



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO:

**“DEPRESION POSTPARTO EN PRIMIPARAS Y MULTIPARAS
EN EL CENTRO DE SALUD Nº 3 DE LA CIUDAD DE LOJA”**

Tesis previa la obtención del título de
Médica General

AUTORA:

Dayana Elizabeth Deleg Morocho

DIRECTOR:

Dr. Benito Vicente Román Hidalgo.

Loja - Ecuador

2014

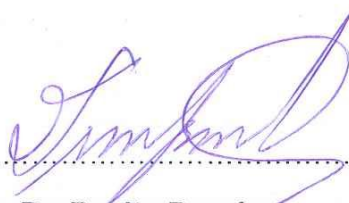
CERTIFICACIÓN

Dr. Benito Román H.

**DOCENTE DEL AREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA.**

Certifico que el trabajo de investigación de grado titulada, "Depresión postparto en primiparas y multíparas en el Centro de Salud N° 3 de la ciudad de Loja". en el periodo Junio 2013-Junio 2014, realizado por Dayana Elizabeth Deleg Morocho, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que cumple con todas las exigencias técnicas y legales normativos que la institución exige, por lo que autorizo su presentación al tribunal correspondiente.

Atentamente



**Dr. Benito Román.
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

AUTORÍA

Yo, Dayana Elizabeth Deleg Morocho, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes Jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma:



Cédula: 1104608243

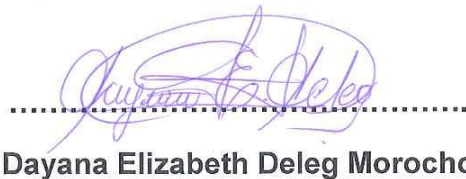
Fecha: 30 de Octubre del 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Dayana Elizabeth Deleg Morocho, declaro ser autor de la tesis titulada: **“DEPRESIÓN POSTPARTO EN PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 3 DE LA CIUDAD DE LOJA”**. Como requisito para optar el grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el repertorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad. La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 30 días del mes de octubre del dos mil catorce, firma el autor.



Dayana Elizabeth Deleg Morocho

Cédula: 1104608243

Correo electrónico: dayana_elizabeth16@hotmail.com

Teléfono: 2552251 **Celular:** 0991951368

Director de tesis: Dr. Benito Vicente Román Hidalgo.

Correo electrónico: broman57@hotmail.com

Tribunal de Grado:

Dr. Marco Medina Sarmiento.

Dr. Lindon Zapata Loaiza.

Dra. Ruth Maldonado Rengel.

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño.

A mis padres.

Que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Gracias por todo papá y mamá por darme una profesión que me ayudará en mi futuro y por creer en mí, por siempre estar apoyándome y brindándome todo vuestro amor. Este trabajo es para ustedes, aquí está lo que ustedes me brindaron y solamente les estoy devolviendo lo que ustedes me dieron en un principio.

A mi esposo

Por ser la persona más especial que ha llegado a mi vida, a ti, el ser que ha demostrado que el amor se encuentra en una sonrisa, en un beso, en una palabra, en un desafío...Por ello para ti mi esfuerzo y dedicación.

Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

AGRADECIMIENTO

Después de un largo pero a la vez desafiante, período para culminar este trabajo, uno se da cuenta de que las palabras más importantes y sinceras que va a escribir pertenecen a este apartado.

Este trabajo no se habría convertido en una realidad sin la ayuda de Dios, por ser quien ha estado a mi lado en todo momento dándome las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día y seguir adelante rompiendo todas las barreras que se me presentaron. Por qué me dio la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa.

A mi Universidad y Docentes que impartieron con sencillez y cariño todos sus conocimientos para hacerme crecer como persona y también profesionalmente.

Doy gracias incondicionales a mis padres y hermanas por su paciencia, comprensión, a mi madre por sus sabios consejos, por ser un pilar en el edificio de mi vida.

El agradecimiento más emotivo para la persona que ha sido, y será siempre, a quien he amado y amaré mi esposo Diego Alejandro y mi hijo Mateo; por ser mi inspiración y el motivo de seguir aquí.

A mis amigos/as que han formado parte de mi vida y que día a día me han apoyado a seguir adelante.

Gracias de corazón.

Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

1. TITULO:
**“DEPRESION POSTPARTO EN PRIMIPARAS Y MULTIPARAS EN EL
CENTRO DE SALUD N° 3 DE LA CIUDAD DE LOJA”**

2. RESUMEN

Para establecer la depresión posparto en mujeres primíparas y multíparas en el Centro de Salud N°3 de Loja, se realizó un estudio de tipo: descriptivo, analítico y transversal, en el periodo Junio 2013 – Junio 2014, la muestra la conformaron 120 usuarias en puerperio tardío que cumplieron con los criterios de inclusión, quienes completaron la escala de depresión posparto de Edimburgo, sus objetivos fueron establecer la frecuencia, síntomas depresivos y establecer la relación con factores socio demográficos.

Las usuarias en puerperio tardío estudiadas, el 30% de las primíparas y el 10% de las multíparas presentaron depresión posparto; el síntoma que predominó es disforia con, el 40% en las primíparas y el 30% en las multíparas.

Los casos de depresión posparto y su relación con los factores socio demográficos de riesgo indica que: en las primíparas se presentaron en el 55.6% entre 15 – 19 años de edad, el 50% son estudiantes, el 55.6% son solteras y el 50% tiene instrucción secundaria. De las usuarias multíparas; el 50% tiene edad entre 15 – 19 años, el 66.7% son estudiantes, el 50% son solteras, el 33.3% tiene instrucción primaria y 33.3% instrucción superior.

Palabras clave: puerperio tardío, primíparas, multíparas, depresión posparto, escala de Edimburgo, factores socio demográficos.

SUMMARY

To set postpartum depression in primiparous and multiparous women in the Health Center No. 3 Loja, a study was conducted type : descriptive, analytical and cross in the period June 2013 - June 2014, the sample consisted 120 users in puerperium who met the inclusion criteria who completed the scale of the Edinburgh postpartum depression , its objectives were to determine the frequency , depressive symptoms and establish the relationship with socio-demographic factors.

Women on puerperium studied , 30% of primiparous and 10% multiparous had postpartum depression ; the symptom that is predominated with dysphoria , 40% in primiparous and 30% in parous women .

The cases of postpartum depression and its relationship with socio-demographic risk factors indicates that : in primiparous occurred in 55.6 % between 15-19 years of age, 50 % were students, 55.6 % were single and 50% have secondary education . In multiparous users ; 50 % are aged between 15-19 years, 66.7 % are students , 50% were single , 33.3 % have primary education and 33.3 % higher education.

Keywords: late postpartum, primiparous, multiparous , postpartum depression, Edinburgh scale , socio demographic factors.

3. INTRODUCCIÓN

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al cerebro, el ánimo y la manera de pensar, el cual constituye la forma más común de sufrimiento mental, millones de personas en todo el mundo, sin importar sus razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad.

Algunas mujeres pueden sentir cierto desamparo después del parto, dado que ahora la atención se concentra en el lactante. En consecuencia, el puerperio puede ser un momento de intensa ansiedad para muchas mujeres. De acuerdo con el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, en su cuarta edición (DSM-IV), se considera un episodio de depresión posparto si comienza dentro de las 4 semanas tras el parto, pero con un rango de inicio de hasta los 3 primeros meses posparto. Los síntomas pueden ser leves al inicio, pero se perpetúan más allá de las 4 semanas.(J.E., 2009)

La depresión posparto es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados, siendo más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo. El cuadro clínico de la depresión posparto es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo, la depresión posparto posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica porque incrementa en forma importante la morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el producto del embarazo; asociándose a conductas poco saludables como el omitir la atención postnatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales) y constituyendo un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumados. El puerperio constituye entonces, una época en la cual estos trastornos son comunes, pero son poco reconocidos.

Estas situaciones y el hecho de la omisión de la asistencia sanitaria puede originar trastornos en la interacción entre las madres y sus recién nacidos, tales como alteraciones psicológicas a corto y largo plazo en los hijos, un mayor riesgo de separaciones y divorcios

Resulta difícil determinar la prevalencia real de la depresión posparto, porque los estudios difieren extremadamente en el tipo de metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de

esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las puérperas según algunos autores, y de un 10 a 15% según otros; con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10% y 35%.(Borbalán Escáñez, 2013)

Por tanto, resulta fundamental y muy conveniente detectar esta patología entre las puérperas, y determinar aquellas mujeres con mayor necesidad de una evaluación diagnóstica más completa. Por eso se desarrollo el presente estudio que tiene como objetivo general: determinar el grado de depresión posparto en primíparas y multíparas atendidas en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja en el periodo Junio 2013-Junio 2014, y como objetivos específicos: determinar la frecuencia, establecer los síntomas depresivos según la escala de Edimburgo así mismo establecer la relación de la depresión posparto con factores socio demográficos, posteriormente promocionarlos resultados en el Área de salud en estudio; es de tipo descriptivo, analítico y transversal, participaron 120 usuarias en puerperio tardío que acuden regularmente a esta institución de salud de las misma 60 son primíparas y 60 son multíparas. Se aplico la escala de depresión posparto de Edimburgo para la detección de esta entidad.

De acuerdo a los resultados de este trabajo investigativo se determino que padecieron depresión posparto el 30% de las primíparas y el 10% de las multíparas. Los factores de riesgo socio demográficos de interés son la edad que predomino fue la de 15-19 años existe más frecuencia de casos de depresión posparto, además son estudiantes, de estado civil solteras y el 50% tiene instrucción secundaria.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

Capítulo I: Embarazo

1.1. Definición de embarazo.

Proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto.

1.2. Etapas del embarazo

Se han utilizado diversos términos para definir la duración del embarazo los cuales realmente son algo confusos, el mismo que se encuentra en el tiempo transcurrido desde el primer día de la menstruación, que es en realidad dos semanas aproximadamente antes de la ovulación y fecundación y casi tres semanas antes de la implantación y finaliza el día del nacimiento.

Según los embriólogos se divide el desarrollo del nuevo ser humano en etapa embrionaria y fetal, mientras que desde el punto de vista obstétrico puede dividirse en tres trimestres de tres meses cada uno aproximadamente 13 semanas. (WILLAMS, 2011)

1.3. Modificaciones psíquicas en el embarazo.

El embarazo condiciona cambio en la identidad en la mujer y su pareja. La futura madre debe adaptarse a cambios profundos en su mundo interior y exterior. La mujer se siente especialmente vulnerable ante los cambios orgánicos que impone el embarazo y que generan múltiples trastornos "menores". El embarazo en sí mismo constituye una experiencia estresante, al provocar cambios relacionados con la auto percepción corporal y que afectan entre otros al ritmo sueño vigilia, hábitos, relaciones, etc. La gestación genera ansiedad, ambivalencia y cambios frecuentes de humor, especialmente en el primer y tercer trimestres. Esto se asocia a la adaptación vital a la nueva situación, en el primer trimestre, así como a la preocupación en relación con la salud fetal, el parto o la capacidad para cuidar el hijo, en el tercer trimestre.(WILLAMS, 2011)

2. Parto

Proceso fisiológico que pone fin al embarazo en el cual se produce La salida o extracción del feto y sus anexos ovulares desde el útero hacia el exterior

atraves del canal del parto, independientemente de si se ha cortado o no el cordón o si se trata de un feto vivo o muerto.(Obstetricia, 2014),(SEGO, 2007).

2.1 Fase 1:

Esta fase comprende el 95% del embarazo caracterizado por la estabilidad del musculo liso uterino y con perdida de respuesta a estímulos naturales con mantenimiento de la integridad estructural del cuello uterino, concomitantemente el útero presenta cambios en su tamaño y vascularidad para alojar al embarazo y prepararse para el parto. A pesar de que se pueden presentar contracciones miométrales denominadas contracciones de Braxton Hicks que son de baja intensidad y duración breve, no causan dilatación del cuello uterino.(WILLAMS, 2011)

2.2 Fase 2:

Se trata del llamado despertar o activación uterina que se da en las últimas seis a ocho semanas de embarazo, lo cual implica cierto riesgo de parto prematuro o tardío. Implica cambios miométrales con aumento de receptores de proteínas claves que controlan la contractibilidad como por ejemplo la oxitocina, que por ende causan irritabilidad uterina y la capacidad de respuestas a las uterotoninas. Uno de los cambios que se dan en el segmento uterino inferior con lo cual la cabeza fetal desciende a la entrada pélvica lo cual se denomina descenso.

En la etapa final, conduce a la disminución de la resistencia y a la dilatación del cuello uterino básicamente en cambios del tejido conjuntivo la denominada maduración cervical. (WILLAMS, 2011)

2.3 Fase 3

El inicio del parto, desde el punto de vista biológico, es difícil de determinar; por otro lado desde el punto de vista clínico se considera que el parto ha comenzado cuando se establece una actividad uterina regular (2-3 contracciones de intensidad moderada cada 10 minutos) y con dilatación del cérvix de 2-3 cm y cuello cervical maduro. Esto determina tres etapas:

2.3.1 Primera etapa:

Que consta de dos fases:

Fase Latente: esta fase es difícil determinar, se caracteriza por contracciones poco intensas, irregulares y escasas que causan pocos cambios en la dilatación cervical, en esta fase se produce el borramiento del cérvix.

Fase Activa: es el comienzo del parto clínico comienza cuando la dilatación se encuentra entre los 3 y los 10 centímetros. A su vez, la fase activa presenta:

- Fase aceleratoria (3-8 cm)
- Fase desaceleratoria (8-10 cm).

En este período del parto tienen que producirse dos cambios: la dilatación y el descenso progresivos de la presentación fetal. En la fase aceleratoria predomina la dilatación. En la fase desaceleratoria ocurre el descenso.

2.3.2 Segunda etapa o período de expulsivo:

Etapa comprendida desde la dilatación completa (10cm) hasta la salida del producto. Se acompaña de pujos maternos. (MSP, 2008)

2.3.3 Tercera etapa o período del alumbramiento

Etapa de la salida de la placenta, inicia desde el fin del expulsivo y termina con la salida de la placenta y membranas por el canal del parto.

3. Puerperio

3.1.1. Definición:

Periodo de tiempo que comprende desde el nacimiento hasta las seis semanas posparto, los órganos genitales maternos y el estado general vuelven adquirir las características anteriores a la gestación en este lapso. Aunque se trata de

un periodo relativamente simple en comparación con el embarazo suelen presentarse molestias menores, pero es posible que surjan complicaciones graves. Algunas pacientes pueden experimentar cierto desamparo luego del parto dado que la atención ahora se concentra en el lactante

3.1.2. Clasificación:

3.1.2.1. Puerperio inmediato. Hasta las primeras 24 horas.

3.1.2.2. Puerperio mediato Hasta los 10 días posparto.

3.1.2.3. Puerperio tardío. Hasta los 45 días posparto.

Capítulo II: trastornos depresivos en el Posparto

La depresión es una patología común pero grave, es más que solo una sensación de tristeza o angustia por un breve tiempo o sentirse afligido después de la pérdida de un ser querido. La depresión interviene en su manera de pensar, sentir, comportarse y su salud física. Esta se puede presentar en diferentes momentos de la vida y en diferentes situaciones, como es el caso de la depresión posparto.(ACOG, 2013)

El embarazo y el ejercicio de la maternidad es un ciclo en la vida de la mujer, que implica cambios en su vida, en la de la pareja y en las personas que la rodean. Por consiguiente, algunos autores llegan a considerarla como una crisis maduracional, ya que pone en juego la estabilidad emocional de la mujer, su capacidad para adaptarse a tales demandas, además de que reviven conflictos de fases psicológicas previas al embarazo.

El periodo perinatal es en sí mismo un periodo de crisis en el desarrollo de la mujer, por las eventuales complicaciones que pueden ocurrir en el curso del embarazo y en los primeros años de vida que enfrentan a la mujer y el recién nacido con la posibilidad de enfermedad o muerte. Con frecuencia las pacientes que concluyen la gestación presentan estados de disforia o melancolía en las primeras semanas posteriores a la resolución del embarazo,

este conjunto de manifestaciones han recibido tradicionalmente el nombre de “depresión posparto”.

El puerperio es una etapa de la maternidad intensa, donde se va a poner a prueba el equilibrio y la capacidad de reajuste de la mujer. Destaca que durante los primeros tres días, se suele dar un periodo de adaptación donde las mujeres están preocupadas por sus propias necesidades, lo que permite proporcionar sugerencias y ayuda para el cuidado del bebé. Es una fase caracterizada por la pasividad y la dependencia(Dois Castellón, 2012).

2.1 Etiología

Actualmente no es posible distinguir una causa única que explique la ocurrencia del trastorno, lo que sostiene su etiología multifactorial, como factores corporales, mentales y del estilo de vida, así mismo existen factores protectores debido a que por nuestra naturaleza no existen dos organismos con la misma constitución física ni con las mismas experiencias de vida lo cual plantea la explicación del porque algunas mujeres presentan depresión a diferencia de otras que no.(Dois Castellón, 2012)

2.1.1 Factores de riesgo

Los factores de riesgo son: antecedentes de psicopatología y depresión posparto, problemas psicológicos durante el embarazo, bajo soporte social, malas relaciones maritales, estilos de vida muy estresantes y eventos traumáticos recientes. Se han enunciado ciertas relaciones de la depresión posparto con cambios hormonales y hábitos de vida.

Uno de los principales y más importantes factores de riesgo para la Depresión posparto es el **sexo femenino**, es una enfermedad del ánimo que se presenta en un período específico de la vida de la mujer, el puerperio. Varios estudios dan un estimado de su prevalencia, se habla de entre 8% y 30%, siendo tres veces más alta en los países en vía de desarrollo.

2.1.1.1 Cambios hormonales

Posteriormente al parto ocurren muchos cambios los mismos que pueden afectar el estado de ánimo y el comportamiento de la mujer durante días, semanas o meses. Entre los aspectos hormonales, se debe resaltar que el período posparto se caracteriza por un rápido cambio en los niveles circulantes de diferentes hormonas. Durante el embarazo, los niveles de estrógenos (estradiol, estriol, y estrona) y de progesterona presentan un aumento constante que, en parte, es el resultado de la producción placentaria de estas hormonas. Con la pérdida de la placenta durante el parto, los niveles de progesterona y estrógenos caen de manera abrupta y alcanzan los niveles previos al embarazo hasta el quinto día del posparto.

ESTEROIDES GONADALES

El estradiol y el estriol son las formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos en la placenta y aumentan durante el embarazo entre 100 y 1.000 veces, respectivamente.

La síntesis del estriol resulta de la actividad metabólica del hígado fetal; éste se produce en altas concentraciones durante el embarazo. Los estudios en animales han demostrado que el estradiol incrementa la acción neurotransmisora de la serotonina, al aumentar su síntesis y disminuir su recaptación. La brusca disminución en los niveles de estradiol posterior al posparto, podría explicar teóricamente la depresión posparto. Sin embargo, si se comparan las mujeres con depresión con aquellas sin depresión, algunos estudios no han mostrado una asociación significativa entre los niveles de estradiol total y estriol libre entre el final del embarazo y el puerperio.

ESTRÓGENOS

Las mujeres sufren dos veces más que los hombres de cualquier trastorno depresivo. Presentan un amplio espectro de trastornos depresivos, entre los cuales se encuentran el síndrome premenstrual, el síndrome disfórico premenstrual, la depresión posparto y la depresión perimenopáusica.

Desde hace ya algún tiempo está demostrado que el estrógeno no sólo cumple funciones endocrinas en hueso, glándula mamaria, útero, ovarios y el sistema cardiovascular, sino que también afecta directamente la expresión de genes en neuronas del sistema nervioso central.

Una revisión sistemática de la literatura publicada en la Biblioteca Cochrane (Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression), evaluó sólo 2 ensayos clínicos aleatorios (en Sudáfrica y en el Reino Unido) que tenían resultados clínicamente significativos. Uno demostró que los progestágenos aumentaban el riesgo de depresión posparto y el otro demostró que los estrógenos disminuían la incidencia de depresión posparto, comparados con placebo. Así, es posible que la administración concomitante de estrógenos exógenos con antidepresivos sea beneficiosa en algunas mujeres con depresión posterior al parto. (AYALA, 2009)

PROGESTERONA

La progesterona es un esteroide caracterizado como una típica hormona sexual femenina por producirse en el cuerpo lúteo ovárico, durante la segunda parte del ciclo menstrual. Esta hormona proviene del colesterol y su función más conocida es la reproductiva. Sin embargo, la progesterona y sus metabolitos también son biosintetizados por las células gliales en el sistema nervioso central y por las células de Schwann en el sistema periférico. Además, en repetidas ocasiones se ha demostrado que las neuronas del hipotálamo, las del cuerpo estriado, las de la amígdala, las del septum, las del cerebelo y las de la corteza cerebral también sintetizan progesterona, lo que sugiere que el espectro de la actividad biológica de esta hormona es más amplio de lo que se había supuesto; efectivamente, en la actualidad, la progesterona se considera como un neuroesteroide activo que influye de diversas maneras en diferentes patrones del comportamiento, y no sólo en el reproductivo.

Estas hormonas modifican la excitabilidad de grandes poblaciones neuronales que desempeñan un papel importante en Algunos trastornos conductuales parecen estar relacionados con los cambios en los niveles hormonales, como la depresión posparto y la tensión premenstrual. Una de las características comunes de estos síndromes, radica en que los niveles plasmáticos mínimos

de estradiol y de progesterona se correlacionan conductualmente con estados transitorios de ansiedad y depresión.

Se ha observado que la placidez y la mejoría del estado de ánimo de las mujeres embarazadas, coincide con niveles elevados de progesterona y de otras hormonas. Por el contrario, en el puerperio, cuando las hormonas disminuyen drásticamente, es común que se presente la depresión postparto. La depresión mayor postparto es relativamente común, con una prevalencia de 10 a 15%, y sus signos y síntomas son iguales a los de la depresión mayor no asociada con la gestación. Por lo anterior se cree que las hormonas gonadales pueden contribuir a la intensidad y a la aparición de alteraciones afectivas.

Los niveles de B endorfina, hormona gonadotropina coriónica humana y cortisol también aumentan durante el embarazo y alcanzan su pico máximo cerca al término del embarazo y declinan en el posparto. Los niveles elevados de estrógenos durante el embarazo estimulan la producción de la globulina fijadora de hormona tiroidea, lo que conduce a un aumento en la fijación de T3 (triyodotironina) y T4 (tiroxina), así como a una caída simultánea de T3 y T4 libre. En consecuencia, la hormona estimulante de la tiroides (TSH) aumenta para compensar la baja cantidad de hormonas tiroideas libres.

HORMONAS TIROIDEAS

La incidencia de la función tiroidea anormal aumenta levemente después del parto. En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23% comparado con un 3 a 4% en la población general. Aunque la disfunción tiroidea no ha sido identificada como un factor determinante en la mayoría de mujeres que desarrollan depresión posparto sin psicosis, puede jugar un papel importante en un subgrupo de mujeres. Un estudio prospectivo de 303 mujeres embarazadas, eutiroideas, muestra que 21 mujeres (7%) desarrollaron trastornos tiroideos posparto. La depresión posparto sin psicosis se identificó en 38% de esas mujeres y se resolvió con posterioridad al tratamiento. Durante el puerperio, algunas mujeres sin una clara disfunción tiroidea pueden tener algún grado de patología tiroidea. Se han encontrado anticuerpos tiroideos en 11,6% de las mujeres en el posparto. El efecto inmunosupresor de los niveles altos de cortisol durante el

embarazo puede ser seguido de un fenómeno inmune de rebote después del parto, lo cual produce una alta incidencia de anticuerpos antitiroideos

HORMONAS HIPOFISIARIAS.

Los niveles de prolactina aumentan durante el embarazo y alcanzan valores hasta de 140 ng/ml al final del embarazo. En las mujeres que no dan de lactar los niveles declinan a las tres semanas posteriores al parto a los niveles previos al embarazo. Se ha sugerido que la prolactina juega un papel en la depresión postparto, por cuanto, como resultado de observaciones a mujeres no embarazadas que presentan síntomas de ansiedad y depresión, se ha encontrado una relación con estados de hiperpolactinemia patológica. Sin embargo, diversos estudios muestran resultados contradictorios.

El inicio de la lactancia materna en el postparto inmediato permite la secreción de oxitocina a través de la succión del pezón por el recién nacido, la cual promueve las contracciones uterinas

Previene la depresión postparto, ya que la oxitocina liberada durante la succión del pezón desencadena en la madre un efecto tranquilizador y de bienestar. Al amamantar se secretan endorfinas que alcanzan un pico máximo a los 20 minutos de iniciada la lactancia, provocando en la madre sensaciones placenteras. El recién nacido también se ve recompensado, porque se las transfiere a través de la leche, creando un vínculo muy especial.

CORTISOL

Los niveles de cortisol registran su pico máximo al final del embarazo debido a la producción placentaria de corticoliberina (CRH), niveles que caen bruscamente en el momento del parto. Diversos estudios no han podido demostrar la asociación entre el cortisol plasmático o urinario y la depresión posparto, por cuanto estas mediciones carecen de valor diagnóstico dado que dichos niveles se encuentran fisiológicamente elevados en el embarazo y en el posparto. Algunos autores sugieren que los altos niveles de cortisol que se registran durante el embarazo, como resultado de la producción de CRH, después del parto producen supresión en la glándula suprarrenal y, si ésta es

demasiado sostenida y grave, puede contribuir a los cambios en el estado de ánimo.

GNRH.

Los períodos en los que la mujer se muestra más vulnerable psicológicamente son aquellos en los que se producen cambios en su estado reproductivo. Son etapas en las que se produce una elevación o una caída rápida de esteroides ováricos: última fase lútea, fases perimenstruales, primer trimestre del embarazo, posparto y menopausia. Estas fluctuaciones son fisiológicas y es muy probable que la susceptibilidad a éstas dependa de factores genéticos y ambientales. (Carbajal, 2010)

Una de las hipótesis biológicas asociadas al desarrollo de depresión posparto, se relaciona con los niveles séricos de **triptófano**, los que se encuentran más bajos al final del embarazo e inicio del puerperio al compararlos con las mujeres no embarazadas.

El triptófano es precursor de serotonina, neurotransmisor involucrado en la etiopatogenia de estos trastornos. Entre el primer y segundo día posparto, en las mujeres se observa elevación del triptófano sérico como mecanismo natural de compensación, lo que no ocurriría en quienes desarrollan un cuadro depresivo puerperal. Además, de observarse en ellas un aumento de la respuesta inflamatoria del organismo, con elevación significativa de citoquinas proinflamatorias como IL-1, IL-6 y proteína C-reactiva y disminución de la concentración del factor inhibidor de estas.

Esta elevación provoca en las personas variaciones de patrones habituales de conducta, entre ellos, del sueño, apetito, niveles de energía, actividad sexual y social, todos comportamientos asociados a los cuadros depresivos.

Los estresores físicos y psicosociales aumentan la respuesta inflamatoria, por lo que se ha postulado que este mecanismo podría estar en la base de todos los factores de riesgo tradicionalmente asociados a la ocurrencia de depresión posparto y permitiría explicar interrogantes tales como por qué una mujer que tiene dificultades de pareja o trastornos del sueño durante el puerperio aumenta su riesgo de desarrollar el trastorno del ánimo.

Además, el mecanismo es bidireccional, es decir, el aumento del proceso inflamatorio aumenta el riesgo de depresión y esta a su vez, aumenta el proceso inflamatorio estableciéndose así la relación entre ambos fenómenos.

Finalmente, se reporta una discreta asociación entre disfunciones tiroideas.

2.1.2 Aspectos emocionales

Durante el embarazo se presentan a menudo sentimientos de ansiedad, ambivalencia y labilidad del humor. Inicialmente, tan pronto como una mujer sabe que está embarazada, existen algunas elecciones por hacer en el estilo de vida. Estas elecciones incluyen cuestiones relacionadas con hábitos alimentarios, tabaquismo, consumo de alcohol y cafeína, uso de drogas, asistencia prenatal, situación laboral, relaciones y si debe continuar el embarazo.(Carbajal, 2010)

Cambios psicológicos durante trimestres del embarazo

Durante el primer trimestre pueden existir más períodos de emociones fluctuantes. La aceptación del embarazo, las modificaciones en el estilo de vida y la incorporación de la presencia del feto son las principales tareas psicológicas. Los factores de riesgo para un aumento de la incidencia de trastornos psicológicos durante este periodo, y posiblemente mayor malestar fisiológico, incluyen las siguientes: reacción negativa al embarazo del esposo o del novio, experiencias desagradables previas con embarazos, motivación poco clara para el embarazo, pocas personas en quienes buscar apoyo y un gran cambio en el estilo de vida debido al embarazo.

Por lo general el segundo trimestre es una época de menos cambios emocionales. Las reacciones emocionales pueden centrarse en los cambios de la imagen corporal y la sexualidad. La principal tarea psicológica de la mujer embarazada es comenzar a considerar a su hijo como alguien separado de ella misma. La percepción del movimiento fetal ayuda en este proceso.

En el tercer trimestre, las reacciones emocionales pueden intensificarse al mismo tiempo que el malestar físico se torna más agudo. Las dificultades con el sueño y los síntomas somáticos asociados con el aumento del tamaño

uterino son frecuentes. A menudo aumenta la ansiedad acerca de la salud del niño, la experiencia del parto, los cambios en los papeles y relaciones de la futura madre. La principal tarea psicológica de la mujer en el tercer trimestre es comenzar a considerarse madre. (Almeida Villacís, 2013)

El ambiente emocional que gira en torno a la mujer puede afectar su autoestima y la manera en que afronta las tensiones durante el embarazo y el periodo después del parto. Antecedentes psiquiátricos previos; algunos estudios señalan que haber padecido episodios de depresión previa incrementa la incidencia un 10 -24%. Si la depresión se da durante el embarazo el riesgo aumenta a 35%, y si existen precedentes de DPP, el valor se disparar hasta el 50%. (Borbalán Escáñez, 2013)

Se dan ciertas situaciones como es el caso de un embarazo no planeado o la difícil idea que enfrenta la pareja de adaptarse a un nuevo bebe.

Los padres de bebes que nacen mucho antes de lo previsto o con alguna enfermedad implica dificultad para adaptarse. Tener un bebe que debe estar hospitalizado después del parto produce cierto enojo, tristeza y sentimientos de culpa los mismo que pueden alcanzar una gran intensidad y llegar a un estado depresivo.

El agotamiento es un factor importante, muchas mujeres se sienten cansadas después de dar a luz y es posible que transcurran varias semanas antes de que recuperen la fortaleza y la energía. Este ciclo de agotamiento acompañado con la falta de sueño que implica el cuidado del bebe pueden durar varios meses.

2.1.3 Estilos de vida

Algo importante de la depresión posparto es la falta de apoyo de parte de otras personas, como debería ser el apoyo constante de la pareja, de la madre, del recién nacido, los demás familiares o las amistades es de gran ayuda. Representa un gran alivio la cooperación en las tareas domesticas durante este periodo, así del mismo modo compartir el cuidado del recién nacido. Surgen

ciertas limitaciones para recibir esta ayuda como vivir lejos de sus allegados, o aislarse de los mismos por sentirse abrumada.

Además algunos factores pueden aumentar el riesgo de presentar depresión posparto como: la muerte reciente de un ser querido, una enfermedad en la familia o trasladarse a una nueva ciudad, todos estos sucesos en una mujer que recientemente ha tenido un bebe producen ansiedad y más tensión que a diferencia del resto de las personas.(ACOG, 2013)

2.1.1 Factores protectores

Asimismo, se han descrito una serie de factores protectores asociados a disminuir el riesgo de depresión postparto. Entre ellos, los estilos cognitivos positivos, niveles elevados de autoestima materna, buenas relaciones de pareja y participación religiosa, que ayudarían a afrontar el estrés inicial de la maternidad.

Como también la percepción materna de apoyo en tareas hogareñas y de crianza ya que la disponibilidad y uso de efectivo de redes de apoyo social puede mitigar el desarrollo o la severidad del cuadro depresivo.

Igualmente se ha descrito como factor protector, especialmente en madres primerizas, la alimentación del bebé con lactancia materna.

Esta induciría algunos beneficios psiconeuroinmunológicos reduciendo la actividad inflamatoria al atenuar la elevación de cortisol, ACTH, epinefrina y norepinefrina y disminuiría la reactividad materna al estrés propiciando comportamientos nutricios hacia el bebé.

Por el contrario, el cese brusco o su corta duración, se ha asociado a una mayor probabilidad de ocurrencia de DPP(Dois Castellón, 2012)

2.2Clasificación:

Hay tres tipos principales de cambios del estado de ánimo después del parto:

- Tristeza puerperal o “baby blues”,

- Psicosis puerperal y
- Depresión posparto.

1. “Blues”: Disforia que aparece en los cuatro o cinco días después del parto, y que afecta en mayor o menor medida a la mayoría de las mujeres. La persistencia más allá de dos semanas debe hacer reconsiderar el diagnóstico, pues en una pequeña parte de los casos puede evolucionar hacia una depresión.

Es el trastorno más frecuente, hasta el 80% de las mujeres sufren algún tipo de síntomas depresivos después del parto, de menor importancia debido a su transitoriedad, de carácter habitualmente leve y no reúne criterios de depresión mayor. Sin embargo, un 7% a 26% evolucionará a una auténtica depresión posparto.³⁰

No existe un solo desencadenante para esta patología, puesto que son muchos los factores etiológicos asociados al blues postpartum entre los que destacan los factores psicológicos, sociales, los niveles hormonales de FSH, estrógenos, progesterona, cortisol, hormonas tiroideas, AMPc.

Se caracteriza por síntomas de irritabilidad, tristeza y una tendencia a llorar dentro de los primeros diez días después de dar a luz ²³⁺

Para algunos autores, el Maternity Blues es una secuela normal del proceso del parto, mientras que otros autores la asocian con un mayor riesgo de depresión a principios o finales del puerperio.

No suele requerir tratamiento farmacológico, respondiendo de manera adecuada a un abordaje de apoyo y comprensivo sobre la naturaleza breve y favorable del trastorno. (Almeida Villacís, 2013)

2. Depresión postparto no psicótico: Aparece en una de cada 10 a 20 mujeres, es decir una proporción similar a la población general de la misma edad. Puede ser la continuación de un blues postnatal o desarrollarse de forma insidiosa pasadas tres semanas. Este cuadro aparece más a menudo cuando hay

antecedentes de trastornos del humor, traumatismo o stress crónico. La depresión postnatal suele repetirse en el embarazo siguiente.

3. Psicosis puerperal: Aparece en menos de 2 de cada 1000 partos. Cerca del 75% recaen en embarazos posteriores. Los episodios pueden presentar un aspecto melancólico, maníaco o disociado, pero generalmente no evolucionan hacia la esquizofrenia. Se sabe que el puerperio acelera la aparición de episodios maníacos o depresivos en mujeres con trastorno bipolar, apareciendo en más de un tercio de estas pacientes. El riesgo es mayor en primíparas (hasta el 75%). Los factores que contribuyen a las recaídas son: paciente joven, falta de apoyo social y dificultad para el control de la enfermedad antes del embarazo.(WILLAMS, 2011)

2.2.1 Depresión posparto

2.2.1.1 Definición:

La depresión posparto es un entidad poco estudiada en latinoamericana se la define como un estado de ánimo donde se presentan sentimientos de tristeza, llanto fácil, falta de esperanza, anorexia, inquietud, disturbios en el sueño y labilidad emocional, estado que empieza dentro de las 4 a6 semanas después del parto,

Puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las puérperas según algunos autores o de un 10 a 15% según otros; con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35%.(Almeida Villacís, 2013)

Muchas mujeres presentan cierto grado de depresión en días posteriores al parto, como producto de varios factores entre ellos el decaimiento emocional posterior a la excitación y los temores experimentados durante el embarazo y el parto, como también las molestias del puerperio inmediato, la fatiga por la privación del sueño, la ansiedad en cuanto a la capacidad de ofrecer atención adecuada al lactante y las preocupaciones por la imagen corporal.(Dois Castellón, 2012)

Fue descrita por primera vez por Pitt en 1968, describiéndola como atípica por presentar otros síntomas que pueden predominar, como ansiedad, irritabilidad y fobias. Los síntomas vegetativos también son atípicos (hipersomnia y aumento de apetito). Existe mayor sentimiento de culpa y pensamientos autodestructivos y/o rechazo al recién nacido.

Su duración parece ser mayor que otro episodio depresivo en otro momento de la vida. Suele ser de gravedad moderada, no psicótica y en la mayoría de los casos no reciben tratamiento.

Presenta un riesgo de recurrencia mayor en mujeres con episodios de depresión mayor previos o en la gestación.

Su mecanismo fisiopatológico parece evocar dos mecanismos fundamentales de la personalidad de la gestante y puérpera para defenderse de la ansiedad que le produce la nueva situación de maternidad, los cuales son la regresión y la introversión. Aunque se conoce que durante el puerperio, tanto los cambios bioquímicos existentes así como el estrés, pueden desencadenar estos trastornos; no hay evidencia de que un desbalance hormonal o de neurotransmisores sea la causa de la depresión posparto, sin embargo, las teorías más acertadas hasta el momento son las que se relacionan con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas de estos pacientes durante este periodo.

2.2.1.2 Manifestaciones clínicas

- Tristeza: El síntoma más frecuente de la depresión posparto.
- Irritabilidad.
- Fatiga.
- Insomnio.
- Pérdida de apetito.
- Incapacidad para disfrutar.

- Desbordamiento.
- Ansiedad.
- Cambios repentinos de humor.
- Sentimientos de culpa.
- Ataques de pánico.
- Pensamientos suicidas.
- Falta de concentración.
- Trastornos en la alimentación.
- Rechazo del hijo.

2.2.1.3 Diagnostico

El diagnóstico de depresión posparto confiere algunas dificultades, entre ellas el escaso reconocimiento de los trastornos del ánimo durante el embarazo. Alrededor de la mitad de los cuadros depresivos diagnosticados durante el puerperio iniciaron o continuaron su curso durante el embarazo, pese a conocerse que el diagnóstico y tratamiento correcto previo al parto implica una menor probabilidad de cursar una depresión posnatal. Por otro lado, la sintomatología depresiva durante el puerperio puede confundirse con la adaptación normal a esta etapa de la vida.

Al respecto, se han diseñado varias escalas para el tamizaje de esta patología, entre las cuales se encuentra la escala de depresión posparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS); es importante tener presente que la EPDS es un método de pesquisa para la depresión posparto, siendo el DSM-IV el método más exacto para el diagnóstico de esta entidad clínica.

Escala de Edimburgo

Muchos estudios reportan una serie de métodos para su evaluación, sin embargo, existe consenso que el mejor instrumento de tamizaje es la Escala de Depresión de Edimburgo, diseñada especialmente para reconocer síntomas anímicos en mujeres púerperas. Sus ítems se agrupan básicamente en torno a dos factores: tristeza y ansiedad; tiene una consistencia interna adecuada, 100 % de sensibilidad y 80 % de especificidad. La EPDS ha sido ampliamente probada, traducida y utilizada en más de 23 países para identificar a las mujeres que podrían estar cursando una depresión en el posparto, con resultados que permiten justificar su uso como instrumento de tamizaje, logrando su mayor sensibilidad con un punto de corte entre 9 y 10 puntos.^{9,25} Es un instrumento de autorreporte, de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada una y puntajes que varían de 0 a 3 puntos, según la severidad sintomática. De sus ítems, 5 se relacionan con disforia, 2 con ansiedad, 1 con sentimientos de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultades de concentración.

La Escala de Depresión de Edimburgo mide intensidad sintomática, por esta razón el método más confiable de evaluación del trastorno del ánimo durante el puerperio implica un proceso de dos etapas. Primero haciendo uso de esta escala para luego derivar a evaluación por especialistas a través de entrevistas estandarizadas de diagnóstico a aquellas mujeres que obtengan puntajes altos.⁴

El mejor momento para aplicar la Escala de Depresión de Edimburgo es a las ocho semanas posparto ya que coincide con el período de máxima incidencia de la depresión puerperal y además, con la disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal (Dois Castellón, 2012)

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)

La cuarta edición del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, de la American Psychiatric Association, es una guía útil para la práctica clínica. Mediante la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis

contenidas en los criterios diagnósticos. Adicionalmente, facilita la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores.

Sinopsis de DSM-IV-TR para el episodio depresivo mayor, con inicio en el posparto

1. El paciente debe presentar *al menos una* de la siguiente por lo menos un período de tiempo de dos semanas:

- Estado de ánimo deprimido o Anhedonia

2. *Al menos cinco* de los siguientes síntomas deben estar presentes en el intervalo de dos semanas:

- Sentirse deprimido la mayor parte del tiempo, casi cada día
- Disminución de placer o interés en todas o casi todas, las actividades diarias
- Cambios en el apetito (aumento de peso notable o pérdida)
- Alteraciones del sueño (insomnio, hipersomnias)
- Retraso o agitación psicomotora casi cada día
- Falta de energía o fatiga casi todos los días
- Sentimientos intensos de culpa excesivos o inapropiados o inutilidad
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones, casi todos los días
- Con frecuencia se producen pensamientos de plan de muerte o suicidio

3. Síntomas aprobados están causando un deterioro significativo o malestar social, profesional, u otras funciones importantes del diario vivir.

4. "El inicio específico en el posparto" si la aparición de los síntomas es en las cuatro semanas después del parto.

Tratamiento

El tratamiento se realizará escalonadamente, comenzando con medidas psicoeducativas y/o terapia cognitivo/conductual, si no existen antecedentes,

en caso contrario se iniciarán terapias habituales con inhibidores selectivos de la receptación de serotonina como fármacos de primera línea.

Grado de riesgo que representa para el feto/lactante el uso de algunos psicofármacos durante el embarazo/lactancia

Fármacos		Riesgo en el embarazo según la FDA*	Riesgo en la lactancia según la AAP**	Fármacos		Riesgo en el embarazo según la FDA*	Riesgo en la lactancia según la AAP**
Antidepresivos				Antipsicóticos			
ISRS	Citalopram	C	ND	Atípicos	Aripipazole	C	ND
	Escitalopram	C	ND		Clozapina	B	Desc mp
	Fluoxetina	C	Desc mp		Olanzapina	C	ND
	Paroxetina	D	Desc mp		Quetiapina	C	Desc mp
	Sertralina	C	Desc mp		Risperidona	C	ND
Tricíclicos y aminas secundarias	Amitriptalina	C	Desc mp	Convencionales	Clorpromazina	C	Desc mp
	Clomipramina	C	Desc mp		Haloperidol	C	Desc mp
	Desipramina	C	Desc mp		Flufenacina	C	ND
	Imipramina	C	Desc mp		Tioridacina	C	ND
Otros	Bupropion	B	Desc mp	Ansiolíticos			
	Duloxetina	C	ND	Benzodiazepinas	Alprazolam	D	Desc mp
	Mirtazapina	C	ND		Clordiazepóxido	D	ND
	Venlafaxina	C	ND		Clonazepam	D	ND
Estabilizadores del ánimo					Cloracepato	D	ND
	Carbamazepina	D	Compatible		Diazepam	D	Desc mp
	Carbonato de litio	D	Contraind		Lorazepam	D	Desc mp Desc mp
	Lamotrigina	C	ND		Oxazepam	D	ND
	Oxacarbamazepina	C	ND				
	Ácido Valproico	D	Compatible				

*FDA: Food and Drug Administration

C: La información disponible sobre su seguridad durante el embarazo es limitada y debe utilizarse únicamente cuando el posible beneficio para la madre justifique el riesgo para el feto.

D: Hay evidencia positiva de riesgo teratogénico o embriotóxico fetal humano, basados en datos obtenidos de experiencias o estudios en humanos. En cualquier caso habrá que sopesar los beneficios de uso en la gestante a pesar de los riesgos fetales (enfermedades graves en las que no hay otro tratamiento eficaz).

MINISTERIO DE SALUD. *Guía Clínica TRATAMIENTO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN. Santiago: MINSAL, 2009*

• Farmacológico

Antidepresivos

En estudios controlados se ha demostrado que el tratamiento antidepresivo tiene un efecto benéfico en las pacientes con depresión posnatal moderada, sobre todo la fluoxetina.

Ansiolíticos

Son útiles como tratamiento concomitante con antidepresivos, sobre todo cuando los problemas de sueño perturban el funcionamiento de la madre.

Terapia hormonal

Diversos estudios señalan que para contrarrestar los efectos desestabilizadores de los esteroides gonadales en el estado de ánimo pueden

indicarse estrógenos transdérmicos con progesterona cíclica, que han demostrado ser más efectivos que el placebo en pacientes con depresión posnatal de moderada a grave.

Algunos datos preliminares sugieren que el estrógeno combinado con tratamiento antidepresivo puede ser benéfico.

Sin embargo, la preocupación por sus efectos colaterales, particularmente la hiperplasia endometrial y la trombosis, puede limitar su indicación.

- **Psicosocial**

En la bibliografía está demostrado el papel que ejercen las intervenciones psicosociales, como la consejería y la psicoterapia. Entre los diversos enfoques psicoterapéuticos está la terapia cognitivo-conductual, que se considera un instrumento terapéutico de elección preferencial para el manejo de la depresión posparto, por su capacidad de lograr modificaciones importantes en un lapso breve, debido a que puede reintegrar a la madre a una situación de bienestar personal y de cuidado del menor.

Esta terapia se basa en el cambio de la premisa que tiene la paciente de la distorsión de la realidad, ocasionada por los pensamientos negativos que la persona tiene de sí misma, del futuro y del mundo. Ésta es la llamada tríada cognitiva: visión negativa e irrealista de la realidad (visión negativa del mundo), pérdida de la esperanza respecto al futuro (visión negativa del futuro) y baja autoestima con pensamientos autodestructivos (visión negativa de sí mismos).

La depresión posparto genera en la mujer un elevado índice de pensamientos negativos, generalmente relacionados con una tendencia notoria a considerarse inútil, inadecuada, deficiente o insuficiente, incapaz, con falta de voluntad. Con frecuencia aparecen sentimientos de ambivalencia hacia el recién nacido, su pareja y familiares. Miran el futuro complicado y sin esperanza alguna. Mediante la terapia cognitiva el terapeuta intenta corregir estas “distorsiones cognitivas”. Así mismo,

Se recomienda que el terapeuta fomente el refuerzo de redes de apoyo, sobre todo, promover que la pareja y sus familiares cercanos se involucren y apoyen

a la madre en el cuidado del menor, de forma que la madre perciba esta ayuda como auxiliadora, sin intrusión en su intimidad.

- **Físico**

Está demostrado que el ejercicio físico y de relajación, lo mismo que la fototerapia, contribuyen a reducir los grados de depresión. La terapia de relajación y antiestrés y la terapia con luz brillante son muy recomendables porque ayudan a la madre a obtener una sensación de tranquilidad y bienestar físico. Internamiento en habitación conjunta (madre-hijo).

Muchos estudios han determinado como una aproximación efectiva al tratamiento de este padecimiento, el internamiento hospitalario conjunto de la madre y su hijo. Las ventajas más importantes son: la promoción del acercamiento sin temor de la madre a su hijo, encauzar a la madre a que encuentre su rol de manera natural y, al mismo tiempo, se promueve y se da apoyo a la pareja y a los familiares cercanos, para que colaboren en esta dinámica.

El internamiento de la madre y su recién nacido en áreas psiquiátricas está prohibido en todo el mundo, debido a los riesgos inherentes de esta área para la madre y su hijo, quienes deben hospitalizarse en áreas que brinden seguridad y bienestar para ellos.

2.2.1.4 Complicaciones

La depresión posparto tiene un efecto significativo en la salud del neonato porque es frecuente que sufra diversas formas de abandono o alejamiento afectivo. Además de la causa endocrina de la depresión posparto, sus síntomas centrales se refieren a problemas de auto percepción y conflicto psicosocial. Algunos de los cambios emocionales son: tristeza, llanto fácil, ansiedad, sensación de estar rebasada, pensamientos obsesivos, enojo, irritabilidad, aislamiento, sentimiento de soledad, culpa, desinterés por las cosas y cansancio, entre otros.

Los conflictos más comunes con el recién nacido son: dificultades e inseguridad en el rol materno, ambivalencia. Y rechazo a ser madre, problemas

de comunicación con el padre del niño o con su propia madre. Los factores sociales, económicos e interpersonales, y el antecedente de depresiones previas contribuyen, en buena medida, a la evolución de este padecimiento. En los episodios depresivos graves del posparto se deteriora seriamente la actividad social o laboral, hay dificultades para alimentarse, vestirse o mantener un mínimo de higiene personal y, sobre todo, maltrato o descuido al neonato; en algunos casos pensamientos suicidas o de daño al menor.(Arranz LLC, 2008)

5. DISEÑO METODOLOGICO

El presente trabajo de investigación realizado es de tipo, descriptivo, analítico, transversal. Realizado en el Centro de Salud N° 3 Ubicada en la Parroquia el Valle, con una Población: 28.967

UNIVERSO Y MUESTRA:

UNIVERSO: lo conformaron 120 usuarias primíparas y multíparas en puerperio tardío que acuden al control, en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja.

MUESTRA: lo conformaron 120 usuarias, en puerperio tardío que acuden control, en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja, distribuidas en dos grupos; el primer grupo conformado por sesenta usuarias primíparas y el segundo grupo de 60 usuarias multíparas.

Criterios inclusión y exclusión:

- **Criterios de Inclusión:**

Usuaris de cualquier edad cronológica en puerperio tardío.

Usuaris primíparas y multíparas en puerperio tardío que acuden regularmente al control en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja.

Usuaris primíparas y multíparas que aceptaron participar en el presente estudio, con consentimiento informado

- **Criterios de Exclusión:**

Mujeres que no se encuentren en puerperio.

Mujeres en puerperio inmediato; mediano y con puerperio menor a cuatro semanas.

Mujeres primíparas y multíparas que no son usuarias regulares del Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja.

Mujeres primíparas y multíparas que no aceptaron participar en el estudio.

TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO.

Técnica:

Se utilizó la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo que se creó en 1987 en centros de salud en Livingston y Edinburgo para los profesionales de la atención primaria de salud, con el objetivo de detectar a las madres que padecen depresión post-parto. Muestra una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5%. Es un cuestionario de 10 preguntas, fácil de aplicar. Durante la aplicación de la escala, la madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad para lo cual, se les deberá aplicar otras evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la realización del presente estudio se procedió.

1. Elaboración de solicitud dirigida al director del Centro de Salud N°3 para obtener autorización (Anexo 2).
2. Elaboración de consentimiento informado para usuarias primíparas y multíparas en puerperio tardío, que acuden regularmente al Centro de salud N°3 de la ciudad de Loja.
3. Elaboración de la hoja de recolección de datos.
4. Aplicación de la escala de depresión postparto de Edinburgo a las usuarias primíparas y multíparas en puerperio tardío que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión del Centro de salud N°3 de la ciudad de Loja.
5. Codificación de datos obtenidos de la aplicación de la escala de depresión de postparto de Edinburgo a las usuarias primíparas y multíparas en puerperio tardío del Centro de salud N°3 de la ciudad de Loja.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Para el caso específico de las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 los puntos se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 12 o más muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. En el caso específico de la pregunta número 10 si la respuesta es diferente a "0", es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. En casos particulares se recomienda realizar evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

ANALISIS ESTADISTICO

Luego de recogida la información se procedió a la tabulación de los resultados que fueron procesados en el paquete estadístico de Microsoft Excel 2011 y los resultados fueron presentados en tablas de frecuencia y gráficos, que facultaron su interpretación, posteriormente se procedió a elaborar la discusión, conclusiones y recomendaciones.

RECURSOS

Recursos Humanos: los recursos son:

Investigador proponente del proyecto.

Director de Tesis

Autoridades de las instituciones, Personal médico y paramédico del centro de Salud N°3

Las usuarias en puerperio tardío que acuden al centro de salud N° 3.

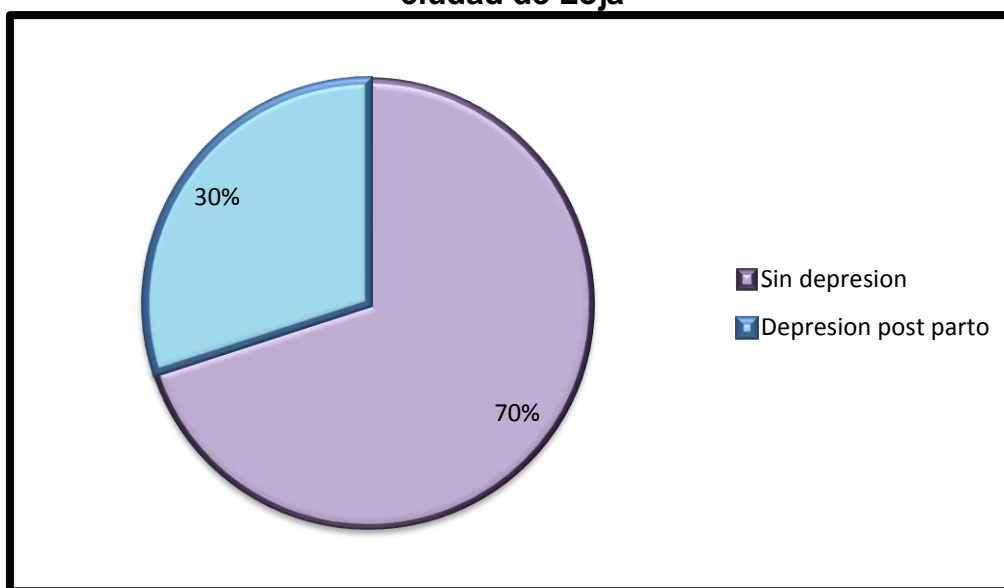
6. RESULTADOS

Tabla N°1
Frecuencia de depresión posparto en primíparas del Centro de Salud N°3
de la ciudad de Loja

	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	42	70
Probable depresión	18	30
Total	60	100

Fuente: Hoja de recolección de datos, escala de depresión posparto de Edimburgo.
 Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

Grafico N°1
Depresión posparto en primíparas del en el Centro de Salud N°3 de la
ciudad de Loja



Fuente: Hoja de recolección de datos, escala de depresión posparto de Edimburgo.
 Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

De las 60 usuarias primíparas con puerperio tardío 18 casos (30%), presentan depresión posparto.

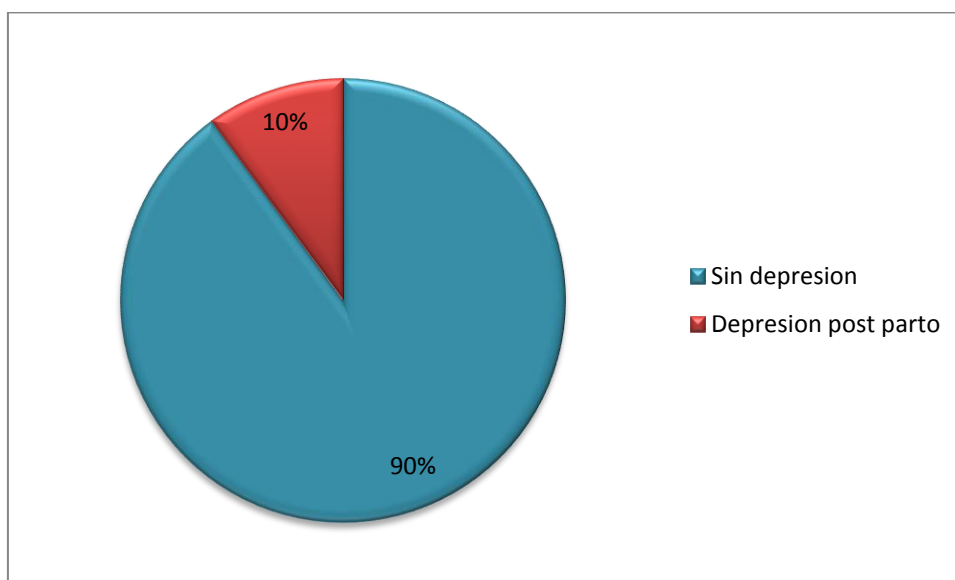
TablaNº2
Frecuencia de depresión posparto en múltiparas del Centro de Salud Nº3
de la ciudad de Loja

	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	54	90
Depresión post parto	6	10
Total	60	100

Fuente: Hoja de recolección de datos, escala de depresión posparto de Edimburgo.
 Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

Grafico Nº2

Depresión posparto en múltiparas del en el Centro de Salud Nº3 de la
ciudad de Loja



Fuente: Hoja de recolección de datos, escala de depresión posparto de Edimburgo.
 Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

De las 60 usuarias múltiparas con puerperio tardío seis casos (10%) presentan depresión posparto.

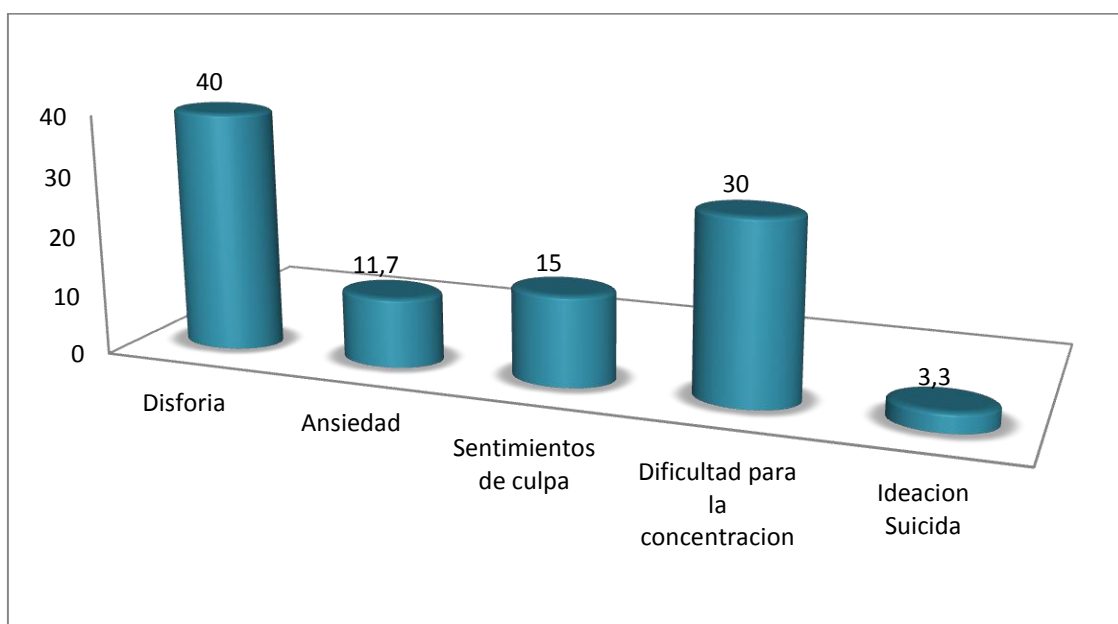
Tabla N°3

Síntomas depresivos según la Escala de Edimburgo en mujeres primíparas del Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Disforia	24	40
Ansiedad	7	11,7
Sentimientos de culpa	9	15
Dificultad para la concentración	18	30
Ideación Suicida	2	3,3
Total	60	100

Fuente: Hoja de recolección de datos, escala de depresión posparto de Edimburgo.
Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

Grafico N°3



Fuente: Hoja de recolección de datos, escala de depresión posparto de Edimburgo.
Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

De las 60 mujeres primíparas con puerperio tardío; 24 casos (40%) presentan síntomas de disforia, 18 casos (30%) tienen dificultad para la concentración.

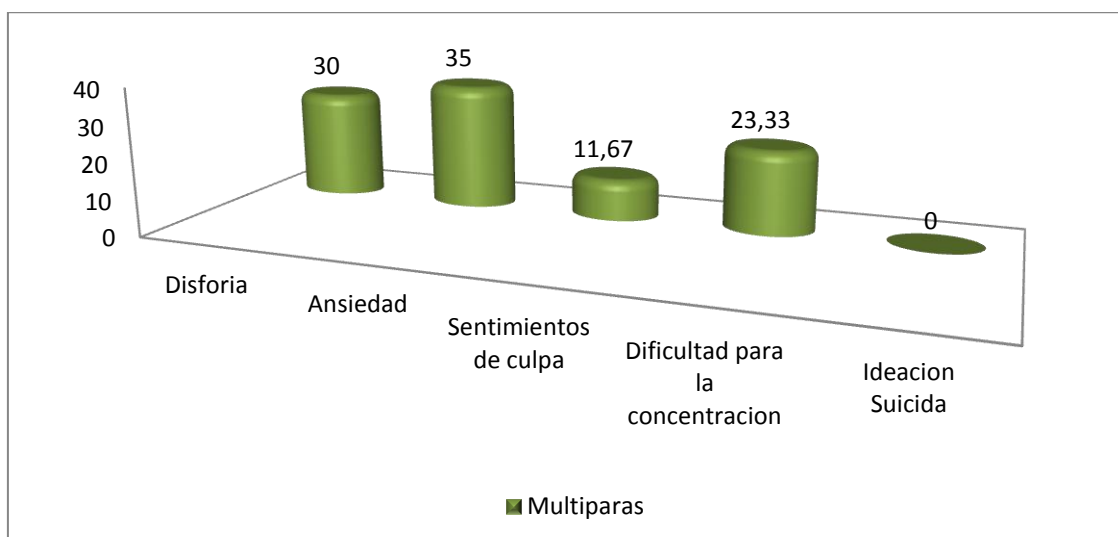
Tabla N°4

**Síntomas depresivos según la Escala de Edimburgo en mujeres
múltiparas del Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja**

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Disforia	18	30
Ansiedad	21	35
Sentimientos de culpa	14	23,33
Dificultad para la concentración	7	11,67
Ideación Suicida	0	0
Total	60	100

Fuente: Hoja de recolección de datos, escala de depresión posparto de Edimburgo.
Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

Grafico N°4



Fuente: Hoja de recolección de datos, escala de depresión posparto de Edimburgo.
Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

De las 60 mujeres múltiparas con puerperio tardío; 21 casos (35%) se encuentran con síntomas de ansiedad, 18 casos (30%) presentan disforia, y 14 casos (23.3%) corresponden a sentimientos de culpa.

Depresión posparto en primíparas en relación a condiciones socio demográficos en las usuarias primíparas del en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja

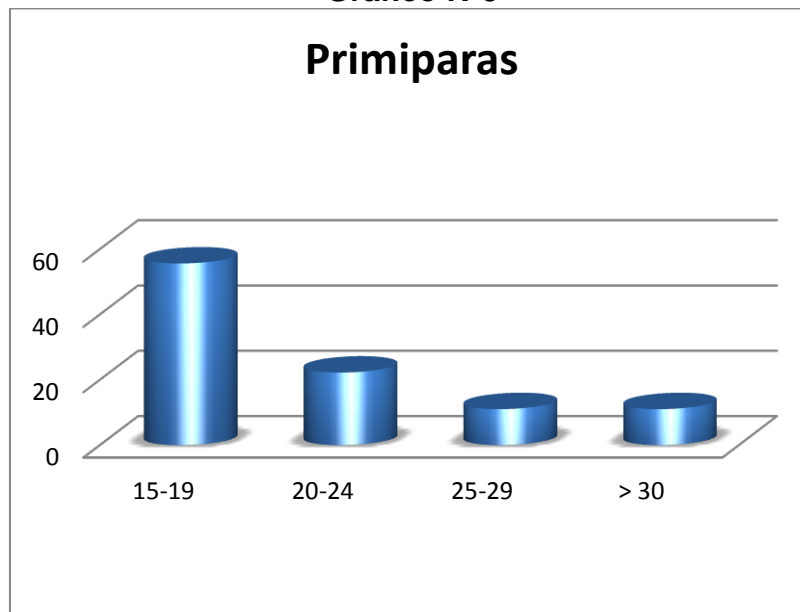
Tabla N°5.1

Edad de las usuarias primíparas en puerperio tardío del Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja, con depresión posparto.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15-19	10	55,6
20-24	4	22,2
25-29	2	11
> 30	2	11
Total	18	100

Fuente: Hoja de recolección de datos.
Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

Grafico N°5



Fuente: Hoja de recolección de datos.
Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

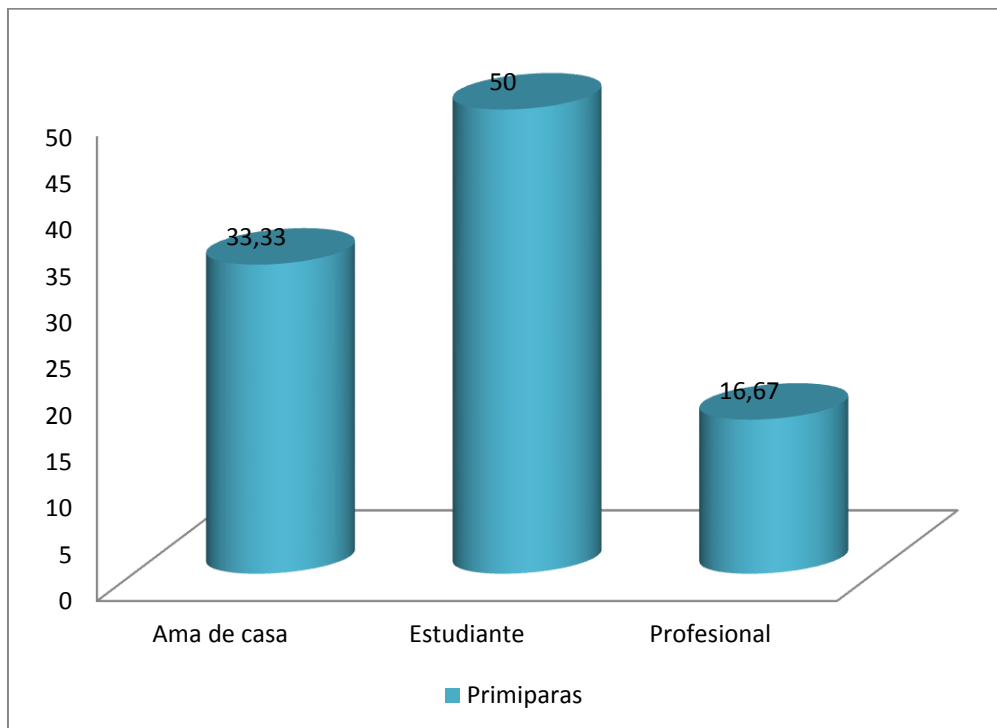
Edad de las usuarias primíparas con puerperio tardío con depresión posparto
10 casos (55.6%) oscilan entre la edad de 15-19 años.

Tabla N°5.2
Ocupación de las usuarias primíparas del Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja, con depresión posparto

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	6	33,3
Estudiante	9	50
Profesional	3	16,7
Total	18	100

Fuente: Hoja de recolección de datos.
 Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

Grafico N°5.2



Fuente: Hoja de recolección de datos.
 Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

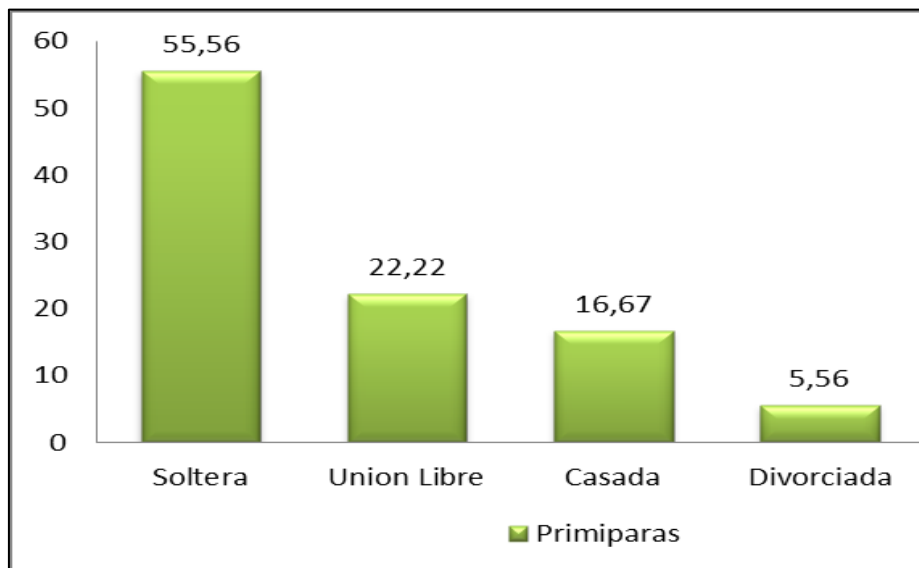
Según resultados de la población de mujeres primíparas con depresión posparto 9 casos (50%) son de ocupación estudiantes.

Tabla N°5.3
Estado civil en usuarias primíparas en puerperio tardío del Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja, con depresión posparto

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	10	55,6
Unión Libre	4	22,2
Casada	3	16,7
Divorciada	1	5,6
Viuda	-	-
Total	18	100

Fuente: Hoja de recolección de datos.
 Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

Gráfico N°5.3



Fuente: Hoja de recolección de datos.
 Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

De los casos con depresión posparto en mujeres primíparas: 10 casos (55.6%) son solteras, seguidas de cuatro casos (22.2%) de unión libre.

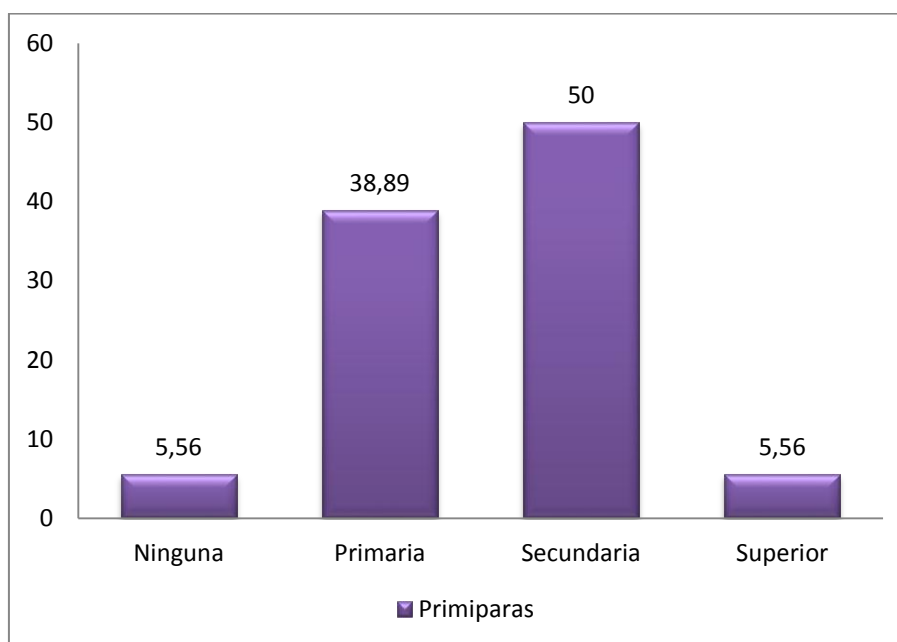
Tabla N°5.4

Instrucción en usuarias primíparas en puerperio tardío del Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja, con depresión posparto

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	1	5,6
Primaria	7	38,9
Secundaria	9	50,
Superior	1	5,6
Total	18	100

Fuente: Hoja de recolección de datos.
Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

Grafico N°5.4



Fuente: Hoja de recolección de datos.
Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

La instrucción de las mujeres primíparas con depresión posparto es de 9 casos (50%) secundaria, siete casos (38.9%) de primaria.

Depresión posparto en multíparas en relación a condiciones socio demográficos de las usuarias multíparas del en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja

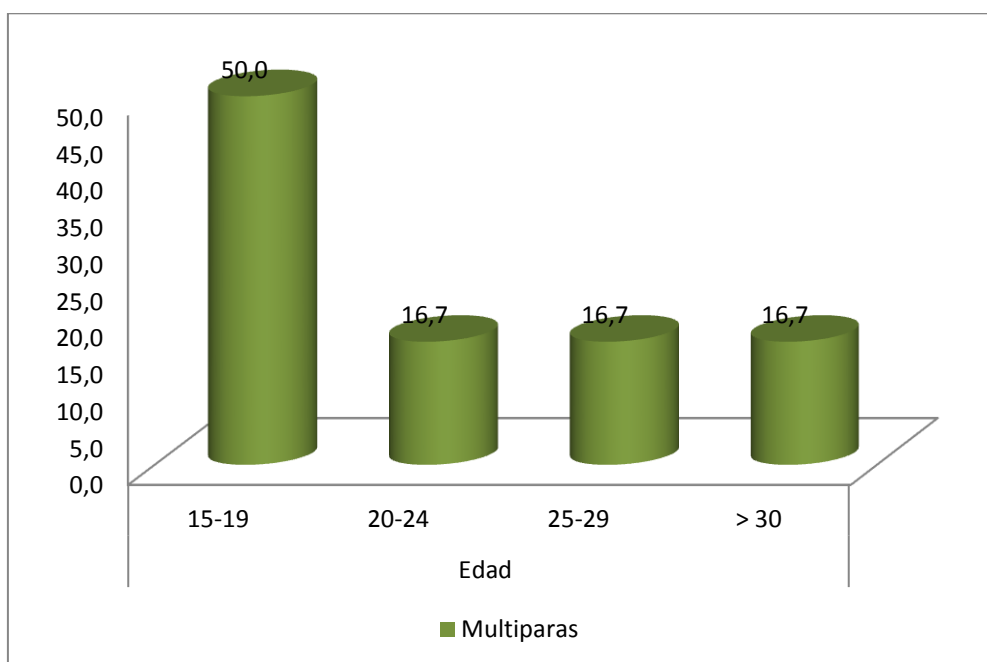
Tabla N°6.1

Edad de las usuarias multíparas en puerperio tardío del Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja, con depresión posparto

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15-19	3	50
20-24	1	16,7
25-29	1	16,7
> 30	1	16,7
Total	6	100

Fuente: Hoja de recolección de datos.
Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

Grafico N°6.1



Fuente: Hoja de recolección de datos.
Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

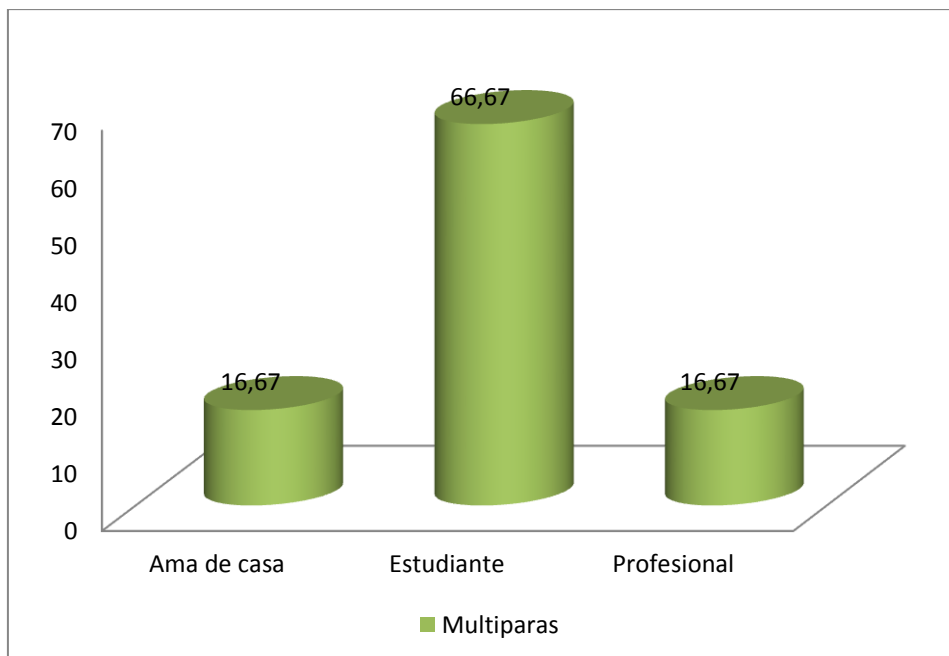
La edad de mujeres multíparas en puerperio tardío con depresión posparto está dentro de 15-19 años con 3 casos (50%).

Tabla N°6.2
Ocupación de las usuarias múltiples del Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja, con depresión posparto

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	1	16,7
Estudiante	4	66,7
Profesional	1	16,7
Total	6	100

Fuente: Hoja de recolección de datos.
 Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

Gráfico N°6.2



Fuente: Hoja de recolección de datos.
 Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

La ocupación de población múltipara con depresión posparto indica 4 casos (66.7%) que son estudiantes.

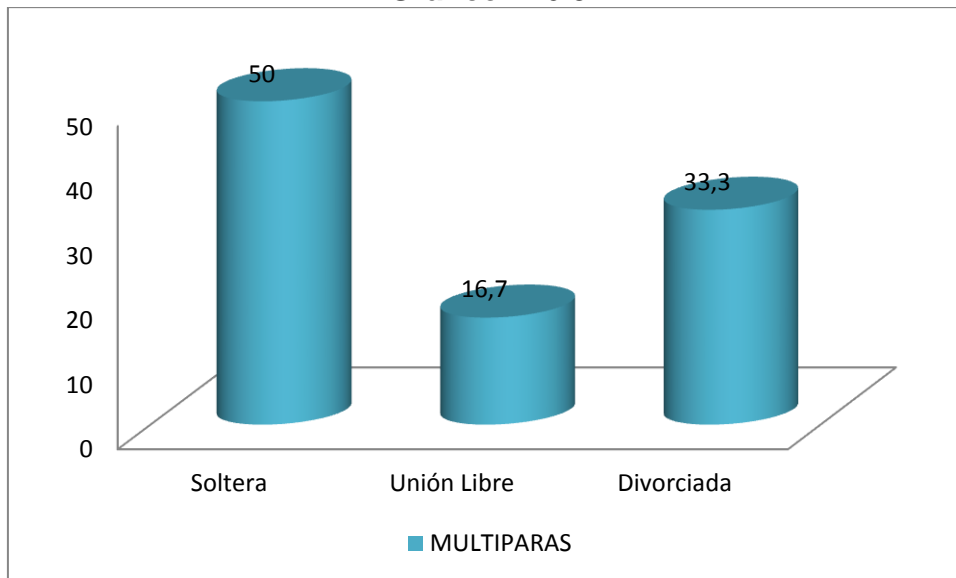
Tabla N°6.3

Estado civil en usuarias múltiples en puerperio tardío del Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja, con depresión posparto

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	3	50
Unión Libre	1	16,7
Casada	-	-
Divorciada	2	33,3
Viuda	-	-
	6	100

Fuente: Hoja de recolección de datos.
Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

Grafico N°6.3



Fuente: Hoja de recolección de datos.
Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

De la población múltipara con depresión posparto, 3 casos (50%) son solteras, 2 casos (33.3%) de mujeres divorciadas.

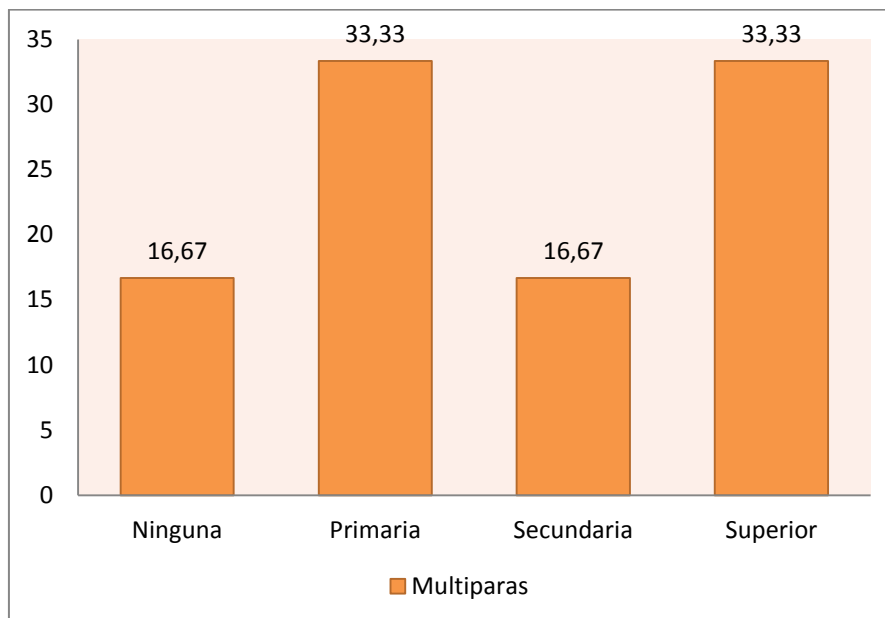
Tabla N°6.4

Instrucción en usuarias múltiples en puerperio tardío del Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja, con depresión posparto

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	1	16,7
Primaria	2	33,3
Secundaria	1	16,7
Superior	2	33,3
Total	6	100

Fuente: Hoja de recolección de datos.
Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

Grafico N°6.4



Fuente: Hoja de recolección de datos.
Elaboración: Dayana Elizabeth Deleg Morocho.

Según los resultados se determinó que de la población múltipara con depresión posparto dos casos (33.3%) son de primaria y dos casos (33.3%) de instrucción superior

7. DISCUSIÓN

El periodo posnatal es una etapa vulnerable para la madre y su hijo(a) ya que enfrentan una serie de cambios que requieren de una adecuada adaptación. Para alcanzar con éxito este proceso, debe considerarse la intervención temprana en las distintas fases del proceso de convertirse en madre, sobre todo si se tiene presente que gran parte de los cuadros son diagnosticados tardíamente lo que puede tener graves repercusiones en la salud materno-infantil.

Según el estudio realizado en Chile por José Urdaneta, en el año del 2011 se determino que las primíparas presentaban depresión posparto en un 90% y las multíparas en un 92% de la población estudiada (Urdaneta M, José, Rivera S, Ana, García I, José, Guerra V, Mery, Baabel Z, Nasser, & Contreras B, Alfi, 2011), mientras que en el estudio realizado por José Espindola en el 2009 en México indica que un 15-22% de las mujeres presentan depresión posparto (J.E., 2009); en nuestro estudio tenemos que el 30% de mujeres primíparas presentaron depresión posparto mientras que el 10% de mujeres multíparas tienen un test indicativo de depresión posparto; por lo tanto es evidente que a diferencia de otros países la frecuencia de esta patología es reducida, sin olvidar que es una patología sub-diagnosticada se demostró que existe mayor riesgo en mujeres primíparas en nuestro contexto de estudio a pesar que diferentes investigaciones indican que la paridad no es un factor fundamental para la presencia de esta entidad.

La población con depresión posparto en el estudio por José Urdaneta en el año 2011 (Urdaneta M, José, Rivera S, Ana, García I, José, Guerra V, Mery, Baabel Z, Nasser, & Contreras B, Alfi, 2011) se encuentra en una edad comprendida entre 23-27 años así mismo los síntomas que predominaron muestran que el 78% de mujeres primíparas presento síntomas de ansiedad y en mujeres multíparas igualmente con 70% que en nuestro estudio el síntoma más frecuente fue disforia con el 40% para las mujeres primíparas y 35% en multíparas; 35% presentan ansiedad, nos demuestra que existe similitud solamente con la población multípara, tomando en cuenta que la mayoría de nuestra población se encuentra en una edad comprendida entre 15-19 años.

En el estudio realizado por Almeida Villacís, Allyson Betsabe en el 2013 en Quito (Almeida Villacís, 2013) indica que la prevalencia de depresión posparto en madres adolescentes que acudieron al Servicio de Adolescencia del Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad en el primer trimestre del año 2013 es del 23.2%. Esto indica que a más de un problema de depresión posparto nos encontramos frente a una problemática social como es el embarazo adolescente y esta es una de las complicaciones que acarrea.

El estudio realizado por Rubén Alvarado en Chile en el 2012 indica que el 89.2% de las mujeres afectadas son de estado civil casada e instrucción secundaria el 36% y primaria el 33% lo cual es opuestamente en nuestro estudio tenemos que tanto 55.6% para las mujeres primíparas y el 50% de mujeres multíparas son de estado civil solteras, y en lo referente a la instrucción el 50% son de instrucción secundaria y el 33.3% de instrucción primaria con esto se determina que en nuestro medio factores socio demográficos como es el estado civil soltera e instrucción secundaria son factores de riesgo para presentar depresión posparto.

De lo que podemos analizar la relación que existe entre depresión posparto y la edad, estado civil, instrucción como factores socio demográficos fundamentales para esta patología ya que por un ámbito estaríamos tratando de una de las consecuencias del embarazo en adolescentes, lo que así mismo acarrearía un nivel de instrucción incompleto y los desafíos de continuar con su aspiraciones académicas y también establecer la responsabilidad de proteger a un nuevo ser.

Según nuestros datos, las condiciones sociodemograficas de la mujer sería unas de las variables con mayor fuerza en la asociación con una posible depresión posparto, criterio compartido por Augusto et al en su estudio realizado en Portugal, y sería llamativa su presentación junto a la ausencia de planificación del embarazo, la ausencia de pareja estable y el no trabajar habitualmente fuera del hogar o perder el trabajo durante el embarazo o puerperio, resultado este último hallado también por Warner et al y Cooper et al, que consideran que el desempleo se relaciona de forma consistente con el riesgo de depresión tras el parto.(Alvarado Rubén, 2013)

8. CONCLUSIONES

Luego del análisis de los resultados obtenidos sobre la depresión postparto se llega a las siguientes conclusiones:

- El 30% de la población primípara en puerperio tardío sufre de depresión posparto según la escala de Edimburgo, y la población multíparas lo padecen en un 10%.
- Con respecto a la sintomatología más relevante que se presentó en las primíparas es la disforia con 40%, seguido del 30% con dificultad para la concentración; en las mujeres multíparas 30% con disforia, el 35% con síntomas de ansiedad y el 23.3% tienen sentimientos de culpa.
- La edad de las usuarias primíparas con depresión posparto, oscila en un 55.6% entre 15 – 19 años, además otros factores socio demográficos indican que: el 50% son estudiantes, el 55.6% son solteras y el 50% tiene instrucción secundaria.
- La relación, depresión posparto y factores socio demográficos de riesgo en multíparas indican que; el 50% tiene edad entre 15 – 19 años, el 66.7% son estudiantes, el 50% son solteras, el 33.3% tiene instrucción primaria y 33.3% instrucción superior.

9. RECOMENDACIONES

En definitiva con respecto a las conclusiones podemos recomendar que:

- Es necesario la participación multidisciplinaria y activa de los profesionales de salud para crear la sinergia adecuada para el diagnóstico temprano de esta patología que es frecuentemente sub-diagnosticada.
- Implementar la aplicación rutinaria de la escala de tamizaje de depresión posparto al momento de alta hospitalaria a todas las mujeres que se encuentran en puerperio de esta manera se logra la intervención correcta para la detección precoz y prevenir complicaciones en la madre, en su hijo(a) y en la relación entre ambos.
- Educar a la familia, a las mujeres gestantes para identificar síntomas de depresión posparto y que hacer posteriormente.
- Fortalecer e inculcar factores protectores para disminuir el riesgo de depresión postparto o complicaciones, como también la aplicación de la terapia adecuada para su tratamiento
- Promocionar activamente la colaboración de los profesionales de la salud, tanto del sistema público como privado que trabajan con mujeres embarazadas, y especialmente aquellos que interactúan con adolescentes, para la actualización de sus conocimientos respecto al diagnóstico y tratamiento de la Depresión posparto debido a que es un problema muy frecuente en esta edad.
- Realizar estudios posteriores para mejor conocimiento sobre la patología así como también durante el control prenatal se recomienda identificar aquellos factores de vulnerabilidad que se han asociado al desarrollo de depresión posparto.

10. BIBLIOGRAFIA

1. ACOG. (2013). *La depresión después del parto*. Washintong: ACOG.
2. Almeida Villacís, A. B. (Mayo de 2013). *repositorio digital PUCE*. Recuperado el 14 de Agosto de 2014, de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5883>
3. Alvarado Rubén, R. M. (2013). Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Revista Scielo. chil. neuro-psiquiatr.* , 84-93.
4. Alvarado-Esquivel C, S.-Á. A.-M.-A.-R. (2010). Prevalencia de la depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gaceta médica de México* , 1-9.
5. Arranz LLC, A. R. (2008). Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. *Ginecol Obstet Mex* , 341-8.
6. AYALA, A.-E. G. (2009). *elsevier.es*. Recuperado el 25 de 07 de 2014, de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13097330&pident_usuario=0&pident_revista=4&fichero=4v26n01a13097330pdf001.pdf&ty=98&accion=.....
7. [L&origen=doymafarma&web=www.doymafarma.com&lan=es](http://www.doymafarma.com)
8. Bagladi. (2009). V. Apuntes de Clases. . *Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa* .
9. Borbalán Escáñez, J. (10 de Noviembre de 2013). *Universidad nacional de Almería*. Recuperado el 22 de Agosto de 2014, de <http://hdl.handle.net/10835/2495>
10. Botero Uribe, J., Júbizhazbún, A., & Henao, G. (2004). *OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA* (SEPTIMA ed.). COLOMBIA: QUEBECOR WORLD BOGOTA.
11. Carbajal, L. P. (04 de mayo de 2010). *smago.org*. Recuperado el 25 de 08 de 2014, de IX CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN

ANESTESIOLOGIA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:
<http://www.smago.org.mx/memorias/IXCURSO/8.pdf>

12. Castañón S Carla, P. L. (2009). *Scielo chile*. Recuperado el 28 de 07 de 2014, de Scielo: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000700005&lng=es.
13. Dennis C-L, H. E. (2008). *La Biblioteca Cochrane Plus*, . Recuperado el 25 de julio de 2014, de Oxford: Update Software Ltd. : <http://www.update-s>
14. Dois Castellón, A. (2012). Actualizaciones en depresión posparto. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 38 (4).
15. Dominguez, M. A. (2009). Depresion Posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puerperas del Hospital Universitario De Brasilia. *Revista Scielo Chile Obstetricia Ginecologia* , 69.
16. Evans G, V. M. (2009). Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Revista Scielo Chile Obstetricia ginecologia* , 491-4.
17. J.E.; V. (2009). Depresion posparto: presencia y manejo psicologico. *El farmaceutico* , 26-30.
18. MSP. (2008). *Componente Normativo Materno*. Ecuador.
19. Obstetricia, A. E. (25 de agosto de 2014). *Asociación Española de Ginecología y Obstetricia*. Recuperado el 29 de agosto de 2014, de Asociación Española de Ginecología y Obstetricia: Asociación Española de Ginecología y Obstetricia
20. Pérez R, S. K. (2007). Variables posiblemente asociadas a depresion posparto segun la escala de Edimburgo. *Scielo Obstetricia - ginecologia Venezuela* , 187-91.
21. Pérez Villegas Ruth, S. C. (2013). Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Revista Scielo ObstetGinecolVenez* , 187-191.

22. Póo F Ana María, E. S. (2009). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Scielo Chile* , 44-52.
23. Salazar, I. A. (01 de 02 de 2011). *ElSevier*. Recuperado el 24 de 08 de 2014, de <http://zl.elsevier.es/es/revista/progresos-obstetricia-ginecologia-151/influencia-visita-puerperal-temprana-deteccion-evolucion-depresion-90001190-articulos-originales-2011>
24. Schwarcz Sala, D. (2004). *Obstetricia* (sexta ed.).
25. SEGO. (2007). *Fundamentos de Obstetricia*. (J. M. Bajo Arenas, J. C. Melchor Marcos, & L. T. Mercé, Edits.) Madrid: Graficas Marte, S.L.
26. Vidal Millares, M. (2010). Influencia de la personalidad y ambiente en la sintomatología depresiva de los trastornos por ansiedad y depresion. *Scielo* , 85-92.
27. WILLAMS. (2011). *Obstetricia*. Mexico: McGraw-Hill.

11. **ANEXOS**

ANEXO 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., con número de cédula
Nº....., en plena capacidad de decisión, acepto libremente y bajo
responsabilidad personal participar en el estudio cuyo tema es “**DEPRESIÓN
POSTPARTO EN PRIMIPARAS Y MULTIPARAS EN EL CENTRO DE SALUD
Nº 3 DE LA CIUDAD DE LOJA**”. Para que se me realice el test
correspondiente.

Firma:

.....

**“UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA”
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA
“DEPRESION POSTPARTO EN PRIMIPARAS Y MULTIPARAS EN EL
CENTRO DE SALUD N° 3 DE LA CIUDAD DE LOJA”**

Hoja de datos

- Nombre: _____
- Instrucción:
 - Primaria: ()
 - Secundaria: ()
 - Superior: ()
 - n/C: ()
- Estado civil:
 - Soltera ()
 - Casada ()
 - Unión libre ()
 - Divorciada ()

- Edad:

- Gestas: _____. Partos: _____.

- Fecha de parto: _____

- Número de hijos: _____

ESCALA DE EDIMBURGO

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:

- | | |
|---|--|
| 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 | 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 |
| 2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i>
tanto como siempre
menos que antes
mucho menos que antes
casi nada | 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 |
| 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 | 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 |
| 4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i>
no, nunca
casi nunca
sí, a veces
sí, con mucha frecuencia | 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 |
| 5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i>
sí, bastante
sí, a veces
no, no mucho
no, nunca | 10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i>
sí, bastante a menudo
a veces
casi nunca
nunca |
-

ANEXO 3

Loja. Marzo del 2014

Dr. Roberth Salcedo

DIRECTOR DEL AREA DE SALUD N°3 DE LOJA

Ciudad.

De mis consideraciones:

Yo Dayana Elizabeth Deleg Morocho, con cédula de ciudadanía 1104608243, estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja; me dirijo a usted muy respetuosamente deseándole éxitos en el desempeño de sus funciones, el motivo de la misma es para solicitarle ya que por motivo de estar en etapas de culminar mi carrera profesional y como requisito es realizar el estudio de Tesis previo grado de Médica General, me digno pedir el permiso correspondiente para realizarla en las madres primíparas y multíparas que acuden al centro de Salud que responsablemente usted dirige, para poder desarrollar y llevar a cabo mi Tesis cuyo tema es: **“DEPRESION POSTPARTO EN PRIMIPARAS Y MULTIPARAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 3 DE LA CIUDAD DE LOJA”**

Por la atención prestada y esperando una respuesta positiva desde ya antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

Dayana Elizabeth Deleg Morocho

1104608243

INDICE

CARATULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
1. TITULO:	- 1 -
2. RESUMEN	- 2 -
3. INTRODUCCIÓN	- 4 -
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	- 5 -
Capítulo I: Embarazo.....	- 5 -
1.1. Definición de embarazo.....	- 5 -
1.2. Etapas del embarazo.....	- 6 -
1.3. Modificaciones psíquicas en el embarazo.....	- 6 -
2. Parto.....	- 6 -
2.1 Fase 1:.....	- 7 -
2.2 Fase 2:.....	- 7 -
2.3 Fase 3.....	- 7 -
3. Puerperio	- 8 -
3.1.1. Definición:.....	- 8 -
3.1.2. Clasificación:	- 9 -
Capítulo II: trastornos depresivos en el Posparto.....	- 9 -
2.1 Etiología.....	- 10 -
2.2 Clasificación:.....	- 18 -
2.2.1 Depresión posparto.....	- 20 -
2.2.1.1 Definición:.....	- 20 -

2.2.1.2 Manifestaciones clínicas	- 21 -
2.2.1.3 Diagnostico	- 22 -
2.2.1.4 Complicaciones	- 27 -
5. DISEÑO METODOLOGICO	- 29 -
6. RESULTADOS	- 32 -
Tabla N°1	- 33 -
TablaN°2	- 34 -
Tabla N°3	- 35 -
Tabla N°4	- 36 -
Tabla N°5.1	- 37 -
Tabla N°5.2	- 38 -
Tabla N°5.3	- 39 -
Tabla N°5.4	- 40 -
Tabla N°6.1	- 41 -
Tabla N°6.2	- 42 -
Tabla N°6.3	- 43 -
Tabla N°6.4	- 44 -
7. DISCUSIÓN	- 45 -
8. CONCLUSIONES	- 47 -
9. RECOMENDACIONES	- 48 -
10. BIBLIOGRAFIA.....	- 49 -
11. ANEXOS	- 52 -
INDICE	- 57 -