha sido diagnosticada en partos anteriores de depresión después su parto?	1. Sí 2. No
Embarazo deseado	1. Sí 2. No	Embarazo planificado	1. Sí 2. No
Vía de Parto (parto actual)	1. Vaginal 2. Cesárea		
C. ESCALA DE EDIMBURGO			
1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas: a) Tanto como siempre b) No tanto ahora c) Mucho menos d) No, no he podido 2. He mirado el futuro con placer: a) Tanto como siempre b) Algo menos de lo que solía hacer c) Definitivamente menos d) No, nada 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien: a) Sí, la mayoría de las veces b) Sí, algunas veces c) No muy a menudo			



- d) No, nunca.
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:
- a) No, para nada
b) Casi nada
c) Sí, a veces
d) Sí, a menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:
- a) Sí, bastante
b) Sí, a veces
c) No, no mucho
d) No, nada
6. Las cosas me oprimen o agobian.
- a) Sí, la mayor parte de las veces
b) Sí, a veces
c) No, casi nunca
d) No, nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.
- a) Sí, la mayoría de las veces
b) Sí, a veces
c) No muy a menudo
d) No, nada
8. Me he sentido triste y desgraciada.
- a) Sí, casi siempre
b) Sí, bastante a menudo
c) No muy a menudo
d) No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando.
- a) Sí, casi siempre
b) Sí, bastante a menudo
c) Sólo en ocasiones
d) No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma
- a) Sí, bastante a menudo
b) A veces
c) Casi nunca
d) No nunca.

Interpretación:

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0,1,2 y 3 de acuerdo a la letra marcada

a) : 0 puntos b): 1 punto c): 2 puntos d): 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

Interpretación:

1. Leve: 6-10 puntos en EDPE
2. Moderado: 11-20 puntos en EDPE
3. Severo: >20 puntos en EDPE

Fecha ____/____/____

Firma del entrevistador _____



ANEXO IV: CARTA DE ACEPTACIÓN DE BIOÉTICA.



Cuenca, 17 de octubre 2018

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Vivos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado "Prevalencia y factores asociados a la depresión posparto en púerperas del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2018".

Trabajo de titulación realizado por la Srta. Patricia Michelle Martínez Salazar

Código: Mi7 PaMa70118



DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA



ANEXO V: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN.



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 18 de octubre de 2018.

Señor Doctor
Oscar Chango Sigüenza
GERENTE DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina PATRICIA MICHELLE MARTINEZ SALAZAR con CI: 0704530070, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es **“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO EN PUERPERAS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2018.”**. La Investigación será dirigida por el Dra. Katherine Salazar Torres, especialista en Ginecología y Obstetricia, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:


UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Responsable del Criterio de Investigación
Facultad de Medicina
UCACUE

Hospital Vicente Corral Moscoso
Dirección
Recibo de Documentos
18 OCT 2018
Firma... 

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 18 de octubre de 2018.

Señora Doctora.
Viviana Barros Angulo
COORDINADORA DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina PATRICIA MICHELLE MARTINEZ SALAZAR con CI: 0704530070, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO EN PUERPERAS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2018.". La Investigación será dirigida por el Dra. Katherine Salazar Torres, especialista en Ginecología y Obstetricia, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:


UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Dra. Karla Aspiazú H.
Responsable del Criterio de Investigación
Facultad de Medicina
UCACUE

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



ANEXO VI: FORMULARIO DE ENCUESTA LLENO.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código del formulario: _____

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
Nombres: <u> N N </u> Dirección domiciliaria: _____ Teléfono del casa: _____ Teléfono celular: _____ Edad: <u> 36 </u>			
Estado civil	1. Soltera <input checked="" type="radio"/> 2. Casada 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión libre	Instrucción	1. Ninguno 2. Primaria <input checked="" type="radio"/> 3. Secundaria 4. Superior
Etnia	<input checked="" type="radio"/> 1. Mestiza 2. Afroecuatoriana 3. Blanca 4. Indígena 5. Negra 6. Mulata 7. Montubia 8. Otra	Residencia	<input checked="" type="radio"/> 1. Urbana 2. Rural
		Ocupación	1. Trabajadora pública 2. Trabajadora privada 3. Estudiante 4. Quehaceres domésticos <input checked="" type="radio"/> 5. Otro <u>Costurera</u>
B. DASTOS OBSTÉTRICOS			
B1. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS			
Paridad	1. Primípara: 1 <input checked="" type="radio"/> 2. Multípara: >1 3. Gran multípara >5	¿Ha sido diagnosticada en partos anteriores de depresión después su parto?	1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No
Embarazo deseado	<input checked="" type="radio"/> 1. Sí 2. No	Embarazo planificado	<input checked="" type="radio"/> 1. Sí 2. No
Vía de Parto (parto actual)	<input checked="" type="radio"/> 1. Vaginal 2. Cesárea		
C. ESCALA DE EDIMBURGO			
1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas: <input checked="" type="radio"/> a) Tanto como siempre b) No tanto ahora c) Mucho menos d) No, no he podido			
2. He mirado el futuro con placer: <input checked="" type="radio"/> a) Tanto como siempre b) Algo menos de lo que solía hacer c) Definitivamente menos d) No, nada			
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien: a) Sí, la mayoría de las veces b) Sí, algunas veces			



Patricia Martínez S.

ucacue

- (c) No muy a menudo
 d) No, nunca.
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:
 a) No, para nada
 (b) Casi nada
 c) Sí, a veces
 d) Sí, a menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:
 (a) Sí, bastante
 b) Sí, a veces
 c) No, no mucho
 d) No, nada
6. Las cosas me oprimen o agobian.
 a) Sí, la mayor parte de las veces
 b) Sí, a veces
 (c) No, casi nunca
 d) No, nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.
 a) Sí, la mayoría de las veces
 b) Sí, a veces
 (c) No muy a menudo
 d) No, nada
8. Me he sentido triste y desgraciada.
 a) Sí, casi siempre
 (b) Sí, bastante a menudo
 c) No muy a menudo
 d) No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando.
 a) Sí, casi siempre
 (b) Sí, bastante a menudo
 c) Sólo en ocasiones
 d) No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma
 (a) Sí, bastante a menudo
 b) A veces
 c) Casi nunca
 b) No nunca.

Interpretación:

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0,1,2 y 3 de acuerdo a la letra marcada

a) : 0 puntos b): 1 punto c): 2 puntos d): 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

Interpretación:

1. Leve: 6-10 puntos en EDPE ✓
2. Moderado: 11-20 puntos en EDPE
3. Severo: >20 puntos en EDPE

Fecha ___/___/___

Firma del entrevistador



ANEXO VII: INFORME DE ANTIPLAGIO.

DEPRESIÓN POS PARTO

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE
INTERNET

3%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

5%

★ www.elsevier.es

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 200 words

Excluir bibliografía

Activo



ANEXO VIII: RUBRICA 5, RUBRICA DE REVISIÓN FINAL POR PARTE DE DIRECCION DE CARRERA.



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE TITULACIÓN
MD. HARLA QUIMPE OCHOA MGS.
SUBDIRECCIÓN CARRERA MEDICINA



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema:	Prevalencia y factores asociados a la depresión postparto e hijos del Hosp. Vicente Corral Morcoss, Cuenca - 2018
Nombre del estudiante:	Patricia Michelle Martínez Salazar
Director:	Dra. Carmen Isabel Guapisaca Vargas
Nombre de par revisor:	Dra. Rosa Elizabeth Solórzano Benítez

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	✓			1/1
Redacción Científica	✓			1/1
Pensamiento crítico	✓			1/1
Marco teórico	✓			1/1
Anexos	✓			1/1
Total				5/5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	✓
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Firma y sello de responsable

PSIQUIATRA
CONSEP: CA-01-0689

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pío Bravo

Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec





Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema:	Prevalencia y factores asociados a la depresión post parto en puérperas del Hospital Vicente Cevallos Morcotezo, Cuenca
Nombre del estudiante:	Patricia Martínez Salazar
Director:	Dra. Carmen Guayasaca Vargas
Nombre de par revisor:	D. Cristian Cordero Jaramilla

PROCESO	EVALUACIÓN			Calificación
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	
Estructura de tesis	X			1 / 1
Redacción Científica	X			1 / 1
Pensamiento crítico	X			1 / 1
Marco teórico	X			1 / 1
Anexos	X			1 / 1
Total				5 / 5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	X
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Corporación Médica
monte sinai
Dr. Cristian Cordero J.
GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA
MSP Libro 1 Folio 4 N.10

Firma y sello de responsable

Patricia Martínez Salazar

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA

DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN





UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

Tema: PREVALENCIA DE DEPRESION POSTPARTO EN PUERPERAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA 2018	
Nombre del estudiante: MARTINEZ SALAZAR PATRICIA MICHELLE	
Nombre del responsable de la calificación	
Director:	<i>Dra. Isabel Guapisala</i>
Asesor:	<i>Dra. Zoila Katherine Salazar</i>

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	/			/	
Redacción Científica	/			/	
Pensamiento crítico	/			/	
Marco teórico	/			/	
Anexos	/			/	

* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:



**Firma y sello del Director o Representante de
Dirección de la Carrera de Medicina**

Patricia S

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION "TESIS"

Antecedentes: para el internado septiembre 2017 – agosto 2018, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación tesis, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rubricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rubricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director de tesis.

Informe: la alumna MARTINEZ SALAZAR PATRICIA MICHELLE ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación de la tesis titulada: PREVALENCIA DE DEPRESION POSTPARTO EN PUERPERAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA 2018, obteniendo las siguientes notas:

1. Rubricas de director y asesor: 40/40
2. Rubrica de pares revisores: 10/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 50/100

Revisores: DRA. ROSA SOLORIZANO/DR. CRISTIAN CORDERO

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

5. La alumna ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema de tesis y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su tesis.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación de tema de tesis del alumno antes mencionado.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN
Lc. Patricia Prieto M. Sc.

Responsable (S) de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE

UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO
29 ENE 2019
RECIBIDO
HORA: 11:15 FIRMADO



ANEXO IX: CERTIFICADO CENTRO DE IDIOMAS.



CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

Background: Postnatal depression (PPD), is considered a pathology which can debut in pregnancy and remain during and after the puerperium, with a varied symptomatology, is not usually detected on time and it seriously affects to the recently given birth woman, son and family quality of life.

General objective: To determine the prevalence and associated factors of PPD in puerperal women from Vicente Corral Moscoso Hospital, Cuenca-2018.

Methodology: observational study, cross-sectional cohort, in 208 patients who met the inclusion criteria, the Edinburgh scale was used within the forms. The statistical program SPSS (25.0) processed the information; the analysis was carried out by descriptive statistics, representing it in tables; the association by Odds Ratio (OR), confidence interval (95%), considering statistically significant values with $p < 0.05$.

Results: the prevalence of mild PPD 40.4%, moderate PDP 27.9%, without pathology 31.7%, the ages between 21-30 years prevailed 52.9%, mixed race 90.9%, secondary education 49, 5%, free union 46.6%, urban residence 69.7%, domestic chores 64.9%, multiparous 60.6%, vaginal delivery 59.1%. There is no association between DPP and age OR: 0.7 (95% CI 0.37-1.38 p: 0.20), DPP and OR instruction: 0.7 (0.40-1.28 p: 0.16), statistical association was evidenced between DPP and primiparity with OR: 0.5 (95% CI 0.25-0.84 p: 0.00), also DPP and vaginal delivery OR: 0.6 (95% CI 0.30-1.05 p: 0.04), indicating that they are associated factors to DPP.

Conclusions: DPP was evidenced in more than 2/3 of puerperal women, there was a statistical association between primiparity, vaginal delivery and PPD, being associated factors. Age and educational instruction are not associated factors to PPD.

KEY WORDS: POSTPARTUM DEPRESSION, EDINBURGH SCALE, ASSOCIATED FACTORS.

Cuenca ,04 de febrero del 2019

EL CENTRO DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, CERTIFICA QUE EL DOCUMENTO QUE ANTECEDE FUE TRADUCIDO POR PERSONAL DEL CENTRO PARA LO CUAL DOY

FE Y SUSCRIBO


DR. JOHN CARVAJAL GONZALEZ
SECRETARIO



Av. Américas y Humbolt, Cuenca – Ecuador. Tel: (593) 7 2830751

www.ucacue.edu.ec



ANEXO X: AUTORIZACIÓN DE SUSTENTACIÓN POR PARTE DEL DIRECTOR



Cuenca 29 de enero de 2019

**Doctora. MGS.
Karla Azpiazu H.
RESPONSABLE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION**

**Doctora. MGS.
Carem Prieto
RESPONSABLE DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA.**

Su despacho.-

De mi consideración.

Yo, **Carmen Isabel Guapisaca Vargas** con CI: 0102524485, director de tesis del trabajo de investigación previo a la obtención del título de médica, con el tema: **“Prevalencia y factores asociados a la depresión postparto en puérperas del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-2018”**, perteneciente a la estudiante **Patricia Michelle Martínez Salazar**, de esta distinguida institución. Me dirijo a usted, para informarle ha cumplido con el respectivo seguimiento y recomendaciones por parte del departamento de titulación, por lo tanto, me permito solicitar a la sustentación del mismo.

Agradeciendo de antemano por su favorable acogida.



Dra. Carmen Isabel Guapisaca Vargas.



ANEXO XI: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante:

Usted ha sido preguntado si le gustaría participar en este estudio que será realizado para desarrollar y obtener conocimientos que comprueben lo ya conocido o aporten con nuevos conocimientos sobre un problema de salud.

Le proporcionamos toda la información sobre el tema de investigación que le hemos propuesto participar.

Introducción: la depresión postparto, considerada como una patología que puede debutar en el embarazo y mantenerse durante el puerperio y posterior a él, con sintomatología muy variada, que muchas veces no es detectada a tiempo y que puede afectar seriamente la calidad de vida de la puérpera, su hijo y entorno familiar.

Objetivo General: Determinar la frecuencia de depresión postparto en pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo julio-agosto 2018.

Objetivos específicos:

- Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio según: edad, estado civil, etnia, instrucción, residencia y ocupación.
- Establecer la frecuencia de depresión postparto en la población de estudio.
- Caracterizar la depresión postparto según: grupos de edad, estado civil, etnia, instrucción, residencia, ocupación, paridad, vía del parto, embarazo planificado y no deseado, recurrencia de DPP.

Como se realizará el estudio: Una vez que usted acepte participar en la investigación, se le aplicará una encuesta con las preguntas del estudio.

Inclusión

Todas las mujeres cuyo parto (vaginal o por cesárea) se haya dado el departamento de ginecología y obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo de julio a agosto del 2018 y que las usuarias que accedan a ser encuestadas por medio de la firma del consentimiento o asentimiento informado

Exclusión:

- Mujeres que presenten morbilidad psiquiátrica previa.
- Mujeres con productos obitados o fallecidos durante o posterior al parto.



- Madres con niños ingresados a neonatología.
- Pacientes con déficit cognitivo o retraso mental.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Este proyecto de investigación ha sido enviado a un Comité de Ética independiente y ha sido aprobado. No hay objeciones éticas.

AUTONOMÍA

Usted con su firma acepta participar en el proyecto de investigación, declarando que se ha leído a usted toda la información respectiva de la investigación, que ha comprendido lo que dice el documento, que le han contestado todas las inquietudes que pueda surgir sobre el tema propuesto, y que su decisión de participar es voluntaria, libre y pensada por usted, sin ningún tipo de obligación o imposición por otras personas. Antes de tomar la decisión de firmar este documento, usted tiene toda la libertad para consultar con familiares u otros profesionales médicos independientes para poder tomar una decisión razonada. Usted tiene derecho a dar por finalizada su participación en el estudio en cualquier momento y por cualquier razón, sin experimentar ninguna consecuencia negativa. Durante el transcurso del estudio su investigador le informará de cualquier nuevo hallazgo que pudiese influenciar sobre su decisión de participar en el mismo.

BENEFICENCIA

Durante todo el desarrollo de la investigación se procurará siempre mantener su beneficio, buscando su bienestar personal y el bienestar de los otros sujetos de la sociedad. Con su participación en este estudio usted está apoyando al desarrollo de conocimientos médicos que podrían ayudarle a usted y posteriormente a otros pacientes.

NO MALEFICENCIA

Durante el tiempo que dure el proceso de la investigación usted no sufrirá ningún daño físico, mental, emocional o moral.

JUSTICIA

Los conocimientos generados durante el proceso de investigación serán difundidos hacia los sujetos objeto de estudio, y de manera anónima a la comunidad y población en general, con el único fin de mejorar las condiciones de vida.

CONFIDENCIALIDAD

Con esta firma usted otorga además su consentimiento para el traspaso de los datos recogidos de su persona, para proceder a una evaluación estadística. Todos los datos serán manejados de forma



anónima (es decir, solo se transmitirán sus iniciales o el número que se le asigna); su nombre y dirección solamente son conocidos por su investigador y no serán comunicados a terceras partes estando sujetos a las normas de protección de datos. En caso de publicación de esta investigación se guardará todas las normas antes establecidas.

Si usted tiene cualquier otra pregunta que no esté suficientemente cubierta en esta información escrita o quiere obtener información adicional, su investigador a cargo le ayudará gustosamente. En caso de preguntas posteriores, por favor contactar al 0960070650 o al correo electrónico: pmartinez1014@hotmail.com



ANEXO XII: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES						RESPONSABLES
	2018						
	1	2	3	4	5	6	
Presentación y aprobación del protocolo	■	■					Investigador - Director
Elaboración del marco teórico		■					Investigador - Director
Revisión de los instrumentos de recolección de datos		■					Investigador
Plan piloto		■					Investigador
Recolección de los datos			■	■			Investigador
Análisis e interpretación de los datos					■		Investigador – Director
Elaboración y presentación de la información						■	Investigador – Director

ANEXO XIII: RECURSO MATERIAL, ECONÓMICO Y PRESUPUESTO

Fuentes	Discriminación detallada de Recursos	Unidades que se Requieren	Valor de cada Unidad (USD)	Costo Total (USD)
Autora del estudio	Computadora	1	--	--
	Impresora	1	--	--
	Hoja A4	3000	0.01	30.00
	Impresiones	1800	0.05	90.00
	Fotocopias	4000	0.01	40.00
	Internet (horas)	240	0.1	24.00
	Lápiz	8	0.3	2.40
	Borrador	8	0.2	1.60
	Flash Memory	1	4.75	4.75
	Transporte	40	1	40.00
	Encuestas	233	5	11.65.
	Varios	--	--	90.00
	Computadora	1	--	--
			TOTAL	334.4