

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN
POSTPARTO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL BASE CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO DE
AREQUIPA 2018**

Trabajo académico presentado por:

M.C. Fernández Franco, Oscar Andres

Para optar el Título de Segunda

Especialidad Profesional en:

Ginecología y Obstetricia

Asesor:

M.C. Muñoz Del Carpio Toia, Agueda

Arequipa-Perú

2018

Decreto No. 017-Fac.Med.Hum-2018

INFORME DICTAMEN DE TRABAJO ACADÉMICO

RESIDENTADO MEDICO

VISTO, el Trabajo Académico: "FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN PERINATAL EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HBCASE DE AREQUIPA 2018", presentado por el(la) Residente:

M.C. OSCAR ANDRÉS FERNÁNDEZ FRANCO

Quien pretende optar el Título de Segunda Especialidad en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

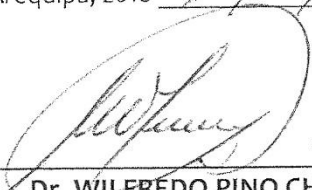
De acuerdo a Decreto No. 017-Fac.Med.Hum-2018, se da por:

Aprobado: Quince (15)

OBSERVACIONES:

Arequipa, 2018

16/07/2018


COD 2106
Dr. WILFREDO PINO CHÁVEZ

DEDICATORIA

A Dios por haberme guiado en este largo camino y ser la fuerza para continuar ante las adversidades.

A mi Familia por ser el apoyo necesario en cada momento de dificultad que se me presento, su comprensión y amor que en todo momento fueron fundamentales para seguir adelante en mis objetivos.

A mis Profesores que desde primer año me sirvieron de modelo y que en estos últimos tres años fueron fundamentales para mi formación.



EPÍGRAFE



“El buen medico trata la enfermedad, el gran medico trata al paciente que tiene la enfermedad”

William Osler

INTRODUCCIÓN

Los cuadros depresivos constituyen un problema en la actualidad, debido a la falta de aplicación de métodos para detectarlo al inicio. Según la Organización Mundial de las Salud la depresión es un trastorno frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés y placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y ausencia para concentrarse. Asimismo se considera que para el año 2040, la depresión será la más importante causa de incapacidad laboral y segunda causa de morbilidad. Esta patología, se sabe que es de causa multifactorial y se desencadena por múltiples factores. Se tiene distintos grados de alteración patológica del ánimo asociados a un gran deterioro físico y sobre todo social.

La depresión postparto es un término usado para describir un episodio de depresión mayor durante el periodo postparto y que es también un factor significativo en la mortalidad materna.

Se ha encontrado que el suicidio, aunque poco frecuente, sigue siendo una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial, aunque a nivel nacional ese valor no sea elevado. En la mayoría de las mujeres que mueren por suicidio se ha encontrado presente una alteración en el ánimo. Las madres dan menos respuestas positivas en las interacciones con sus menores. Se ha demostrado que las púerperas que padecen depresión posparto representan una influencia negativa durante el primer año de vida en los bebés, por lo que tanto para su salud como para la de sus menores hijos, tiene gran importancia el estudio de esta patología y sobre todo su prevención.

RESUMEN

Debido al desarrollo y aumento de la patología de salud mental a nivel internación y nacional, además de la falta de detección en los centros de atención primaria, es que muchas veces la depresión en puérperas pasa desapercibida. En el presente estudio se buscara conocer la prevalencia y además reconocer los factores tanto obstétricos como sociodemográficos, los cuales se encuentran presentes en las puérperas del Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo de Arequipa, durante el año 2018, utilizando la escala de Edimburgo, la cual en la actualidad ya no solo ha sido validada en población normal, sino en gestantes. Con estos datos se podrá dar un mayor enfoque tanto al tratamiento y sobre todo a la prevención de la depresión en puérperas.

Palabras claves: Depresión postparto, puerperio, factores obstétricos, prevención oportuna.

ABSTRACT

By to the development and increase of mental health pathology at the national and international levels, in addition to the lack of detection in primary care centers, it is often that depression in puerperal women goes unnoticed. In the present study we will seek to know the prevalence and also recognize both obstetric and sociodemographic factors, which are present in the puerperals of the hospital “Carlos Alberto Seguin Escobedo” in Arequipa, during the year 2018, using the Edinburgh scale, which Currently, it has not only been validated in the normal population, but in pregnant women. With these data it will be possible to give a greater focus both to treatment and especially to the prevention of depression in puerperal women.

Key words: Postpartum depression, puerperium, obstetric factors, timely prevention.

INDICE

<i>PLANTEAMIENTO TEORICO</i>	1
<i>MARCO CONCEPTUAL</i>	6
<i>ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS</i>	19
<i>OBJETIVOS</i>	25
<i>HIPÓTESIS</i>	26
<i>PLANTEAMIENTO OPERACIONAL</i>	27
<i>CRONOGRAMA DE TRABAJO</i>	33
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	34
<i>ANEXO</i>	36



I. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la frecuencia y los factores de riesgo para desarrollar depresión postparto en pacientes del servicio de Obstetricia del HBCASE de Arequipa 2018?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Obstetricia, Psiquiatría
- Línea: Salud Mental Perinatal

1.3. Análisis de Variables

a) Características

Variable Dependiente	Indicador	Valores / Categoría	Escala
Depresión	Test de Edimburgo	0 a 11 puntos: No hay sospecha de depresión 12 puntos a más : Alta sospecha de depresión	Nominal

Variable Independiente	Indicador	Valores / Categoría	Escala
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Edad gestacional al parto	Según FUM	Semanas de gestación	De razón
Estado civil	Ficha de recolección de datos	Soltera, casada, conviviente, viuda.	Nominal
Condición socioeconómica	Ficha de recolección de datos	Alta, Media, Baja (Según los ingresos económicos que consten en la historia clínica)	Nominal
Grado de instrucción	Ficha de recolección de datos	Analfabeta, Primaria, Secundaria, Técnico superior, Superior.	Ordinal
Número de Hijos anteriores	Ficha de recolección de datos	Uno, Dos, Tres o mas	Ordinal
Embarazo planificado	Ficha de recolección de datos	Si o No	Nominal
Vía del parto	Historia clínica	Vaginal o Cesárea	Nominal

Variable Independiente	Indicador	Valores / Categoría	Escala
Comorbilidades Previas	Ficha de recolección de datos – Historia clínica	Si o No	Nominal
Número de controles Prenatales	Ficha de recolección de datos	Ninguno, Uno a tres, Cuatro o mas	Ordinal
Ocupación	Ficha de recolección de datos	Independiente, Empleado, Desempleado.	Nominal
Uso de medicamentos	Ficha de recolección de datos	Si o No	Nominal
Relación con el padre del RN	Ficha de recolección de datos	Mala, Regular, Buena	Ordinal

1.4. Interrogantes básicas

- a) ¿Cuál es la frecuencia de Depresión postparto del Servicio de Obstetricia del HNCASE, Arequipa 2018
- b) ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar depresión postparto del Servicio de Obstetricia del HNCASE?
- c) ¿Cuáles son las características obstétricas, demográficas y del entorno social de las púerperas que presentan depresión del servicio de Obstetricia del HNCASE?

1.5. Tipo y Nivel de Investigación

a) Tipo de investigación

Investigación de campo y de corte transversal.

b) Nivel de Investigación :

Investigación de nivel descriptivo.

1.6. Justificación del problema

Los cuadros depresivos constituyen un problema en la actualidad, debido a la falta de aplicación de métodos para detectarlo en sus inicios, según la OMS, esta patología alcanzara una prevalencia muy elevada para el 2020, por lo que el presente trabajo se justifica por las siguientes razones:

- **Justificación Científica:** La estadística mundial describe una prevalencia de la depresión postparto entre el 10% al 15%, más como ya se conoce no hay un adecuado manejo de la salud mental en nuestra población y mucho menos en las gestantes. Por lo que este trabajo buscara encontrar tanto la prevalencia de este trastorno, como así también los factores que intervienen en el mismo.
- **Justificación Social:** La depresión afecta a la gestante y a su vez su relación marital, disminuyen la seguridad de la mujer, afectan a su entorno y desarrollo social, pudiendo disminuir su rendimiento laboral y alterar su forma de socializar con el medio externo y

su desarrollo de salud mental normal. Así como también su relación con el neonato, lo que conllevara tanto un desarrollo en la puérpera, como futuros posibles trastornos en el infante.

- **Justificación Contemporánea:** En el último siglo la mujer ha alcanzado un status muy importante para el desarrollo de la sociedad, siendo fundamental tanto en el eje social, pero sobre todo es pieza fundamental en el eje familiar; en la actualidad vivimos en una era donde la tecnología se encuentra deshumanizando las diferentes actividades de nuestra sociedad, por lo que el estudio de la salud mental de la mujer como base en las familias actuales es fundamental para el desarrollo de la sociedad actual
- **Factibilidad:** El estudio es factible de realizar ya que este estudio es sencilla su aplicación, además de contar con los instrumentos y materiales necesarios para su uso.
- **Interés Personal:** El presente trabajo es de intereses personal, debido a que después de trabajar tres años en el servicio de obstetricia del HNCASE, me he podido percatar que la salud mental durante la etapa del embarazo y el puerperio no es un aspecto que sea evaluado en forma óptima por parte del personal de salud, por lo que sería un aporte importante para el servicio tener datos sobre esta patología.

2.- MARCO CONCEPTUAL

2.1 DEPRESION:

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas a predominio afectivo aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. (1,2)

El diagnóstico depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, tono de voz alterado, facies característica, llanto fácil, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social. (3,4)

También es frecuente asociación con trastornos de la conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad. La depresión también es un factor de riesgo para algunas patologías físicas, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares. (5)

La depresión se puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la productividad, el funcionamiento y las relaciones inter-personales. (1)

Los síntomas del trastorno depresivo pueden ser distintos con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos. (2)

2.1.1 DEPRESION POSTPARTO

La depresión postparto es un tipo de depresión que afecta a algunas mujeres poco después de dar a luz. Es común que las mujeres experimenten trastornos temporales del humor o melancolía después de dar a luz. Si el trastorno dura más que unos cuantos días, se denomina depresión postparto. Se considera depresión postparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las 4-6 semanas postparto. (6,7)

La depresión postparto o depresión puerperal, es un trastorno mental de alta prevalencia y que provoca alteraciones emocionales, cognitivas, comportamentales y físicas que se inician de manera insidiosa, durando incluso semanas después del parto. (7)

2.1.2 CLASIFICACION

Las alteraciones a nivel de la salud mental durante la etapa del puerperio, no solo incluyen a la depresión postparto, aunque posiblemente dentro de los desórdenes mentales que se producen en esta etapa es de la que más se pueda escuchar. Sin embargo, no son los únicos.

A continuación se listan las alteraciones de la salud mental que se puede presentar durante el puerperio:

2.1.2.1 DISFORIA POSPARTO

Se trata de una fase de cambios en el estado anímico de la mujer, una vez se dio el parto. Normalmente, sucede durante los diez primeros días tras el parto siendo el pico de síntomas en torno al tercer y quinto día. La sintomatología se caracteriza por una labilidad emocional predominante, presentan periodos de llanto intercalados con irritabilidad, confusión y ansiedad. A pesar de esto, no se trata de una entidad que las imposibilite en cuanto a funcionalidad y relación con su entorno social. (8)

La maternidad es un periodo de cambios, tanto en la vida de la madre como en entorno de ésta, en la que influyen una serie de factores culturales, biológicos, tradicionales e incluso económicos.

Si además se suman todos estos elementos del entorno, a los cambios hormonales que sufre la madre previamente mencionados, ese estado de debilidad emocional que algunas mujeres experimentan. (9)

Esta fase suele durar aproximadamente dos semanas, pero también la situación puede empeorar y derivar en una depresión postparto. Por esta razón, debe existir conciencia en el ámbito sanitario de que algo que se pensaba como banal y transitorio puede tener consecuencias mayores. Ante esto, el control de estas mujeres debería ser continuo mientras sea posible. (8)

2.1.2.2 PSICOSIS POSTPARTO

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. Además no son capaces de distinguir la realidad de lo que es producto de su mente. No existe un patrón único de comportamiento. En los episodios de psicosis algunas

mujeres presentan altos niveles de energía con sentimientos de euforia y pensamientos fugaces. Por otra parte otras presentan síntomas de tipo depresivo con sentimientos de falta de apoyo, falta de autoestima, etc. Incluso existen casos en los que se intercalan periodos de alta energía con esos sentimientos de desesperación. (10)

Normalmente, la psicosis puerperal comienza en las primeras semanas tras el parto y sucede de un deterioro brusco de los síntomas. Su causa suele ser de origen psiquiátrico, pero siempre se debe descartar la posibilidad de que sea secundario a otra patología materna. (11)

2.1.2.3 DEPRESIÓN POSTPARTO

La depresión postparto suele tener un inicio más tardío que la disforia postparto, ya que normalmente aparece entre las 2 y 4 semanas posteriores al parto. La depresión puerperal, postparto o postnatal es un trastorno comparable a otro episodio depresivo. En el DSM apareció la primera definición del “trastorno depresivo de inicio en el postparto”, según la cual se trataría de un episodio depresivo mayor de inicio en las primeras 4 semanas después del alumbramiento de un menor hijo. Clínicamente se caracteriza por un cuadro depresivo severo, indistinguible del trastorno depresivo mayor no psicótico que ocurre en mujeres en otros periodos de

su vida; cuyo inicio es característicamente insidioso, asociando ansiedad excesiva y síntomas neurovegetativos. (12)

2.1.3 ETIOLOGIA

Los factores etiológicos se pueden distinguir varios grupos, entre ellos los factores biológicos, factores psicológicos y factores psicológicos.

2.1.3.1 FACTORES BIOLÓGICOS

Existen varias hipótesis acerca de la influencia de los factores biológicos en la etiopatogenia de la depresión después del nacimiento, las cuales podrían dividirse de la siguiente manera:

- **Hormonal:** El descenso en los niveles de las hormonas luego del parto ha llevado a muchos autores a sugerir una posible relación de esta disminución con los cambios en el estado de ánimo de las mujeres en el puerperio. (6)
- **Eje hipotálamo - hipofisario:** Se reporta una asociación entre los niveles de glucocorticoides y el estado del ánimo en el puerperio, se ha encontrado relación entre niveles muy altos hormonales de cortisol en plasma, saliva y orina en mujeres que experimentan cambios de ánimos positivos en los primeros días de puerperio. (6)

- Otros factores: Niveles elevados de AMP cíclico urinario en los primeros días de puerperio y bajos niveles de triptófano y endorfina durante el embarazo y el puerperio también han sido implicados. (6)

2.1.3.1 FACTORES PSICOLÓGICOS

- Formulaciones psicodinámicas: El embarazo se considera un periodo de maduración y a la vez de regresión que trae conflictos infantiles, particularmente en los casos en los que existen modelos maternos inadecuados. (6)
- Personalidad: Se encuentra relación significativa entre algunos rasgos de la personalidad. (6)
- Cognitivo: Las variables analizadas son las que se consideran importantes para el desarrollo de la depresión, incluyendo: trastorno del autocontrol, estilo atribucional alterado y atribuciones externas e inestables debidas a cogniciones negativas acerca del mundo, del futuro y de uno mismo. (6)

2.1.3.1 FACTORES SOCIALES

Si bien cualquier mujer puede desarrollar esta patología durante el embarazo, eventos estresantes durante el embarazo o el puerperio, por lo debajo de niveles de apoyo social, deben llevar al médico a estar alerta ante la presencia de alguno de estos factores durante los controles prenatales con el objetivo de poder hacer

un seguimiento cercano a las mujeres en riesgo y de esta forma poder dar un tratamiento oportuno. (6)

2.1.4 DIAGNOSTICO

La detección precoz de estos trastornos es difícil, ya que en función de las expectativas sociales, las puérperas deben estar contentas y llenas de satisfacción tras el acontecimiento. Lo que dificulta el diagnóstico el hecho de que el período postparto está asociado a cambios psicológicos y complicaciones psicológicas que pueden ser similares a un cuadro depresivo. (13)

Un diagnóstico exacto es el primer punto, para ello es importante establecer una secuencia de pasos:

- Historia clínica completa junto con un examen físico y analítico.
- La identificación de los grupos de riesgo.
- Información-Educación: ofrecerles una información adecuada, con la creación de grupos de apoyo a las madres embarazadas.
- Relación médico-paciente: El médico debería atender a las quejas somáticas inespecíficas de la mujer y ser capaz de distinguir lo que es debido a la adaptación y lo que es un trastorno depresivo.

Se han usado distintos métodos para evaluar la depresión perinatal, aunque el más usado es el Test de Edimburgo (Anexo1), este test ya ha sido validado en estudios, sobre todo a nivel de Europa en donde la salud mental tanto de la gestante como de la puérpera es de vital importancia en la salud pública. Esta escala ha sido desarrollada para ayudar a los profesionales de salud. A parte de este método, existen otras escalas, las cuales son:

- Escala de Zung
- Escala de Goldberg's
- Entrevista sami-estructura clínica (SADS)
- Escala de Bromley
- Escala de Zerssen. (14)

2.1.5 TRATAMIENTO

El personal de salud tiene que valorar los riesgos absolutos y relativos de tratar y no tratar la depresión durante el embarazo y el período perinatal. Por lo que se debe realizar los siguientes puntos:

- Reconocer la incertidumbre y dudas en torno a los riesgos del tratamiento.

- Explicar el riesgo de malformaciones fetales en mujeres embarazadas sin trastorno mental.
- Describir los riesgos utilizando estadística.
- Utilizar una variedad de formatos verbales y visuales que se centren en una visión individualizada de los riesgos.
- Proporcionar material escrito para explicar los riesgos del tratamiento.

Existen diversas técnicas de manejo de la depresión, desde Manejo psicosocial, terapias farmacológicas, terapia electro convulsivo y terapias complementarias. (13)

2.1.5.1 MANEJO FARMACOLÓGICO EN EL EMBARAZO

- Los siguientes fármacos están contraindicados en el primer trimestre: paroxetina, benzodiazepinas, litio, carbamazepina y ácido valproico.
- La paroxetina generalmente no debe iniciarse como terapia de primera línea en el embarazo. Para las mujeres que ya toman paroxetina debe llevarse a cabo una evaluación de los riesgos y beneficios, decidir si es justificable su tratamiento.
- Evitar en lo posible el uso de antidepresivos durante las primeras 12 semanas de gestación.

- Indicar ISRS (excepto la paroxetina), cuando sea necesario incluir farmacoterapia en el tratamiento de la depresión durante el embarazo y lactancia
- Se recomienda el uso de un solo medicamento en una dosis más alta, que el uso de múltiples medicamentos.
- Si se decide interrumpir los antidepresivos, éstos deben disminuirse gradualmente en vez de hacerlo repentinamente.
- Iniciar con opciones terapéuticas no farmacológicas (intervenciones ambientales y psicoterapia). (14)

2.1.5.2 MANEJO FARMACOLÓGICO EN EL PUERPERIO

Los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos pueden ser ofrecidos para el tratamiento de la depresión en puerperio de moderada a severa. No se recomienda el uso de terapia de estrógenos en el tratamiento rutinario de pacientes, todos los antidepresivos, una vez iniciados, se deben continuar por lo menos 4 a 6 semanas. (15)

Las pacientes con un primer episodio de depresión sin síntomas psicóticos deben ser tratadas con antidepresivos a dosis completa durante 6 a 9 meses después de la remisión de los síntomas. Las pacientes que tienen un segundo episodio de depresión se deben mantener en tratamiento durante 1 a 2 años; la duración puede depender de

los factores de riesgo de recurrencia y las preferencias de la paciente. Las pacientes con más de dos episodios de depresión se deben mantener en tratamiento por 2 años o más, o incluso toda la vida. (15)

2.1.6 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Antes de iniciar el tratamiento de la depresión perinatal es necesario descartar algunas otras probabilidades diagnósticas. El hipotiroidismo es relativamente común en las mujeres luego del parto, y puede causar una constelación de síntomas muy parecidos al trastorno depresivo mayor. Además una mujer con trastornos psiquiátricos preexistentes puede tener una exacerbación de sus síntomas en el puerperio. Por otro lado cualquier enfermedad psiquiátrica puede manifestarse por primera vez durante el puerperio, tales como el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos ansiosos, el trastorno de pánico, y el trastorno obsesivo compulsivo. (16)

2.1.7 PREVENCIÓN

Lo más importante es al ingresar la paciente al establecimiento de salud, se debe preguntar acerca de síntomas depresivos, así mismo después del nacimiento, entre las 4 a 6 semanas y los 3 meses de puerperio. Los servicios de atención primaria y

maternidad deben desarrollar estrategias pertinentes a nivel local para asegurarse de que puedan proporcionar atención psicosocial adecuada y culturalmente sensible a todas las mujeres. La depresión materna sin tratamiento o tratada inadecuadamente, puede dar lugar a un mal cumplimiento con la atención prenatal y a alteración del entorno familiar. (15)

Siempre que sea posible, se recomienda un manejo que tenga múltiples disciplinas y que involucre al ginecólogo, psiquiatra, al proveedor de atención primaria y al pediatra. Las púerperas identificadas en riesgo de suicidio (a través de la evaluación clínica o de la escala de Edimburgo) deben ser específicamente evaluadas. Para ser manejada y deberán considerarse las opciones de asistencia y tratamiento. (16)

3. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

3.1 A nivel local

Autor: ARIAS FAJARDO MARÍA LUISA (2016)

Fuente: Universidad Católica de Santa María - Cybertesis

Título: "NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ – AREQUIPA - 2016"

Resumen: Con una población de 101 sujetos, se encontró que la edad promedio de depresión fue de 23.53 + 4.24 años; la mayoría: había completado primaria (52.5%) y no recibió tratamiento psiquiátrico de ningún tipo (99.0%), vivió en convivencia con una pareja (57.4%), control de bebé de 7 semanas de edad (40.0%), tuvo parto natural (68.3%), lactancia materna exclusiva (58.4%) y no tuvo un bebé prematuro (96.4%). Después de aplicar los criterios en una muestra reducida de 96 mujeres posparto, se encontró que: la mayoría de las madres corren riesgo de desarrollar depresión posparto (39.6%), un tercio de las madres en el estudio (32.3%), curso con síntomas depresivos consistentes con depresión posparto. (17)

Autor: ALMANZA CÁCERES, LUÍS CARLOS (2014)

Fuente: Universidad Católica de Santa María - Cybertesis

Título: *“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DEL TRASTORNO DE DEPRESIÓN POST-PARTO EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE GINECO- OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2013”*

Resumen:

Resultados. De las 196 puérperas, 90 (45.9%) presentaron Depresión Post Parto, las mujeres jóvenes (14-22 años) tienden a deprimirse más. Las que planificaron su embarazo, bajo grado de instrucción, tuvieron abuso físico por la pareja y cuidan solas a sus hijos tendían a deprimirse más que sus pares, los antecedentes de mala relación con los padres, número de controles prenatales, tipo de parto y procedencia no influyeron en la presencia de Depresión Post Parto.

Conclusiones. Debido a que las variables: grado de instrucción, estado civil, edad, abuso físico por parte de la pareja, planificación del embarazo y relación con la pareja son variables que guardan relación directa con la presencia de Depresión Post Parto, deberían de establecer como factores riesgo para la sospecha de este diagnóstico. (18)

3.2 A nivel Nacional

Autor: MERCADO Y. PACCORIL. (2013)

Fuente: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3011>

Título: *“FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL”*

Resumen: 226 pacientes embarazadas, se dividieron 2 grupos: uno de casos (113 gestantes deprimidas) y otro de controles (113 gestantes no deprimidas) con el test de Edimburgo, y el formulario de factores asociados a la depresión en el embarazo; obteniéndose como resultados que algunos de los factores sociodemográficos con mayor relación significativa con depresión fueron: violencia psicológica en la niñez (OR=1.9 IC 95% 1.1-3.4), violencia psicológica en la adolescencia (OR=2.2 IC 95% 1.2-3.8), antecedentes de episodio depresivo anteriores (OR=3.7 IC 95% 2.0-7.0), mala relación con familiares (OR=2.8 IC 95% 1.4-5.5), mala relación con el compañero (OR=2.3 IC 95% 1.2-4.3) y violencia psicológica por la pareja (OR=2.6 IC 95% 1.4-4.8). Entre los factores protectores que se hallaron en dicho estudio fueron: relación adecuada con los demás miembros de la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.6) y embarazo deseado por la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.7). Además, se encontró que entre presentar episodios depresivos previos, violencia familiar y tener un embarazo no deseado resumían el 67.3% de los casos con depresión. (19)

Autor: ESCOBAR MONTALVO, JUAN MANUEL. (2013)

Fuente: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/11>

Título: *“VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ: LIMA-PERÚ”*

Resumen: El objetivo principal del presente estudio fue determinar la asociación existente entre la Violencia Basada en Género y la Depresión Post-Parto en el Hospital San Bartolomé; así mismo, se describieron los factores predictores de depresión post-parto y las características sociodemográficas y del parto de las puérperas participantes del estudio. El tipo de estudio fue observacional de corte transversal, con una muestra de 100 mujeres de 1-12 meses de tiempo puerperal. A quienes se les aplicó, previa firma de consentimiento informado, una ficha de datos sociodemográfica y del parto, la Escala de Depresión Post-Natal de Edimburgo (EDPE), el Inventario Revisado de Factores Predictores de Depresión Post-Parto de Beck y el Instrumento de Detección de Violencia Basada en Género. Posteriormente se catalogaron operacionalmente los casos de Depresión Post-Parto como aquellas mujeres quienes obtuvieron puntaje mayor o igual a 13 puntos en la EDPE. Se realizó el análisis de los datos aplicando las pruebas Odds Ratio, Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher., según fuera conveniente. (20)

3.3 A nivel Internacional

Autor: GRACIELA ROJAS, ROSEMARIE FRITSCH, VIVIANA GUAJARDO, FELIPE ROJAS, ENRIQUE JADRESIC. . (2015)

Título: “*CARACTERIZACIÓN DE MADRES DEPRIMIDAS EN EL POSPARTO*”

Resumen: La depresión posparto (DPP) es un trastorno del estado de ánimo que se produce durante un período específico de tiempo de vida de las mujeres: el puerperio. La prevalencia de DPP varía de 8 % a 30 %, y un aumento de tres veces se ve en emergente en comparación a los países desarrollados. Objetivo: Caracterizar mujeres que consultan en centros de atención primaria de DPP. Material y Métodos: características sociodemográficas, obstétricas la historia, los síntomas clínicos y la atención puerperal de 440 mujeres en el posparto que buscaban ayudar en la atención primaria y que fueron diagnosticados como deprimidos, se describen. Resultados: Estos mujeres no tenían un empleo remunerado (82,7 %), tuvieron embarazos no deseados (62,5%) y carecido de un apoyo social adecuado (59,4 %). Desde el punto de vista clínico, la mayoría de estas puérperas tenían una historia familiar de depresión (64,2 %) y el 31% habían sufrido de episodios depresivos anteriores. Los síntomas clínicos de estos pacientes consistían el estado de ánimo de depresión (93,2%), anhedonia (87,9%) y la fatiga (87%). Conclusiones: Las mujeres deprimidas postparto constituyen un grupo que requiere atención clínica más debido a su gran vulnerabilidad biológica, los síntomas depresivos activos, y su enorme riesgo psicosocial. El programa de la madre y el niño, lo que les beneficia, tiene que ser combinado con un componente de salud mental que les puede ofrecer un tratamiento adecuado a su contexto psicosocial. (21)

Autor: PABLO MARTÍNEZ, PAUL A. VÖHRINGER, GRACIELA ROJAS
(2014)

Fuente: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-0982-2675.pdf

Título: *“BARRERAS DE ACCESO A TRATAMIENTO DE MADRES CON DEPRESIÓN POSPARTO EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA: UN MODELO PREDICTIVO”*

Resumen Objetivo: desarrollar un modelo predictivo para evaluar los factores que modifiquen el acceso a tratamiento para la DPP. Métodos: estudio prospectivo de madres que asistieron a control de niño sano en centros de atención primaria. En evaluación basal y 3 meses, se registraron: datos sociodemográficos, gineco-obstétricos, variables de uso de servicios, síntomas depresivos con la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) y calidad de vida con el Cuestionario de Salud SF-36. El diagnóstico de depresión se hizo con el MINI. Se siguió a madres que en evaluación basal tenían DPP. Resultados: se construyó un modelo estadístico para determinar los factores que impidieron el acceso a tratamiento, compuesto por: ítems del EPDS 2 (OR 0,43, IC95%: 0,20-0,93) y 5 (OR 0,48, IC95%: 0,21-1,09), e historia previa de tratamiento de depresión (OR 0,26, IC95%: 0,61-1,06). Área bajo la curva ROC para el modelo=0,79; valor de p para la prueba de Hosmer-Lemeshow=0,73. Conclusión: se elaboró un perfil simple, bien calibrado y discriminante, que sugiere que los/las enfermeros/as estén atentos/as a aquellas madres con DPP que presenten baja/nula anhedonia (ítem 2 EPDS), escaso/nulo pánico/miedo (ítem 5 EPDS), y sin antecedentes de depresión, ya que es probable que estas mujeres no ingresen a tratamiento. (22)

4.- OBJETIVOS

4.1.- General

Determinar la frecuencia y los factores de riesgo asociados a depresión postparto en puérperas del Servicio de Obstetricia del HNCASE, Arequipa 2018.

4.2.- Específicos

- a) Conocer las características obstétricas, demográficas y del entorno social de las puérperas del Servicio de Obstetricia del HNCASE, Arequipa 2018.
- b) Conocer la frecuencia de Depresión postparto en puérperas del Servicio de Obstetricia del HNCASE, Arequipa 2018
- c) Establecer la relación entre las variables estudiadas y la Depresión postparto en las puérperas del Servicio de Obstetricia del HNCASE, Arequipa 2018.

5.- HIPÓTESIS

Durante la gestación y aun durante el puerperio suceden gran cantidad de cambios fisiológicos, con repercusión tanto en el aspecto físico como mental de la mujer, por lo que durante este periodo existe una mayor frecuencia de trastornos depresivos, así como también existirán características obstétricas, demográficas y sociales asociadas al desarrollo de la depresión en las púerperas del servicio de obstetricia del HNCASE de Arequipa.



II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.- TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

1.1 Técnica

En la presente investigación se aplicará la ficha de recolección de datos, el test de Edimburgo y además de acceder a la historia clínica para completar la información necesaria.

1.1.2.- Descripción de la técnica:

a. Técnicas: se aplicará la entrevista y realización de encuesta para recoger los datos necesarios de las púerperas del servicio de obstetricia del HNCASE, Arequipa.

b. Instrumentos: Fichas de investigación, Material de escritorio, Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos. La ficha de investigación recogerá entre otros datos, las variables a estudiar: Edad, Edad gestacional, Estado civil, Condición socioeconómica, Grado de instrucción, Número de hijos, Planificación del embarazo y Vía del parto.

Además contendrá el Test de Depresión de Edimburgo que consiste en un registro de auto aplicación, que consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada uno (Anexo 1)

- Validación de los Instrumentos:

- a) La ficha de toma de datos de historia clínica
- b) La validación de la escala de Edimburgo fue realizado por el equipo Investigador: Dr. Rubén Alvarado, Dra. Viviana Guajardo Dra. Graciela Rojas y el Dr. Enrique Jadresic; que concluyeron que la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo es una útil herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos del posparto, fácil de usar, breve y cuyo uso se ha expandido en muchas partes. (23)

A pesar de que su objetivo inicial fue la detección de cuadros depresivos en el posparto, se ha comenzado a usar para la identificación de episodios depresivos la gestación. El test ha sido ampliamente probado, traducida y utilizada en más de 23 países para identificar a las mujeres que podrían estar cursando una depresión en el posparto. El test también ha sido validado como una herramienta efectiva para la detección de depresión en los tres trimestres del embarazo. (23)

2.- CAMPOS DE VERIFICACIÓN.

2.1.- Ubicación Espacial.

La investigación se realizara en el Servicio de Obstetricia del HNCASE, ubicado en la provincia de Arequipa, departamento de Arequipa.

2.2.- Ubicación Temporal.

Se dará entre los meses de Abril a Julio 2018.

2.3.- Unidades de Estudio.

a) **Universo:** Puérperas del servicio de obstétrica del HNCASE durante el periodo mencionado

b) **Población y Muestra:** Se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de Técnica de muestreo probabilístico por selección al azar: 200 casos

Criterios de inclusión

- Puérperas cuyo parto fue atendido en el servicio de obstetricia del HNCASE.

- Puérperas con historias clínicas completas
- Mayores de edad
- Puérperas voluntarias para el estudio

Criterios de Exclusión.

- Pacientes que se negaron a llenar las encuestas
- Ficha de recolección de datos incompletas
- Puérperas menores de edad
- Puérperas con diagnóstico de depresión antes del parto, dato que se obtendrá con la revisión de la historia clínica

3.- ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.1.- Organización.

- a) Se redactara el proyecto de tesis
- b) Se solicitará aprobación del proyecto por la cátedra de taller de tesis se someterá a evaluación de Comité Institucional de ética de la investigación de la Universidad Católica de Santa María
- c) Se cumplirán con las observaciones del dictamen del Comité de ética de la investigación de la Universidad Católica de Santa María

- d) Se solicitará el permiso y la autorización al director del Área de Gineco-obstetricia del HNCASE para la realización del estudio.
- e) Una vez obtenida la autorización para la ejecución del proyecto, se procederá con el mismo.
- f) Se sistematizarán los resultados
- g) Se procesará y analizarán los resultados obtenidos.
- h) Se elaborará el informe final

3.2.- Recursos.

3.2.1.- Humanos.

Investigador:

Dr. Oscar Andres Fernández Franco

Asesora:

Dra. Agueda Muñoz del Carpio Toia

2.2.2. Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio: Hojas Bond, lapiceros, borrador.
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

3.3.3 - Presupuesto.

La investigación será autofinanciada por el autor

4.- ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS.

4.1.- Plan de procesamiento de los datos.

Los datos registrados en el Anexo 1 y Anexo 2 serán codificados y tabulados para su posterior interpretación.

4.2.- Plan de análisis de datos.

El proceso de asociación de características obstétricas, demográficas y sociales al Trastorno de Depresión Postparto se realizara utilizando la prueba de Odds Radio (OR) con $P < 0.05$, para determinar si las características estudiadas llegan a ser un factor de riesgo para que se desarrolle la patología en estudio.

III. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Ejemplo

Tiempo en meses Actividades	Año							
	2018							
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Redacción de proyecto				X	X			
Aprobación proyecto de tesis por Asesor y profesores de curso taller de tesis						X		
Dictamen de comité de ética de investigación						X	X	
Ejecución de proyecto							X	
Recolección de datos							X	
Estructuración de resultados							X	X
Informe final								X

Fecha de inicio: 01 de Abril del 2018

Fecha probable de término: 31 de Julio del 2018

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe No.: 90.
2. Marcus M, Yasamy MT, Ommeren Mv, Chisholm D, Saxena S, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern. Geneva: WHO.
3. World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/en/>
4. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617.
5. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *General Hospital Psychiatry*. 2007;29:409-16.
6. Beck C. Predictors of postpartum depression:an update. *Nurs Res* 2001; 50: 275-285.
7. Seyfried L, Marcus M. Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry* 2003; 15: 231242.
8. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*. 2015; 57 (2):216-21.
9. Contreras-pulache H, Mori-quispe E, Lam-figueroa N, Materno B. El blues materno. Contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación. 2011;15 (2):1-3 .
10. Berrisford G, Lambert A, Heron J. Understanding postpartum psychosis. *Community Pract J Community Pract Heal Visit Assoc*. 2015;88 (5):22-3.
11. Jones I, Chandra S, Dazzan P, Howard L. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizofrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet*; 2014;384:178999.
12. Maradiegue Montero, Susana. Evolución diagnóstica y manejo terapéutico de la depresión y psicosis posparto de las pacientes egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el periodo comprendido entre el 2000-2007. Tesis de Maestría. Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrado , San José, C.R, 2010

13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postnatal Depression and Puerperal Psychosis. Scotland Royal College of Physicians 2002.
14. Carro García, T; Sierra Manzano, Ma; Hernández Gómez, Ma J.; Ladrón Moreno, E; Antolín Barrio, E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. <http://www.mgyf.org/medicinageneral/mayo2000/452-456.pdf>
15. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y Segundo Niveles de Atención, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. 2014. Pág. 8-11.
16. Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatr.* 2007; 96: 590-594.
17. Niveles de depresión en puerperas de 6 a 8 semanas en el hospital iii goyeneche – arequipa – 2016, Arias Fajardo María Luisa, UCSM – Cybertesis.
18. “Frecuencia y características socio-demográficas del trastorno de depresión post-parto en puérperas del servicio de gineco- obstetricia del hospital regional honorio delgado espinoza, arequipa 2013”, Almanza Cáceres, Luís Carlos, UCSM – Cybertesis.
19. “Factores asociados a la depresión en gestantes del instituto nacional materno perinatal”. “factores asociados a la depresión en gestantes del instituto nacional materno perinatal” Mercado Y. Paccori L. UCSM – Cybertesis.
20. “Violencia basada en género y depresión post-parto en el hospital san bartolomé: lima-Perú” escobar Montalvo, Juan Manuel. UNMSN - Cybertesis
21. “Caracterización de madres deprimidas en el posparto” Graciela Rojas, Rosemarie Fritsch, Viviana Guajardo, Felipe Rojas, Sergio Barroilhet, Enrique Jadresic.
22. “Barreras De Acceso A Tratamiento De Madres Con Depresión Posparto En Centros De Atención Primaria: Un Modelo Predictivo”. Pablo Martínez, Paul A. Vöhringer, Graciela Rojas. SCIELO
23. R. Alvarado, V. Guajardo, G. Rojas. “Informe final para Validación de la escala de Edimburgo en gestantes y puérperas” Diciembre 2013. <http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/InformeFinalproyectovalidacionEPDSembrazadasV2.pdf>

V. ANEXOS

ANEXO 1 - HERRAMIENTA DE TAMIZAJE

Escala de Edimburgo. Versión validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. (*J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91)

ESCALA DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor **SUBRAYE** la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

- | | |
|--|---|
| <p>1) <i>He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</i>
tanto como siempre
no tanto ahora
mucho menos ahora
no, nada</p> | <p>6) <i>Las cosas me han estado abrumando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre</p> |
| <p>2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i>
tanto como siempre
menos que antes
mucho menos que antes
casi nada</p> | <p>7) <i>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> |
| <p>3) <i>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> | <p>8) <i>Me he sentido triste o desgraciada:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> |
| <p>4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i>
no, nunca
casi nunca
sí, a veces
sí, con mucha frecuencia</p> | <p>9) <i>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
sólo ocasionalmente
no, nunca</p> |
| <p>5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i>
sí, bastante
sí, a veces
no, no mucho
no, nunca</p> | <p>10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i>
sí, bastante a menudo
a veces
casi nunca
nunca</p> |

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Edad:.....

Estado Civil:

Grado de Instrucción:

Ocupación Actual:

Salario mensual:

Número de Embarazos:

Número de Hijos vivos:

Fecha de Última Menstruación:

Antecedentes Patológicos:

Medicamentos que toma:

Responda las siguientes preguntas:

- a) **¿Ha planificado usted su actual embarazo?**

- b) **¿Cuántos controles prenatales tuvo en el presente embarazo?**

- c) **Cómo calificaría usted su relación actual con el padre de su hijo (1 : Mala 5: Muy Buena)**

- d) **¿En su familia alguien sufrió de Depresión?**