

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN LA DEPRESIÓN
POSTPARTO EN TULUÁ, 2017**

Stephanie Rubiano Jaramillo

Andrea Vega Garzón

Paola Velásquez Mejía

Manuela Zuñiga Garzón



ANTEPROYECTO DE INVESTIGACIÓN

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE

MEDICINA

2017

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN LA DEPRESIÓN
POSTPARTO EN TULUÁ, 2017**

Stephanie Rubiano Jaramillo

Andrea Vega Garzón

Paola Velásquez Mejía

Manuela Zuñiga Garzón

ASESORA DE PROYECTO

Dra. Lina María Montoya

Médica-epidemióloga

Docente UCEVA



**ANTEPROYECTO DE INVESTIGACIÓN
UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
MEDICINA
2017**

Contenido

1. PROBLEMA	5
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:	7
2. JUSTIFICACIÓN	8
3. OBJETIVOS:	10
3.1 OBJETIVO GENERAL	10
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3.3 HIPÓTESIS	10
3.3.1 HIPÓTESIS NULA	10
3.3.2 HIPÓTESIS ALTERNATIVA	10
4. MARCO TEÓRICO	11
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES	11
4.2 MARCO REFERENCIAL	18
4.3 MARCO CONCEPTUAL	26
4.4 MARCO LEGAL	31
4.5 PALABRAS CLAVES	34
5. MARCO METODOLÓGICO	35
5.1 TIPO DE ESTUDIO	35
5.2 POBLACIÓN	35
5.3 MARCO MUESTRAL	35
5.4 METODOLOGÍA	35
5.5 UNIDAD DE ANÁLISIS	36
5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	37
5.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	37
5.8 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES: Ver anexo1	37
5.9 PLAN DE ANÁLISIS	37
5.10 MARCO BIOÉTICO	38
5.11 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL	39
5.12 POBLACIÓN BENEFICIADA	40
6.0 CRONOGRAMA	41
7.0 PRESUPUESTO	42
REFERENCIAS	43

ANEXOS	53
ANEXO 1: CUADRO OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	53
ANEXO 2: ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO	57
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO	59
ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL	60



1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la vida de la mujeres quienes deseen ser madres, el embarazo es una de las etapas de mayor importancia, pues durante 9 meses su cuerpo se constituye en aquel espacio en donde se gesta una nueva vida, es decir, que en cada uno de estos la madre vivencia cambios físicos y emocionales que le permiten vivir una experiencia única y constructiva que se prolonga en la continuidad de su existir, pues cada una de ellas después del parto buscará brindar comprensión, cariño y otros sentimientos a su bebe, para que este se desarrolle de manera adecuada.

No obstante, este proceso lógico de ser madre se ve interrumpido cuando algunas de ellas luego de dos semanas del parto vivencian alteraciones emocionales, tales como tristeza, depresión, cansancio, ansiedad entre otros que rompen el vínculo madre – hijo; causando con esto un entorpecimiento en su desarrollo psicosocial que incluye desempeño laboral, familiar, educativo, inclusive satisfacer sus propias necesidades y las de su bebe, etc.

Conviene mencionar, que esta alteración en el comportamiento de la mujer que ha dado a luz se conoce como depresión postparto y afecta en la mayoría de los casos a madres adolescentes, puesto que ellas no cuentan con la madurez, habilidades y destrezas necesarias para de manera sostenida y con inteligencia afrontar un nuevo modelo de vida que incluye un nuevo ser que depende totalmente de sus cuidados, afecto y responsabilidad. Aunque, esto no indica que en otras edades también se evidencie la problemática relacionada.

Actualmente es de suma importancia detectar tempranamente y de manera precoz la depresión postparto; así mismo es relevante conocer datos estadísticos sobre la prevalencia que se evidencian a continuación; según el estudio realizado por la revista médica de Chile en el año 2015 da a conocer que la prevalencia mundial de DPP a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20%, observándose mayores valores en madres adolescentes (26%) y en los niveles socioeconómicos más bajos (38,2%) (1).

En cuanto a la prevalencia latinoamericana, según la revista chilena de obstetricia y ginecología en el año 2014 se reportó una alta prevalencia de DPP: Chile 50,7%, Colombia 32,8%, México 32,6%, Perú 24,1% y Venezuela 22%(2).

A nivel nacional, fue descrito por la revista de salud pública de la universidad nacional de Colombia en el año 2014 que la prevalencia de DPP fue de 12,9%, siendo mayor en zonas urbanas 15,1 % que en zonas rurales 6,8 %; y en mujeres de 20 a 34 años 13,4 %. Por distribución geográfica, el departamento de Amazonas y Guainía presentan menor prevalencia de DPP 3,1% y 3,5%, respectivamente,

mientras que en la ciudad de Bogotá y el departamento del Quindío la prevalencia de DPP fue de 18,1% y 22,1%, respectivamente. Tras el ajuste, las mujeres de 20 a 34 años de edad (OR=1,15; IC95 % 1,03-1,28), la primigravidez (OR=1,42; IC95 % 1,28-1,57), el residir en zonas urbanas (OR=2,43; IC95 % 2,06-2,87) y el nivel escolar universitario (OR=2,22 IC95 % 1,98-2,48), permanecieron asociados a la DPP. (3)

Se tomó como población más cercana a estudio del municipio de Tuluá, el Hospital San Juan de Dios ubicado en la ciudad de Cali en el departamento del Valle del Cauca al no encontrar datos existentes a cerca de la DPP en nuestro sitio de estudio y los cuales pudieran servir de fuente de referencia en cuanto a la prevalencia. Así como fue especificado por la revista colombiana de obstetricia y ginecología en el 2011 por medio de un estudio descriptivo de corte transversal en el cual fueron estudiadas 149 mujeres y se halló una prevalencia de depresión posparto del 46,3% (IC 95%: 38,1- 54,7) según la escala de Edimburgo. Entre las mujeres con puntaje positivo el 21% (IC 95%: 9,3 - 52,4) habían tenido ideas suicidas en la última semana. Se identificó una relación del antecedente de depresión previa con la depresión posparto (OR = 2,43; IC 95%: 1,14 - 5,18) (4).

Así pues, la depresión posparto se hace notoria, puesto que la gestación implica cambios fuertes en su actividades diarias, relaciones sociales y otras más que hacen que después del parto cada una de ellas vivencien un desequilibrio emocional que no solo afecta su desarrollo físico, emocional y mental sino el del nuevo ser, que necesita de condiciones aptas para su desarrollo. Situación ésta, que se refleja con claridad en el estudio de cohorte realizado en la ciudad de Bucaramanga en donde establece que:

La tasa de incidencia de depresión posparto en adolescentes fue de 0,6 casos/1.000 días – persona (IC 95% 0,07–2,2); en mujeres de 21 a 34 años fue de 1,0 caso/1.000 días – persona (IC 95% 0,3–2,0); y de 1,9 casos/1.000 días – persona (IC95% 0,3–5,4) en mujeres mayores. Cuando se hizo ajuste, el hazard ratio fue de 3,0 (IC95% 0,3–29,9) para las mujeres de 21 a 34 años y de 7,4 (IC 95% 0,6–95,6) para las madres mayores de 34 comparándolas con adolescentes (5).

Si bien los datos no son estadísticamente significativos, los valores indican un alto significado para la práctica clínica y abre las puertas para estudios de asociación que permitan demostrar que dichos resultados no son producto del azar, sino de una verdadera asociación que hasta el momento se desconoce o no se visibiliza de la misma manera que otros trastornos, llevando al abandono social y familiar de las madres que lo padecen por desconocimiento de sus manifestaciones o por diagnósticos diferenciales y erróneos, que en nada favorecen el pronóstico de dicha problemática en la paciente que la padece.

Lo planteado en el párrafo anterior establece una posible relación entre la depresión postparto y factores psicosociales, económicos, culturales y clínicos: violencia sexual, intrafamiliar, física, psicológica, definido algunos como violencia familiar, se han identificado varios factores de riesgo asociados con la DPP como lo son antecedentes personales de baja autoestima, depresión y DPP previas y en particular, cuadros ansiosos, depresivos y de estrés durante el embarazo. También se ha identificado de forma constante una relación significativa entre los factores sociodemográficos como la edad, etnia, estado civil, estrato socioeconómico, escolaridad, empleo y los psicosociales como la falta de apoyo social y el acompañamiento de la pareja y familia en el desarrollo de la DPP.

Razón ésta por la que se ha venido siendo repetitivos en que afecta en un mayor grado a las embarazadas adolescentes quienes deben dar un giro total a su modelo de vida que de manera general conlleva a que surjan sentimientos de frustración, desesperanzas, o impotencia, ansiedad y otros comportamientos más que influyen negativamente en su vida.

Como se puede establecer la depresión postparto es una alteración compleja, que trae consigo muchos efectos negativos y es precisamente por esta razón que se ha convertido en el punto de referencia para realizar estudios e investigaciones, tal como aquella realizada por Medical Science Monitor en el 2014 que se enfocó en establecer que:

Cuando una madre tiene depresión posparto, su bebé puede desarrollar problemas internos y externos de conducta, problemas mentales generales y problemas emocionales, y el niño puede presentar retardado en el desarrollo del lenguaje y la cognición. Por lo tanto, es muy importante explorar los factores de riesgos patogénicos de la depresión posparto y tomar medidas preventivas o terapéuticas que permitan ayudar a la madre y su bebé. (6)

Entonces, la depresión postparto es un suceso perjudicial para las madres e hijos, pues para ambos traerá repercusiones a largo plazo por lo que no crearán un vínculo afectivo desde el inicio. Por esta razón, es que se decide desarrollar un trabajo investigativo en el municipio de Tuluá, Valle del Cauca que permita determinar la prevalencia y posibles factores presentes en la depresión postparto de madres del municipio.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la prevalencia y cuáles los factores de riesgo presentes en la depresión posparto de madres del municipio de Tuluá, durante el 2017?

2. JUSTIFICACIÓN

La maternidad se ha constituido como una experiencia biopsicosocial de gran significado para las mujeres, pues en el desarrollo de la misma vivencian una serie de sentimientos que enriquecen su interior. Pero este momento de tan gran complejidad en algunos casos se ve afectado por un desequilibrio emocional y psicológico que es conocido en el ámbito de la medicina como depresión postparto, es decir, que este se caracteriza por ser un trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que comienzan en cualquier momento durante los dos meses posteriores al parto y cuya duración puede variar de semanas a meses y se describe como un estado depresivo al que acompañan síntomas como llantos, fatiga, pérdida de energía, incomodidad física, problemas de concentración, pérdida de apetito, etc. (7)

Lo planteado textualmente permite establecer que los síntomas de la depresión postparto se dan con mayor impacto en las gestantes adolescentes, pues en esta edad aún no se encuentran preparadas para ser madres y por ello se generan profundos cambios somáticos y psicosociales que se ven reflejados en un comportamiento negativo que no solo afecta su desarrollo sino el de su bebé, quien vivencia momentos de abandono que se constituyen en una fuerte amenaza para su adecuado desarrollo emocional y cognoscitivo. De igual modo, los factores económicos, sociales, culturales y clínicos (edad, paridad, etnia, estado civil, educación, ocupación, violencia familiar etc) también afectan a las madres adultas, quien en muchos casos padece angustia, estrés y otras alteraciones emocionales.

Conviene señalar, que a pesar de que este tipo de depresión tiene fuertes impactos en la madre y el hijo no se le da un claro abordaje desde la perspectiva médica, pues en muchas ocasiones quien la padece desconocen que esta puede ser tratada y por ende esperan a que simplemente dejen de darse. Situación ésta, que puede traer consigo complicaciones más fuertes.

Debido a esto, la realización del trabajo denominado prevalencia y posibles factores presentes en la depresión postparto en madres del municipio de Tuluá en el 2017, es de gran importancia en el ámbito de la salud pública puesto que se dará a conocer una temática que causa fuertes daños en la salud física, mental y social de la madre y el hijo ya que no es una enfermedad atendida con igual cuidado que otras enfermedades. Lo evidenciado en la literatura buscada tanto mundial como nacional no es muy clara una orientación hacia la búsqueda y diagnóstico de la DPP, tal vez por la no visibilización del problema, confusión en cuanto a sus manifestaciones iniciales, el momento oportuno del diagnóstico y el tratamiento, entendiéndose que gran parte del sistema de salud en Colombia establece el control posparto por parte del médico general o del personal de enfermería cuyo abordaje clínico pudiera de una forma directa ser aprovechada para la captación, manejo y rehabilitación oportuna de esta patología.

En conclusión, el desarrollo del trabajo permite que como profesionales en el ámbito de la medicina se tenga un mayor conocimiento teórico sobre una problemática de gran impacto, lo que da la posibilidad al estar en la práctica de brindar las mejores alternativas de solución, estableciendo inicialmente qué porcentaje de las gestantes del municipio pueden estar cursando con DPP, a través de un cuestionario científicamente validado que permite hallar los síntomas iniciales que faciliten el diagnóstico oportuno e intervención por parte de los profesionales idóneos para su tratamiento y seguimiento.



3. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVO GENERAL

Hallar la prevalencia y factores de riesgo presentes en la depresión postparto en madres del municipio de Tuluá en el 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Determinar la prevalencia de depresión postparto en el municipio de Tuluá en el 2017.

3.2.2 Identificar cuáles de los factores de riesgo sociales, culturales, económicos o clínicos son los de mayor presentación en las puérperas del municipio.

3.2.3 describir el comportamiento demográfico y social de la depresión posparto como factores de riesgo relacionados.

3.3 HIPÓTESIS

3.3.1 HIPÓTESIS NULA

No existe relación entre los factores riesgo y el desarrollo de DPP en las gestantes del Municipio de Tuluá.

3.3.2 HIPÓTESIS ALTERNATIVA

Si existe relación entre los factores de riesgo y el desarrollo de DPP en las gestantes del Municipio de Tuluá.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

El propósito de esta investigación es proporcionar antecedentes acerca de la depresión postparto (DPP) como la complicación psiquiátrica más frecuente del periodo postnatal y, dadas sus potenciales repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé, su correcto abordaje debe constituir una prioridad en salud pública pues uno de los principales objetivos del milenio es garantizar la maternidad segura. Además, provee una especial oportunidad de prevención pues está precedida por un “marcador” definido: el nacimiento de un hijo. Se han identificado grupos de riesgo y un período de mayor vulnerabilidad, que son los primeros tres meses del período postnatal. Se caracteriza por la presencia de síntomas incapacitantes de incomodidad y afrontamiento, que pueden verse exacerbados por baja autoestima materna, falta de confianza y expectativas irreales sobre la maternidad. (8)

La prevalencia mundial de DPP a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20%, observándose mayores valores en madres adolescentes (26%) y en los niveles socioeconómicos más bajos (38,2%). Respecto de su prevalencia en el mundo occidental, se han reportado valores más altos en países emergentes que en los desarrollados. (9)

En Latinoamérica se ha reportado una alta prevalencia de DPP: Chile 50,7%, Colombia 32,8%, México 32,6%, Perú 24,1% y Venezuela 22%. Sin embargo, es difícil determinar la prevalencia real de este trastorno, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que 10 a 20% de las puérperas son afectadas por esta entidad. (10)

En el país la depresión postparto es frecuentemente sub diagnosticada debido a que no se tienen muchos estudios de su prevalencia y la relevancia que conlleva un diagnóstico oportuno, es por ello que no se encuentran estudios recientes acerca de dicha entidad en nuestro país; uno de los últimos estudios con gran significancia a nivel nacional fue el que se hizo en el año 2010 por parte de la revista de salud pública de la universidad nacional de Colombia y la universidad Manuela Beltrán, los cuales realizaron un estudio de tipo transversal en el que tomaron como base

los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 (ENDS 2010) donde se estudiaron variables como la edad, gravidez, nivel educativo, distribución geográfica etc.

Ellos reportaron que en una muestra de 53.521 mujeres entre los 13 y 49 años de edad, la prevalencia de DPP a nivel nacional, fue del 12,9 %, siendo mayor en zonas urbanas que rurales (15,1 % vs. 6,8 %), y en mujeres de 20 a 34 años con 13,4 %. En cuanto al orden de nacimiento, se observó que las mujeres primigestantes, presentan la mayor prevalencia de DPP con 15,4 %, seguido de las mujeres con segundo y tercer parto con 12,5 %. Respecto al nivel educativo más alto alcanzado por la madre también presentó diferencias, siendo la prevalencia de DPP más baja, en las mujeres con nivel educativo de primaria 6,2 %, mientras que la formación universitaria se alcanzó un 21,4 % de DPP. Por distribución geográfica, el departamento de Amazonas y Guainía presentan menor prevalencia de DP 3,1 % y 3,5 %, respectivamente, mientras que en la ciudad de Bogotá y el departamento del Quindío la prevalencia de DP fue de 18,1 % y 22,1 %, respectivamente. Donde se puede observar que las regiones del centro del país, presentan mayor prevalencia de DPP que coinciden con el mayor desarrollo socioeconómico vs las regiones periféricas que precisamente son menos desarrolladas. (11)

En lo que corresponde a las variables analizadas por el estudio se indicó que las mujeres de 20 a 34 años de edad (OR=1,15; IC95 % 1,03-1,28), las primigestantes (OR=1,42; IC 95 % 1,28-1,57), el residir en zonas urbanas (OR=2,43; IC 95 % 2,06-2,87), el nivel de educación superior (OR=2,22; IC95 % 1,98-2,48), e índice de riqueza alto (OR=1,57; IC95 % 1,39-1,77), permanecieron asociados como factores de riesgo para el desarrollo de DPP en nuestro país. (12)

En Cali, Valle del Cauca un estudio descriptivo de corte transversal, realizado en una muestra consecutiva de 149 mujeres que tuvieron un recién nacido sin complicaciones, atendidas en el Hospital San Juan de Dios, entre septiembre y diciembre de 2011. Se halló una prevalencia de depresión posparto del 46,3% (IC 95%: 38,1-54,7) según la escala de Edimburgo. Entre las mujeres con puntaje positivo el 21% (IC 95%: 9,3-52,4) habían tenido ideas suicidas en la última semana. Se identificó una relación del antecedente de depresión previa con la depresión posparto (OR = 2,43; IC 95%: 1,14-5,18). (13)

Con lo que se concluyó que la prevalencia de depresión posparto fue alta en la población estudiada, y que las gestantes con antecedente de depresión tienen alto riesgo de desarrollar la enfermedad y necesitarán evaluaciones adicionales y, eventualmente, tratamiento preventivo. (14)

Según un estudio de tipo transversal que se realizó en un hospital de nivel III de la ciudad de Popayán, con una muestra de 194 puérperas, durante el periodo de enero a junio del 2015, a quienes se les aplicó la escala de depresión de Edimburgo. (15)

Con esto entonces se pudo concluir que la prevalencia de DPP es mayor que la encontrada en los países desarrollados, y es similar a la de América Latina, incluyendo Colombia; La pobreza, las minorías étnicas, el pobre apoyo social, y los resultados adversos maternos y neonatales son los posibles factores asociados. (16)

Conociendo el impacto de esta enfermedad a nivel mundial, regional y local es importante reconocer los factores de riesgo que han sido asociados a esta patología que es frecuentemente sub diagnosticada, debido a que sus signos premonitorios son comúnmente desapercibidos y fácilmente confundidos con otras patologías similares que se presentan tanto en el periodo prenatal como en el posparto.

Aunque no es posible distinguir una causa única que explique la ocurrencia del trastorno, se han identificado varios factores de riesgo asociados con la DPP como lo son antecedentes personales de baja autoestima, depresión y DPP previas y en particular, cuadros ansiosos, depresivos y de estrés durante el embarazo. También se ha identificado de forma constante una relación significativa entre los factores sociodemográficos como la edad, etnia, estado civil, estrato socioeconómico, escolaridad, empleo y los psicosociales como la falta de apoyo social y el acompañamiento de la pareja y familia en el desarrollo de la DPP.

En un estudio de tipo descriptivo, transversal, observacional realizado por Elvira Cabada-Ramos y cols, en México en el estado de Veracruz, en el segundo semestre del año 2011 y el mes de enero del 2012, donde se tomó una muestra de 183 pacientes de la zona urbana, rural e indígena y se aplicó el cuestionario Escala de depresión posnatal de Edimburgo y ficha sociodemográfica diseñada para la recolección de datos como edad, tomándose un rango de edad entre 14 y 42 años,

con una media de 27, en la que las mujeres en edad de 40-44 años presentaron una prevalencia de 33% y las de 15-19 prevalencia del 20%; en cuanto a los días de puerperio la media fue de 32 días para el desarrollo de DPP, al tipo de parto 48% de la muestra fueron parto por cesárea donde el 16% presento DPP, y 52% parto eutócico donde 25% desarrollo la patología, respecto al tipo de familia 65% de la muestra correspondía a tipo nuclear donde el 23% presento DPP, referente al estado civil el 11% eran solteras donde el 31% mostro DPP, en cuanto al nivel educativo, las que tenían nivel primario 34% desarrollaron la enfermedad vs 3% de las que tenían posgrado y maestría, en relación a la ocupación el 80% de la muestra se desempeñaban solamente a labores del hogar en donde apareció DPP en 17% vs 20% eran empleadas donde solamente el 6% desarrollo la enfermedad, con esto se concluye que la depresión posparto debe de ser contemplada con base en variables biopsicosociales y la identificación de estos episodios en etapas tempranas evitará las consecuencias negativas tanto para la madre como para el producto (17)

El apoyo de la pareja de la nueva madre es especialmente importante. Es más, los problemas en la relación de pareja se considera un factor de riesgo moderado para la DPP La prevalencia de Violencia de psicológica por parte de la pareja fue del 38,6%, la de violencia físico 23,4% y violencia sexual 7,1%. El análisis multivariado mostró que DPP estaba fuertemente asociado con la violencia psicológica y física / sexual actual, después de controlar los factores de confusión, y menos con la violencia de pareja previa (prenatal o de por vida). (18)

En un estudio descriptivo transversal realizado por Borda et al en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia) en el 2012 reportaron: un promedio para la edad de las embarazadas de 24,79 (S: $\pm 5,384$) años, y se encontró la mayor frecuencia en el grupo de 18 a 24 años. (19)

En cuanto a la edad como factor de riesgo existen discrepancias respecto al grupo de las adolescentes y adultas, sin embargo en un estudio de tipo comparativa con diseño no experimental, transeccional, de casos y controles realizado por Katherine L. Molero, José Ramón Urdaneta Machado y cols, se encontró que al comparar las puntuaciones totales en la escala de puntuación de Edimburgo (EDPS) las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas ($5,88 \pm 1,96$ vs. $11,58 \pm 2,9$; $p < 0,001$), mostrando significativamente una mayor frecuencia de ansiedad ($p < 0,05$), sentimiento de culpa ($p < 0,001$) y dificultad para la concentración ($p < 0,001$), que es indicativo de un mayor riesgo de presentar DPP. Traduciéndose

en 4% de puérperas adolescentes y 72% de las adultas con probable DPP, que al confirmarse mediante la entrevista del DSM IV mostró una prevalencia de 2% y 38%, en adolescentes y adultas respectivamente. En las adultas predominó como factores de riesgo significativos el bajo nivel educativo ($p < 0,05$), las dificultades con la lactancia ($p < 0,001$) y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo ($p < 0,001$). (20)

La DPP como ya se ha hecho mención anteriormente, tiene una expansión a nivel mundial y a pesar de que su prevalencia en cuanto a Latinoamérica es significativamente más alta que en los países desarrollados, estos últimos también presentan cifras significativas en donde se puede observar en el siguiente estudio realizado en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Guro de la Universidad de Corea de medicina, ubicada en Seúl, Corea a cargo del autor Hyun Jeong-Ghang at cols. Donde también se relacionan factores de riesgo que propiamente no son iguales pero tal vez si tengan similitudes a los evidenciados en occidente puesto que su estilo de vida y su desarrollo es potencialmente más notorio lo que podría indicar unos resultados menos marcados.

En efecto, los análisis realizados en el hospital general psiquiátrico, contó con un estudio de tipo transversal de mujeres embarazadas ($n=1262$) matriculadas en la división local de un centro de salud mental de la comunidad, cuyos resultados obtenidos arrojan que la depresión prenatal se asoció con varias correlaciones biopsicosociales: soltería, bajo nivel de educación, el tabaquismo, los bajos ingresos, la historia familiar de depresión, antecedentes de depresión, historia de abuso físico, la historia de abuso sexual, síndrome premenstrual, primiparidad y el embarazo no planeado. Cuando las asociaciones de apoyo emocional con la depresión prenatal se especifican mediante sus recursos, el apoyo emocional actual de la pareja odds ratio (OR) = 2,26, 95% intervalo de confianza (CI) = 1,94 a 2,64] y la madre (OR = 1,43, 95% CI = 1,26-1,62) y la experiencia pasada para el apoyo emocional de la madre (OR = 1,52 depresión, IC del 95% = 1,32 a 1,74), pero no de la depresión durante el embarazo influenciada significativamente por el padre. (21)

Por lo cual, los autores concluyen y hacen énfasis en que: sería necesario el enfoque biopsicosocial multidimensional para identificar y evaluar la depresión prenatal. Promover el apoyo emocional de la pareja, miembro de la familia y, posiblemente, el proveedor de salud podría ser un efecto protector contra el desarrollo de la depresión prenatal. (22)

Por otro lado, cabe mencionar que a nivel de Latinoamérica son variados los estudios realizados en cuanto a DPP y sus factores asociados, así pues, fue material a investigar en el Hospital regional de Cajamarca en Perú 2014, la disfuncionalidad familiar (DF) y violencia familiar (VF) como factores de riesgo de depresión postparto, que al igual que otros países vecinos como Colombia, México Chile, sus bajas condiciones económicas representan cambios en cuanto a su salud puesto que, la precariedad en su calidad de vida contribuyen al riesgo de violencia doméstica aumenta con el embarazo, pues el padre adquiere una actitud de ansiedad y tensión frente a una futura responsabilidad y de esta forma repercute en forma agresiva hacia su pareja haciéndola más vulnerable a desarrollar depresión, inferioridad, angustia, baja autoestima y aislamiento.

Se utilizó un estudio observacional retrospectivo con diseño de caso y controles, en una población de 3250 puérperas atendidas en Hospital Regional de Cajamarca durante el año 2014, hallándose que la frecuencia de DF en las puérperas con DPP fue de 72.9%, mientras que la frecuencia de DF en las puérperas sin DPP fue 25.0%, con diferencias significativas ($p=0.000$), $OR=8.1$, IC 95% de 3.7 a 17.7; resultado que indica que la mujer con DF tiene 8 veces más riesgo de DPP que las que no tienen DF. Se analiza la asociación entre la VF y DPP, hallándose que la frecuencia de VF en las puérperas con DPP fue 47.8%, mientras que la frecuencia de VF en las puérperas sin DPP fue 18.8%, con diferencias significativas ($p=0.01$), $OR=3.7$, IC 95% de 1.7 a 7.9, resultado que indica que las mujeres con VF tienen cerca de 4 veces más riesgo de presentar DPP que las que no estuvieron expuestas. El tener DF y sufrir VF, fueron más frecuentes en las mujeres con DPP (39.5%), que en las mujeres sin DPP (10.4%). (23)

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 puérperas. 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. Ha sido validada en diversos países y culturas, 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. 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. (24)

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. (25)

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. (26)

Sin embargo, otros estudios como el de corte transversal descriptivo realizado en Cali en el hospital San Juan de Dios que atiende gestantes del aseguramiento subsidiado y contributivo de los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 del suroccidente colombiano. En el cual se incluyeron mujeres que estuvieran en su primera semana posparto y con un recién nacido vivo sin complicaciones (27)

También el que se realizó en Cartagena donde se diseñó un estudio para la validación de la escala de depresión de Edimburgo en mujeres embarazadas, el cual mostró una alta consistencia interna alfa de Cronbach de 0,78. (28)

Y por último el estudio realizado en Bucaramanga el cual consta de un diseño de tipo cohorte, en el que se siguieron a varias mujeres en diferentes centros asistenciales, a las cuales se les realizó una primera evaluación antes de las 24 horas posparto con el fin de descartar pacientes que estuviesen cursando con un cuadro de depresión y garantizar que el inicio de la misma no hubiese sido previo al parto. Las mujeres elegibles fueron seguidas por 42 días. Se entrevistaron nuevamente a la tercera y sexta semana del puerperio. (29)

Con todo lo anterior se concluye que la DPP es un problema de salud frecuente a todas las edades, que debe ser atendido y reconocido por el personal de salud, y se recalca la importancia de un adecuado seguimiento en la mujer gestante y la vigilancia estrecha de la puérpera desde la primera semana posnatal. (30)

Demostrando que aunque la escala de depresión de Edimburgo tiene alta sensibilidad en la sexta a octava semana es importante realizar un seguimiento estricto de las mujeres en los primeros días del alumbramiento.

En el año 2008 en Chile se realizó un estudio utilizando una metodología cuantitativa, se realizó un estudio antes-después comparando 2 muestras de madres puérperas,

en períodos equivalentes de 2 años consecutivos donde se quiso mejorar la pesquisa de la DPP a través de la Escala de Edimburgo dando como resultado que:

Se revisaron los registros médicos de 110 mujeres de 24 ± 7 años y se aplicó el instrumento a 110 mujeres de 26 ± 7 años. En el primer grupo, la tasa de detección espontánea de síntomas depresivos fue del 4,6% (5/110). En el 26,4% de las mujeres en las que se aplicó el instrumento, se encontraron síntomas depresivos y 15% tenían una depresión posparto. La tasa de aplicación de la escala fue del 88% y la tasa de aceptación de las madres fue del 100%. (31)

Con la anteriormente descrito con respecto a la escala de depresión postparto de Edimburgo, ésta mejora significativamente la detección de los síntomas de DPP y es bien aceptada por profesionales de la salud y madres.

Asimismo, en el año 2007 se realizó un estudio de tipo transversal a embarazadas del área urbana de Cartagena, Colombia quienes asistían al control prenatal en una clínica pública de maternidad durante el mes de abril del 2007 en el cual se validó un instrumento de tamizaje sin patrón de oro (metodológico), de la escala de Edinburgo para depresión posparto con 200 mujeres gestantes letradas entre 18 y 42 años, con un promedio de 24,3 años (DE = 5,2), residentes de estrato económico bajo que asistían a consulta externa en una clínica pública de maternidad en Cartagena, Colombia. Se determinó consistencia interna (alfa de Cronbach) y la estructura factorial de la escala (análisis factorial exploratorio). (32)

La escala mostró una consistencia interna de 0,78, una estructura tridimensional (ánimo deprimido, anhedonia y desesperanza y culpa) que explicaba el 59,9% de la varianza. (33)

Como se había mencionado anteriormente, la escala de depresión postparto de Edimburgo posee una alta consistencia interna y una estructura tridimensional para el concepto de depresión en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia.

4.2 MARCO REFERENCIAL

¿Qué es la depresión posparto? Según indicado por el National Institute of Mental Health en el 2014, la depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas.

¿Qué causa la depresión posparto? La depresión posparto no tiene una sola causa, sino que es consecuencia de una combinación de factores físicos y emocionales. La depresión posparto no ocurre por algo que una madre hace o deja de hacer. Después de dar a luz, los niveles de hormonas (estrógeno y progesterona) en las mujeres bajan rápidamente. Esto genera alteraciones químicas en el cerebro que pueden provocar cambios en el estado de ánimo. Además, muchas mujeres no pueden descansar tanto como deberían para poder recuperarse totalmente del parto. La falta constante de sueño puede generar incomodidad física y agotamiento, factores que pueden contribuir a los síntomas de la depresión posparto. (34)

Los autores Gao X. y Wang J. llevaron a cabo un estudio de seguimiento que se realizó durante 3 meses a mujeres embarazadas elegibles que no estuvieran recibiendo medicamentos para la depresión el cual demostró que:

Durante el período de estudio, 340 mujeres se inscribieron y completaron el seguimiento de las cuales 37 (10,9%) cumplieron criterios para la DPP. Los niveles séricos de factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) en las mujeres sin DPP fueron significativamente más altos que las de las mujeres con DPP ($P < 0,0001$). Sobre la base de la curva característica operativa del receptor (ROC), se estimó que el valor de corte óptimo de los niveles séricos de BDNF como un indicador para la detección de DPP era 12.0ng / ml, lo cual produjo una sensibilidad de 82,8% y una especificidad del 72,6% y el área bajo la curva estaba 0,809 (95% CI, desde 0,731 hasta 0,887). En el análisis multivariante, hubo un aumento del riesgo de DPP asociado con los niveles de BDNF ≤ 12.0 ng / ml (o CI 7.243, 95%: 3,883 a 12,746; $P < 0,0001$) después de ajustar por posibles factores de confusión. (35)

Durante septiembre y octubre del 2012, se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos que abordan el tema de la depresión posparto. Los límites de la búsqueda fueron estudios de investigación en idioma inglés y español desarrollados entre los años 2001 y 2011, que se encontraban disponibles a texto completo en las bases de datos Proquest, Medline, Pubmed, Cinhal y Scielo, se encontró que:

Una de las hipótesis biológicas asociadas al desarrollo de DPP, 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. (36)

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. (37)

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. (38)

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 DPP 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. (39)

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. (40)

Asimismo, se han descrito una serie de factores protectores asociados a disminuir el riesgo de DPP. 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. (41)

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. (42)

¿Cuáles son los síntomas de la depresión posparto? Algunos de los síntomas más comunes que se puede experimentar incluyen los siguientes:

- Sentirse triste, desesperanzada, vacía o abrumada
- Llorar más frecuentemente de lo normal o sin motivo aparente
- Preocuparse o sentirse excesivamente ansiosa

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

¿Cómo puede una mujer darse cuenta que padece de depresión posparto? Solo un proveedor de atención médica puede diagnosticar la depresión posparto en una mujer. Dado que los síntomas son amplios y pueden variar de una mujer a otra, el proveedor de atención médica puede ayudar a determinar si se deben a una depresión posparto o a algún otro factor. Una mujer que padece de estos síntomas debe consultar inmediatamente con un proveedor de atención médica.

¿Son algunas mujeres más propensas a padecer de la depresión posparto? Algunas mujeres están expuestas a un mayor riesgo de padecer de depresión posparto porque tienen uno o más de los siguientes factores de riesgo:

- Síntomas de depresión durante o después de un embarazo anterior
- Antecedentes de depresión o trastorno bipolar en otra etapa de su vida
- Un miembro de su familia que padeció depresión u otras enfermedades mentales
- Una situación estresante durante el embarazo o poco después de dar a luz, como la pérdida del empleo, la muerte de un ser querido, violencia doméstica o enfermedad
- Complicaciones médicas durante el parto, como el parto prematuro o que el bebé nazca con problemas médicos
- Sentimientos encontrados sobre el embarazo, así haya sido planificado o no

- Falta de apoyo emocional de su esposo, pareja, familia o amigos
- Problemas de abuso de alcohol o drogas.

La depresión posparto puede afectar a cualquier mujer, independientemente de su edad, raza, origen étnico o situación económica. (43)

Es importante diferenciar la DPP de otras alteraciones psicológicas del periodo post parto como el baby blues el cual es un cuadro pasajero caracterizado por hiperemotividad, estado de fragilidad, sentimientos de falta de confianza y de incapacidad para cuidar del bebé. Es considerado un cuadro leve y transitorio, que afecta cerca de 60% de las madres entre el tercer y o quinto día después del parto, teniendo remisión espontánea (SCHWENGBER; PICCININI, 2003). Catão (2002) apunta que tal período es necesario para que la madre perciba que su bebé y ella son individuos separados, marcando el fin de la gravidez psíquica. La psicosis posparto, a su vez, es un trastorno grave y raro, en el cual son notados síntomas como agitación psicomotora, angustia, insomnio, confusión mental, pensamientos delirantes con relación al bebe y, en casos extremos, está altamente relacionado al infanticidio. (44)

Según la gravedad de los trastornos diferenciamos tres situaciones; la tristeza posparto, la depresión posparto (a partir de ahora DPP) y la psicosis posparto. (45)

La tristeza posparto, maternity blues o melancolía posparto es una “depresión posparto” leve y transitoria. Ocurre en el 50-85% de las madres después del nacimiento. Aparece hacia el cuarto día y desaparece normalmente en los primeros diez días. Los síntomas incluyen breves ataques de llanto, ansiedad, tristeza, falta de sueño, confusión e irritabilidad. La idea del suicidio no está presente. No existe tratamiento específico para esta situación. (46)

La psicosis posparto es poco frecuente, con una prevalencia de 0,1 a 0,2%. Sin embargo, requiere un tratamiento de emergencia por el riesgo de infanticidio y suicidio. Los síntomas pueden incluir inquietud, agitación, alteraciones del sueño, paranoia, pensamientos desorganizados, impulsividad, alucinaciones y delirios. Suele ocurrir en las dos primeras semanas después del parto y es común en las primíparas de 35 años o más. (47)

Por último, la DPP se define como un episodio de depresión menor o mayor que está temporalmente asociado con el periodo posparto. (48)

Existe controversia en cuanto a la definición temporal de “posparto”. La OMS en su última clasificación internacional de enfermedades publicada en el 2009 (CIE 10) considera que la DPP pueden aparecer hasta seis semanas después del parto. (49)

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.



Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

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

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____

Teléfono: _____

Se quiere saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera. (50)

1. ¿He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas?
 - a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Algunas veces
 - d) Nunca o casi nunca

2. ¿Ha mirado hacia el futuro con expectativas?
 - a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Algunas veces

- d) Nunca o casi nunca
3. ¿Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien?
- a) Sí, la mayoría de las veces
 - b) Sí, algunas veces
 - c) No muy a menudo
 - d) Nunca
4. ¿Ha estado ansiosa y preocupada sin motivo?
- a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Algunas veces
 - d) Nunca o casi nunca
5. ¿Has sentido miedo y pánico sin motivo alguno?
- a) Sí, la mayoría de las veces
 - b) Sí, algunas veces
 - c) No muy a menudo
 - d) Nunca
6. ¿Te dejas angustiar por situaciones que suceden en el día a día?
- a) Sí, la mayoría de las veces
 - b) Sí, algunas veces
 - c) No muy a menudo
 - d) Nunca
7. ¿Te has sentido tan infeliz que has tenido dificultad para dormir?
- a) Sí, la mayoría de las veces
 - b) Sí, algunas veces
 - c) No muy a menudo
 - d) Nunca
8. ¿Te has sentido triste y miserable?
- a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Algunas veces
 - d) Nunca o casi nunca
9. ¿Te has sentido tan infeliz que te han dado ganas de llorar?

- a) Siempre
- b) Muchas veces
- c) Algunas veces
- d) Nunca o casi nunca

10. ¿Has pensado en hacerte daño?

- a) Siempre
- b) Muchas veces
- c) Algunas veces
- d) Nunca o casi nunca

En el año 2008 en Chile se quiso mejorar la pesquisa de la DPP a través de la Escala de Edimburgo dando como resultado que:

La escala de depresión postparto de Edimburgo mejora significativamente la detección de los síntomas de DPP y es bien aceptada por profesionales de la salud y madres. (51)

Asimismo, en el año 2007 se realizó un estudio en Cartagena, Colombia validando la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo en la cual establece que:

Como se había mencionado anteriormente, la escala de Edinburgh para depresión posparto posee una alta consistencia interna y una estructura tridimensional para el concepto de depresión en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. (52)

4.3 MARCO CONCEPTUAL

Depresión Postparto: es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas. (53)

Factores de Riesgo: es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (54)

Estado civil: Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos. Existen distintos criterios para clasificar los estados civiles: por el matrimonio, el estado de soltero, casado, viudo o divorciado.(55)

Cuidado Prenatal: es más que solamente los cuidados de la salud durante el embarazo. Este incluye las consultas con su proveedor de atención de salud y las pruebas prenatales. El cuidado prenatal puede ayudar a su bebé y a usted a mantenerse sanos. También permite al doctor prevenir y descubrir posibles problemas de salud antes, cuando el tratamiento es más efectivo. (56)

Lactancia materna: es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. (57)

Gravidez: el número de embarazos, actuales y pasados, independientemente del resultado del embarazo. (58)

Paridad: el número de embarazos que alcanzaron las 20 semanas y 0 días de gestación o más allá, independientemente del número de fetos o resultados. (59)

Población rural: en Colombia está conformada por los campesinos pobres, los pequeños, medianos y algunos grandes propietarios. También son pobladores rurales los pescadores, los artesanos y quienes se dedican a las actividades de la minería. Asimismo, los indígenas y gran parte de los miembros de las comunidades negras conforman la población rural. (60)

Personas afroamericanas: se refiere a una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África. (61)

Periodo posparto: dura en general seis semanas, y es el tiempo de adaptación después del parto cuando se revierten los cambios anatómicos y fisiológicos y el cuerpo de la madre regresa al estado normal. (62)

Deserciones estudiantiles: número de estudiantes que abandonan una institución de educación superior en un período determinado, antes de haber obtenido el título correspondiente. (63)

Estado educativo: El sistema educativo colombiano lo conforman: la educación inicial, la educación preescolar, la educación básica (primaria cinco grados y secundaria cuatro grados), la educación media (dos grados y culmina con el título de bachiller.), y la educación superior. (64)

Educación prenatal: La educación prenatal puede percibirse como un ámbito educativo en proceso de normalización y expansión en niveles de comunicación y actuaciones claves: la cultura general, los medios, la comunicación familiar y la comunicación didáctica. (65)

Embarazo en la adolescencia: el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". (66)

Embarazo no deseado: Un embarazo no deseado es un embarazo que se informa que ha sido indeseado (es decir, el embarazo ocurrió cuando no se deseaban niños). El embarazo no deseado es resultado principalmente de no usar anticonceptivos, o el uso inconsistente o incorrecto de métodos anticonceptivos eficaces. (67)

Estilo de vida: Algunas áreas de la ciencia utilizan el término con un sentido más específico. Por ejemplo en epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida, se entiende como un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivos para la salud. (68)

Estilo de vida saludable: Está relacionado con la disminución de la probabilidad de adquirir enfermedades crónicas no transmisibles y de mejorar la calidad de vida; se adquieren en la infancia, pero también en la vida universitaria. (69)

Imagen corporal: Es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del propio cuerpo. (70)

Hormonas químicas: Son mensajeros intracelulares elaborados por un tejido, que ejercen sus acciones sobre otro. Dichas acciones se producen usualmente en una localización lejana del área donde la hormona es liberada a la circulación tras su síntesis. Ocasionalmente, el mensajero intercelular es transportado directamente de una célula a otra. (71)

Población urbana: Se puede definir por medio de uno o más de los siguientes factores: criterios administrativos o fronteras políticas, el tamaño de la población, la densidad demográfica, la función económica y la existencia de características urbanas. (72)

Edad de la madre: La edad de la madre en el momento del parto. La edad materna avanzada se define generalmente como la edad 35 o más en el parto. (73)

Factores socioeconómicos: Factores sociales y económicos que caracterizan al individuo o grupo dentro de la estructura social. (74)

Violencia entre parejas íntimas: Los actos de violencia, que se dan de forma bidireccional en la pareja, tienen su origen en los procesos de socialización, tanto por la práctica de malos tratos, como por la transmisión de valores que se concretan en actitudes justificadoras de la violencia. (75)

Raza: Cada uno de los cuatro grandes grupos étnicos en que se suele dividir la especie humana teniendo en cuenta ciertas características físicas distintivas, como

el color de la piel o el cabello, que se transmiten por herencia de generación en generación. (76)

Violencia doméstica: Una de las manifestaciones de la violencia. El concepto de violencia doméstica abarca el conjunto de las relaciones familiares, afectivas y de convivencia, entre cualquiera de sus miembros. Es clasificada en cuatro diferentes formas a) violencia física. b) violencia psicológica o emocional c) violencia sexual d) violencia patrimonial. (77)

Apoyo social: Transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia". (78)

Accesibilidad a servicios de salud: El grado en el cual los individuos y los grupos de individuos tienen la capacidad de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención médica. 79)

La escala de depresión de postparto de Edinburgh: Se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión postparto. (80)

Régimen subsidiado: Es el mecanismo mediante el cual la población más pobre. Sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el estado. (81)

Clasificación en el sistema general de seguridad social en salud: Los individuos y su núcleo familiar que tienen capacidad de pago de los servicios. (82)

MUNICIPIO DE TULUÁ



Tuluá es un municipio ubicado en el departamento del Valle del Cauca el cual cuenta con una población total de 214095 habitantes, que comprende 103000 hombres y 111095 mujeres; de los cuales 102984 pertenecen al régimen subsidiado y 108296 al régimen contributivo, de las cuales 54736 mujeres hacen parte del régimen subsidiado. El total de mujeres en edad fértil (MEF) corresponde a 57838 con un rango de edad entre los 15 a 49 años. La tasa de natalidad fue de 2102 para el año 2016 donde se evidencia que la mayoría de las mujeres realizan entre 6 a 9 controles prenatales. (83)

Fecundidad y natalidad residentes municipio de Tuluá año 2016:

Año	2016
Nacidos Vivos	2102
Población Total	214095
Mujeres de 15 – 49 años	57992
Tasa bruta de natalidad por 1000 habitantes	9.82
Tasa de fecundidad general x 1000 MEF	36.25

Fuente: RUAF nd – salud pública

Tasa de fecundidad específica por 1000 MEF residentes municipio de Tuluá 2016:

Edad de la madre	Nacidos Vivos	N° de MEF	Tasa de fecundidad x 1000 habitantes
15 – 19	357	8779	42.26
20 – 24	639	9146	72.03
25 – 29	554	8938	64.73
30 – 34	355	8615	45.55
35 – 39	158	7927	23.65
40 – 44	26	7232	6.50
Total 15 – 49 años	2089	57838	38.16

Fuente RUAF nd – salud pública

Se presentaron 2 (4) y 10 (14) nacimientos en mujeres de 13 y 14 años de edad respectivamente y un caso en una niña de 12 años.

# de Controles	Cantidad
0	28
1	22
2	38
3	58
4	114
5	165
6	293
7	345
8	528
9	327
10	121
11	30
12	22
13	7
14	3
15	1
Total general	2102

4.4 MARCO LEGAL

Maternidad segura y prevención del aborto inseguro según el ministerio de salud (MINSALUD):

1. Difunde los derechos humanos sexuales y reproductivos a través de diferentes estrategias de información, educación y comunicación: signos de peligro (video), nutrición durante embarazo, control prenatal.
2. Garantiza a través del Plan Obligatorio de Salud, una amplia gama de métodos modernos de anticoncepción a través de las resoluciones 769 y 1973 de 2008.
3. Define los lineamientos técnicos para la atención segura de las mujeres durante el embarazo el parto y el puerperio a través de la guía de práctica clínica detección temprana de las complicaciones del embarazo y el manejo oportuno de las principales complicaciones.
4. Garantiza el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, derecho amparado a partir de la Sentencia C-355 de 2006.
5. Impulsa procesos de entrenamiento del recurso humano en salud, bajo escenarios de simulación, con sociedades académicas y científicas, mediante el entrenamiento en prácticas clave que salvan vidas, que consiste en entrenar a los profesionales de la salud en el manejo oportuno de las principales complicaciones obstétricas.
6. Desarrolla el modelo de vigilancia de la morbilidad materna extrema, como una herramienta de mejoramiento continuo de la calidad de la atención obstétrica, con el fin de alcanzar una maternidad segura en las mujeres que así lo deciden.
7. Dispone en el marco del aseguramiento y la prestación de servicios de salud, el soporte normativo suficiente, para garantizar la atención integral de las mujeres durante la gestación.
8. Propende por la identificación y eliminación de barreras de acceso a la salud reproductiva y a la salud sexual de las mujeres en Colombia.
9. Construye el Modelo de Vigilancia de Morbilidad Neonatal Extrema (VMNE), en el marco del modelo de vigilancia de la morbilidad materna extrema, concebida como herramientas para el mejoramiento continuo de la calidad. (84)

Resolución 412 del 2000 febrero 25: por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública (85)

Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio
Para uso de profesionales de salud. 2013 - Guías No. 11-15

Dentro de las estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, se planteó la implementación de atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad para las emergencias obstétricas, el control prenatal, la atención del parto y posparto e interrupción voluntaria del embarazo y la atención de abuso sexual en servicios de urgencia.

- **¿Cómo debe realizarse la detección de riesgo en el control prenatal y cuál es su utilidad en gestaciones de curso normal?** Se recomienda identificar la depresión materna mediante un tamizaje trimestral durante el control prenatal porque las mujeres con depresión durante el embarazo tienen mayor riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer.
- **¿Cuáles son las actividades rutinarias recomendadas en el control prenatal de embarazos de curso normal?** Se recomienda que los profesionales de la salud permanezcan alertas a los síntomas o signos de violencia intrafamiliar. Las gestantes deberán tener la oportunidad de discutir la violencia intrafamiliar en un ambiente en el cual se sientan seguras.

Se recomienda, como parte del tamizaje de violencia doméstica, que a la mujer embarazada se le pregunte:

- **¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO**, fue golpeada, bofetada, pateada, o lastimada físicamente de otra manera?
- **¿DESDE QUE ESTÁ EMBARAZADA**, ha sido golpeada, bofetada, pateada, o lastimada físicamente de alguna manera?
- **¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO**, fue forzada a tener relaciones sexuales?

Si la respuesta es positiva a una de las anteriores, se debe reportar el caso y orientar a la gestante a recibir apoyo de un equipo multidisciplinario.

Se recomienda que al inicio del control prenatal, los profesionales de la salud indaguen por antecedentes relevantes de trastornos mentales. Si la mujer tiene o se sospecha que tiene una enfermedad mental grave se debe garantizar su atención en un servicio especializado de salud mental.

Se recomienda que en el primer control prenatal, en la semana 28 de gestación y en la consulta de puerperio se identifique el riesgo de depresión postparto mediante dos preguntas:

- Durante el mes pasado, ¿se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza con frecuencia?
- Durante el mes pasado, ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas?
- Una tercera pregunta se debe considerar si la mujer responde “sí” a cualquiera de las preguntas iniciales: ¿Siente que necesita ayuda?

En las pacientes en que se detecte alto riesgo de depresión postparto se recomienda garantizar una intervención en el postparto inmediato. (86)

Objetivos del Milenio (Maternidad Segura)

Institución de Educación Superior



La mortalidad materna en el país registra un pobre avance encaminado al cumplimiento de la meta ODM planteada para 2015. Las muertes maternas continúan siendo uno de los principales problemas de salud pública, como indicador de las desigualdades del orden socioeconómico, étnico, de género y de calidad de los servicios de salud. Lo que a su vez genera grandes repercusiones sociales y económicas en las familias y grupos primarios de referencia asociados a la pérdida de la cuidadora, tales como GTY.3.34-LA crianza, rendimiento escolar y productividad económicas de las pequeñas unidades familiares.(63)

El país, registra su menor tasa de mortalidad materna en 2008, con 62,8 muertes maternas por cien mil nacimientos, tasa que aumenta en 2009 y 2010 a 67,3 y 71,64 muertes por cien mil nacidos vivos y muestra el retroceso del país faltando 5 años para la meta pactada para 2015 de 45 muertes por cada 100.000 nacimientos. (64)

El último registro de 2011 ubica al país en una razón de mortalidad de 71,22 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Esta cifra traduce 474 defunciones, 11 menos que el año anterior. No obstante, el avance no es superior al 52% en

comparación con la línea base establecida de 100 muertes por cada cien mil nacimientos en 1998. (87)

4.5 PALABRAS CLAVES

Depresión postparto; prevalencia; factores de riesgo; escala de puntuación de Edimburgo.



5. MARCO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo descriptivo de corte transversal para analizar la prevalencia y los factores de riesgo presentes en la depresión posparto en madres del municipio de Tuluá para el año 2017, tomando en cuenta las pacientes que asisten a control posparto en los centros de salud nivel 1 del municipio.

5.2 POBLACIÓN

La población serán todas las mujeres puérperas hasta 42 días post parto que asisten a control postparto en las diversas instituciones del municipio de Tuluá.

5.3 MARCO MUESTRAL

Teniendo en cuenta que para el año 2016 se obtuvo una tasa de natalidad de 2102 se obtiene un estimado probable de 2500 nacimientos para el año 2017 con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, y considerando que la prevalencia de DPP es del 20% a nivel mundial a través de estudios referenciados, se determina que la muestra deberá ser de 224 encuestas a las cuales se les sumara un 15% adicional para aquellos casos en que se encuentren encuestas incompletas o que no cumplan con los criterios de inclusión o exclusión para una muestra total de 260 encuestas. A través de EPIINFO7.

5.4 METODOLOGÍA

Se realizará una encuesta a 260 mujeres puérperas que asisten a los principales centros de atención que realizan control post parto en la ciudad de Tuluá tanto del régimen contributivo como subsidiado, previa autorización del representante legal de cada empresa y diligenciamiento del consentimiento informado por cada una de las participantes del estudio. El diligenciamiento estará a cargo del grupo de investigadores que se desplazarán a cada una de las entidades, conociendo previamente la agenda prevista para el día y antes de su ingreso a la consulta médica se le desarrollará el cuestionario, en la paciente siguiente se le tomarán los datos y se le diligenciará el consentimiento informado si acepta participar en la

investigación y se le aplicará la encuesta entre la 6 y 8 semana de posparto en su domicilio o en las instalaciones de la entidad de salud a la cual consulta si la paciente así lo desea. En algunos casos se contará con la colaboración del médico de la consulta sí en el desarrollo de los permisos y evaluación del proyecto por los diferentes comités y entrevistas con los gerentes y médicos del programa pueda ser posible dicha tarea durante el desarrollo de la consulta. Con cada paciente se diligenciarán las diferentes variables sociodemográficas y además una serie de 10 preguntas de la escala de Edimburgo para determinar DPP, ya validada a nivel internacional y nacional. De las 4 instituciones que colaborarán en la investigación (Hospital Tomas Uribe Uribe, Hospital Rubén Cruz Vélez, Comfandi, Coomeva-sinergia), se escogerán por conveniencia, hasta completar el número de encuestas, de acuerdo al número de pacientes atendidas por cada institución:

- Hospital Tomas Uribe Uribe: se tomarán datos de 40 pacientes para entrevista a la 6 semana posparto en casa, pues en esta institución no se realizan controles posparto por el nivel de complejidad. Con un promedio de 80 a 100 partos mensuales. Los investigadores se desplazarán hasta las instalaciones durante la semana en horario de 8 a 12 y 2 a 6 hasta completar el tamaño muestral.
- Hospital Rubén Cruz Vélez se les realizará a 90 pacientes tal como se describió en lo general, una paciente de las agendadas por día se le realizará la encuesta en ese mismo momento y a la paciente siguiente se le tomarán datos para realizar la encuesta en su domicilio a la sexta u octava semana o en la institución de salud si así lo determina la paciente. Los investigadores se desplazarán a la institución todos los días según agenda prevista en el programa hasta completar la muestra correspondiente. Teniendo en cuenta que en promedio se tienen entre 80 a 100 gestantes inscritas por mes nuevas.
- Comfandi: se encuestarán 65 pacientes con la misma secuencia planteada de entrevista inmediata y la paciente siguiente en 6 u 8 semanas posparto. Teniendo en cuenta que el promedio de postparto por mes está entre 25 y 30 con un promedio de 200 pacientes gestantes por mes.
- Coomeva sinergia: se encuestarán 65 pacientes con igual captación, teniendo en cuenta que para esta institución se tiene un promedio de 260 gestantes en el programa por mes.

5.5 UNIDAD DE ANÁLISIS

Encuestas realizadas a pacientes puérperas.

5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres a partir del 8 día posparto (mediato) hasta la sexta u octava semana del posparto.

5.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que padezcan cualquier tipo de enfermedad mental diagnosticada, o que sufran de algún tipo de discapacidad cognitiva, que no puedan diligenciar la encuesta.
- Encuestas incompletas
- Que no sean del municipio de Tuluá.

5.8 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES: Ver anexo1

Las variables estarán conformadas por variables sociodemográficas de tiempo, persona y lugar: edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, etnia, régimen de salud, área de procedencia, ocupación, variables clínicas: paridad, número de controles prenatales, tipo de parto, prematuridad, condición final del producto, estados patológicos, días del puerperio, cuestionario de la escala de Edimburgo que consta de 10 preguntas de carácter cualitativo.

5.9 PLAN DE ANÁLISIS

Los investigadores se desplazarán a cada una de las entidades donde se realizará control postparto a las mujeres en etapa de puerperio, donde se explicará de manera pertinente en qué consiste la encuesta; la cual se basa en recolección de datos sociodemográficos y diez preguntas sobre el estado de ánimo que están validadas para diagnóstico de DPP según la escala de Edimburgo.

En el análisis univariado a las variables cualitativas se les aplicará medidas de frecuencia como porcentajes y proporciones y a las cuantitativas medidas de tendencia central, en el análisis bivariado se relacionarán las variables con mayor peso y en lo posible mientras el análisis estadístico lo permita, se encontrarán algunas medidas de asociación que logren visibilizar las posibles relaciones entre variables con el evento de depresión posparto, todo caso que se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, por último se determinará la prevalencia de la DPP

del municipio. Todo se realizará a través del programa estadístico SPSS licenciado por la Universidad Central Del Valle.

5.10 MARCO BIOÉTICO

La presente investigación: “prevalencia y factores de riesgo presentes en la depresión postparto del municipio de Tuluá en el año 2017” se encuentra catalogada como una investigación con riesgo mínimo como se estipula en el artículo 11 de la resolución 8430-93 que clasifica las investigaciones en salud en tres categorías: “a) investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se considera: revisión de historias clínicas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se trate aspectos sensitivos de su conducta.” B) investigación con riesgo mínimo: “son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios entre los que se considera pruebas psicológicas a grupos o individuos en la que no se manipulará la conducta del sujeto, como es el caso de ésta investigación” c) investigación con riesgo mayor que el mínimo: son aquellas en las que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas.” En esta misma resolución en el capítulo IV que comprende:” investigación en mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos; de la utilización de embriones óbitos y fetos y de la fertilización artificial” y en cuyo artículo 37 define que las investigaciones en mujeres durante el puerperio se permitirán cuando no interfieran con la salud de la madre ni del recién nacido como se expresa claramente en esta investigación cuyo objetivo principal luego de hallar la prevalencia es determinar los factores de riesgo y el tiempo de aparición de la enfermedad que permita hacer un diagnóstico precoz y correcto mejorando todos los aspectos de la relación madre e hijo y su núcleo familiar.

Esta investigación también se rige por los principios de la bioética, cumpliendo con el principio de autonomía a través de un consentimiento informado como se expresa en esta misma resolución en el artículo 14 y 15 con respecto a las características y especificaciones que debe tener el consentimiento informado para una investigación en salud: A) justificación y objetivos de la investigación. B) los procedimientos que vayan a usarse C) las molestias o los riesgos esperados. D) los beneficios que puedan obtenerse. E) procedimientos alternativos. F) garantía de recibir respuestas a cualquier pregunta y aclaración de dudas. G) la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento. H) seguridad de no identificar al sujeto y

mantener confiabilidad de la información. I) ser elaborado por el investigador principal. J) ser revisado por el comité de ética de la institución donde se llevará la investigación. Con respecto en investigaciones en menores de edad que pudiera ser el caso, de las puérperas menores de 18 años como se expresa en el artículo 26: deberá obtenerse además del consentimiento informado de quien ejerza la patria potestad o la representación legal del menor certificación de un neurólogo, psiquiatra o psicólogo, sobre la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica del sujeto que en el caso particular quedará excluida de la investigación por cumplir con un criterio de exclusión, pues el propósito general es en paciente sana asintomática o con sub diagnóstico.

En esta investigación se tienen en cuenta todos los requisitos anteriormente mencionados ya que previo al inicio del trabajo de campo se tendrá la aprobación por el comité de ética de la investigación tanto de la institución educativa como de las instituciones prestadoras de salud, se guardará total confidencialidad pues no se llevará registro de los nombres ni identificación de las pacientes en el trabajo, el número de documento solo se usará para el registro en la base de datos y evitar sesgos o confusión de la información, los investigadores igualmente informarán al sujeto investigado y al personal de salud a cargo de la utilización del instrumento de medición (escala de Edimburgo) de que se trata la investigación, objetivos, justificación y beneficios de la investigación.

Otros hallazgos bioéticos de la investigación en salud que se ven reflejados en esta investigación se registran en el código de ética médica en el artículo, ley 23 Conc. D. 3380/81. Art. 30. 1981 “Las historias clínicas pueden utilizarse como materia de consulta y apoyo a los trabajos médicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual” Resolución 13437 en el artículo 1 ítem 4 1991 “El derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos”.

5.11 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL

Los investigadores se comprometerán bajo la declaración de Estocolmo en 1972, declaración de ginebra en 1991 y la cumbre de río de janeiro en 1992 bajo los términos del derecho a una vida saludable en armonía con la naturaleza y el derecho a un medio ambiente con dignidad y calidad y deber de preservación al cumplimiento de las normas internacionales medioambientales, a utilizar el mínimo de hojas posibles que solo serán en casos de cartas de presentación, consentimientos informados, permisos institucionales y la mayoría de información

se manejara con medio magnético incluyendo el documento extenso y artículo científico.

5.12 POBLACIÓN BENEFICIADA

La investigación pretende beneficiar a todas las madres del municipio de Tuluá, pues es realizada con el fin de conocer cuáles son los factores de riesgo, su frecuencia de presentación y relación con la depresión posparto, también lograr el diagnóstico oportuno, pues es bien sabido que esta patología puede repercutir de gran forma en el bienestar tanto materno como infantil, también hay evidencia que el núcleo familiar también puede llegar a verse afectado, pues la carga emocional y económica aumentan, así como el gasto en servicios de salud entre otros; igualmente definir la prevalencia que tiene esta enfermedad en el municipio.



RED DE PRECEDENCIAS

NOMBRE DEL PROYECTO:PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO MUNICIPIO DE TULUÁ

AUTOR: GRUPO DE INVESTIGACIÓN 1, IX SEMESTRE MEDICINA

PROYECTO

CÓDIGO	ACTIVIDAD	CÓDIGO ACTIVIDAD																													
		FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	13	14	15	16	13	14	15	16	13	14	15	16		
	Inicio del proyecto																														
1.1.1	Descripción de cada uno de los miembros del equipo: debilidades, fortalezas, gustos e intereses.	X																													
1.1.2	Elección de un(a) líder para el grupo	X																													
1.1.3	Documento Impreso del Analisis DOFA	X																													
1.1.1	Fundamentación Teórica (Definiciones)	X																													
1.2.2	Antecedentes Historicos	X																													
1.2.3	Datos Estadísticos (estudios previos, situacione nacional departamental y local)	X																													
1.2.4	Marco Normativo	X																													
1.2.3	Elaboracion Del Anteproyecto	X																													
2.1.1	Elaboración documento extenso por capitulos	X																													
2.1.2	desarrollo del estado del arte		X																												
2.1.3	construcción fichas bibliograficas		X																												
2.1.4	Construccion 1, 2, 3 capitulo del anteproyecto	X																													
2.2.1	planteamiento del problema		X																												
2.2.2	formulación del problema			X																											
2.2.3	justificación			X																											
2.2.4	presentación informe asesora metodologica			X																											
2.2.5	Creacion del marco teórico				X																										
2.2.6	convertir el estado del arte en el marco teórico			X																											
2.2.7	documentación de la literatura en estudios de investigación				X																										
3.1.1	consolidar los analisis de arrticulos con cada uno de los integrantes del grupo					X	X																								
3.1.2	Construccion de marco referencial					X	X																								
3.1.3	construcción del marco antecedentes							X																							
3.1.4	construcción del marco conceptual							X																							
3.1.5	construcción del marco legal, bioetico							X																							
4.1.1	capitulo 5 metodologia								X																						
4.1.2	trabajo de campo en las instituciones para entrega de cartas de permiso y consentimientos								X																						
4.1.3	unificar capitulos y creación del anteproyecto									X	X	x	x	x																	
4.2.1	presentación ante grupo de estudiantes y docente										X																				
4.2.1	solicitud permiso comité de etica uceva											X																			
4.2.1	presentación comité investigación y docentes														X																

PRESUPUESTO BÁSICO INVESTIGACIÓN DEPRESIÓN POSPARTO MUNICIPIO DE TULUÁ (2017)

ITEM	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	APORTES		TOTAL
				UCEVA (%)	ESTUDIANTES	
TALENTO HUMANO						
ASESORES	HORA	64	25.000	1		1600000
ESTUDIANTES	HORA	64	20000		1	1280000
RECURSO LOGISTICO						
COMPUTADOR	HORA	100	5.833		1	583300
TODO LO Q SE NECESITA						
TRANSPORTE LOCAL	MINIMA	32	3800		1	121600
TRANSPORTE MUNICIPAL	BUS	0	0	0	0	0
FOTOCOPIAS	PAG	50	50		1	2500
BIBLIOTECA	HORA	100	5000	0,5	0,5	500000
ARTICULOS	PAG	100	4000	0,5	0,5	400000
CD	MAGNETO	10	1000		1	10000
CAPACITACIONES	HORA	2	100000		1	200000
TOTAL						4697400

REFERENCIAS

1. Mendoza Constanza B, Saldivia Sandra. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Med Chile [Internet]. 2015 [consultado 14 Mar 2017]; 143: 887-894. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n7/art10.pdf>
2. Molero Katherine L et al. Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adultas. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2014 [consultado 21 Feb 2017]; 79(4): 294-304. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262014000400008&script=sci_arttext
3. Rincón Pabón David, Ramírez Vélez Robinson. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. Rev. salud pública [Internet]. 2014 [consultado 28 Mar 2017]; 16(4): 534 - 546. Disponible en:
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/40673/50589>
4. Cuero Vidal Olga Lucía, Díaz Marín Angélica María. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia. Septiembre-Diciembre, 2011. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2013 [consultado 05 Abr 2017]; 64(4): 371 – 378. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v64n4/v64n4a02.pdf>
5. Latorre-Latorre José Fidel, Contreras-Pezzotti, Leddy Marina, García-Rueda Susana, Arteaga-Medina Juan. La depresión posparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2006 [consultado 07 Mar 2017]; 57(3): 147 – 155. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74342006000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=es
6. Wu Meifen, et al. Poor Sleep Quality of Third – Trimester Pregnancy is a Risk Factor for Postpartum Depression. Med Sci Monit [Internet]. 2014 [consultado 21 Feb 2017]; 20: 2740–2745. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4280053/>

7. Gil Echeberria Marta. Depresión posparto en madres adolescentes. Uni de la Rioja [internet]. 2015 [consultado 28 Abril 2017]; 1 – 55. Disponible en: http://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001093.pdf
8. Op cite, Mendoza Constanza B, pág. 887
9. Ibid, Mendoza Constanza B, pág. 887
10. Op cite, Molero Katherine L, pág. 295
<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v79n4/art08.pdf>
11. Op cite, Rincón Pabón David, pág. 534
12. Ibid, Rincón Pabón David, pág. 534
13. Op cite, Cuero Vidal Olga Lucía, pág.371
14. Ibid, Cuero Vidal Olga Lucía, pág. 371
15. Ortiz Martinez Roberth Alirio et al. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. Rev Colomb Psiquiat [Internet]. 2016 [consultado 21 Mar 2017]; 45(4): 253 – 261. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745016300026-S300>
16. Ibid, Ortiz Martinez Roberth Alirio, pág. 254
17. Ramos Cabada Elvira et al. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. Rev Esp Méd Quir [Internet]. 2015 [consultado 28 Feb 2017]; 20: 18 – 23. Disponible en: URL <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47345916004>
18. Faisal-Cury A, Menezes PR, d'Oliveira AF, Schraiber LB, Lopes CS. Temporal relationship between intimate partner violence and postpartum depression in a sample of low income women. Matern Child Health J [Internet] 2013 [consultado 21 Feb 2017]; 17(7):1297-303. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22935913>

19. Borda Pérez Mariela et al. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) [Internet]. 2013 [consultado 06 Abr 2017]; 29 (3): 394-404. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n3/v29n3a07.pdf>
20. Op cite, Molero Katherine L, pág. 294
21. Jeong H- G et al. The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support. General Hospital Psychiatry [Internet]. 2013 [consultado 06 Abr 2017]; 35(4): 354 – 358. Disponible en: [http://www.ghpjournal.com/article/S0163-8343\(13\)00061-3/abstract](http://www.ghpjournal.com/article/S0163-8343(13)00061-3/abstract)
22. Ibid, Jeong H- G, pág. 354
23. Vásquez Plasencia Giuvelly Analy. Disfuncionalidad y Violencia Familiar como Factores de Riesgo de Depresión Puerperal, Hospital Regional de Cajamarca, Perú 2014. CIENTIFI – K [Internet]. 2015 [consultado 28 Mar 2017]; V.3 (1): 1-8. Disponible en: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/CIENTIFI-K/article/view/896/702>
24. MSc. EM Dois Castellón Angelina. Actualizaciones en Depresión Postparto. Pont Uni Cató de Chile [Internet]. 2012 [consultado 14 Mar 2017]; 38 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400016
25. Ibid, MSc. EM Dois Castellón Angelina
26. Ibid, MSc. EM Dois Castellón Angelina
27. Op cite, Cuero Vidal Olga Lucía, pág.373
28. Cogollo Milanés Zuleima, Romero Brieva Yenifer, Morales García Marianella, Vanegas Nuñez Jeniffer, López Escobar Vanessa, Guazo Meza Dayana. Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en el posparto en adolescentes de Cartagena (Colombia). Salud, Barranquilla [Internet]. 2015 May [consultado 23 Mayo 2017]; 31(2): 234-244. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522015000200005

29. Op cite, Latorre-Latorre José Fidel, pág. 158

30. Ibid, Latorre-Latorre José Fidel, pág. 161

31. Castañón S Carla, Pinto L Javier. Mejorando la Pesquisa de Depresión Posparto a través de un Instrumento de Tamizaje, La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. Rev Méd Chile [Internet]. 2008 [consultado 6 Abril 2017]; V. 136 (7): 851-858. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v136n7/art05.pdf>

32. Campo-Arias Adalberto, M.D., Ayola-Castillo Cristian, Peinado-Valencia Henry Miguel, Amor-Parra Maribel, Cogollo Zuleima. Escala de Edinburg para Depresión Posparto: Consistencia Interna y Estructura Factorial en Mujeres Embarazadas de Cartagena, Colombia. Rev Col de Obs y Gin [Internet]. 2007 [consultado 6 Abril 2017]; V.58 (4): 277-283. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v58n4/v58n4a03.pdf>

33. Ibid, Campo-Arias Adalberto, pág. 277

34. nimh.nih.gov [Internet]. Estados Unidos: NIH: 2014 [consultado 24 Abril 2017]. Disponible en:

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/index.shtml>

35. Gao X, Wang J, Yao H, Cai Y, Cheng R. Serum BDNF concentration after delivery is associated with development of postpartum depression: A 3-month follow up study. Jour of Affec Disor [Internet]. 2016 [citado 7 Mar 2017]: V.200: 25-30. Disponible en:

https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0165032715313045.pdf?locale=es_ES

36. Op cite, MSc. EM Dois Castellón Angelina

37. Ibid, MSc. EM Dois Castellón Angelina

38. Ibid, MSc. EM Dois Castellón Angelina

39. Ibid, MSc. EM Dois Castellón Angelina

40. Ibid, MSc. EM Dois Castellón Angelina
41. Ibid, MSc. EM Dois Castellón Angelina
42. Ibid, MSc. EM Dois Castellón Angelina
43. Op cite, nimh.nih.gov [Internet]. Estados Unidos: NIH: 2014 [2014; 24 Abril 2017]. Disponible en:
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/index.shtml>
44. Santos, Luísa Parreira, Serralha, Conceição. Repercussões da Depressão Pós-Parto No Desenvolvimento Infantil. Rev Depart Cien Hum [Internet]. 2015 [citado 28 Mar 2017]; pag. 1-22. Disponible en:
<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/3748/4406>
45. Mínguez Martínez, Laura; Gil Vázquez, Laura; Rodríguez Santana, María. Efecto de una intervención educativa sobre la puntuación en la escala de Edimburgo: Estudio experimental con mujeres primíparas del Distrito Sur de Sevilla. Biblioteca Lascasas [Internet], 2016 [citado en 6 Mar 2017]; 12(3). Disponible en:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0914.pdf>
46. Ibid, Mínguez Martínez, Laura, pág. 2
47. Ibid, Mínguez Martínez, Laura, pág. 2
48. Ibid, Mínguez Martínez, Laura, pág. 2
49. Ibid, Mínguez Martínez, Laura, pág. 2
50. Holden J.M., Sagovsky R.. Esacala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo. Bri Jour of Psych [Internet]. 1987 [citado en 28 Mar 2017]; V. 150: 1-2. Disponible en:
http://www.sbcounty.gov/uploads/dph/publichealth/documents/mcah_cpssp_depression_screening_sp.pdf

51. Op cite, Castañón S Carla, pág. 851
52. Op cite, Campo-Arias Adalberto, M.D, pág. 277
53. Op cite, nimh.nih.gov [Internet]. Estados Unidos: NIH: 2014 [2014; 24 Abril 2017]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/index.shtml>
54. Who.Int [internet]. [actualizado 2017; citado 30 Marzo]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
55. Enciclopedia-juridica.biz [internet]. [actualizado 2014; citado 30 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/estado-civil/estado-civil.htm>
56. Medlineplus.gov [internet]. NIH; 16 Jun 2016 [actualizado 22 Feb 2017; citado 30 Mar 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/prenatalcare.html>
57. Who.Int [internet]. [actualizado 2017; citado 30 Marzo]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
58. Acog.org [internet]. Amer coll of obs and gyne; 2014 [citado 30 Marzo]. Disponible en: <https://www.acog.org/-/media/Departments/Patient-Safety-and-Quality-Improvement/2014reVITALizeObstetricDataDefinitionsV10.pdf>
59. Acog.org [internet]. Amer coll of obs and gyne; 2014 [citado 30 Marzo]. Disponible en: <https://www.acog.org/-/media/Departments/Patient-Safety-and-Quality-Improvement/2014reVITALizeObstetricDataDefinitionsV10.pdf>
60. Pérez Correa Edelmira y Pérez Martínez Manuel. El sector rural en Colombia y su crisis actual. Cuad de desa rur [internet]. 2002 [citado 30 Marzo]; 48: 1-24. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/ier/recursos_user/documentos/revista51/SCANNER/CDR%2048/art%EDculo002.pdf
61. Rastogi Sonya, D. Johnson Tallese, M. Hoeffel Elizabeth, P. Drewery, Jr Malcolm. The Black Population: 2010. U.S. CENSUS BUREAU [Internet].2011 [citado 30 Mar 2017]; 1- 20. Disponible en: <https://www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-06.pdf>

62. DeCherney Alan. H, Nathan Lauren, Laufer Neri, Roman Ashley S. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos [Internet]. 11a. ed. McGraw Hill Mexico; 2014 [citado 30 Mar 2017]. Disponible en: <https://books.google.com.co/books?id=DpWHBwAAQBAJ&pg=PA190&dq=periodo+posparto&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiY9sjezoHUAhWE5CYKHZwQCOwQ6AEIODAE#v=onepage&q=periodo%20posparto&f=false>
63. Minieducacion.gov.co [Internet]. Bogota D.C; 2014 [citado 30 Mar 2017]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/articles-254702_Informe_determinantes_desercion.pdf
64. Minieducacion.gov.co [Internet]. Bogota D.C; 2010 [citado 30 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-233839.html>
65. Gascón de la Herrera Agustín. Educación prenatal y Pedagogía prenatal. Revista Iberoamericana de Educación [Internet]. 2015 [citado 30 Mar 2017]; 69(1): 9-38. Disponible en: https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&sqi=2&ved=0ahUKEwi3msWJkiDUAhXK7SYKHUpwBoAQFgguMAE&url=http%3A%2F%2Frieoei.org%2Fdeloslectores%2F7195.pdf&usq=AFQjCNHMK9ccdPezxMKx9cT_ae2UuvOChQ
66. Ulanowicz María Gabriela, Parra Karina Elizabeth, Wendler Gisela Elizabeth, Monzón Lourdes Tisiana. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [Internet]. 2006 [citado 30 Mar 2017]; (153): 13 -17. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.pdf
67. Cdc.gov [Internet]. [actualizado 22 En 2015; citado 30 Mar 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/Reproductivehealth/UnintendedPregnancy/index.htm>
68. Guerrero Montoya L R, León Salazar A R, Estilo de vida y salud. Educere 20101413-19. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35616720002>.
69. Coral Rosa del Carmen, Vargas Luz Dalila. Estrategias que promueven estilos de vida saludables. rev.udcaactual.divulg.cient. [Internet]. 2014 June [cited 2017 May 22] ; 17(1): 35-43. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262014000100005&lng=en

70. Salaberria, K.; Rodríguez, S.; Cruz, S. Percepción de la imagen corporal Osasunaz, 8, 2007, 171-183 [Internet] 2007 [citado 22 mayo 2017] Disponible en:
<http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>
71. J. J. Escrivá J. A. Carbajal M. Mendaza. 5. Endocrinología 878-918 [citado 22 mayo 2017] Disponible en:
<http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP05.pdf>
72. ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2012 [citado 22 mayo 2017] Disponible en:
<https://www.unicef.org/spanish/sowc2012/pdfs/SOWC-2012-Definiciones.pdf>
73. Medicinenet [internet]. [citado 30 Mar 2017]. Disponible en:
<http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=33288>
74. Biblioteca virtual en salud. Disponible en:
http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IsisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=e&search_language=e&search_exp=Factores%20Socioecon%F3micos
75. Florentino Moreno Martín. La violencia en la pareja 245-258 Public Health 5(4/5), 1999 [citado 22 mayo 2017] Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v5n4-5/v5n4a4.pdf>
76. Oxford dictionaries [internet]. Madrid oxforddictionaries; c2017 [citado 8 abril 2017] disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/raza>
77. Domenech Diana; Violencia domestica definiciones y clasificación [intenet]. Evimed. [octubre 2009 citado el 8 abril de 2017] disponible en:
<https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/12/def-clasif-2.pdf>
78. Pérez Bilbao Jesús: el apoyo social; [internet]; NTP439; España; ministerio de seguridad y salud en el trabajo [1990 citado el 8 abril de 2017]; disponible en:

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf

79. Fajardo Germán, Gutiérrez Juan Pablo, García-Saisó Sebastián; Acceso efectivo a los servicios de salud operacional izando la cobertura universal en salud; Salud pública México vol.57; scielo [internet] abril 2015[consultado abril 8 2017] disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014
80. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R.; escala de depresión post parto de Edimburgo; British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 [consultado 8 abril 2017] disponible en: http://www.state.nj.us/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf
81. Ministerio de salud y protección social [internet] Colombia: minisalud.gov [actualización 2017; consultado 8 abril 2017] disponible en: <http://msps.minsalud.gov.co/Ayuda/?s=regimen+subsidiado&ht-kb-search=1>
82. Ibid, Ministerio de salud y protección social [internet] Colombia: minisalud.gov [actualización 2017; consultado 8 abril 2017] disponible en: <http://msps.minsalud.gov.co/Ayuda/?s=regimen+subsidiado&ht-kb-search=1>
83. Secretaria de salud, municipio de Tuluá, Estadísticas vitales 2016 [intranet]; consultado 16 Mayo 2017.
84. Minsalud.gov.co [Internet]. Colombia: [18 Mayo 2017; 28 Abril 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Maternidad%20segura%20y%20prevenci%C3%B3n%20del%20aborto%20inseguro.aspx>
85. Convergenciagnoa.org [Internet]. Colombia. 25 feb 2000 [25 Feb 2000; 28 Abril 2017]. Disponible en: <http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion%20412.pdf>
86. Gaviria Uribe Alejandro, Ruíz Gómez Fernando, Muñoz Muñoz Norman Julio, Burgos Bernal Gerardo, Ortíz Hoyos José Luis, Foseca Zárata Carlos et al. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Colombia: minsalud 2013. Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IET/S/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IET/S/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20(1).pdf)

87. Co.undp.org [internet]. Colombia; 2017 [citado 30 de Abril 2017]. Disponible en: <http://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/post-2015/mdgoverview/overview/mdg5/>



ANEXOS

ANEXO 1: CUADRO OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE	ESCALA MEDIDA	MEDIDAS
Edad	CUANTITATIVA	<ol style="list-style-type: none"> 1. 12 – 16 años 2. 17 – 21 años 3. 22 – 26 años 4. 27 – 31 años 5. 32 – 36 años 6. 37 – 41 años 7. 42 – 46 años 8. 47 – 50 años 9. > 50 años 	INTERVALO	Proporción y porcentaje
Estado Civil	CUALITATIVA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casada 2. Unión libre 3. Divorciada 4. Soltera 5. Viuda 	NOMINAL	Proporción y %
Paridad	CUALITATIVA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primigestante 2. Multigestante 	NOMINAL	Proporción y %
Lactancia	CUALITATIVA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 	NOMINAL	Proporción y %
Población	CUALITATIVA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urbano 2. Rural 	NOMINAL	Proporción y %
Nivel educativo	CUALITATIVA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Bachillerato 3. Universitario 4. Técnico 	ORDINAL	Proporción y %
# Control prenatal	CUANTITATIVA	<ol style="list-style-type: none"> 1. < 5 2. 5 – 10 3. > 10 	DISCRETA	Medidas de tendencia central
Antecedentes patológicos	CUALITATIVA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión 2. Diabetes 3. Enfermedad tiroidea 4. Otras 	NOMINAL	Proporción y %
Enfermedades asociadas al embarazo	CUALITATIVA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preeclampsia 2. Eclampsia 3. Diabetes gestacional 	NOMINAL	Proporción y %
Régimen	CUALITATIVA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Subsidiado 2. Contributivo 	NOMINAL	Proporción y %

Ocupación	CUALITATIVA	1. Labores del hogar 2. Labores por fuera del hogar	NOMINAL	Proporción y %
Violencia	CUALITATIVA	1. Física 2. Psicológica 3. Sexual	NOMINAL	Proporción y %
Prematurez	CUANTITATIVA	1. 25 – 28 ss 2. 29 – 33 ss 3. 34 – 37 ss	INTERVALO	Medidas de tendencia central
Estado del nacido	CUALITATIVA	1. Vivo 2. Muerto 3. Malformación congénita 4. IVE	NOMINAL	Proporción y %
Consumo de sustancias psicoactivas	CUALITATIVA	1. Alcohol 2. Tabaquismo 3. Cocaína	NOMINAL	Proporción y %
Día del puerperio	CUANTITATIVA	Día calculado desde la fecha del parto	DISCRETA	Porcentaje, medidas de tendencia central

ESCALA DE EDIMBURGO

¿He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas?	CUALITATIVA	e) Siempre (7 veces a la sem) f) Muchas veces (4 días de la sem) g) Algunas veces (2-3 días de la sem) h) Nunca o casi nunca (0 a 1 día a la sem)	NOMINAL	Proporción y %
¿Ha mirado hacia el futuro con expectativas?	CUALITATIVA	e) Siempre (7 veces a la sem) f) Muchas veces (4 días de la sem) g) Algunas veces (2-3 días de la sem) h) Nunca o casi nunca (0 a 1 día a la sem)	NOMINAL	Proporción y %

¿Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien?	CUALITATIVA	<ul style="list-style-type: none"> e) Sí, la mayoría de las veces (7 veces a la sem) f) Sí, algunas veces (4 días de la sem) g) No muy a menudo (2-3 días de la sem) h) Nunca (0 a 1 día a la sem) 	NOMINAL	Proporción y %
¿Ha estado ansiosa y preocupada sin motivo?	CUALITATIVA	<ul style="list-style-type: none"> e) Siempre (7 veces a la sem) f) Muchas veces (4 días de la sem) g) Algunas veces (2-3 días de la sem) h) Nunca o casi nunca (0 a 1 día a la sem) 	NOMINAL	Proporción y %
¿Has sentido miedo y pánico sin motivo alguno?	CUALITATIVA	<ul style="list-style-type: none"> e) Sí, la mayoría de las veces (7 veces a la sem) f) Sí, algunas veces (4 días de la sem) g) No muy a menudo (2-3 días de la sem) h) Nunca (0 días a la sem) 	NOMINAL	Proporción y %
¿Te dejas angustiar por situaciones que suceden en el día a día?	CUALITATIVA	<ul style="list-style-type: none"> e) Sí, la mayoría de las veces (7 veces a la sem) f) Sí, algunas veces (4 días de la sem) g) No muy a menudo (2-3 días de la sem) h) Nunca (0 días a la sem) 	NOMINAL	Proporción y %

¿Te has sentido tan infeliz que has tenido dificultad para dormir?	CUALITATIVA	<ul style="list-style-type: none"> e) Sí, la mayoría de las veces (7 veces a la sem) f) Sí, algunas veces (4 días de la sem) g) No muy a menudo (2-3 días de la sem) h) Nunca (0 días a la sem) 	NOMINAL	Proporción y %
¿Te has sentido triste y miserable?	CUALITATIVA	<ul style="list-style-type: none"> e) Siempre (7 veces a la sem) f) Muchas veces (4 días de la sem) g) Algunas veces (2-3 días de la sem) h) Nunca o casi nunca (0 a 1 día a la sem) 	NOMINAL	Proporción y %
¿Te has sentido tan infeliz que te han dado ganas de llorar?	CUALITATIVA	<ul style="list-style-type: none"> e) Siempre (7 veces a la sem) f) Muchas veces (4 días de la sem) g) Algunas veces (2-3 días de la sem) h) Nunca o casi nunca (0 a 1 día a la sem) 	NOMINAL	Proporción y %
¿Has pensado en hacerte daño?	CUALITATIVA	<ul style="list-style-type: none"> e) Siempre (7 veces a la sem) f) Muchas veces (4 días de la sem) g) Algunas veces (2-3 días de la sem) h) Nunca o casi nunca (0 a 1 día a la sem) 	NOMINAL	Proporción y %

ANEXO 2: ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____

Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera. (52)

1. ¿He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas?
 - i) Siempre
 - j) Muchas veces
 - k) Algunas veces
 - l) Nunca o casi nunca

2. ¿Ha mirado hacia el futuro con expectativas?
 - i) Siempre
 - j) Muchas veces
 - k) Algunas veces
 - l) Nunca o casi nunca

3. ¿Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien?
 - i) Sí, la mayoría de las veces
 - j) Sí, algunas veces
 - k) No muy a menudo
 - l) Nunca

4. ¿Ha estado ansiosa y preocupada sin motivo?
 - i) Siempre
 - j) Muchas veces
 - k) Algunas veces
 - l) Nunca o casi nunca

5. ¿Has sentido miedo y pánico sin motivo alguno?
 - i) Sí, la mayoría de las veces

- j) Sí, algunas veces
- k) No muy a menudo
- l) Nunca

6. ¿Te dejas angustiar por situaciones que suceden en el día a día?

- i) Sí, la mayoría de las veces
- j) Sí, algunas veces
- k) No muy a menudo
- l) Nunca

7. ¿Te has sentido tan infeliz que has tenido dificultad para dormir?

- i) Sí, la mayoría de las veces
- j) Sí, algunas veces
- k) No muy a menudo
- l) Nunca

8. ¿Te has sentido triste y miserable?

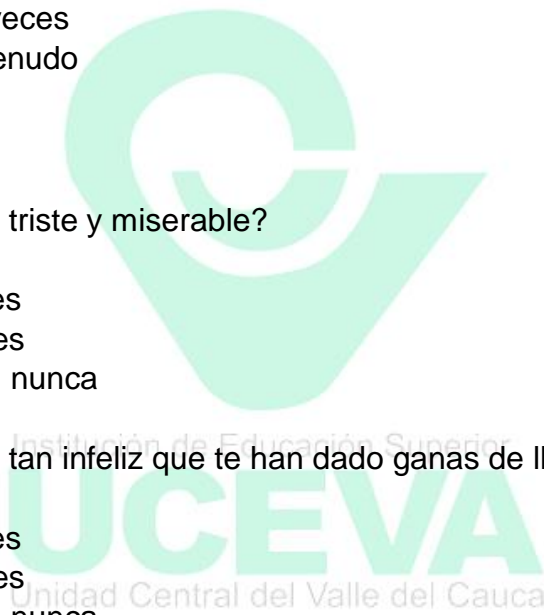
- i) Siempre
- j) Muchas veces
- k) Algunas veces
- l) Nunca o casi nunca

9. ¿Te has sentido tan infeliz que te han dado ganas de llorar?

- i) Siempre
- j) Muchas veces
- k) Algunas veces
- l) Nunca o casi nunca

10. ¿Has pensado en hacerte daño?

- i) Siempre
- j) Muchas veces
- k) Algunas veces
- l) Nunca o casi nunca



ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN DE PUÉRPERAS SOBRE LA PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN LA DEPRESION POSTPARTO EN LAS MADRES DEL MUNICIPIO DE TULUÁ EN EL AÑO 2017 POR MEDIO DE LA UTILIZACIÓN DE LA ESCALA DE EDIMBURGO

Yo _____ identificado/a con cédula de ciudadanía

Número _____ de _____, autorizo al grupo de investigación de la UCEVA, facultad ciencias de la salud - medicina 9 y 10 semestre, para usar la información proporcionada por medio de una escala (Edimburgo) que consta de 10 preguntas con las cuales dependiendo del puntaje se determinara cual es la probabilidad de tener la condición de depresión postparto y en caso de encontrar riesgo para mi salud podré ser intervenida durante la consulta por personal idóneo. Dicha encuesta se me realizará, por ser asistente al programa de control prenatal, de parto y puerperio de la institución _____, para hallar la prevalencia y factores de riesgo presentes en la condición: depresión postparto en madres del municipio de Tuluá, bajo las siguientes condiciones:

1. El grupo de estudiantes de investigación me explicara y aclarara todas las dudas sobre el proyecto que se está realizando.
2. El Grupo de estudiantes de investigación de la UCEVA, se Comprometen a Guardar Total Confidencialidad Con Respecto a la información obtenida de las encuestas.
3. El grupo en pleno declaró no tener conflicto de intereses.
4. Podré retirarme en cualquier momento de la investigación, cuando así lo considere.
5. El grupo de investigación se compromete a que antes de divulgar la información a la comunidad científica lo hará en cada institución donde será realizada la investigación.
6. El grupo de investigación me ha informado sobre los beneficios que trae la participación como son un diagnóstico temprano e intervención oportuna y que además se trata de un riesgo mínimo en las investigaciones en salud, pues no compromete mi integridad física ni alteración en mi conducta.

Bajo el estricto cumplimiento de lo anterior se da la autorización para que se me realice la encuesta y posterior se utilice la información en ella proporcionada.

FIRMA

CC:

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL

TULUA, 23 de mayo de 2017.

Doctor (a):

HOSPITAL TOMAS URIBE URIBE, SINERGIA TULUÁ, COMFANDI TULUÁ, HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ,
Tuluá – Valle

ASUNTO: solicitud permiso para participación en el trabajo de investigación: “prevalencia y factores de riesgo presentes en la depresión postparto en madres del municipio de Tuluá en el año 2017”.

Cordial saludo.

El grupo de investigación conformado por los estudiantes de noveno semestre de medicina de la UCEVA, Stephanie Rubiano Jaramillo identificada con la CC 1116253718 de Tuluá, Paola Del Valle Velásquez Mejía identificada con la CC 1034293497 de Tuluá, Andrea Vega Garzón identificada con la CC 1116260800 de Tuluá, Manuela Zuñiga Garzón identificada con la CC 1116263069 de Tuluá, solicitamos su permiso en tan prestigiosa institución para realizar la investigación; “prevalencia y factores de riesgo presentes en la depresión postparto en madres del municipio de Tuluá en el año 2017”, como requisito para la materia de investigación I y II de la UCEVA.

La investigación será realizada mediante una metodología que inicia con la aplicación de una escala (Edinburgh) en diferentes momentos del puerperio partiendo desde el 8 día hasta la 6 y 8 semana postparto, utilizando un muestreo probabilístico de captación de la paciente una vez ingrese a la cita a la que se le aplicará el cuestionario y la paciente siguiente quedará registrada con consentimiento informado para realizar la escala entre la 6 y 8 semana del postparto en su domicilio, dicha escala ya ha sido validada internacional y nacionalmente. Dicha escala refleja a través de la calificación de 10 preguntas si la paciente es susceptible de presentar depresión postparto y a criterio médico se aplicará de inmediato la intervención que dicha paciente requiera, esto con el objetivo de conocer inicialmente cual es la prevalencia real en el municipio y si nos encontramos ante un caso de subdiagnóstico por desconocimiento de la comunidad científica y de los programas de atención en la maternidad segura y además la investigación tiene como fin determinar cuáles son los factores de riesgo que más se presentan en esta población en cada una de las instituciones que harán parte del estudio a través de un análisis estadístico de variables sociodemográficas y puntuación de la escala que al final traerá beneficios a todas la madres del municipio, de su entorno familiar y social. Se considera que esta investigación es de riesgo mínimo, se cumplirá con el principio de confidencialidad, autonomía a través del consentimiento informado y aprobación por parte del comité de ética de la institución educativa a la cual pertenecemos y de cada una de las instituciones donde se llevará a cabo la investigación. La asesoría temática y estadística estará a cargo de la Dra. Lina María Montoya médico general especialista en epidemiología y docente cátedra de investigación en la universidad central del Valle del Cauca

De antemano agradecemos la colaboración que pueda prestarnos al respecto, quedamos sujeto a su aprobación y al respectivo comité de ética de su institución.

Atentamente,

STEPHANIE RUBIANO ANDREA VEGA G. PAOLA VELASQUEZ MANUELA ZUÑIGA