

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
UNAN - LEÓN**



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
VI AÑO DE MÉDICINA  
TESIS PARA OPTAR A TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO**

**TEMA:**

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSPARTO EN  
PUÉRPERAS EGRESADAS DEL HOSPITAL ESCUELA OSCAR DANILO ROSALES,  
HEODRA LEÓN- NICARAGUA, MARZO – JULIO DE 2017.**

**AUTORES:**

Br. Erland Joel Rivera Díaz  
Br. Diego Manuel Robles Arauz

**TUTORA:**

Dra. Flor de María Marín  
Especialista en Ginecología y Obstetricia  
UNAN-LEON

Dr. Javier Zamora  
Docente del departamento de Salud Pública  
UNAN-LEON

# INDICE

## **Contenido**

INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES .....	2
JUSTIFICACIÓN.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
OBJETIVO GENERAL.....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
Puerperio.....	8
Factores asociados a depresión posparto .....	10
Diagnostico Clínico .....	13
Escala de Edinburgh.....	14
Complicaciones de depresión posparto .....	15
DISEÑO METODOLÓGICO .....	17
RESULTADOS .....	28
DISCUSIÓN.....	33
CONCLUSIONES.....	35
RECOMENDACIONES .....	36
REFERENCIAS .....	37
ANEXOS.....	42

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por iluminar nuestro camino ante toda adversidad, a nuestros padres por ser nuestro principal apoyo guiándonos día a día para ser grandes personas, a la familia por sus palabras de aliento, a nuestros tutores por su apoyo diligente en la elaboración de nuestra tesis, a todos y todas esas personas que nos han apoyado directa e indirectamente en la elaboración de este trabajo le agradecemos profundamente.

## DEDICATORIA

Br. Erland Rivera:

A la memoria de mi abuelo Pedro Rutilio Rivera Rivera por todo el apoyo que me brindó durante la carrera, por sus palabras de cariño y sobre todo la paciencia para escuchar mis problemas.

A mis padres Carla Díaz Blanco y Erland Rivera Siles por la dedicación, perseverancia y esfuerzo, por apoyarme toda mi vida para cumplir mis metas y mis sueños.

Br. Diego Robles:

A mis padres Amaridez Arauz y Diego Robles por su constante apoyo, amor, comprensión y ayuda a lo largo de mi vida; A mis abuelos Miriam Sánchez, Mabel Montenegro y Vladimir Robles por estar ahí siempre que lo necesite, a mis hermanos Regina Robles y Anthony Robles que son mi orgullo y alegría, les dedico este trabajo.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos psicológicos impactan de manera dinámica sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo en algún momento de su vida. La depresión, es una alteración patológica del estado de ánimo, con presencia de tristeza y acompañada de síntomas emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los signos vitales que persisten por lo menos en 2 semanas. <sup>1, 2</sup>

La depresión posparto (DPP) corresponde a una enfermedad que se presenta en un periodo especial de la mujer, el puerperio. Su prevalencia fluctúa entre 8% y 30% siendo tres veces más alta en los países emergentes que en los países desarrollados. Durante el puerperio, factores bioquímicos y estrés psicológico pueden desencadenar trastornos psiquiátricos en la mujer. Los primeros se relacionan con psicosis puerperal y tristeza postparto, y afecta al 50% de las mujeres. <sup>3,4</sup>

Actualmente se acepta que la prevalencia mundial de esta enfermedad se estima entre un 10% a 20%, de 200 casos por cada 1000, con una tasa de recurrencia entre 10% y 35%. La DPP habitualmente resulta subdiagnosticada en los centros de atención materno-infantil, pese a que su prevalencia supera a otras patologías tales como preeclampsia, parto prematuro y diabetes gestacional. <sup>3, 4</sup>

El diagnóstico de DPP no atiende a una única causa, ya que su sintomatología puede ser confundido con comportamientos asociados a la adaptación normal al puerperio, haciendo que 50% de los casos de DPP pasen sin diagnosticar. Las mujeres con antecedentes de baja autoestima, dificultades en las relaciones maritales, redes de apoyo insuficientes o pobreza, antecedentes de eventos estresantes y embarazo adolescente suelen ser las frecuentemente afectadas por esta enfermedad. <sup>5</sup>

Este trabajo determina la prevalencia de depresión posparto en nuestro medio y los factores asociados más influyentes en la salud mental de las puérperas egresadas del HEODRA de la ciudad de León.

## ANTECEDENTES

En 1995 en Chile, Padrecico y Araya acerca de la prevalencia de la depresión posparto y los factores asociados. Con un universo de 542 madres se observó una prevalencia de DPP de 34.5% y como factores asociados más prevalentes fueron la atención de salud en consultorios del sistema público, bajos ingresos económicos, pacientes solteras/viudas o separadas.<sup>6</sup>

Evans et al en el 2003 en Chile, realizaron un estudio para evidenciar la incidencia de la depresión posparto en centros de atención primaria encontrando un índice alto de depresión posparto en adolescentes (54.5%) y mujeres con embarazo patológico (66,6%) y antecedentes de depresión (71.42%) el tipo de parto, la prematuridad, hábito alcohólico y estado civil no fueron factores de riesgo estadísticamente significativos.<sup>7</sup>

En 2004, Zaoneta estudio el riesgo a la depresión posparto mediante la EDPE a 117 mujeres donde hubo una prevalencia del 22,2 %. El estudio también mostro que la edad, antecedentes obstétricos y el embarazo no deseado no fueron factores de riesgo estadísticamente significativos en la aparición del evento.<sup>8</sup>

En Perú en el año 2004, Aramburú realizo un estudio para determinar la prevalencia y factores asociados a la depresión posparto usando el inventario de predictores de Depresión posparto de Beck y la EDPE como prueba de tamizaje en 261 puérperas, se confirmó 24.1% a través de la entrevista semi-estructurada DSM IV. Entre los principales factores asociados al evento fueron factores estresantes, baja autoestima, blues postparto, y el deficiente apoyo social a las madres.<sup>9</sup>

Poo et al realizaron un estudio en el 2008 en Chile para determinar la prevalencia de la depresión posparto mediante la EDPE con una muestra de 73 mujeres entre los 40 y 45 días posparto. La prevalencia fue del 50,7 % y entre los factores de riesgo estadísticamente significativos fueron los antecedentes de trastornos de salud mental, sobrecarga por los cuidados de bebé, consumo de alcohol, violencia intrafamiliar y cambios estéticos en el cuerpo posterior al parto.<sup>10</sup>

En Venezuela en el 2010, Urdaneta et al realizó un estudio comparativo no experimental para la prevalencia de depresión posparto entre primigestas y multíparas con una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío, fueron evaluadas con la EDPE que demostró una prevalencia del 91% confirmando un 22% mediante la entrevista semi-estructurada del DSM-IV, en las multíparas hubo mayor frecuencia de ideación suicida. <sup>11</sup>

Dois et al realizaron un estudio en Chile en el 2012 para evaluar los síntomas presentes en la depresión posparto y su asociación con variables sociodemográficas. Se le dio seguimiento por 8 semanas a 105 mujeres usando la EDPE mostró una incidencia de síndrome depresivo de 37.1 %, realizaron un análisis no paramétrico de Spearman que demostró una correlación significativa entre el APGAR familiar y el puntaje en la EDPE. <sup>12</sup>

En Chile en el 2013, Podestá et al publicaron un estudio sobre las alteraciones en el desarrollo psicomotor de los hijos con mujeres en depresión posparto. La EDPE se aplicó en todas las madres con hijos nacidos en el 2006 del sistema de salud público. El estudio se realizó con 360 niños con sus madres. Al evaluar la asociación entre las estas variables demostraron que las pacientes con depresión posparto duplicaban la posibilidad de que hubiera un desarrollo psicomotor alterado en su hijo. <sup>13</sup>

Fernández et al en el 2014 en Venezuela se valoró la depresión posparto con la EDPE para determinar la prevalencia en un hospital de la capital. De las 249 puérperas mediatas a las que se le aplicó el instrumento mostró una prevalencia de 84.2% en adolescentes y 81.5% en adultos sin diferencias entre ambos grupos. <sup>14</sup>

En 2014 en Colombia, Rincón-Pavón publicó un estudio obtenido de la encuesta nacional de Demografía y Salud del 2010. Se encontró una prevalencia de depresión posparto fue de 12.9% siendo prevalente en zonas urbanas y mujeres en edad reproductiva adecuada. <sup>15</sup>

En el 2015 Mendoza y Saldivia en Chile publicaron una actualización del tema de depresión posparto a través de la revisión de bases de datos en línea. Con 53 referencias se observó que aproximadamente del 60% al 85% de las pacientes con este trastorno puede presentar algunos síntomas de apariencia depresiva en los primeros días del posparto que resolvía a los pocos días y que la depresión posparto demuestra

sintomatología de un episodio depresivo mayor y puede acompañarse de ideas obsesivas respecto al bienestar del RN. Entre los desenlaces menos deseados son el suicidio e infanticidio que están habitualmente asociados a la ausencia de tratamiento, depresión posparto severa y psicosis postparto.<sup>16</sup>



## JUSTIFICACIÓN

La depresión posparto es el trastorno psiquiátrico más frecuente de aparición durante el puerperio. Debido a las consecuencias que implica en la madre y el neonato es factible considerarlo un importante problema de salud pública. Este trastorno es más frecuente en pacientes adolescentes y mujeres de escasos recursos económicos. Nicaragua es un país con población joven y de escasos recursos económicos, por lo tanto, es importante pensar en que es trastorno frecuente en nuestro medio, no obstante, esta pobremente estudiado.<sup>1,8</sup>

Los casos de DPP son fácilmente diagnosticados mediante a escalas de tamizaje de 10 preguntas con alta sensibilidad, pero baja especificidad, no obstante, poder determinar el indicio de un trastorno psiquiátrico puede salvar a las pacientes de ideaciones suicidas u homicidas, y de poder llegar a consumarlos.

El propósito práctico del presente estudio es medir la prevalencia de este problema de salud pública que va en aumento a nivel mundial, y no se debe ignorar en nuestro país. Utilizando la escala de depresión de Edinburg, que es una herramienta de bajo presupuesto con alta sensibilidad, por lo cual es ideal para nuestro sistema de salud donde se pretende una atención integral a la mujer y al recién nacido.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión posparto es «la depresión que se inicia en las primeras doce semanas tras el parto,» debido al gran cambio que se produce con la llegada de un niño, con síntomas depresivos típicos: tristeza, sentimientos de desesperanza y de minusvalía, insomnio, pérdida de apetito, lentitud de movimientos, pensamientos recurrentes de muerte, síntomas físicos varios tales como molestias digestivas, dolor de cabeza, fatiga, ansiedad elevada, etc. Dada la importancia de este tema dentro del abordaje integral tanto en la salud materna como neonatal se plantea este estudio para identificar:

*¿Cuál es la prevalencia y los principales factores asociados a la depresión posparto en puérperas egresadas del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en el municipio del periodo de Marzo a Julio de 2017?*

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia y los factores asociados a la depresión posparto en puérperas egresadas del HEODRA, León-Nicaragua.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes a estudio.
2. Estimar la prevalencia de depresión posparto en las puérperas del HEODRA en el periodo de estudio.
3. Determinar los factores asociados a la depresión posparto presentes en las mujeres del estudio.

## MARCO TEÓRICO

Los problemas emocionales del puerperio fueron descritos desde época antigua en los escritos de Hipócrates. 700 a.C, en los textos de Celcio y Galeno. La depresión posparto es un trastorno depresivo mayor clasificado por el DSM V, y se puede definir como una alteración patológica del estado de ánimo, con descenso del humor y aumento de la tristeza, acompañada de síntomas vegetativos, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales, que persisten por lo menos dos semanas durante un periodo específico en la vida la mujer denominado puerperio.<sup>4, 8, 17</sup>

### **Puerperio**

Puerperio es el periodo que incluye las primeras semanas que siguen al parto. Comienza después de la salida de la placenta e incluye clásicamente las siguientes seis semanas. Durante este periodo, se producen una serie de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional mediante el cual regresan paulatinamente todas las modificaciones gravídicas por un proceso de involución hasta restituir las a su estado previo del embarazo.<sup>18, 19</sup>

Atendiendo a su duración, el puerperio puede ser clasificado en cuatro momentos.

Puerperio inmediato, se conoce como aquel puerperio que abarca las primeras 24 horas posterior al parto.

Puerperio mediato, se conoce a aquel que abarca desde las primeras 24 horas hasta los primeros 10 días después del parto.

Puerperio alejado, es el que se extiende desde el día 11° hasta los 42 días.

Puerperio tardío, que corresponde al periodo que comienza al finalizar el puerperio alejado, después de los 42 días del parto y se extiende hasta los 364 días cumplidos.<sup>18,19</sup>

Durante estos momentos, el cuerpo de la mujer experimenta una serie de modificaciones locales y generales.<sup>18, 20</sup>

Después de la expulsión de su contenido, el útero pesa entre 1200 y 1500 gr y tienen entre 25 a 30 cm en sentido vertical. La involución uterina se extiende prácticamente hasta la aparición de la primera menstruación. El cuello uterino, dilatado, flácido y congestivo del primer día, recupera su consistencia por desaparición del edema y alcanza una longitud casi normal al tercer día. <sup>19, 20, 21</sup>

Las pigmentaciones de la piel de la cara, senos y abdomen se aclaran lentamente. Las grietas recientes pierden su color rojizo y adquieren el tinte nacarado definitivo. Desaparece la hipertrichosis gravídica. Después del cuarto día la concentración de los estrógenos desciende rápidamente, los progestágenos disminuyen progresivamente hasta llegar al día 10° a un nivel similar al de la fase proliferativa del ciclo menstrual normal. <sup>21</sup>

Se trata de un periodo relativamente simple a comparación con el embarazo, y se caracteriza por muchos cambios fisiológicos. Algunos de ellos pueden representar solo molestias menores para la madre, pero es también posible la aparición de complicaciones más graves. <sup>20</sup>

En consecuencia, el puerperio puede ser un momento de intensa ansiedad para muchas mujeres, y estresor del estado de ánimo de pacientes que además pueden experimentar cierta soledad y desamparo puesto que la atención ahora se concentra en el lactante. <sup>18</sup>

## **DEPRESIÓN POSPARTO**

Los trastornos del ánimo son enfermedades multisistémicas que se manifiestan con distintos grados de alteración patológica del ánimo, que se asocian a un importante deterioro físico y social. La depresión es una enfermedad caracterizada por presentar ánimo deprimido y/o anhedonia, la mayor parte del día, generalmente, todos los días al menos durante dos semanas, con angustia significativa o alteración del funcionamiento personal. <sup>2</sup>

La mayor parte de los casos de depresión posparto se presentan durante el primer mes del puerperio o poco después, y por lo general los síntomas alcanzan su intensidad máxima entre las 8 y las 12 semanas después de que la mujer ha dado a luz. <sup>2</sup>

La depresión posparto es el trastorno anímico más prevalente asociado al nacimiento, incluyendo la disforia posparto y psicosis posparto. Su recidiva es 1:3 a 1:4 si la madre no recibe un tratamiento correcto y se asevera discapacidad para desarrollar actividades de la vida diaria. Afecta aproximadamente al 19.2% de las puérperas durante los tres primeros meses pospartos, con prevalencias que varían entre un 3% y 30% durante el primer año. <sup>2</sup>

Cerca del 50% de los casos de depresión posparto son cuadros depresivos que ya se presentaban en el embarazo o incluso antes de este. Se indica que las mujeres que sufren este cuadro sufren un mayor riesgo de sufrir episodios futuros de depresión con o sin relación a un parto. <sup>2</sup>

En las puérperas se ha descrito menor percepción de autoeficacia para mantener lactancias exitosas manifestadas en el aumento de las preocupaciones en torno a la alimentación del lactante, mayores dificultades, inseguridad y dudas sobre su capacidad para alimentar al bebe, menor satisfacción al amamantar y cese precoz de la lactancia materna. <sup>2</sup>

### **Factores asociados a depresión posparto**

No se puede atribuir una única causa que explique la depresión posparto, puesto que se sabe, su etiología es multifactorial. <sup>17</sup>

### **Factores psicosociales**

Los antecedentes personales de baja autoestima, depresión y depresión posparto previa, relaciones personales disfuncionales, redes de apoyo insuficientes, antecedentes de ansiedad, el estado civil, violencia de género, embarazo adolescente, antecedentes familiares de enfermedades mentales, estilo cognitivo tendiente a la negatividad y las complicaciones obstétricas suelen ser las causas más frecuentes asociadas a la depresión en mujeres puérperas. <sup>22, 23, 24</sup>

Antecedentes familiares de problemas mentales, tristeza posparto severa, la experiencia del parto y las complicaciones obstétricas. Se encuentran también como factores de riesgo

a la depresión en las parejas y las características de salud y temperamento del recién nacido.<sup>24</sup>

Se ha señalado que el presentar síntomas depresivos durante el embarazo se considera el principal factor de riesgo. Algunos antecedentes personales relacionados a la depresión posparto son la personalidad altamente neurótica, la tendencia a la introversión, los antecedentes psiquiátricos en la familia y los episodios depresivos previos, ya sea anteparto o en un posparto anterior.<sup>17, 22</sup>

Existe algunas alteraciones del estado mental como el "postpartum blues" o disforia posparto, que es un período de labilidad emocional que aparece entre los primeros 3 a 15 días posparto, y que se presenta en alrededor del 50% de las púerperas, se ve asociado a la aparición de depresión posparto.<sup>17</sup>

Eventos estresantes en los 12 meses previos al parto, el estilo de apego inseguro, falta de apoyo emocional y financiero por parte de la familia, el tener una pareja ausente, pareja con antecedentes de depresión, bajo estatus social, se determinan como factores psicosociales asociados a depresión posparto.<sup>16, 17</sup>

El embarazo no deseado, el intento o ideación de aborto, abortos espontáneos previos, embarazos cuya desarrollo o trabajo de parto sufrió algún tipo de complicación o malformación genética, sexo del bebe no deseado, se relacionan como factores de riesgos gineco-obstétricos de depresión posparto.<sup>17</sup>

### **Factores biológicos**

El rápido descenso de las hormonas gonadales posterior al parto, los elevados niveles de glucocorticoides derivados del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal tales como cortisol en plasma, saliva y orina. Niveles elevados de AMP cíclico en los primeros días pospartos, y bajos niveles de triptófano, acidofolico betaendorfina y hormona T3 libre durante el embarazo y el puerperio.<sup>22</sup>

Existe además una discreta asociación entre las disfunciones tiroideas, cambios hormonales, alta hospitalaria precoz, parto prematuro, alimentación artificial del bebé, relación de pareja pobre, procesos de duelo en curso, edad, etnia, religión y paridad de la madre. Vivir en zonas alejadas de la comunidad, o apartados rurales, dificultades para

adaptarse a la nueva maternidad, antecedentes de abuso sexual en la infancia, consumo de tabaco y enfermedad médica previamente diagnosticada en la madre. <sup>22</sup>

### **Fisiopatología**

Existen diferentes hipótesis que plantean como es dado el desarrollo de la depresión posparto, una de las más aceptadas se relaciona con los **niveles séricos de triptófanos**, los cuales están más bajos al final del embarazo e inicio del puerperio al compararlos con mujeres no embarazadas. <sup>22</sup>

El Triptofano es un aminoácido esencial de la cadena genética del ser humano, y es precursor de la serotonina, que es un neurotransmisor involucrado en la regulación del sueño y del placer. Fisiológicamente, entre el primer y segundo día posparto, se observa en las mujeres una elevación significativa de los niveles de triptófano sérico como mecanismo natural de compensación, efecto que se verá no realizado en mujeres las cuales desarrollen algún cuadro de depresión puerperal. <sup>22</sup>

Además, se observa un aumento de la respuesta inflamatoria del organismo, con elevación significativa de citoquinas proinflamatorias como IL-1, IL-6 y la proteína C reactiva, con disminución de los factores inhibidores de estas. Esta elevación provoca en las personas cambios en su conducta habitual entre ellos del sueño, apetito, niveles de actividad sexual y de energía, factores que se relacionan a trastornos depresivos. <sup>22</sup>

Otra teoría aceptada es la **Teoría de las transiciones**. Establece que el proceso de tener un hijo y los cambios en la vida de la mujer son determinados por ciertos factores intrínsecos y extrínsecos que trasciende el manejo de la transición, y la manera de asumir estos cambios determinan una transición saludable o no. <sup>22</sup>

Una transición supone un tránsito entre dos periodos de tiempo estable, la mujer se mueve de una fase o estado de vida, a otra, son estos cambios los que son experimentados del mundo externo y la manera en que la madre los percibe, tienen importantes repercusiones en su salud, la de sus parejas, sus familias y en su vida. <sup>22</sup>



## Diagnóstico Clínico

Los síntomas clínicos de depresión posparto suelen estar vinculados a estados de ánimo depresivos la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas y/o pérdida de interés en, o de la capacidad de gozar de actividades que la persona habitualmente disfrutaba. Otros síntomas que a menudo suelen presentarse incluyen fatiga o debilidad, inquietud o sensación de enlentecimiento, sentimientos de culpa o minusvalía, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño. Aumento o disminución del apetito, anhedonia o pensamientos recurrentes de muerte, autodestrucción, suicidio o muerte. <sup>2, 27</sup>

Se debe contar que estén presentes algunas molestias propias del embarazo durante el trastorno depresivo tales como astenia, sensibilidad emocional, alteraciones del sueño o el apetito. También suelen estar asociados algunas patologías medicas tales como anemia, diabetes gestacional y disfunción tiroidea en los trastornos depresivos durante el puerperio. <sup>2,27, 28</sup>

La mayoría de los casos de depresión posparto se presenta durante el primer mes del puerperio o poco después y, por lo general, los síntomas alcanzan su intensidad máxima entre las 8 y las 12 semanas después de que la mujer ha dado a luz. <sup>28</sup>

La disforia posparto (postpartum blues o baby blues) es un trastorno transitorio que aparece los primeros días posparto, típicamente alrededor del tercer día, durando sólo algunas horas y, a lo más, un día o dos. Prevalece la ansiedad, la labilidad emotiva y, a veces, el ánimo depresivo, síntomas todos muy pasajeros, por lo que no se requiere de tratamiento. Es muy común, presentándose en alrededor del 60% de las puérperas. <sup>28</sup>

La psicosis posparto suele ser un cuadro poco frecuente, es de presentación dramática y representa una emergencia psiquiátrica. Por lo general comienza durante las primeras dos semanas posparto, a veces a las 48 ó 72 horas después de dar a luz. Suele debutar con síntomas tales como inquietud, irritabilidad y trastornos del sueño. Habitualmente la psicosis puerperal evoluciona rápido, destacando entre los síntomas el ánimo deprimido o exaltado, el desajuste conductual, la labilidad emocional, como también los delirios y las alucinaciones. Aún se debate si la psicosis posparto es una entidad diagnóstica

independiente o si se trata de una psicosis afectiva (trastorno del ánimo) de evolución rápida.<sup>28</sup>

### **Escala de Edinburgh**

La escala de depresión de Edinburgh, se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de la salud en la detección de las madres que padecen de depresión posparto. Su aplicación mide la intensidad sintomática del cuadro depresivo, motivo por el cual es el método más confiable de evaluación del trastorno del ánimo durante el puerperio.<sup>29</sup>

Actualmente existen diversas escalas para la identificación de trastornos depresivos durante la gestación y el puerperio, dentro de las cuales se incluye la escala de depresión de Edinburgh, la cual ha resultado ser un buen método de pesquisa precoz en la depresión posparto, demostrando una alta precisión diagnóstica para el tamizaje.<sup>29, 30, 31</sup>

Las escalas tradicionalmente usadas para el examen de la depresión, tienen limitaciones importantes o no son válidas durante el puerperio, debido a que ellas toman en cuenta síntomas somáticos que pueden estar causados por los cambios fisiológicos normales que ocurren en el periodo de posparto.<sup>29</sup>

La validación de la escala de Edinburgh está basada en la correlación interna entre sus diferentes ítems lo cual sugiere que la escala es homogénea y el análisis de sus factores permite conocer la estructura factorial en diferentes poblaciones. Algunos estudios como el de Coles y Cols. sugieren un coeficiente de 0.83.<sup>31, 32</sup>

Mientras que en estudios realizados con embarazadas la escala mostró una consistencia interna entre 0.76 y 0.85, y una estructura factorial de explican más del 50% de la varianza. Algunos otros estudios indican una especificidad de más del 80%, una sensibilidad de más de 90% y un valor predictivo de 72%.<sup>31, 32, 33</sup>

Aunque la escala de depresión de Edinburgh fue desarrollada con el objetivo de evaluar la depresión en el periodo posparto, ha resultado también ser descrita como válida para examinar depresión en mujeres que no están en este periodo. En cuyo caso debe llamarse simplemente Escala de depresión de Edinburgh.<sup>29</sup>

Es una escala de autoreporte sencilla, la cual demora de 5 – 10 minutos en ser aplicada, se basa en 10 ítems con 4 respuestas posibles que representan los grados de severidad del síntoma investigado en los últimos 7 días. El puntaje máximo es de 30 puntos y con 10 puntos se considera sospecha de depresión posparto. <sup>29, 30</sup>

Los datos son recopilados mediante una entrevista con las mujeres que se desean evaluar, estos ítems tienen un puntaje de entre 0 – 3 puntos cada una. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeja a la forma en que se ha sentido en los 7 días anteriores. Tiene que responder 10 preguntas, se debe tener cuidado de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas. <sup>30, 34</sup>

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. Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación mayor a 10 muestra la probabilidad de una depresión. Cualquier número que escoja que no sea el “0” para la pregunta 10, significa que es necesario hacer evoluciones adicionales inmediatamente. <sup>34</sup>

Es relevante detectar tempranamente los síntomas de depresión posparto, ya que estos conllevan a consecuencias negativas tanto para la mujer como para su hijo, alcanzando en algunas ocasiones incluso a su pareja. <sup>11, 35</sup>

### **Complicaciones de depresión posparto**

La depresión en la mujer embarazada produce alteraciones conductuales que repercuten en los cuidados y el interés a su persona y el recién nacido que se traducen como abandono de los controles prenatales, deterioro del autocuidado la gravidez, la mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas, lo que afecta el desenlace obstétrico. El suicidio, o los intentos de suicidio, son infrecuentes en las gestantes deprimidas. <sup>28</sup>

Por otra parte, algunos síntomas propios de la depresión, como la inapetencia, pueden alterar algunos aspectos del embarazo, tales como el aumento de peso, y así contribuir a resultados adversos. <sup>28</sup>

Se puede ver afectado negativamente el desarrollo del feto en los casos de depresión materna. Existen indicios que la depresión materna está asociado a un riesgo mayor en embarazos pretérmino (nacimiento antes de las 37 semanas) o a un riesgo mayor de dar a luz recién nacidos pequeños para la edad gestacional o de peso bajo. <sup>28</sup>

Estos trastornos conductuales y depresivos pueden ser manifestados durante la vida adolescente y adulta del recién nacido, presentado un riesgo de 4.7 veces mayor de estar deprimidos a los 16 años, en comparación a aquellos cuyas madres no se deprimieron durante la gestación. <sup>28</sup>

Como consecuencia se ha señalado que la depresión posparto influye negativamente en el desarrollo emocional del niño, detectando en los lactantes una menor actividad general, afecto plano y cambios electroencefalográficos similares a los que presentan los adultos con depresión, y presentan un menor desempeño en la escala de evaluación de desarrollo psicomotor de Bayley, el impacto será visible aun en edades avanzadas siendo alteración de la conducta, pobre desarrollo del lenguaje y socio-emocional los más habituales. <sup>35, 36</sup>

La depresión posparto se ha asociado también a varios efectos a corto y largo plazo sobre la interacción entre la madre y el niño, como consecuencia existirá mayor interrupción de la lactancia materna exclusiva, menor desarrollo de las habilidades maternas e imposibilidades de interacciones positivas entre la diada madre-hijo, así como más problemas cognitivos-conductuales en el niño. <sup>35</sup>

Disminución de los coeficientes intelectuales en preadolescentes cuyas madres presentaron depresión posparto a los tres meses de tenerlos. Se han establecido grados de asociaciones entre violencia en el niño/a hacia su entorno y la depresión posparto. También, la depresión posparto cambia la percepción de las madres hacia sus hijos. Las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y los consideran más difíciles de criar. <sup>36</sup>

## DISEÑO METODOLÓGICO

### ❖ TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal analítico, que se realizó en el periodo comprendido del Marzo – Julio del año 2017. Se analizaron datos estadísticos para el cálculo de la prevalencia de depresión posparto, así como también se hizo análisis de los factores bio-psi-sociales asociados de los casos.

### ❖ UNIVERSO

Todas las mujeres en edades comprendidas entre 15 – 50 años, que hayan sido egresadas de la sala de puerperio del Hospital Oscar Danilo Rosales Arguello y que cumplan un mínimo de 4 semanas posterior a su trabajo de parto.

### ❖ MUESTRA

Se determinó una muestra 123 personas, que fue estimada según la utilización de la formula estadística para el cálculo de muestra con población infinita o desconocida, aplicando una prevalencia del 20% atendiendo a los estudios previamente revisados, un intervalo de confianza del 95%, y una precisión del 5%.

### ❖ MUESTREO

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$

**Donde:**

- **N = Total de la población**
- **Z (a) = 1.96 al cuadrado (si seguridad 95%)**

- P = proporción esperada (0.05)
- Q = 1-p (0.95)
- D = Precisión (5%)

❖ **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

<b>Criterio</b>	<b>Inclusión</b>
<b>Edad</b>	Edades comprendidas de 15 – 50 años
<b>Procedencia</b>	Que residan actualmente en el municipio de León, Nicaragua.
<b>Puerperio</b>	Se considerará a todas las pacientes que cumplan un mínimo de 4 semanas posterior a su trabajo de parto
<b>Deseo voluntario de participar</b>	Que las pacientes acepten por si mismas participar en el estudio o que deseen participar de manera espontánea
<b>Egresada del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales</b>	Se tomará en cuenta que el parto y el puerperio inmediato sea atendido en la sala de labor y parto, y puerperio del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, León – Nicaragua

❖ **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

<b>Criterio</b>	<b>Exclusión</b>
<b>Diagnóstico de enfermedad mental</b>	Se excluirá a todas las mujeres que previo al parto se han diagnosticado con enfermedades mentales.

<b>Muertes perinatales o producto con malformaciones</b>	Se excluirán muertes previas o producto con malformaciones
<b>Procedencia</b>	Que actualmente residan fuera del municipio de León, Nicaragua

## ❖ **TECNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACION**

Se procedió a la búsqueda de mujeres puérperas cuyo parto fuese realizado en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, en los centros de salud del municipio de León, haciendo uso de los registros de los censos de embarazadas así como también del registro de partos del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, posteriormente se procedió a la búsqueda de los hogares de las pacientes y a la realización de entrevistas, mediante un guion y preguntas escritas de tipo abiertas y cerradas previamente elaborados, las cuales permitieron identificar los factores asociados a la depresión posparto, se detallaron diferentes aspectos del ámbito social y familiar, así como algunos aspectos esenciales de la descripción de la enfermedad y de las herramientas que se utilizaron para la consecución de los objetivos previamente expuestos, el test de Edinburg escala de autoreporte sencilla, validada por la Organización Mundial de la Salud, demorando de 5-10 minutos en ser aplicada, basada en 10 ítems con 4 respuestas posibles que representan los grados de severidad del síntoma investigado en los últimos 7 días.

## ❖ **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Los datos fueron recopilados y organizados en una base de datos y posteriormente fueron analizados mediante el Paquete Estadísticos para Ciencias Sociales (SPSS) versión 23. Se aplicó un análisis estadístico de tipo analítico, determinando medidas de tendencia central y desviación estándar, se estimó la prevalencia, se realizó un análisis de regresión logística utilizando la variable depresión como una dicotomía (presente o ausente) y los

factores bio-psico-social asociados como variables independientes para luego establecer asociaciones mediante el uso de razón de prevalencia e intervalos de confianza, y la prueba de Chi cuadrado, para determinar la significancia estadística de ellas.

#### ❖ **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente trabajo es observacional, se procedió con ética de acuerdo a la declaración establecida de Helsinki y no realizó intervención en los sujetos de estudio. Se procedió a la investigación científica previo a mutuo acuerdo, consentimiento informado y voluntario de los participantes. Se mantuvo la confidencialidad de la información recolectada y para tal efecto solo se documentaron códigos y números de registro de cada caso. La información y los resultados generados de este estudio son utilizados con propósitos eminentemente científicos. Los investigadores declaran que el presente estudio no tiene objetivos de lucros, ni comerciales o remunerativos



- **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>VALORES</b>
<b>Depresión posparto</b>	<b>Trastorno depresivo mayor durante el puerperio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
<b>Edad</b>	<b>Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor de 20 años</li> <li>• De 20 – 35 años</li> <li>• Mayor de 35 años</li> </ul>
<b>Estado Civil</b>	<b>Condición de una persona según el registro civil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casada</li> <li>• Soltera</li> <li>• Adjuntada</li> <li>• Viuda</li> </ul>
<b>Nivel de escolaridad</b>	<b>Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria completa</li> <li>• Primaria incompleta</li> <li>• Secundaria completa</li> <li>• Secundaria incompleta</li> <li>• Educación superior completa</li> <li>• Educación superior incompleta</li> <li>• Ninguno</li> </ul>
<b>Ocupación laboral</b>	<b>Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin actividad</li> <li>• Ama de casa</li> <li>• Estudiante</li> <li>• Trabajo estable</li> </ul>

	<p> puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo inestable</li> </ul>
<p><b>APGAR familiar</b></p>	<p>Instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familiar su situación global</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia muy funcional</li> <li>• Familia moderadamente disfuncional</li> <li>• Familia con grave disfunción</li> </ul>
<p><b>Hacinamiento en el hogar</b></p>	<p>Aglomeración de un número excesivo de personas en un mismo lugar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
<p><b>Promiscuidad</b></p>	<p>Prácticas sexuales con múltiples parejas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
<p><b>Planificación del embarazo</b></p>	<p>Voluntad de embarazarse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
<p><b>Tipo de parto</b></p>	<p>Método utilizado para la culminación del embarazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesárea</li> <li>• Parto vaginal</li> <li>• Parto vaginal con episiotomía</li> </ul>
<p><b>Talla materna</b></p>	<p>Estatura en centímetros de la madre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;140 cm</li> <li>• 140 – 179 cm</li> <li>• &gt;180 cm</li> </ul>
<p><b>Numero de gestas</b></p>	<p>Se refiere al número de embarazos que ha tenido la madre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primigesta</li> <li>• Bigesta</li> <li>• Trigesta</li> <li>• Multigesta (4 – 5)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gran Multigesta <math>\geq 6</math></b></li> </ul>
<b>Paridad</b>	<b>Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Primípara</b></li> <li>• <b>Múltipara</b></li> </ul>
<b>N° de partos</b>	<b>Cantidad de partos llevados a cabo en su vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Primípara</b></li> <li>• <b>Múltipara</b></li> </ul>
<b>Edad gestacional al parto</b>	<b>Semanas de embarazo al llevar a cabo el parto</b>	<b>Numérico</b>
<b>Peso del recién nacido</b>	<b>Peso en kg del neonato</b>	<b>Numérico</b>
<b>Talla del recién nacido</b>	<b>Estatura en centímetro del neonato</b>	<b>Numérico</b>
<b>APGAR al minuto</b>	<b>Examen clínico del recién nacido en el primer minuto de nacido</b>	<b>Numérico</b>
<b>APGAR a los 5 minutos</b>	<b>Examen clínico del recién nacido a los 5 minutos de nacido</b>	<b>Numérico</b>

<b>Variable</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VALOR</b>	<b>CRITERIO</b>
	<b>He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de la cosas</b>	<b>a) Tanto como siempre</b> <b>b) No tanto ahora</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No hay riesgo</b></li> <li>• <b>Bajo riesgo</b></li> </ul>

<b>Estado de animo</b>		<p>c) Mucho menos ahora</p> <p>d) No, nada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo moderado</li> <li>• Hay presencia del trastorno</li> </ul>
	He disfrutado mirar hacia adelante	<p>a) Tanto como siempre</p> <p>b) Menos que antes</p> <p>c) Mucho menos que antes</p> <p>d) Casi nada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay riesgo</li> <li>• Bajo riesgo</li> <li>• Riesgo moderado</li> <li>• Hay presencia del trastorno</li> </ul>
	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	<p>a) Si, la mayor parte del tiempo</p> <p>b) Si, a veces</p> <p>c) No con mucha frecuencia</p> <p>d) No, nunca</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay riesgo</li> <li>• Bajo riesgo</li> <li>• Riesgo moderado</li> <li>• Hay presencia del trastorno</li> </ul>
	He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No, nunca</li> <li>• Casi nunca</li> <li>• Si, a veces</li> <li>• Si, con mucha frecuencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay riesgo</li> <li>• Bajo riesgo</li> <li>• Riesgo moderado</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay presencia del trastorno</li> </ul>
	<p><b>He sentido miedo o estado asustada sin tener motivo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si, bastante</li> <li>• Si, a veces</li> <li>• No, no mucho</li> <li>• No, nunca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay riesgo</li> <li>• Bajo riesgo</li> <li>• Riesgo moderado</li> <li>• Hay presencia del trastorno</li> </ul>
	<p><b>Las cosas me han estado abrumando</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto</li> <li>• Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre</li> <li>• No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien.</li> <li>• No, he estado haciendo las cosas bastante bien como siempre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay riesgo</li> <li>• Bajo riesgo</li> <li>• Riesgo moderado</li> <li>• Hay presencia del trastorno</li> </ul>

	<p><b>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si, la mayor parte del tiempo</li> <li>• SI, a veces</li> <li>• NO, con mucha frecuencia</li> <li>• No, nunca.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay riesgo</li> <li>• Bajo riesgo</li> <li>• Riesgo moderado</li> <li>• Hay presencia del trastorno</li> </ul>
	<p><b>Me he sentido triste o desgraciada</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si, la mayor parte del tiempo</li> <li>• Si, bastante a menudo</li> <li>• No, con mucha frecuencia</li> <li>• No, nunca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay riesgo</li> <li>• Bajo riesgo</li> <li>• Riesgo moderado</li> <li>• Hay presencia del trastorno</li> </ul>
	<p><b>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si, la mayor parte del tiempo</li> <li>• SI, bastante a menudo</li> <li>• Solo ocasionalmente</li> <li>• No nunca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay riesgo</li> <li>• Bajo riesgo</li> <li>• Riesgo moderado</li> <li>• Hay presencia del trastorno</li> </ul>
	<p><b>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si, bastante a menudo</li> <li>• A veces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay riesgo</li> <li>• Bajo riesgo</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Casi nunca</b></li><li>• <b>Nunca</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Riesgo moderado</b></li><li>• <b>Hay presencia del trastorno</b></li></ul>
--	--	--	---

## RESULTADOS

En siguiente apartado se darán a conocer con mayor detalle, los resultados obtenidos durante el estudio investigativo con fuente de información primaria.

Se establece que, en la población de 123 personas estudiadas, la edad media encontrada fue de 24 años, la mediana de 22 años, la moda de 21 años, con edad mínima de 15 años y máxima de 39 años. Con lo cual se determina que el grupo etario más prevalente se encuentra entre los 20 – 35 años con un 59.2%, seguido de las menores de 20 años con un 24.8% y las mayores de 35 años con 14.4%. Con lo cual se observa que la población es mayoritariamente joven.

**Tabla 1.**

<b>Características sociodemográficas de la población a estudio</b>		
<b>Características sociodemográficas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Grupos etarios</b>		
Menor de 20 años	31	24.8
20 – 35 años	74	59.2
Mayor de 35 años	18	14.6
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeta	1	0.8
Primaria completa	30	24
Primaria incompleta	27	21.6
Secundaria completa	27	21.6
Secundaria incompleta	25	20
Universidad completa	4	3.7
Universidad incompleta	9	7.2

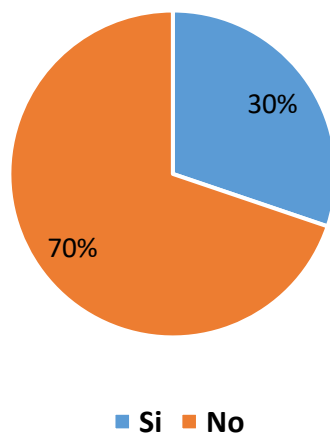


<b>Estado civil</b>		
Casada	17	13.6
Soltera	21	16.8
Unión libre	85	68
<b>Actividad laboral</b>		
Ninguna	4	3.2
Ama de casa	72	57.6
Estudiante	17	13.6
Trabajo estable	9	7.2
Trabajo inestable	21	16.8

**Tabla 1.** Describe las características sociodemográficas de la población.

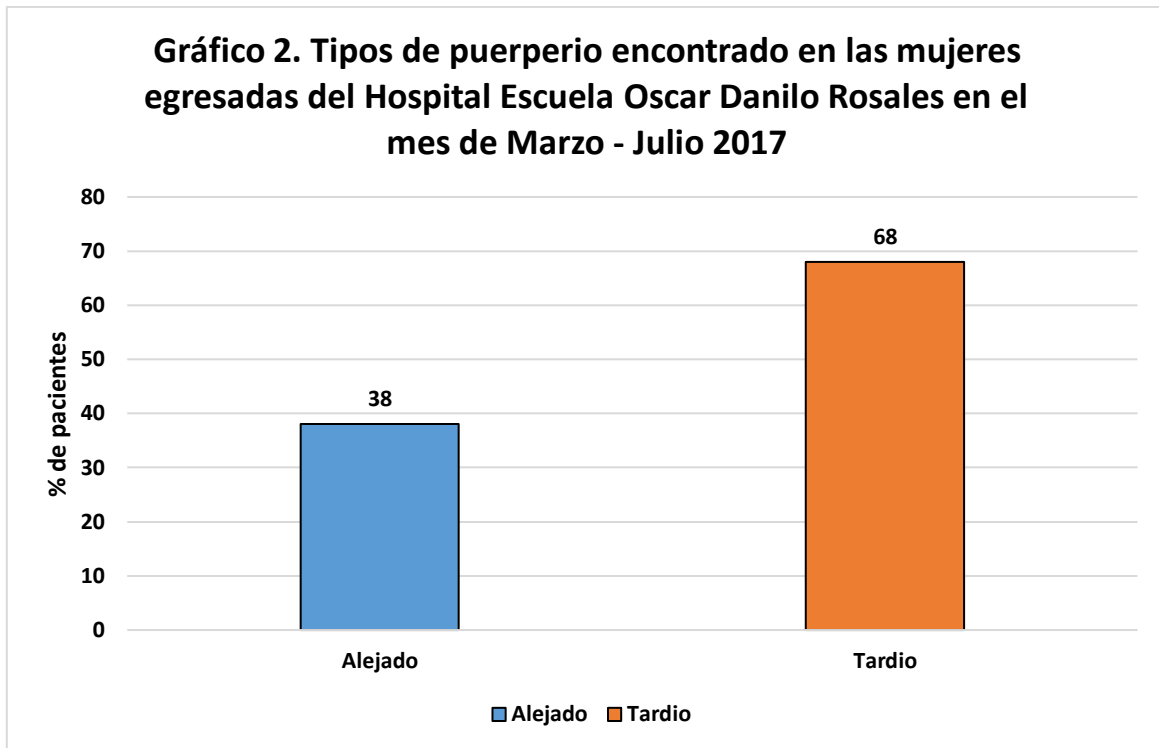
En la tabla 1 se encuentra reflejado el nivel educacional de la población de estudio, es predominantemente básico (primaria completa) en 24%, seguido de primaria incompleta y secundaria completa, ambos con 21.6%. La mayoría de las participantes se encuentran en unión libre con sus parejas en 68%, seguida de madres solteras con 21%, entre la actividad laboral más predominante fue la de ama de casa con 57.6%.

Gráfica 1. Prevalencia de depresión posparto en mujeres puerperas egresadas del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Marzo - Julio 2017



**Gráfico 1.** El gráfico muestra que de la población estudiada 30% presenta depresión posparto.

Mediante la utilización de la escala de depresión posparto de Edinburg, se encontró una prevalencia global de depresión de 30% en la totalidad de la población estudiada.



**El Gráfico 2** refleja que el puerperio tardío fue el tipo de puerperio más predominante en la población estudiada con un 68%.

Tabla 2.

Factores asociados a la depresión posparto en puérperas egresadas del servicio de ginecoobstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales							
Factores asociados		Depresión		Total	RP	IC 95%	Valor de P
		Si	No				
Pareja actual	Si	32	70	102	1.3	0.5 – 2.9	0.49
	No	5	16	21			
Dependencia económica	Si	4	26	30	0.3	0.1-0.9	0.02
	No	33	60	93			
Hacinamiento	Si	24	56	80	0.9	0.5– 1.7	0.97
	No	13	30	43			
Promiscuidad	Si	9	8	17	2.0	1.1-3.4	0.02
	No	28	78	106			
Planificación familiar	Si	20	37	57	1.3	0.7-2.3	0.26
	No	17	49	66			
Fallo del método anticonceptivo	Si	20	36	56	1.4	0.8-2.4	0.21
	No	17	50	67			
No disfunción familiar	Si	21	17	38	2.9	1.7-4.9	0.00
	No	16	69	85			
Hijos vivos	Si	30	75	105	0.7	0.3-1.4	0.36
	No	7	11	18			
Alfabeta	Si	37	85	122	--	--	--
	No	0	1	1			
Episiotomía	Si	7	8	15	1.6	0.9-3.1	0.13
	No	30	78	108			
Bajo Peso	Si	1	2	3	1.1	0.2-5.6	0.90

	No	36	84	120			
<b>Embarazos previos</b>	Si	7	11	18	1.3	0.7-2.6	0.37
	No	30	75	105			
<b>N=123 Fuente Primaria</b>							

**La Tabla 2.**

Se encontró mediante los análisis asociativos entre la variable depresión posparto y diferentes variables, asociación estadística con Dependencia económica con RP (0.3) IC 95% (0.1-0.9) y valor de P (0.02). Promiscuidad con RP (2.0), IC 95% (1.1 -3.4) valor de P (0.02). La no disfunción familiar con RP (3.3), IC 95% (0.2-0.5) valor de P (0.000)

No se encontraron asociaciones estadísticas entre las variables Pareja actual con RP (1.3) IC 95% (0.5 – 2.9) valor de P (0.49). Hacinamiento con RP (0.9) IC 95% (0.5 – 1.7) Valor de P (0.9). Planificación familiar con RP (1.3) IC 95% (0.7 – 2.3) Valor de P (0.26). Fallo del método anticonceptivo con RP (1.4) IC 95% (0.8 – 2.4) Valor de P (0.21). Hijos vivos con RP (0.7) IC 95% (0.3 -1.4) Valor de P (0.3). Episiotomía con RP (1.6) IC 95% (0.9 – 3.1) Valor de P (0.13). Bajo peso con RP (1.1) IC 95% (0.2 – 5.6) Valor de P (0.9). Embarazos previos con RP (1.3) IC 95% (0.7 – 2.6) Valor de P (0.3).

## DISCUSIÓN

La depresión posparto perteneciente al síndrome depresivo mayor es una preocupación a nivel mundial, su detección y tratamiento es fundamental para el cuidado de la madre como el buen desarrollo psicomotor del bebé<sup>13, 16</sup>. Aunque los desórdenes afectivos se han relacionado con los cambios hormonales durante el puerperio, la depresión posparto puede aparecer durante la semana 2 o 3 de puerperio y mantenerse durante un año<sup>(11)</sup>. Definida como un trastorno depresivo mayor según el DSM V, y considerada una prioridad en salud pública, es razonable considerar que su diagnóstico precoz y tratamiento es importante<sup>16</sup>.

La prevalencia de depresión posparto por EDPS ha sido variable en diferentes estudios, con un rango entre 12.9% hasta 50.7%<sup>6, 7, 8, 9, 10,15</sup>. Con una prevalencia del 37 % de depresión en la población en general en nuestro medio, durante la recolección y análisis de los datos obtenidos mediante entrevistas con la Escala de Depresión Posparto de Edinburgh encontramos que la prevalencia de depresión posparto es de 30 %. Una cifra sorpresivamente alta para un cuadro muy poco diagnosticado en nuestro medio.

En este estudio se encontró asociación con significancia estadística solo en dos factores asociados: dependencia económica, promiscuidad; mientras que la no disfunción familiar es un factor protector de padecer depresión posparto. Los problemas económicos son factores que ya han sido encontrados como predisponentes de este cuadro depresivo<sup>6,11</sup>, otros factores no abordados en el presente trabajo, pero de presencia significativa en otros estudios del tema es el alcoholismo antes o durante el embarazo, antecedentes de cuadros depresivos ya sean familiares o personales<sup>8</sup>. Los embarazos accidentales, edades extremas de las pacientes, embarazos no planeados y depresión posparto, a pesar que se pensaron como factores importantes para este cuadro, al igual que otros autores no hemos encontrado asociación entre ambas variables y la depresión posparto.<sup>8</sup>

El estudio estuvo limitado por diversos factores, creemos que una de las más importantes limitaciones es un ambiente adecuado y libre de presiones familiares para la entrevista, un espacio seguro donde la paciente pueda estar en la libertad de expresarse. Otra consideración a tomar en cuenta en futuros estudios es la ampliación del tiempo y de la

población de estudios, para mejorar la calidad del mismo y enriquecer el conocimiento de esta enfermedad en nuestro medio. Además de sensibilizar más del tema al personal de salud y la población en general, ya que por el momento se carece de protocolos de manejo de la depresión posparto en el sistema de salud, creemos que con una prevalencia tan alta sería adecuado indagar más en el tema, y tomar en cuenta este cuadro durante la revisión puerperal con el fin de evitar desenlaces indeseables como infanticidio o suicidio que fueron asociados a la falta de tratamiento, psicosis posparto y depresión posparto severa.<sup>16</sup>

## **CONCLUSIONES**

Se determinó una prevalencia de depresión posparto fue del 30% en las puérperas egresadas del hospital escuela Oscar Danilo Rosales en el periodo comprendido de Marzo – Julio del año 2017.

En la población de estudio el grupo etario prevalente fue de 20-35 años, mujeres que tenían primaria completa y predominantemente en unión libre, principalmente amas de casa.

Entre los factores asociados a la depresión posparto presentes fueron dependencia económica, promiscuidad, y la no disfunción familiar como factor protector.

## **RECOMENDACIONES**

1. Crear un protocolo de atención a la salud mental de las mujeres puérperas para su diagnóstico precoz y tratamiento.
2. Reconocer a la depresión posparto como patología prevalente del puerperio.
3. Identificar factores asociados a la depresión posparto durante los controles prenatales y durante el puerperio.



## REFERENCIAS

1. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública de México [Internet]. 2015 Jul 29 [cited 2016 Apr 3];47(0). Available from: <http://saludpublica.mx/insp/index.php/spm/article/view/4683>
2. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Revista médica de Chile. 2010 May;138(5):536–42.
3. F P, María A, Espejo S C, Godoy P C, Gualda de la C M, Hernández O T, et al. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. Revista médica de Chile. 2008 Jan;136(1):44–52.
4. Urdaneta M J, Rivera S A, García I J, Guerra V M, Baabel Z N, Contreras B A. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS VALORADAS POR LA ESCALA DE EDIMBURGO. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2010;75(5):312–20.
5. Evans M. G, Vicuña M. M, Marín R. DEPRESION POSTPARTO REALIDAD EN EL SISTEMA PUBLICO DE ATENCION DE SALUD. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2003;68(6):491–4.
6. Jadrestic E, Araya R. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile. Rev Med Chile; 123; 694 – 699. 1995)
7. Evans M, Vicuña M., Mcjhon, Marin Rodrigo. Depresion posparto realidad en el sistema público de atención en salud. Rev. Chil. Obstet. Ginecol., Santiago, v.68, n. 6, p.491-494, 2003.)

8. Zaconeta A, Domingues L, Franca P. Depresión Postparto: Prevalencia de Test de Rastreo Positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. Rev Chil Obstet Ginecol, 2004; Chile.
9. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. Rev peru epidemiol. 2008. Perú.
10. Póo A, Espejo C, Godoy C, Gualda M, Hernández T, Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. Rev Méd Chile, 2008, Chile.
11. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevalencia de Depresión Postparto en Primigesta y Multíparas Valoradas por la Escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol, 2010. Chile.
12. Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Rev Med Chile. 2012. Chile
13. Podestá L, Alarcón A, Muñoz S, Legüe C, Bustos L, Barría M. Alteración del desarrollo psicomotor en hijos de mujeres con depresión posparto de la ciudad de Valdivia-Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Abr [citado 2016 Abr 20]; 141( 4 ): 464-470. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872013000400007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000400007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000400007>.
14. Fernández J, Iturriza A, Toro J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez. 2014. Caracas, Venezuela.

15. Rincón-Pabón D, Ramírez-Vélez R. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la encuesta nacional de Demografía y salud. Rev Salud Pública. 2014. Colombia.
16. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Med Chile. 2015, Chile
17. Wolff L C, Valenzuela X P, Esteffan S K, Zapata B D. DEPRESIÓN POSPARTO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ANÁLISIS DEL PROBLEMA Y SUS CONSECUENCIAS. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2009;74(3):151–8.
18. Schwarcz, R. Obstetricia, 6ta. Ed. Buenos Aires. Ateneo 2006.
19. Hellamn, Leveno, y Pritchard J. A., Obstetricia Williams, 23ª. edición, México, 2011
20. Berek, Tratado de Ginecología de Novak, 14 edición, Editorial Interamericana. México, 2010
21. González Merlo, Obstetricia, 5ª. edición, Masson, México 2006.
22. Dois castellón a. Actualizaciones en depresión posparto. Revista cubana de obstetricia y ginecología. 2012 dec;38(4):0–0.
23. Urdaneta m j, rivera s a, garcía i j, guerra v m, baabel z n, contreras b a. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de edimburgo. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2011;76(2):102–12.
24. Escobar j, pacora p, custodio n, villar w. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? Anales de la facultad de medicina. 2009 jun;70(2):115–8.
25. Valencia, m. G. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto.

26. Matão mel, miranda db de, campos phf, oliveira ln de, martins vr. Experiência de familiares na vivência da depressão pós-parto. R enferm cent o min [internet]. 2012 mar 9;0(0). Available from: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/106>
27. Rojas g, fritsch r, guajardo v, rojas f, barroilhet s, jadresic e. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Revista médica de chile. 2010 may;138(5):536–42.
28. Jadresic m e. Depresión en el embarazo y el puerperio. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2010 dec;48(4):269–78.
29. Ochoa madrigal, m. G. (2008). Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. *Ginecol obstet mex*, 76(6), 341-8.
30. Molero KL, Machado U, Ramón J, V C, Baabel Zambrano N, Contreras Benítez A, et al. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2014;79(4):294–304.
31. Campo-Arias A, Ayola-Castillo C, Peinado-Valencia HM, Amor-Parra M, Cogollo Z. Validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale's internal consistency and factor structure amongst pregnant women in Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2007 Dec;58(4):277–83.
32. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-

33. C MO, B TL, González-Pacheco I, C SM. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum.* 2008;22(3):195–202.
34. Navarro, G. M., Calvente, M. D. M. G., & Parra, A. F. (2005). Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *International journal of clinical and health psychology*, 5(2), 305-318.
35. Rementería, S. B., & Ponce, N. J. (2013). Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica-Chile. *PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL*, 30(1), 38-49.
36. Schonhaut Berman L, Podestá López L. Rol del pediatra frente a la depresión posparto. *Revista chilena de pediatría.* 2016 Feb;87(1):1–3.

# **ANEXOS**

## Escala de depresión de Edinburgo

**1) He podido reír y ver el lado positivo de las cosas:**

- a) igual que siempre
- b) Un poco menos que antes
- c) Mucho menos que antes
- d) No he podido

**2. He mirado el futuro con placer:**

- a) Igual que siempre
- b) Bastante menos que antes
- c) Mucho menos que antes
- d) No, nada

**3) Me culpado sin necesidad cuando las cosas han marchado mal:**

- a) No, nunca
- b) No con mucha frecuencia
- c) Si, algunas veces
- d) Si, casi siempre

**4) He estado preocupada, ansiosa y asustada sin ninguna razón:**

- a) No, en absoluto
- b) No mucho
- c) Si, a veces
- d) Si, con mucha frecuencia

**5) Me he sentido con miedo o presa del pánico**

- a) No, en absoluto
- b) No, mucho
- c) Si, a veces
- d) Si, bastante

**6) Me sentido agobiada:**

- a) No, me las he arreglado igual que siempre
- b) No, la mayoría de las veces me las he arreglado bastante bien
- c) A veces no me las he arreglado tan bien como siempre
- d) Si. La mayoría de las veces no me las he arreglado en absoluto.

**7) Me he sentido tan desdichada e infeliz que he tenido dificultad para dormir:**

- a) No, en absoluto
- b) No, con mucha frecuencia
- c) Si, con bastante frecuencia
- d) Si, casi todo el tiempo

**8) Me he sentido triste y abatida**

- a) No, en absoluto
- b) No con mucha frecuencia
- c) Si, con bastante frecuencia
- d) SI, casi todo el tiempo

**9) He estado tan infeliz que me echo a llorar:**

- a) No, nunca
- b) Solo ocasionalmente
- c) Si, bastante a menudo
- d) Si, casi todo el tiempo

**10) He pensado en hacerme daño a mi misma:**

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) A veces
- d) Si, con bastante frecuencia



## Consentimiento informado

Br: Erland Joel Rivera Díaz

Br: Diego Manuel Robles Arauz

El presente consentimiento informado está dirigido a las mujeres puérperas egresadas del departamento de ginecología del hospital escuela Oscar Danilo Rosales Argüello y le invita a participar en la investigación científica, acerca de la prevalencia y factores asociados importante prevalencia a nivel mundial a depresión posparto.

Nosotros somos estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-León), e investigamos acerca de la depresión posparto, que es una enfermedad con una importante prevalencia a nivel mundial y es necesario un estudio a nivel nacional.

No tiene que decidir si participar o no en esta investigación el día hoy. Antes de decidirse puede hablar con alguien con quien se sienta cómoda. Puede que algunas palabras de la investigación no las entienda correctamente, si ese es el caso, siéntase libre de preguntar a su entrevistador o de llamar al 89328038 (Claro)/ 81894246 (Movistar)

En este estudio se necesitará que llene una encuesta el día de hoy y otra dentro de 4 semanas. Donde se respetará la confidencialidad de la información brindada durante las encuestas y entrevista.

Este estudio sentará un precedente en esta importante temática de la salud pública y agradecemos su participación positiva en nuestro estudio.

---

Firma del paciente

**Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Encuesta sociodemográfica de Pacientes para el estudio de la prevalencia y factores asociados a la depresión posparto en puérperas de la ciudad de León en el periodo de Marzo a Julio de 2017.

**Código de la paciente:** \_\_\_\_\_

**Edad:** a) Menor que 20 b) 20 – 35 años c) Mayor de 35 años

**Estado civil:** a) Casada b) Soltera c) Convive d) Viuda

**Escolaridad:**

a) Básica completa b) Básica incompleta \_\_\_\_\_ grado c) Media incompleta

d) Media completa \_\_\_\_\_ grado e) Universitaria completa f) Universitaria incompleta  
\_\_\_\_\_año

**Actividad laboral:**

a) Sin actividad laboral b) Ama de casa c) Estudiante d) Trabajo inestable

e) Trabajo estable: \_\_\_\_\_ Jornada completa \_\_\_\_\_ Media jornada

**Hacinamiento:** \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ N° de habitantes, \_\_\_\_\_ Varones \_\_\_\_\_ Mujeres

**Promiscuidad:** \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Número de parejas sexuales en un año

**Planificación familiar:** \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No;

**Método anticonceptivo:** \_\_\_\_\_

**Tipo de parto:** Parto vaginal \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Episiotomía \_\_\_\_\_

**Talla materna:** \_\_\_\_\_ cm **N° de hijos vivos:** \_\_\_\_\_ Varones: \_\_\_\_\_ Mujeres: \_\_\_\_\_

**N° de gestas:** \_\_\_\_\_ **N° de partos:** \_\_\_\_\_ **N° de abortos:** \_\_\_\_\_ **N° de cesáreas:**  
\_\_\_\_\_

**Edad gestacional al parto:** \_\_\_\_\_

**Peso del recién nacido:** \_\_\_\_\_

**Talla del recién nacido:** \_\_\_\_\_

**APGAR al minuto** \_\_\_\_\_ **APGAR a los 5 minutos** \_\_\_\_\_

**APGAR Familiar:** \_\_\_\_\_