

**Aplicación De Instrumentos De Valoración Del Riesgo y Tamizaje De Depresión Postparto
En El Hospital Rubén Cruz Vélez De Tuluá (Valle Del Cauca), 2021.**

Claudia Patricia Caicedo Sánchez

Francisco Javier Viveros Valencia



Unidad Central Del Valle Del Cauca

Facultad De Salud

Pregrado

Tuluá, Colombia

2023

**Aplicación De Instrumentos De Valoración Del Riesgo y Tamizaje De Depresión Postparto
En El Hospital Rubén Cruz Vélez De Tuluá (Valle Del Cauca), 2021.**

Claudia Patricia Caicedo Sánchez

Francisco Javier Viveros Valencia

Asesora: Gloria Inés Rodas Muñoz Magister en Cuidado del Adulto Mayor



Unidad Central Del Valle Del Cauca

Facultad De Salud

Pregrado

Tuluá, Colombia

2023

Dedicatoria / Agradecimientos

Dedico el resultado de esta investigación en primer lugar a mi familia, que fueron de gran apoyo en los mejores y peores momentos de esta etapa. Les agradezco por enseñarme y forjarme como la persona que soy hoy, con mis principios y valores pero sobre todo a ser resiliente y no rendirme ante cualquier dificultad por el contrario a luchar por cumplir mis sueños. Demostrándome que la mejor riqueza es el conocimiento y las ganas de superarse así mismo, saliendo de nuestras zonas de confort para descubrir lo que en realidad nos brinda el mundo.

En segundo lugar quiero agradecer a la Unidad Central Del Valle Del Cuaca y a su grupo de docentes los cuales fueron de gran ayuda para el desarrollo de nuestra investigación aportándonos todo su conocimiento, experiencias y sobre todo inculcándonos el valor de la empatía por los demás, la cual nos debe caracterizar como facultad de salud basándonos en el bienestar integral de las gestantes en todo su proceso abarcando una atención integral incluyendo la salud mental para así de esta manera, obtener un binomio madre e hijo en óptimas condiciones.

Por último también queremos agradecer al Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá por permitirnos llevar a cabo esta investigación, brindarnos la calidez y las condiciones óptimas al momento de la recolección de la información, esperamos que sea de gran aporte estos resultados para el beneficio de ustedes y sobretodo de los usuarios al momento de prestar la atención en salud.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
1. Descripción del problema.....	10
1.1. Planteamiento del problema	10
1.1.1. Pregunta de investigación:.....	11
2. Antecedentes.....	12
3. Justificación.....	15
4. Objetivos	16
4.1.1. Objetivo general.....	16
4.1.2. Objetivos específicos	16
5. Marcos de referencia	17
5.1 Marco teórico	17
6. Metodología.....	20
6.1 Tipo de estudio	20
6.2 Área de estudio.	20
6.3 Universo	20
6.3.1 Población.....	21
6.3.2 Muestra.....	21
6.3.3 Criterios de inclusión	21
6.4 Recolección de la información	21
6.5 Instrumento de aplicación	21
7. Resultados.....	32
Datos Relevantes de la investigación	30
8. Discusión	32
9. Recomendaciones	35
10. Conclusión	36
12. Referencias Bibliográficas.....	37
13. Anexos (Instrumentos)	39

Lista de tablas

Tabla Nro.1. Caracterización sociodemográfica de la Población.....	22
Tabla Nro. 2: Número de gestación.....	24
Tabla Nro. 3: Método de planificación.....	25
Tabla Nro. 4: Escala de riesgo biopsicosocial.....	28
Tabla Nro 5: Operacionalización de variables.....	45

Lista de anexos

ANEXO 1. Instrumento de aplicación.....	39
ANEXO 2. Escala de riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado.....	54
ANEXO 3. Escala de depresión postnatal de Edimburgo.....	54
ANEXO 4. Variables de estudio.....	56

Resumen

La depresión posparto es una psicopatología que se puede presentar durante la gestación, por lo cual es importante el diagnóstico eficaz, ya que afecta el desarrollo emocional y neuropsicopatológico del binomio madre e hijo. Esta investigación tiene como objetivo determinar el porcentaje de aplicación de los instrumentos para la valoración y detección oportuna de la depresión posparto en las historias clínicas por el personal de Salud del Hospital Rubén Cruz Vélez. Con un enfoque cuantitativo bajo un diseño no experimental de corte transversal, fueron seleccionadas n:296 historias clínicas de las gestantes que iniciaron y terminaron su control prenatal y postnatal en el año 2021, donde se encontraron maternas con un rango de edad entre menores de 14 y mayores de 36 años, con o sin problemas patológicos, residentes en el municipio de Tuluá, ya sea en la zona urbana o rural de los diferentes estratos sociales de 1 a 6. Se evidenció que del 100% de las historias clínicas revisadas, solo el 66% se les aplicó la escala de riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado; el 100% no se les aplicó el tamizaje para depresión posparto en la semana 28 de gestación y la escala de depresión posnatal de Edimburgo. Lo cual podemos concluir que uno de los obstáculos para la detección temprana de depresión posparto es la falta de cumplimiento de la ruta materno perinatal según la resolución 3280 del 2018 por el Ministerio de Salud Colombiano.

Palabras clave: Depresión Postparto, diagnóstico, materna, historia clínica, hospital Rubén Cruz Vélez, salud, Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.

Abstract

Postpartum depression is a psychopathology that can occur during pregnancy, which is why effective diagnosis is important, since it affects the emotional and neuropsychopathological development of the mother-child binomial. This research aims to determine the application of instruments for the assessment and timely detection of postpartum depression in medical records by the health personnel of the Rubén Cruz Vélez Hospital. With a quantitative approach under a non-experimental cross-sectional design, n:296 clinical histories of pregnant women who started and finished their prenatal and postnatal control in the year 2021 were selected, where mothers were found with an age range between under 14 and over 36 years old, with or without pathological problems, residents in the municipality of Tuluá, either in the urban or rural area of the different social strata from 1 to 6. It was evidenced that of the 100% of the clinical histories reviewed, only 66% were applied the biopsychosocial risk scale of Herrera and Hurtado; 100% were not screened for postpartum depression in the 28th week of gestation and the Edinburgh postnatal depression scale. Which we can conclude that one of the obstacles to early detection of postpartum depression is the lack of compliance with the maternal perinatal route according to resolution 3280 of 2018 by the Colombian Ministry of Health.

Keywords: Postpartum depression, diagnosis, maternal, medical history, hospital Rubén Cruz Vélez, health, Edinburgh Postpartum Depression Scale.

Introducción

La depresión es un problema de salud que según la OMS cataloga como de las principales causas de morbilidad, en el caso del posparto es una psicopatología que cada vez está más presente durante las etapas de la gestación la cual resulta complejo de diagnosticar y de tratar para cada materna debido a que los profesionales suelen cometer errores o tener falencias en el momento de aplicar los criterios establecidos por el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), esto debido a, que las maternas se someten a cambios físicos y psicológicos, en el que se identifica que la incidencia mundial es del 15%,(13) lo cual es de vital importancia tener un diagnóstico precoz ya que afecta al binomio madre e hijo en su desarrollo emocional, neurosicológico, entre otros.

En este sentido, es importante conocer la aplicación de los instrumentos para la valoración y detección oportuna de la depresión postparto por el personal de Salud del Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (Valle del Cauca) con el fin de verificar el uso de estos instrumentos estipulados en la ruta materno perinatal lo cual influye en la calidad de la atención, teniendo un diagnóstico y tratamiento oportuno adaptado a cada gestante.

En este orden de ideas, para lograr extraer los datos y someterlos al análisis, determinando el porcentaje de aplicación dichos instrumentos por el personal de salud del Hospital Rubén Cruz Vélez (Valle del Cauca) mediante la caracterización de los aspectos sociodemográficos de las maternas a quienes se le hizo valoración de riesgo de depresión posparto, a través de la verificación en las historias clínicas con el fin de validar la aplicación de esta escala de riesgo biopsicosocial, el tamizaje y la escala depresión postnatal de Edimburgo.

Por consiguiente, se generó la necesidad por investigar las causales y las consecuencias que se presentan cuando las gestantes presentan esa serie de síntomas y características que se relacionan con la depresión, además, los registros son mínimos para la cantidad de contextos que pueden generar depresión en las etapas de gestación o en el posparto, para ello se deben cumplir con unos instrumentos para dar óptimo cumplimiento a cierta parte de la Resolución 3280 del 2018 frente a la ruta materno perinatal, por lo tanto, es importante que se indaguen en que se cumplan los instrumentos adecuados, en este caso, del Hospital Rubén Cruz Vélez (Valle del Cauca) y así analizar la importancia del tamizaje en la depresión postparto que se realice de manera adecuada a la normativa colombiana en caso de identificar o diagnosticar a la gestante para así contrarrestar los riesgos.

1. Descripción del problema

1.1. Planteamiento del problema

A nivel global la Organización Mundial de la Salud – OMS (1) sostiene que hacia el año 2020 la depresión se constituyó como la segunda mayor causa de morbilidad materna solo después de la enfermedad isquémica cardíaca.

Así mismo, Martínez & Jácome (2), coinciden en afirmar que la depresión es un problema de salud pública preocupante a nivel mundial, esto debido a que la prevalencia es cada vez más alta en países desarrollados, siendo por lo tanto, muy similar a la registrada en países latinoamericanos incluido Colombia, lo cual en mayor parte, se debe a la pobreza, las minorías étnicas, el pobre apoyo social y el resultado adverso materno y neonatal que se cuentan entre los múltiples factores y causas asociadas desencadenantes de síntomas de depresión.

Martínez & Jácome (2), también mencionan que la depresión se ha consolidado como la causa de morbilidad psiquiátrica e incapacidad que se presenta con más frecuencia en diferentes momentos y etapas del proceso de embarazo en las gestantes, llegando por lo tanto a afectar e impactar a más del 13% de las gestantes.

Con el fin de hacer frente a la problemática que representa la depresión postparto, Martínez & Jácome (2) sostienen que un factor clave es llevar a cabo su debido diagnóstico haciendo uso de criterios como los establecidos por el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), la aplicación de escalas validadas como la Escala de Riesgo Biológico y Psicosocial de Herrera et. al (3), y la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (1987).

Por otra parte, es preciso mencionar que en el personal y profesionales vinculados al sector de la salud comúnmente suelen presentarse errores y falencias en el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de la depresión durante el embarazo, lo cual trae como consecuencia el desencadenamiento de diferentes efectos negativos y repercusiones durante el proceso de gestación o del feto.

La depresión durante el embarazo según lo afirmado por Mojica, Parra & Osma (4) es una etapa en la que tanto la madre como el hijo deben afrontar diferentes y complejos cambios fisiopatológicos, lo cual de manera previa y posterior conlleva a crear en ellos adaptación, aceptación, y por último una eficiente red de apoyo es fundamental para que los controles prenatales se lleven a cabo y se logre desarrollar una valoración del riesgo psicosocial oportuna y efectiva, que permita posteriormente distinguir la sintomatología que indique una alteración de la salud mental con el fin de aplicar el tamizaje, detección y tratamiento oportuno.

Martínez & Jácome (2) también argumentan que los síntomas depresivos se vienen presentando con un mayor grado de incidencia a partir del segundo trimestre del embarazo, en promedio en el 13% de los casos, mientras que, de forma muy similar, es decir, en el tercer

trimestre la incidencia de casos en promedio alcanza un 12% de afectación en las gestantes frente al primer trimestre, en el que tan solo un 7% de las gestantes suelen padecer los síntomas de este tipo de patologías mentales.

Estos mismos autores citan a Borda et al. (5), donde manifiestan que la prevalencia de depresión en Colombia ha llegado a alcanzar en este segmento poblacional un porcentaje de afectación por depresión durante el proceso de gestación cercano al 19%.

La depresión posparto según Ortiz, Gallego, Buitrón, Meneses, Muñoz & González (7) afecta de manera significativa el bienestar no solo de la madre sino también el del niño, esto debido a que afecta de manera contundente su desarrollo neuropsicológico, emocional y cognitivo, por ello, es de vital importancia que se lleve a cabo la identificación de los síntomas y manejo oportuno de parte de un personal que se encuentre idóneamente preparado para hacer frente a este tipo de patologías, además de desarrollar tratamientos y programas que puedan ser implementados y socializados en diversas instituciones a fin de promover un acompañamiento más adecuado y propicio en las gestantes.

En tal sentido, es preciso mencionar que las gestantes son propensas a padecer trastornos mentales, en especial la depresión durante el proceso de gestación y posterior a este. Por tal razón, de acuerdo a lo anteriormente anotado, surge la necesidad de determinar el porcentaje de aplicación de los instrumentos para la valoración y detección oportuna de la depresión posparto en las historias clínicas por el personal de Salud del Hospital Rubén Cruz Vélez. Cabe resaltar que dicha institución, no cuenta con un protocolo o guía sobre la implementación de estos instrumentos para la valoración de la depresión posparto según lo establecido en la normatividad de la ruta de atención materno perinatal de la resolución 3280 del 2018. Así mismo, se planteó el siguiente interrogante.

1.1.1. Pregunta de investigación:

¿Cuál es el porcentaje de aplicación de la Escala de Depresión Posnatal y el Tamizaje por el personal de Salud del Hospital Rubén Cruz Vélez?

2. Antecedentes

Los antecedentes de investigación que muestran los factores de riesgo que producen depresión en las gestantes o luego del parto, ha sido evaluada por período, en este caso las condiciones externas de las personas gestantes que provocan la depresión, del mismo modo, el porcentaje registrado de mujeres afectadas con esta enfermedad.

Así mismo, hablando de países de Norteamérica cuyos registros médicos e investigaciones han arrojado determinados porcentajes “el puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo (7). Una de cada cinco mujeres que viven en países de ingresos medios y bajos sufren de depresión posparto (4). Se ha calculado que, en países como Estados Unidos, una de cada ocho mujeres presenta en su posparto tal patología, esto significa que, del total de mujeres en posparto, aproximadamente, un millón de mujeres por año presente este tipo de depresión (10).” (1)

De este modo, aunque para Estados Unidos representa una cantidad considerable de mujeres que sufren esta enfermedad durante su posparto, además, al generarse en la etapa del puerperio en donde los cambios psicológicos y físicos que nuevamente atraviesan a la madre la afectan considerablemente, en donde, no se muestra que exista una atención psicológica para confrontar este padecimiento en las mujeres gestantes.

Es de suma importancia realizar una historia clínica completa, esta debe contener el examen de estado mental y el examen físico. Se debe especificar si existen antecedentes de depresiones previas, abuso de sustancias, determinar la duración y gravedad del episodio depresivo, se debe indicar si existe coexistencia de otras condiciones médicas, antecedentes psiquiátricos familiares. En el examen físico se ve evaluar si existe deterioro funcional y determinar los acontecimientos de vida y factores de estrés. (1)

Por consiguiente, para determinar los factores hay que realizar una rigurosa historia clínica debido a que los contextos socioculturales y la exposición al estrés de las madres, además, tener antecedentes psiquiátricos en la familia puede indicar un tratamiento adecuado para las mujeres desde los sistemas de salud puesto que compromete la gestación y la relación madre-infante durante el posparto.

Así, en la indagación para poder extraer desde lo cuantitativo y rastrear los procedimientos psicológicos que se le brindan a las personas gestantes, las investigaciones académicas tienen al respecto:

“De un total de 139 puérperas fisiológicas presentó tamizaje positivo para depresión posparto, según el Test de Edimburgo, el 13,66% (19 pacientes) resultando que desde el punto de vista clínico solo el 12,23% (17 pacientes) del total de pacientes fueron diagnosticadas, por el especialista en psiquiatría, como portadores de depresión posparto.” (2).

Consecuente a esto, aplicando esta prueba del total de mujeres el 12% lograron ser diagnosticadas con depresión y poder ser remitidas a psiquiatría por haber desarrollado la depresión posparto, síntomas que puede lograr durar hasta el primer año del infante. Sin

embargo, más allá de los factores se encuentran otros que son puntuales en el progreso luego de que estas madres son sometidas a tratamiento adecuado a sus necesidades.

“La mayoría de las mujeres que desarrollan este cuadro de síntomas no son tratadas pues no manifiestan sus problemas al personal de salud. Tampoco reciben apoyo de familiares, por lo cual no se tienen datos claros acerca de la progresión de la depresión, ya que existen diversos factores relacionados con el cuadro de depresión posparto.” (2)

De acuerdo con esto, se derivan dos situaciones: la primera, es que muchas mujeres no logran identificar los cambios psicológicos y por su condición del entorno como para saber que es importante compartirlo con el personal de salud, por otro lado, la percepción sobre la salud mental no se tiene en cuenta, menos en las personas gestantes o quienes están en la etapa de puerperio, por lo cual, el apoyo de su entorno social puede verse reducido, lo que significa que se compromete el progreso de la madre.

“Se ha documentado que existe una vulnerabilidad en el recién nacido de ameritar una valoración en un servicio de emergencias cuando sus madres tiene el diagnóstico de depresión y que en muchos casos este no se ha confeccionado oportunamente (5). El niño o niña está expuesto a suspensión temprana de la lactancia materna, abuso infantil y negligencia en su cuidado (5).” (3) No obstante, el recién nacido necesita de unos cuidados otorgados por su madre, por lo tanto, si esta sufre de depresión puede ser desatendido y poner en riesgo la vida de ese bebé, mientras el caso no sea grave no es tan preocupante generando formas de atención que recurran a la tranquilidad de esa madre, sin embargo, cuando la depresión es grave la atención médica debe ser óptima puesto que puede llevarla al suicidio.

En este sentido, para Loaiza, Dachner y Morales (3) el tratamiento para esta enfermedad no se trata de manera adecuada porque en principio se debe abordar con elementos terapéuticos indicando consumo de sustancias inadecuadas como cigarrillo y alcohol e impulsar el ejercicio físico más técnicas de relajación, finalmente, tener intervenciones psicoterapéuticas siempre y cuando no sean casos graves.

“En relación con la depresión posparto severa, los pacientes a menudo presentan pensamientos suicidas, deterioro grave del funcionamiento y mal juicio, los factores anteriores están asociados a un riesgo de daño inminente (7). Para la atención de estos casos se recomienda el uso de los fármacos antidepresivos (22). No obstante, antes de recetar estas sustancias debe analizarse cada paciente individualmente”. (4) Para poder evitar que los casos de las madres escalen a niveles graves se debe desarrollar el historial clínico de manera temprana para poder brindar atención adecuada a las madres y oportuno en el momento del diagnóstico, además, determinar que estas evaluaciones tengan en cuenta aspectos biológicos y contextuales de la madre.

“Por otra parte, la sociedad también juega un rol importante en la forma en la que se maneja la gestación y los efectos de esta. De manera que, así como replantearse las presiones de perfección asociadas a la maternidad, ya que estos elementos funcionan como estresores adicionales y pueden ser un limitante para buscar ayuda (15).” Además, de evaluar los procesos sociales de las personas gestantes en el centro de salud, se deben recurrir a espacios en donde se generen redes

de apoyo que permitan el progreso psicológico sano de la madre durante el proceso desde el diagnóstico hasta su recuperación manteniendo así el cuidado correspondiente hacia el infante.

De esta manera, Salazar y López (5) casi el 85% de las mujeres sienten algo llamado “melancolía materna” o “pospartum blues” que tiene una durabilidad de los primeros días del parto, evidenciados por una sintomatología similar a un evento depresivo, sin embargo, si estos continúan que generalmente abarcan un 15% de las mujeres, pueden agravarse en un 50% si esta madre presenta un antecedente depresivo sea por genética o por algún trauma en especial.

La edad media de las mujeres estudiadas fue de 25 años, (rango intercuartílico entre 21-30 años), la variable edad no arrojó significancia estadística al asociarla con los puntajes de corte para depresión, p -valor = 0,658. Sin embargo, los estudios han mostrado discrepancia en cuanto a la edad como factor de riesgo para desarrollar este evento, por ejemplo, se ha reportado que la DPP fue más común entre las mujeres de edades comprendidas entre 18 y 23 años, comparadas con los grupos de mujeres mayores de treinta años o más (1)

De la misma forma, la edad no parece ser un determinante en el padecimiento de depresión posparto, es decir, que las mujeres gestantes solo tienen como condiciones su contexto sociocultural y económico o tener antecedentes depresivos, pues la investigación realizada en todas las edades se puede presentar, es decir, que hasta este punto se tienen unos factores claros que participan en el desarrollo de esta enfermedad.

Para Jiménez-Hernández, Jaramillo, Pérez, Salazar y Vélez (6) en su investigación determinaron que las condiciones económicas, laborales, educativas, los métodos anticonceptivos, edad y el apoyo de la pareja no son significativos en este padecimiento, pero sí lo son, antecedentes psiquiátricos o mujeres que viven en zonas urbanas, además, quienes sufrieron una pérdida previa al embarazo en curso podía desarrollar depresión a escalas mayores.

Finalmente, en las investigaciones seleccionadas para los antecedentes de esta investigación tienen un punto en común y es que los antecedentes psiquiátricos son fundamentales para saber el puntaje en la escala de depresión puede tener una mujer, además, que la depresión en donde más sucede es en puerperio, una etapa del posparto que puede durar hasta un año, por lo que la atención médica debe ser óptima y saber qué tipo de atención requiere la madre.

3. Justificación

La importancia de llevar a cabo la investigación, también se justifica en el hecho, de que los fenómenos que se presentan en torno a la depresión post parto mostrarán la necesidad de investigar y comprender más a fondo las causalidades y consecuencias que comúnmente afectan tanto a la madre como al hijo, en parte debido a la falta de detección temprana y adecuada del personal de salud o a la aplicación incorrecta de los instrumentos validados por el Ministerio de Salud para tal fin.

Considerando lo mencionado, la investigación cobró importancia en su valor teórico debido a que dio a conocer información característica en torno al fenómeno objeto de estudio, es decir, la identificación del porcentaje de aplicación de los diferentes instrumentos y escalas de valoración para depresión postparto, así como el marco de respuesta que puede dar solución a esta problemática que cada vez se hace más visible a nivel social.

Frente al contexto social, en la investigación se identificó que a pesar del alto nivel de prevalencia que existe en cuanto a depresión postparto, son pocos los estudios de caso que logran dar cifras efectivas sobre la aplicación de instrumentos de forma efectiva al igual que la capacitación y motivación del personal de salud encargado de atender los controles prenatales y postnatales.

Partiendo de lo expuesto, surgió entonces el interés en indagar el porcentaje de aplicación de instrumentos y escalas de valoración de depresión postnatal durante la realización de los controles prenatales y postpartos por el personal de salud en el hospital Rubén Cruz Vélez.

De esta manera se pudo identificar y analizar la importancia del tamizaje para depresión postparto ya que si se realiza de manera acorde a la ley estipulada se logrará una gestación plena y sana para el binomio madre e hijo o en caso tal de encontrar o diagnosticar la depresión postparto brindar un tratamiento oportuno y eficaz para contrarrestar los riesgos y complicaciones que se puedan presentar.

4. Objetivos

4.1.1. Objetivo general

Determinar el porcentaje de aplicación de los instrumentos para la valoración y detección oportuna de la depresión postparto en las historias clínicas diligenciadas por el personal de Salud del Hospital Rubén Cruz Vélez.

4.1.2. Objetivos específicos

- ✓ Caracterizar los aspectos sociodemográficos de las maternas a quienes fueron aplicados los instrumentos para la valoración del riesgo de la depresión postparto en el registro de las historias clínicas.
- ✓ Determinar la periodicidad en la aplicación de la escala de riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado, según los trimestres de gestación en las historias clínicas del hospital Rubén Cruz Vélez.
- ✓ Determinar el porcentaje de aplicación del Tamizaje y de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en las historias clínicas del hospital Rubén Cruz Vélez.

5. Marcos de referencia

5.1 Marco teórico

La Depresión Posparto es un proceso traumático que se hace cada vez más evidente, la evaluación de la efectividad de las intervenciones por enfermería en el abordaje de la depresión postparto no está centrando en el tratamiento de la depresión como tal, de hecho, se centra en el análisis de los factores de riesgo, del síntoma, la reducción y eliminación de éstos.

Es un reto para el personal de salud que atiende los controles prenatales y de postpartos poder identificar a tiempo los síntomas de la depresión postparto, en especial los diferentes estados emocionales que pueden presentarse generalmente en las pacientes con un alto riesgo biopsicosocial, por lo cual se evidencia que uno de los hallazgos más significativos es que el instrumento más fiable en la detección temprana de los síntomas de depresión postparto ha sido la Escala de Edimburgo (EPDS) al igual que ha resultado importante implementar el cribado en las revisiones rutinarias de las pacientes.(14)

Se puede deducir que el rol de la matrona y la enfermera es de vital importancia en las intervenciones para la prevención, detección y tratamiento de la depresión postparto oportuna y eficaz. Es necesario seguir trabajando en el tema para conseguir la mejor evidencia posible y capacitar a los profesionales en salud con conocimientos científicos para que apliquen estos resultados, mejorando así la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios a este binomio madre e hijo.(14)

Teniendo en cuenta la importancia de la actuación de la enfermera en la prevención, detección y tratamiento de la depresión postparto, la cual tiene como objetivo identificar los factores de riesgo asociados y las herramientas de detección existentes, analizar el conocimiento de enfermería sobre su prevención, diagnóstico, detección y tratamiento, examinar cómo afecta la DPP en el cuidado del recién nacido y determinar las diferentes intervenciones de enfermería para realizar un correcto abordaje. Donde se obtuvieron 26 artículos científicos relacionados con los dos objetivos específicos expuestos. Se constituye en un rol significativo el de la matrona y el de la enfermera el cual son fundamentales en la prevención y la detección de la DPP.(14)

La depresión postparto se ha catalogado como un estigma social que supone padecer una enfermedad mental, la cual es apartada y olvidada por las personas. Se entiende que a los tres meses después de finalizar las sesiones, los educadores analizan las historias clínicas con diagnóstico de DPP. El papel de los especialistas en obstetricia y ginecología es clave, pues son quienes realizan un seguimiento completo de la gestante.

Pero los profesionales sanitarios no especialistas también tienen un papel muy aprovechable e importante, por lo que es necesario que posean los conocimientos necesarios sobre la depresión postparto y sobre cómo poder detectarla y abordarla de manera temprana y eficaz para disminuir las consecuencias o complicaciones en el binomio madre e hijo. La

incidencia de depresión en la etapa del puerperio mediante el Test de Edimburgo y su relación con los diferentes factores de riesgo en las pacientes del servicio de hospitalización.

Se logra evidenciar que el 74% del personal brinda apoyo emocional a las puérperas predominando así esta actividad como un medio para enfrentar la depresión, sin embargo, el 62% rara vez cuenta con suficiente tiempo para brindar los cuidados necesarios. Además, el 78% de los y las enfermeras no han sido capacitados para actuar ante este tipo de patología.(15)

De esta manera se pudo concluir que el rol del personal de enfermería ante las pacientes con depresión postparto se ve comúnmente afectado debido a la falta de tiempo, que se da por la gran cantidad de tareas y responsabilidad que recae sobre estos, seguido de una capacitación inadecuada respecto a esta problemática en salud mental. La depresión posparto resulta necesaria para dar visibilidad a esta enfermedad ya que es un problema de salud pública a nivel mundial y es importante proporcionar unos cuidados de calidad a la mujer y a su entorno. (16)

Con el desarrollo del plan de mejora, el cual consiste en capacitar y orientar al personal de salud que atienden o tienen un contacto con las gestantes, así de esta manera lograr un aumento de los conocimientos por parte de los matrones y matronas sobre la DPP.

Al revisar el contexto valorado en las investigaciones antes expuestas, se puede establecer que el aporte clave que de estas se deriva y se enfoca principalmente en servir de guía temática tanto para profesionales de la salud partiendo de la cosmovisión global que se tiene de la problemática que suscita para las madres en su etapa de gestación y postparto el manejo de los niveles de estrés en su contexto personal.

Esta fue creada en Livingston y Edimburgo, consistiendo en 10 preguntas claras y concisas, cada una con cuatro posibles respuestas, de las cuales la madre escoge cual es la que más se aproxima a sus emociones durante la semana transcurrida. (17)

Contestar la encuesta no lleva más de cinco minutos y junto con el juicio clínico ayuda en un 92% a detectar algún tipo de depresión de diferentes grados de severidad. A causa de que la escala hace referencia a las emociones maternas durante la semana previa, cuando hay incertidumbre sobre los resultados, se puede reevaluar la paciente repitiendo la escala al cabo de dos semanas. Es importante recordar que la escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

A continuación, se realiza una descripción detallada sobre la escala de depresión la cual se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto; las categorías de respuesta son aludiendo a que nunca pasa algo, casi nunca, a veces y siempre y se dan puntos de 0, 1, 2, 3 según el aumento de la gravedad. (17)

Se suman todos 18 los puntos para generar una puntuación total y una mayor a 10 muestra la probabilidad de una depresión sin precisar su gravedad. Es importante recalcar, que la pregunta diez atribuye a ideas de autolesión y por eso cualquier puntaje que no sea cero en esta pregunta, es necesario que se hagan remisiones y evaluaciones adicionales inmediatamente (8). Esta escala

ha sido ampliamente evaluada, se ha utilizado en 23 países y tiene un nivel significativo de sensibilidad (86%) y especificidad (78%) para identificar las madres en riesgo de depresión postparto.

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo Consta de 10 ítems sobre cómo se ha sentido la mujer en la última semana. Cada pregunta tiene 4 posibles respuestas con valores de 0-3 puntos. Si el cuestionario es realizado en el posparto se recomienda usar el punto de corte 9/10, es decir, si la puntuación final es mayor o igual a 10, es una probable depresión posparto. En cambio, si se realiza en el embarazo, el punto de corte sería de 12/13, una puntuación final mayor o igual a 13 es una probable depresión en el embarazo.

Así mismo la resolución 3280 del 2018 dicta el lineamiento sobre la ruta de atención materno perinatal donde se realiza una valoración integral de la gestante e identificación de factores de riesgo a partir de diferentes actividades entre estas la valoración psicosocial debe incluir la estructura y dinámica familiar, las redes de apoyo familiar, social y comunitario, gestación deseada, gestación programada. Indagar o identificar situaciones de vulnerabilidad: estresores, exclusión social, pobreza, marginalidad, e indagar sobre su manejo. (18) Se recomienda para el análisis de estas variables utilizar la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado (Anexo 2). Esta de debe aplicar en cada trimestre de la gestación.

En la semana 28 de gestación y en las visitas con la materna tras el parto se debe realizar el tamizaje para depresión posparto con las siguientes preguntas para identificar la posibilidad de una depresión posparto:

“Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?”

“Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?”

Quienes hayan respondido afirmativamente estas dos preguntas deberán tener un acompañamiento de personal de psicología y psiquiatría para hacer diagnóstico confirmatorio de la Depresión y brindar apoyo terapéutico que se requiera. Se deberá realizar un seguimiento por el equipo de salud mental posterior al alta a aquellas mujeres que tengan un puntaje mayor a 12 puntos en la Escala de depresión posnatal de Edimburgo EPDS, (anexo 3).

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio

El desarrollo de la investigación se llevó a cabo partiendo desde un enfoque cuantitativo bajo un diseño no experimental de corte transversal.

6.2 Área de estudio.

El área o escenario en donde se desarrolló la presente investigación fue en el Hospital Rubén Cruz Vélez E.S.E. de Tuluá, Valle del Cauca.

El Municipio de Tuluá está ubicado en la zona Centro del Departamento Del Valle del Cauca a 102 km. De Cali, a 172 km de Buenaventura y a 24 km de Buga. Es atravesado de sur a norte por el río Tuluá. Ocupa un territorio de 910.55 km² (91.055 ha) de los cuales el 98,78% equivale al área rural y el 1,22% equivale al área urbana; a una altura promedio de 973 metros sobre el nivel del mar y temperatura media de 24 °C en la zona Urbana.

El Hospital Rubén Cruz Vélez surgió en el año 1970 como un puesto de salud llamado Aquileo Cruz, Para el año de 1989 el puesto de salud le fue cambiado el nombre al de “Centro de Integración Popular”, pero era llamado por los usuarios ‘hospitalito’ nombre que recibió por muchos años. En 1996 se toma la decisión de convertir el puesto de salud en hospital e iniciar las obras de construcción y ya para el 1997 fue creado el H.R.C.V., el cual está ubicado al occidente de Tuluá, en el barrio que responde a su mismo nombre, en la calle 20 número 14-45.

Se encuentra ubicado dentro de la comuna siete siendo el área de influencia directa de sesenta y siete barrios distribuidos en las comunas cuatro, seis, ocho y nueve. Las condiciones socioeconómicas de la población atendida y el radio de acción del Hospital se clasifican entre los estratos cero, uno, dos y tres. Creado para prestar el servicio de atención al Nivel 1, hace parte de la red hospitalaria del Municipio, logrando constituirse como una institución local que ofrece mayor proyección social en materia de salud.

6.3 Universo

Se obtuvo la base de datos expuesta por el Hospital Rubén Cruz Vélez sobre todas las gestantes que ingresaron para realizar su control prenatal el cual corresponde a un total de 1179 gestantes entre los años 2019 hasta el 2021.

6.3.1 Población

Se partió de la información registrada en las historias clínicas de las gestantes atendidas en la institución durante el año 2021.

6.3.2 Muestra

Para este estudio, fueron seleccionadas 296 las historias clínicas de las gestantes que iniciaron y terminaron los controles prenatales y partos atendidos en el 2021, en el Hospital Rubén Cruz Vélez E.S.E.

6.3.3 Criterios de inclusión

Historias clínicas de controles prenatales y de partos atendidos del 2021.

6.3.4 Criterios de exclusión

Historias clínicas de gestantes que iniciaron su control prenatal en el 2020 y/o partos atendidos en el 2022.

6.4 Recolección de la información

Por medio del acceso a las historias clínicas de los controles prenatales y de postpartos, con previa autorización por la entidad de salud HRCV se pudo recolectar la información requerida para esta investigación a través de dicho formulario, teniendo en cuenta los principios de confidencialidad y seguridad de la información personal de las pacientes, por lo cual enumeramos las historias clínicas según la base de datos del año 2021.

6.5 Instrumento de aplicación

Para efectuar el procesamiento de la información procedimos a aplicar un formulario para la revisión de historias clínicas la cual se divide en 28 ítems (**Ver anexo 1**), creada por los estudiantes encargados de realizar la investigación, a partir de la respectiva operacionalización de las variables de estudio (**Ver anexo 4**).

7. Resultados

Presentación y análisis de resultados

A continuación se presentan los resultados del proyecto investigativo realizado por los estudiantes del programa de enfermería, los cuales buscan determinar el porcentaje de aplicación de los instrumentos para la valoración y detección oportuna de la depresión postparto en las historias clínicas por el personal de Salud del Hospital Rubén Cruz Vélez.

Tabla Nro. 1: Caracterización sociodemográfica de la Población

Población: (N = 296)

CARACTERIZACION POBLACIONAL	N	%
RANGO EDAD		
MENOR DE 14 AÑOS	3	1
ENTRE 15 Y 20 AÑOS	68	23
ENTRE 21 Y 25 AÑOS	84	28
ENTRE 26 Y 30 AÑOS	87	29
ENTRE 31 Y 35 AÑOS	40	14
MAYOR A 36 AÑOS	14	5
ESTADO CIVIL		
CASADA	25	8
DIVORCIADA	1	0
SOLTERA	42	14
UNION LIBRE	228	77
ZONA DONDE HABITA		
NO REGISTRA	1	0
RURAL	39	13
URBANA	256	86
NIVEL DE FORMACION		
ANALFABETA	4	1
BACHILLER	206	70
NO REGISTRA	1	0
PRIMARIA COMPLETA	35	12
PRIMARIA INCOMPLETA	2	1
PROFESIONAL	16	5
TECNICO	32	11
OCUPACION		
AMA DE CASA	211	71
NO REGISTRA	7	2
TRABAJADORA DEPENDIENTE - EMPLEADO	13	4
TRABAJADORA INDEPENDIENTE	65	22

Fuente: Encuesta aplicada a las historias clínicas de maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (Valle del Cauca), 2021.

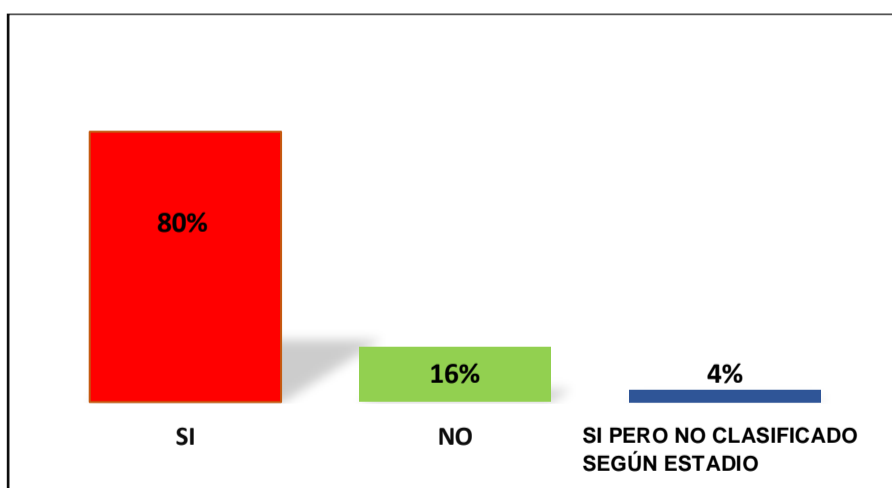
Luego de realizar el análisis de los datos sociodemográficos y resaltar los de mayor frecuencia, se puede evidenciar lo siguiente:

De las doscientas noventa y seis (**n=296**) historias clínicas verificadas a través del formulario, ochenta y siete (87) que corresponden al 29%, las cuales se encuentra en un rango de edad entre 26 y 30 años; ochenta y cuatro (84) muestran un rango de edad entre 21 y 25 años, lo que equivale al 28%, lo que demuestra que la mayor parte de la población objeto de estudio presenta un rango de edad entre los 21 y 30 años. La mayoría de las maternas consultadas a través de sus historias clínicas, es decir, doscientos veintiocho (228) formularios, muestran que el estado civil más representativo es unión libre y un 14% son madres solteras; la zona más habitadas por las maternas es la Urbana con un 86% equivalente a doscientos cincuenta y seis (256) historias y Rural con un 13%; doscientos seis (206) maternas registran en sus historias clínicas el nivel de formación Bachiller, siendo este el más característico y un 12% con primaria completa. La ocupación promedio lo que oscila alrededor de doscientos once (211) de las maternas son Ama de casa siendo la mayoría con un 71% y un 22% son trabajadoras independientes, es decir sesenta y cinco 65 mujeres.

Punto Nro. 2: Profesional que atendió el control prenatal

Después de revisar exhaustivamente un total de doscientas noventa y seis (**n=296**) historias clínicas, se puede evidenciar que la población objeto estudio, lo que equivale al **100%** de las maternas consultadas mediante sus historias clínicas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (Valle del Cauca) fueron atendidas por el profesional en salud Medico General; está parametrizado que las maternas primero sean revisadas por el médico general y en caso de presentar alguna anomalía o alerta durante el proceso de gestación, se hace la respectiva remisión al especialista requerido.

Gráfica Nro. 1: embarazo de alto riesgo



Fuente: Encuesta aplicada a las historias clínicas de maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (Valle del Cauca), 2021.

De doscientas noventa y seis (**n=296**) de las maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (Valle del Cauca), se evidencia mediante sus historias clínicas que para el **80%** Si fue

un embarazo de alto riesgo, para un **16%** No y solo para el **4%** restante Si fue un embarazo de alto riesgo, pero No clasificado según el Estadio.

Punto Nro. 3: Tipo de Enfermedad

Después de examinar Doscientos noventa y seis (N=296) historias clínicas de las Maternas atendidas En El Hospital Rubén Cruz Vélez De Tuluá (Valle Del Cauca), se encuentra lo siguiente:

El **29%** NO presentaron o Sufrieron De Alguna Enfermedad Durante Su Etapa De Gestación, No Aplica – NA.

En **24%** se manifestaron Enfermedades como: Sobrepeso (Materno), Amenaza De Aborto, Anemia Leve, Dm Gestacional, Gastritis, Hipotiroidismo, HTA, IVU, Arritmia Cardiaca, Depresión, Ansiedad, Covid-19, Toxosuceptible, IVU, LÚES, Incompatibilidad RH, Malformación Congénita, RCIU Tipo I, Colelitiasis, SD Anémico, Trastorno De Depresión Recurrente, Edemas Y Periodo Intergenésico Prolongado.

El **18%** Sufrieron Enfermedades Como Obesidad (Materna Y Mórbida), Atresia Tricúspidea Con Civ (Fetal), Dm Gestacional, HTA, Hipotiroidismo, Riesgo De Preeclampsia, Toxosensible, Sd Anémico Leve, Hiperémesis Gravídica Y RCIU.

12% Dm Gestacional, Hipotiroidismo, Hta, Obesidad Materna, Polihidramnios, Sobrepeso, Toxosensible Y Toxosuceptible

9% Hta, Hipotiroidismo (Gestacional), Anemia (Gestacional), Herpes Vaginal, Covid19, Neumonía, Obesidad Materna, Rciu, Sobrepeso (Materno), Síndrome Anémico, Toxosuceptible, Síndrome De Transfusión Fetal, Ansiedad Y Depresión.

8% IVU Recurrente, Dm Gestacional, Apendicetomía, Obesidad (Materna), Pielonefritis Y Toxosensible.

Tabla Nro. 2: Número de gestación

Población: (N = 296)

GESTACIONES	N	%
2	88	30
3	33	11
4 O MAS	23	8
N/A	152	51

Fuente: Encuesta aplicada a las historias clínicas de maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (Valle del Cauca), 2021.

Punto Nro. 5, Indica que para el **51%**, lo que equivale a ciento cincuenta y dos (**152**) de las doscientos noventa y seis (**n=296**) historias clínicas revisadas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (Valle del Cauca) no aplica – (N/A) más de una (1) gestación y el **8%** restante tuvieron cuatro (4) o más gestaciones.

Tabla Nro. 3: Método de planificación

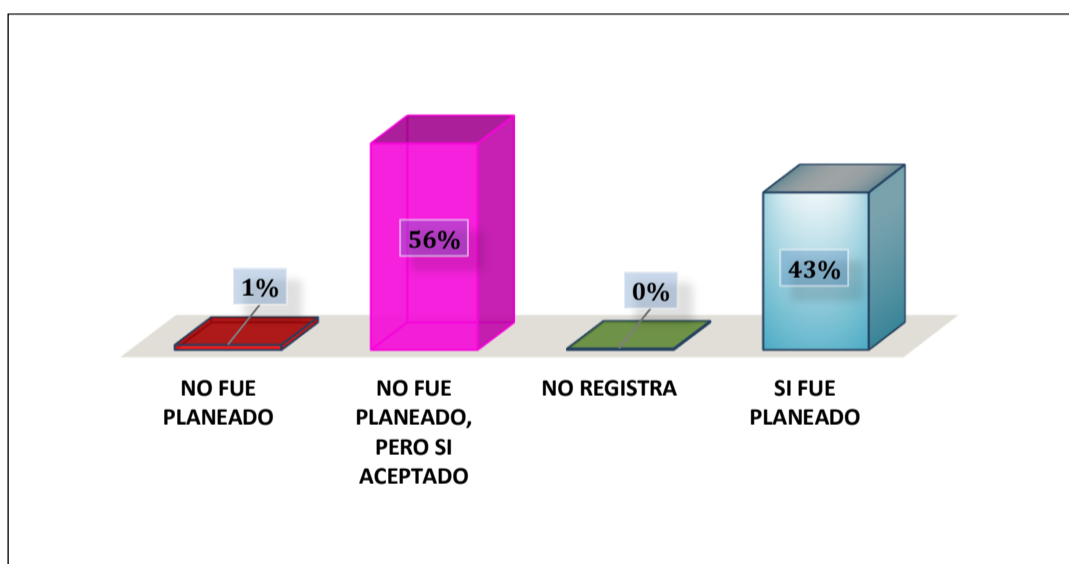
Población: (N = 296)

METODOS	N	%
ACOS, ORALES, DIU, IMPLANTE SUDERMICO Y POMEROY	5	2
HORMONAL	34	11
INYECTABLES	5	2
N/A	245	83
PRESERVATIVOS	7	2

Fuente: Encuesta aplicada a las historias clínicas de maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (Valle del Cauca), 2021.

En la **gráfica nro. 15**, se evidencia que del total de las maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (Valle del cauca), para el **83%** no aplica o no utilizaron ningún método de planificación familiar y el **11%** utilizaron el método de anticonceptivo hormonal.

Gráfica Nro. 2: ¿fue planeado el embarazo?



Fuente: Encuesta aplicada a las historias clínicas de maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (Valle del Cauca), 2021.

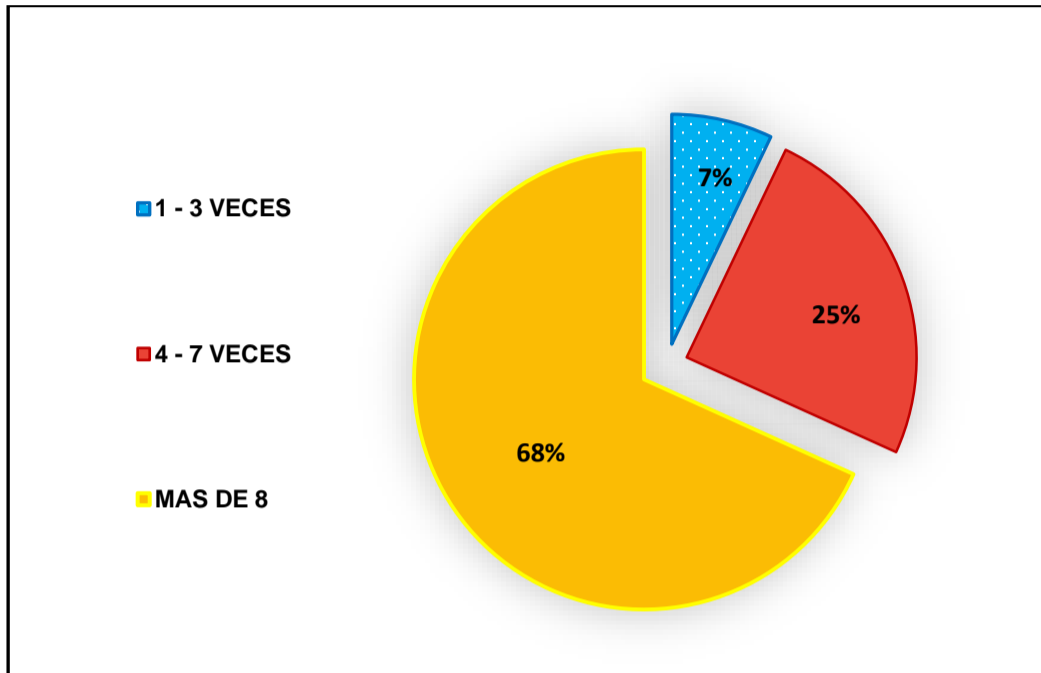
El **56%** de las maternas verificadas a través de las doscientos noventa y seis (**n=296**) historias clínicas del Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (valle del cauca), revelan que su embarazo no fue planeado, pero si aceptado y solo en un **1%** de las historias clínicas que no fue planeado.

Punto Nro. 4: Relación con la pareja

Luego de revisar las doscientos noventa y seis (**n=296**) historias clínicas de las maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (valle del cauca), se encuentra que el **93%** lo que corresponde a doscientas setenta y cinco (**275**) de las mujeres, cuentan con una buena

relación con la pareja, sin embargo, el 7% restante no tiene una buena relación con el padre de su bebé.

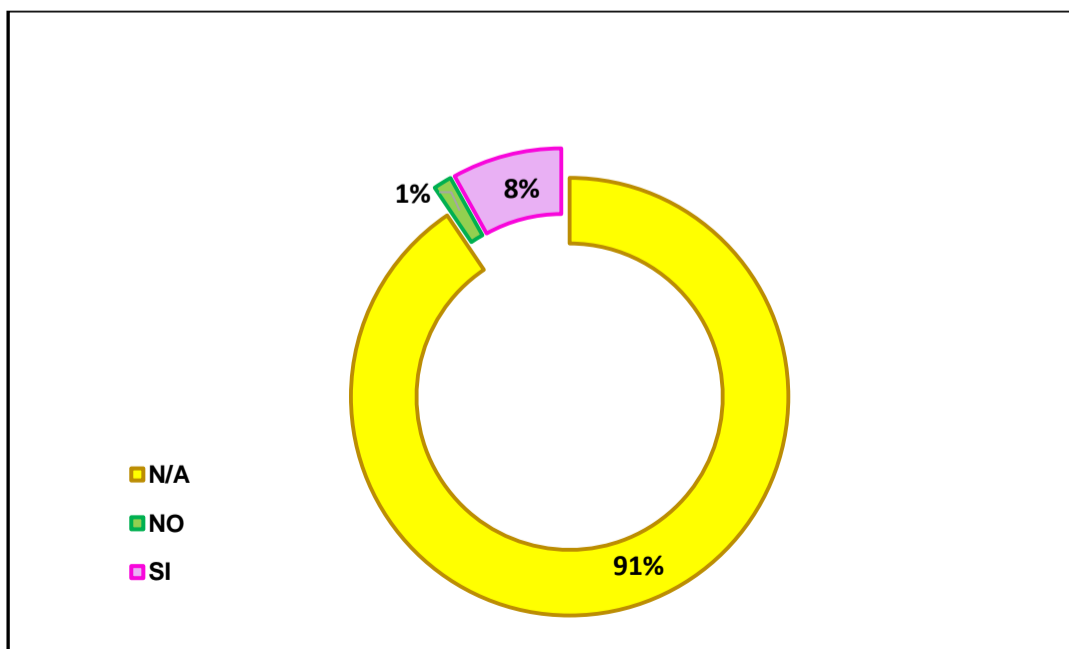
Gráfica Nro. 3: Número de controles prenatales



Fuente: Encuesta aplicada a las historias clínicas de maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (Valle del Cauca), 2021.

Gráfica Nro. 3, indica que el 68% de las doscientos noventa y seis ($n=296$) maternas estudiadas a través de sus historias clínicas del Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (valle del cauca) asistieron a más de 8 veces a las consultas de controles prenatales y el 7% restante se presentaron de 1 - 3 controles prenatales.

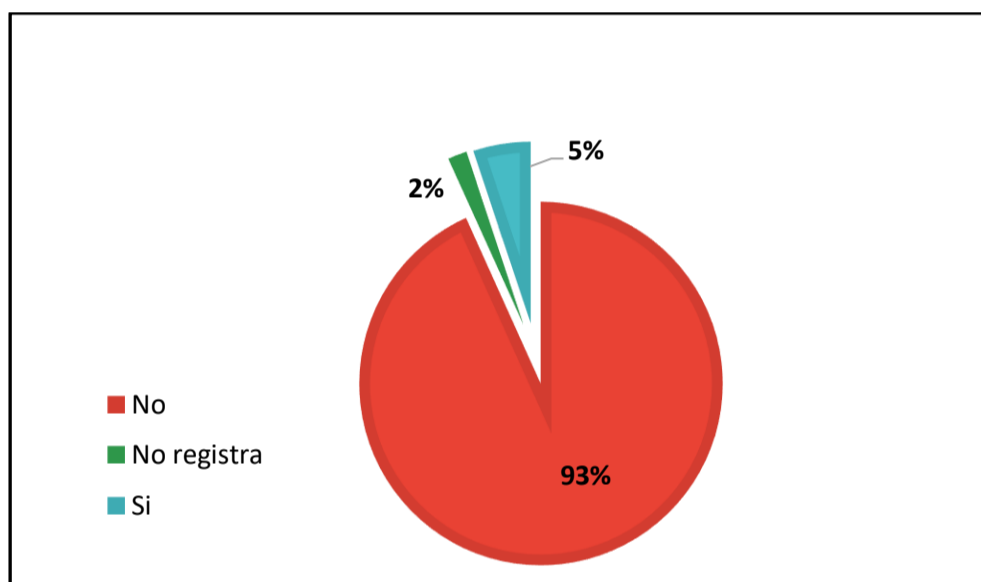
Gráfica Nro. 4: Acompañamiento psicológico



Fuente: Encuesta aplicada a las historias clínicas de maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (Valle del Cauca), 2021.

En la Gráfica Nro. 4: se puede mostrar que de las doscientos noventa y seis (**n=296**) historias clínicas de las maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (valle del cauca), para el **91%** No aplica - N/A el acompañamiento psicológico a la gestante, debido a que durante la valoración no se evidencia o manifiestan síntomas relacionados con la salud mental y es posterior a esto que el área de psicología es quien determina si deben continuar o no; para un **8%** Si por su condición de ser menor de edad y el **1%** restante no requirió el acompañamiento.

Gráfica Nro. 5: Complicación postparto



Fuente: Encuesta aplicada a las historias clínicas de maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (Valle del Cauca), 2021.

El **93%** de las doscientos noventa y seis (**n=296**) maternas seleccionadas por las historias clínicas del Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (valle del cauca) se evidencia que No presentaron alguna complicación postparto y el **5%** Si presentó.

Punto Nro. 5: Complicación postparto y tratamiento.

Se evidencia que de las doscientos noventa y seis (**n=296**) historias clínicas de las maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (valle del cauca) se presentaron complicación post parto y aplicación de tratamientos así: **2%** abruptio placenta, preeclampsia severa/sobregregada (losartan, nifedipino) y síndrome de hellp.

1% presento desprendimiento de placenta, hemorragia postparto (por atonía uterina controlada) **1%** padeció de edemas, Iso (antibiótico), endometritis (clindamicina, amikacina, cefalexina, ciprofloxacina, bromocriptina).

1% hipertensión, trastorno hipertensivo, depresión postparto.

1% Proteinuria (antihipertensivos); en cuanto a tratamientos se prescribieron Insulina, nifedipino y Sulfato de magnesio. Sin embargo, para el **95%** no aplica - N/A.

Tabla Nro. 4: Escala de riesgo biopsicosocial

Población: (N = 296)

NRO. DE TRIMESTRES	N	%
EN UN TRIMESTRE	40	14
EN DOS TRIMESTRES	57	19
NO / NO REGISTRA	3	1
SI	196	66
TRIMESTRE DE APLICACIÓN		
N/A	197	67
Primero y Segundo	1	0
Primero y Tercero	1	0
Segundo Trimestre	6	2
Segundo y Tercer Trimestre	55	19
Tercer Trimestre	36	12

Fuente: Encuesta aplicada a las historias clínicas de maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (Valle del Cauca), 2021.

A la pregunta **¿se evidencia aplicación de escala de riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado en cada trimestre de gestación?** del total de las historias clínicas revisadas del Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (valle del cauca) se encuentra lo siguiente manera:

Al **66%** si se les aplicó la escala de riesgo biopsicosocial,

Un **19%** se les aplico en dos trimestres (segundo y tercero), lo que corresponde a 55 maternas según las historias clínicas.

El **14%** se les aplico en un trimestre (segundo o tercero) y el **1%** restante no se le aplicó, lo cual se presentó por las siguientes razones: algunas maternas comenzaron la realización del control prenatal de manera tardía, otras iniciaron el proceso de control pero lo interrumpieron o no lo terminaron; al 100% de las maternas, lo que corresponde a doscientos noventa y seis (**296**) no se le aplicó el tamizaje para depresión postparto.

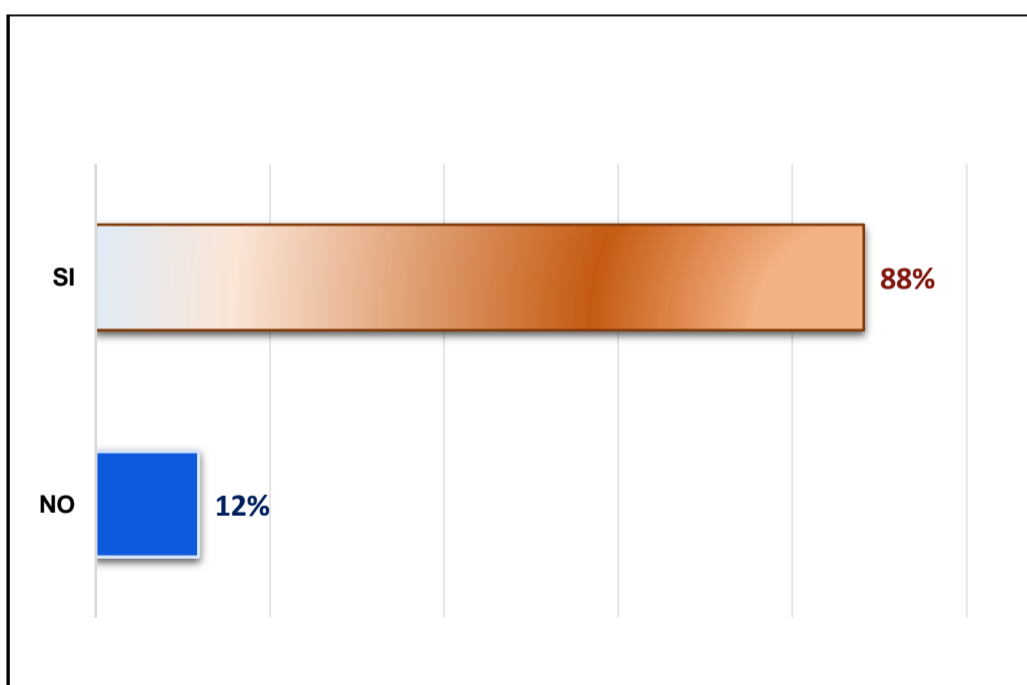
Punto Nro. 6: Aplicación de Tamizaje.

Se evidencia que al **100%** lo que equivale a las doscientos noventa y seis (**n=296**) de las historias clínicas de las maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (valle del cauca) No se les aplicó el tamizaje para depresión postparto a la semana 28 de gestación, ni tampoco en una semana diferente. Teniendo en cuenta que no se encuentra protocolizado en la institución pero la resolución 3280 del 2018 en la ruta materno perinatal lo recomienda.

Punto Nro. 7: Aplicación de la escala de Edimburgo en algún trimestre de gestación.

En total doscientos noventa y seis (**296**) historias clínicas fueron indagadas, lo cual corresponde al **100%** de las maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (valle del cauca), No se les aplicó la escala de depresión postparto de Edimburgo en algún trimestre de gestación debido a que no hubo un tamizaje primordial en la semana 28 de gestación para identificar posibles síntomas de depresión postparto y ser aplicada dicha escala.

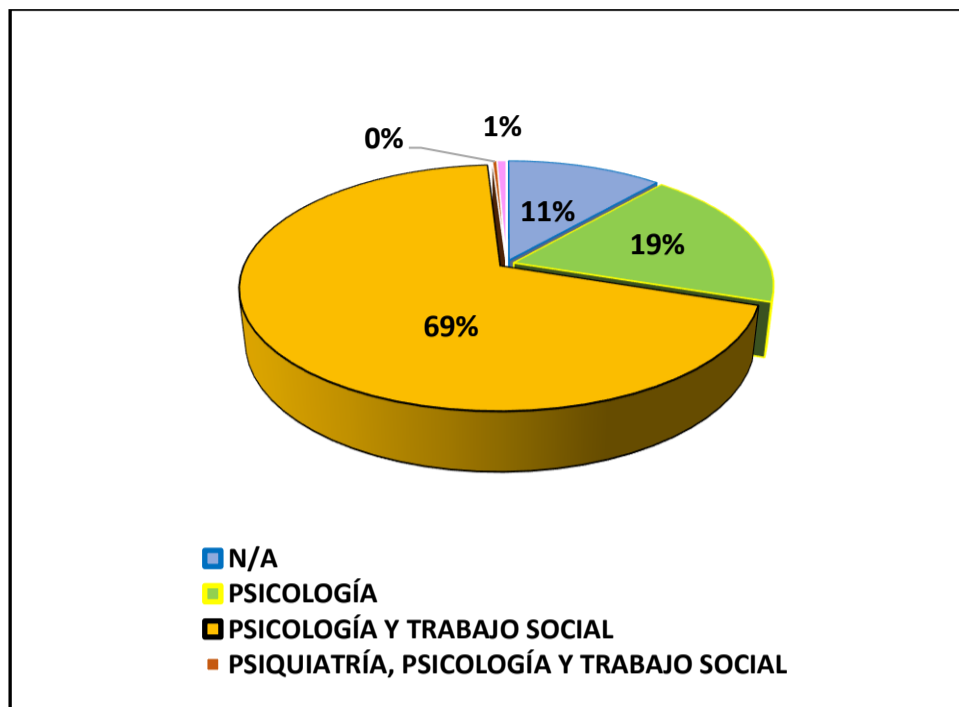
Gráfica Nro. 6: Remisión de la materna



Fuente: Encuesta aplicada a las historias clínicas de maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (Valle del Cauca), 2021.

En la Gráfica Nro. 6, Se evidencia que de las doscientos noventa y seis (**n=296**) de las historias clínicas de las maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (valle del cauca) y requeridas para el presente estudio, solo el **88%** presentaron alguna remisión después de realizar la aplicación de instrumentos de valoración.

Gráfica Nro. 7: Tipo de remisión



Fuente: Encuesta aplicada a las historias clínicas de maternas atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (Valle del Cauca), 2021.

Según la Gráfica Nro. 7 De las doscientos noventa y seis ($n=296$) historias clínicas del Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (valle del cauca), el **69%** fueron remitidas a psicología y trabajo social, un **19%** enviadas a psicología y solo el **1%** a valoración de trabajo social.

Datos Relevantes de la investigación

Esta muestra se completó después de examinar y analizar **296** historias clínicas de maternas (gestación y/o postparto) que llevaron su proceso de control gestacional en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (valle del cauca); de las cuales 84 maternas oscilaban con un rango de edad entre 26 y 30 años (**29%**); se identificaron **228** embarazadas que viven en unión libre (**77%**); **256** maternas habitan en la zona urbana de la ciudad (**86%**); el nivel de formación para la mayoría de las mujeres **206** corresponde a bachiller (**70%**); la ocupación más representativa es ama de casa lo que equivale a **211** mujeres con un (**71%**); en el control prenatal durante el tercer trimestre el profesional médico que atendió a las 296 maternas fue un médico general, lo que corresponde al **100%** de la población; **237** sufrieron un embarazo de alto riesgo (**80%**); **228** de las maternas padecieron alguna enfermedad durante la gestación (**77%**).

El **19%** de las historias clínicas pertenecen a **55** maternas que presentaron enfermedades como: Sobrepeso (Materno) Amenaza De Aborto, Anemia Leve, Dm Gestacional, Gastritis, Hipotiroidismo, Hta, Ivu, Arritmia Cardiaca, Depresión, Ansiedad, Covid-19, Toxosuceptible, Ivu, Lues, Incompatibilidad Rh, Malformación Congénita, Rciu Tipo I, Colelitiasis, Sd Anémico,

Trastorno De Depresión Recurrente, Edemas y periodo intergenésico prolongado; **117** mujeres mostraron antecedentes por enfermedades familiares (**40%**);

Para 152 maternas es su primera gestación (**51%**); el **83%** de las embarazadas es decir 245 de las mujeres revisadas a través de la encuesta no utilizaban ningún método de planificación familiar antes de quedar en embarazo; para **165** de las maternas su embarazo no fue planeado, pero si aceptado (**56%**); se evidencio que el **93%** de las mujeres (**275**) tuvieron buena relación con la pareja; aproximadamente en **202** historias clínicas se identificó que las gestantes asistieron a más de 8 controles prenatales con un (**68%**);

Solo cerca del **8%** de las maternas, es decir, para (**24**) mujeres aplico el acompañamiento psicológico por su condición de ser menor de edad; **276** de las mujeres encuestadas no presentaron alguna complicación postparto (**93%**); de las **296** historias clínicas, solo en 196 se evidencia la aplicación de escala de riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado en cada trimestre de gestación (**66%**), de las cuales a **55** mujeres se les realizó en el segundo y tercer trimestre (**19%**).

La probabilidad de que se presente un problema de salud pública como lo es la Depresión postparto en la población estudiada se debe a que el cien por ciento **100%** de las historias clínicas estudiadas y analizadas a través de una encuesta realizada en el área materno perinatal del Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (valle del cauca), se evidencia que No se les aplicó el tamizaje para depresión postparto a la **semana 28 de gestación**, lo que equivale a **296** historias clínicas revisadas para cumplir con el objetivo de la investigación y al cien por ciento **100%** de las mismas que podrían llegar a sufrir o padecer este tipo de enfermedad debido a que tampoco se les aplicó en ninguna semana de gestación diferente a la 28, así mismo la escala de depresión postnatal de Edimburgo. Teniendo en cuenta que con la Resolución 3280 de 2018 (por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal) con la que se busca la prevención integral en salud de la población materna para evitar o detectar de manera temprana los posibles síntomas que desencadenen la aparición y desarrollo de la enfermedad.

8. Discusión

La presente investigación arroja la evidencia de la aplicación de la escala de riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado en algún trimestre de la gestación como lo indica la tabla Nro. 4 con un sesenta y seis por ciento (66%), lo cual corresponde a ciento noventa y seis (196) mujeres del total de las maternas analizadas a través de su historia clínica, especialmente en el segundo y tercer trimestre con un diecinueve por ciento 19%, aplicada a cincuenta y cinco 55 mujeres, posterior a esto en 296 mujeres que corresponde al total de las historias clínicas consultadas, se evidencia remisión de la materna después de realizar la aplicación de los instrumentos de valoración con un 88%, en su mayoría 204 fueron remitidas a las áreas de psicología y trabajo social con un 69%, y el cien por ciento 100% de las historias clínicas analizadas se evidencia que No se les aplicó el tamizaje para depresión postparto a la semana 28 de gestación, lo que equivale a las 296 mujeres seleccionadas a través de sus historias clínicas para cumplir con el objetivo de investigación y al cien por ciento 100% de las mismas que podrían llegar a sufrir o padecer este tipo de enfermedad debido a que tampoco se les aplicó en ninguna semana de gestación diferente a la 28, teniendo en cuenta la Resolución 3280 de 2018 en la ruta materno perinatal. Razón por la cual el área materno perinatal de dicha institución de salud, no cuenta protocolizado los instrumentos que les permita identificar con mayor grado de exactitud si sus pacientes sufren o no de trastornos depresivos que puedan desencadenar en una depresión post parto.

Sin embargo se encuentra latente la prevalencia de algunos síntomas, situaciones, acontecimientos y/o antecedentes familiares, de salud o hereditarios que pueden conllevar a la presencia de trastornos depresivos en cualquiera de las etapas del embarazo o después del mismo, es decir, que podría presentarse cuando la madre tenga a su bebe en sus manos por primera vez y comience a compartir su tiempo, espacio, emociones con él, para afrontar los nuevos cambios a los que se debe exponer en la nueva etapa de su vida como madre.

Los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública a nivel mundial, estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina, además la frecuencia de estos trastornos parece ser sustancialmente mayor durante el embarazo y el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital, especialmente en embarazadas de bajos ingresos económicos y una pobre red de apoyo.

De la misma forma, el trastorno depresivo mayor en gestantes es un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumados. Así mismo, la presencia de este trastorno en el embarazo aumenta el riesgo de presentar preeclampsia, partos prematuros y productos de bajo peso al nacer, lo cual representa para la gestante un riesgo elevado de presentar un episodio depresivo durante el postparto. Finalmente, se observa que las madres con un menor apego a los hijos son aquellas que informaron más síntomas depresivos y de ansiedad durante el embarazo.

El embarazo y el puerperio son etapas de la vida de la mujer que suponen cambios a nivel bioquímico, hormonal, psicológico y social. Si a estos le añadimos el cambio de rol que debe asumir la madre para complacer las necesidades del recién nacido, el embarazo y el puerperio se convierten en periodos de alta vulnerabilidad ante la aparición de trastornos psíquicos.

La mayoría de las mujeres, un **80%**, sufren alguna alteración a nivel mental en estos periodos, pueden ir desde leves y transitorias como el sentimiento de tristeza, hasta graves y crónicas como pensamientos suicidas (1).

Cabe mencionar que la depresión post parto es un trastorno grave que afecta del 8 al 20% de las mujeres durante el puerperio, especialmente durante las primeras 4 semanas, después del parto el cuadro clínico presenta el humor deprimido y falta de placer en las actividades (anhedonia) como síntomas cardinales.

El cuadro se caracteriza por llanto, desánimo, sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas. Son frecuentes también los sentimientos de culpa y autocensura por no estar amando o cuidando al hijo lo suficiente.

La incidencia varía, y realmente depende del tipo de estudio que se realice para establecer con certeza cuál es la que afecta a cierto tipo de población. En estudios a nivel internacional, la prevalencia de depresión postparto se encuentra entre el **10 y el 15%**, aunque existen reportes de prevalencias más elevadas, tales como **23%** en India, **21%** en Malasia y **27%** en Turquía.

A nivel de América Latina existen estudios en donde se reporta prevalencia de casos de depresión post parto de **22 a 38%**, lo cual podría aseverar que el ser latino, también comprende factor de riesgo para padecer de esta patología, inclusive porque se sabe que son mujeres que experimentan la soledad con mayor frecuencia lo cual podría estar relacionado a esta mayor incidencia.

A continuación, se presentan apartes de un estudio sobre la prevalencia de depresión mayor en pacientes con preeclampsia en una clínica de cuarto nivel en Cali, Colombia realizado por personal de la **Fundación Valle del Lili** y la **Universidad Icesi Manuel Alejandro Zuñiga Zuluaga** - Médico, **Ana María Guerra** - Especialista en Psiquiatría con énfasis en Psiquiatría de la mujer, y **Alejandro Castillo Martínez** - Especialista en Psiquiatría, Maestría en Epidemiología; desarrollado en pacientes hospitalizadas en unidades de alto riesgo obstétrico en donde se encuentran síntomas depresivos en el **61,2 %** de las gestantes. También se reporta que el **27,6 %** de las pacientes habían experimentado alguna forma de maltrato al menos una vez en la vida, aunque en el anterior estudio se utilizó un instrumento diferente de tamizaje 24. En un estudio realizado en Bolivia, el **56 %** de las pacientes de alto riesgo obstétrico tenían algún grado de disfunción familiar según el Apgar familiar 25; este valor es mayor al encontrado por el presente estudio.

La depresión está asociada a parto pretérmino **26, 27**; sin embargo, esta asociación no es observable en nuestro estudio, dado que a las pacientes con criterios de severidad o eclampsia se les terminaba la gestación de manera urgente. Una cuarta parte de las pacientes reportó consumo de sustancias psicoactivas al menos una vez durante la gestación, lo que es similar al reportado en Francia, siendo este del **25,3 %** en pacientes de bajo riesgo durante el control prenatal **28**.

Es importante mencionar que el presente estudio tiene una muestra reducida y una selección de las mujeres incluidas que no fue probabilística, dado que las pacientes eran incluidas en el estudio según su ingreso a la unidad de cuidados obstétricos; sin embargo, este estudio es el primero en el país que evalúa la depresión mayor a través de una entrevista estructurada para realizar el diagnóstico.

Los hallazgos sugieren que en nuestra población la depresión mayor es una condición frecuente que debe ser evaluada, así como la posible necesidad de realizar alguna estrategia de tamización de los síntomas depresivos de manera sistemática, para poder mejorar la detección en este grupo de pacientes.

Es de vital importancia resaltar que las limitaciones que se tuvieron en esta investigación se encuentran en las restricciones por la metodología o diseño de recolección de datos que se planteó ya que al tratarse de revisión de historias clínicas es algo de manejo restringido e implica la inclusión de una institución la cual genera la información que se va a estudiar, aprobación del instrumento de evaluación el cual fue un formulario Google forms que consta de 28 ítems de revisión el cual fue aprobado con anterioridad por expertos lo cual retrasó un poco la investigación, por otro lado, se encuentran las limitaciones en la búsqueda de revisiones bibliográficas en cuanto a la aplicación de estos instrumentos para la valoración y detección oportuna de la depresión postparto en nuestro país; pero sin embargo se cumplió con el objetivo de determinar la aplicación de los instrumentos para la valoración y detección oportuna de la depresión postparto.

Se sugiere que para las próximas investigaciones se realicen en varias instituciones de salud con el fin de comparar los resultados obtenidos y así de esta manera tener diferentes perspectivas en cuanto a la atención materno perinatal de nuestro país regida por la resolución 3280 del 2018 y por consiguiente tener un mayor impacto en cuanto a la investigación desde enfermería como líderes de este servicio mejorando la calidad de atención en salud.

9. Recomendaciones

Considerando la importancia que tiene la investigación y en función de los resultados obtenidos se pueden formular las siguientes recomendaciones para el personal de salud global y de la institución en la cual se llevó a cabo este proceso de investigación:

- Realizar estudios comparativos con nuestra investigación en otros hospitales u otros municipios con el fin de verificar la aplicación de los instrumentos de valoración para depresión postparto y del mismo modo evaluar el nivel de conocimiento del personal de salud encargado de realizar los controles prenatales y postpartos. Y así de esta manera se podrán implementar dichos instrumentos para mejorar la calidad de atención en los controles prenatales y postnatales con el objetivo de realizar una detección y tratamiento oportuno y eficaz para el binomio madre e hijo.
- Tomando como referencia los hallazgos encontrados en estudios anteriores y la efectividad obtenida en la implementación de la Escala en instituciones de salud en diferentes países alrededor del mundo, se sugiere brindar capacitaciones al personal del Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (valle del cauca), lugar de aplicación del presente estudio, para que determinen el uso de la Escala de Depresión de Posparto de Edimburgo - Edimburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) debido a que es una herramienta útil y validada como apoyo al profesional de la salud posterior al tamizaje que se debe realizar en la semana 28 de gestación o las visitas tras el parto a través de la atención primaria de las madres propensas a padecer de depresión post-parto.
- Los investigadores se comprometen a socializar los hallazgos del estudio en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (valle del cauca) dentro de las unidades que se puedan beneficiar.
- En el caso del hospital Rubén Cruz Vélez deben implementar la aplicación del tamizaje para depresión postparto en la semana 28 de gestación o en las visitas tras el parto, posterior a los resultados que se obtengan, deben remitir a la materna al equipo de psicología y psiquiatría para aplicar la Escala de depresión postnatal de Edimburgo ya que es una recomendación estipulada por la resolución 3280 del 2018 en la ruta materno perinatal con el fin de detectar las pacientes con un alto riesgo de depresión post parto a tiempo, estas deben ser canalizadas para una valoración prioritaria a través del reporte, seguimiento y búsqueda activa de las mismas.

10. Conclusión

El presente estudio se diseñó para determinar la aplicación de los instrumentos para la valoración y detección oportuna de la depresión postparto en las historias clínicas por el personal de Salud del Hospital Rubén Cruz Vélez en el año 2021, donde se evidenció que a pesar de que al (66%) de las historias clínicas seleccionadas si se les aplicó la escala de riesgo Biopsicosocial de Herrera y Hurtado de las cuales al (19%) de maternas se les aplicó en el segundo y tercer trimestre. Siendo un porcentaje significativo para haberles realizado el tamizaje y posterior a ello la aplicación de la escala de depresión postnatal de Edimburgo para depresión postparto en la semana 28 de gestación o en sus visitas tras el parto, lo cual no se evidenció en (100%). Teniendo en cuenta que dicha institución de salud no tenía protocolizado el uso del tamizaje y la escala de depresión postnatal, por lo tanto indica un grave problema en salud para la atención integral y eficaz de las maternas que realizan su control prenatal en dicha institución ya que la resolución 3280 del 2018 así lo estipula.

Lo cual podemos concluir que una de las principales causas o defectos encontrados que coadyuvan a la problemática son la falta de cumplimiento de la ley estipulada según la resolución 3280 del 2018 por el ministerio de salud la cual rige y direcciona el proceso de atención para este grupo poblacional de gran importancia como la maternas. Por otro lado se debe resaltar la importancia que tiene el personal de salud en especial enfermería y medicina ya que tienen un mayor contacto con las gestantes durante todo su proceso con el fin de integrar los grupos multidisciplinarios para prevenir y diagnosticar de manera oportuna la depresión postparto si realizan sus funciones de manera eficaz y así poder disminuir el porcentaje de prevalencia en depresión postparto y las consecuencias o complicaciones en el binomio madre e hijo. Su detección precoz y un tratamiento adaptado a cada mujer favorecerán la disminución de la morbilidad que provoca esta patología. Se debería seguir investigando acerca de este trastorno para poder prevenir y detectar precozmente los casos de mujeres con mayor riesgo de padecerlo.

Desde el rol de enfermería es muy importante el conocimiento sobre los instrumentos de valoración para detectar la depresión post parto a tiempo, ya que se ha convertido en una problemática muy común a nivel mundial. Es fundamental como enfermeros ayudar a preparar psicológicamente a la mujer sobre aquellos cambios físicos y emocionales que se ven relacionados con el proceso de gestación así como también a la preparación para desempeñar este nuevo rol. Este trabajo de investigación aporta de forma positiva a los estudiantes investigadores ya que permitió a lo largo de la recolección de información evidenciar los diferentes componentes que adopta la resolución 3280 de 2018 en la ruta materno perinatal.

12. Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2020. [Online]. WHO [Sitio web]. Disponible en: <https://bit.ly/3vgdls0>
2. Martínez Paredes, J. F. & Jácome Pérez, N. Depresión en el embarazo. Revista Colombiana de Psiquiatría, 2019, Vol. 48-No. 1. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745017300926>
3. Herrera, J. A.; Ersheng, G.; Shahabuddin, A. K. M.; Lixia, D.; Wei, Y.; Faisal, M. & Akhtner, H. Periodical assessment of the prenatal biopsychosocial risk to predict obstetric and perinatal complications in Asian countries 2002-2003. Colombia Medica. 2006. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342006000500002
4. Mojica Perilla, M.; Parra Villa, Y. & Osma Zambrano, S. E. Tamización de síntomas de depresión, ansiedad prenatal y factores de riesgo psicosocial asociados Tamización de síntomas de depresión, ansiedad prenatal y factores de riesgo psicosocial asociados en usuarias del servicio de control prenatal. Revista MedUNAB, 2020, Vol. 22-No. 3. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/719/71965087006/71965087006.pdf>
5. Borda Pérez, M.; Forero, C.; Ahcar Cabarcas, N.; Hinestrosa, C.; Polo Lobo, S.; Staaden Garavito, M. & Valencia Mejía, M. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). Revista Salud Uninorte. 2013. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522013000300007
6. Londoño Restrepo, J.; Álvarez Gómez, M. L.; Restrepo Suarez, Y.; Londoño Galvis L. D. & Mira Restrepo, D. Necesidades de cuidado y diagnósticos de enfermería en gestantes con depresión: estudio descriptivo. Biblioteca Digital Udea. 2021. Disponible en: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/22564>
7. Ortiz Martinez, R. A.; Gallego Betancourt, C. X.; Buitron Zuñiga, E. L.; Meneses Valdés, Y. D.; Muñoz Fernandez, N. F. & Gonzales Barrera, M. A. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados.

8. Ricardo-Ramírez C, Álvarez-Gómez M, Ocampo-Saldarriaga M, Tirado-Otálvaro A. Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín, entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados. Rev Colomb Obstet Ginecol 2015;66(2):94-102. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n2/v66n2a02.pdf> [Links]
9. Pimentel B. Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno Infantil de la C.N.S. de La Paz (Bolivia). Rev Pacea Med Fam 2007;4(5):15-19. [Links]
10. Grote N, Bridge J, Gavin A, Melville J, Iyengar S, Katon W. A Meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(10):1012. [Links]
11. Räisänen S, Lehto S, Nielsen H, Gissler M, Kramer M, Heinonen S. Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002-2010 in Finland. BMJ Open. 2014;4(11):e004883. [Links]
12. Dumas A, Lejeune C, Simmat-Durand L, Crenn-Hébert C, Mandelbrot L. Grossesse et substances psychoactives: étude de prévalence de la consommation déclarée. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008;37(8):770-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18667282>. [Links]
13. Caparraos-Gonzalez R, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial.
14. Camps MM. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión posparto. 2017;2:1.
15. Patricia M, Lino M, Auxiliadora M, Macias S. rol de enfermería en la atención de la depresión pos parto.
16. Ibáñez S, Directora M. Plan de mejora en la detección precoz de la depresión posparto. 2020.
17. Alejandra M, Cubillos P, Fernando D, Orjuela P, Vargas Perdomo M. tamizaje de depresión posparto según escala de Edimburgo en adolescentes del hospital universitario clínica san Rafael.
18. Ministro de salud y protección. Resolución número 3280 de 2018, ministerio de salud y protección social.

13. Anexos (Instrumentos)

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE APLICACIÓN

Formato para revisión de historias clínicas del HRCV

Número de identificación:

1. ¿Cuál es la edad de la materna?

Menor de 14 años
Entre 15 y 20 años
Entre 21 y 25 años
Entre 26 y 30 años
Entre 31 y 35 años
Mayor a 36 años
No registra

2. ¿Cuál es el estado civil de la materna?

Soltera
Casada
Unión libre
Divorciada
Viuda
No registra

3. ¿Cuál es la zona donde habita la materna?

Zona urbana
Zona rural
No registra

4. ¿Cuál es el nivel de formación académica de la materna?

Primaria incompleta
Primaria completa
Bachiller
Técnico
Profesional
Analfabeta
No registra

5. Ocupación de la materna

Ama de casa
Trabajadora independiente
Trabajadora dependiente
No registra

6. Profesional que realizó el control en el tercer trimestre

Enfermería
Ginecólogo
Médico general
Pediatra
Auxiliar de enfermería
No registra

7. Fue un embarazo de alto riesgo

Si
No
Si, pero no está clasificado según estadio
No registra

8. ¿Se evidencia que la materna presentó o sufrió de alguna enfermedad durante la gestación?

Si
No
No registra

9. Si su respuesta fue (SI) especificar ¿cuál? si su respuesta es (NO) responda NA

10. ¿Algunos de los familiares de la materna sufre de alguna enfermedad?

Si
No
No registra

11. Si la respuesta anterior fue (SI) especificar ¿cuál? Si su respuesta es (NO) responda NA

12. ¿Es la primera gestación de la materna?

Si
No
No registra

13. Si la respuesta anterior fue (NO) especificar qué número de gestación es

2
3
4 o más
N/A

14. ¿La materna planificaba antes de quedar en embarazo?

Sí
No
No registra

15. Si la respuesta fue (SI) especificar qué método de planificación utilizaba la materna si su respuesta es (NO) responda NA

16. ¿Se evidencia que fue un embarazo planeado o deseado?

Si fue planeado
No fue planeado
No fue planeado, pero si aceptado
No registra

17. ¿La materna tiene buena relación con la pareja?

Si

No
No registra

18. ¿Cuál es la cantidad de consultas de controles prenatales?

1 a 3 veces
4 a 7 veces
Más de 8 veces
No realizó controles prenatales

19. ¿Se evidencia acompañamiento psicológico a la gestante menor de edad?

Si
No
NA

20. ¿La materna presentó alguna complicación postparto?

Si
No
No registra

21. Si su respuesta fue (SI) especificar cual, y su debido tratamiento farmacológico si lo tuvo. Si su respuesta es (NO) responda NA

22. ¿Se evidencia aplicación de escala de riesgo biopsicosocial de Herrera y hurtado en cada trimestre de gestación?

Si
No
En un solo trimestre.
En dos trimestres
No registra

23. Si la respuesta es diferente a (SI) especifique ¿cuál trimestre?

24. ¿Se evidencia aplicación del tamizaje para depresión postparto a la semana 28 de gestación de la materna?

Si
No
No registra

25. Especificar ¿en qué semana? si se realizó en una diferente a la semana 28 de gestación.

26. ¿Se evidencia aplicación de escala de depresión postparto de Edimburgo en algún trimestre de gestación?

Si
No
No registra

27. ¿Se evidencia remisión de la materna después de realizar la aplicación de instrumentos de valoración?

Si
No
NA

28. Si la respuesta es (SI) especificar ¿el tipo de remisión? Si su respuesta es (NO) responda NA

Fuente: Elaboración de los investigadores

ANEXO 2. ESCALA DE RIESGO BIOPSIOSOCIAL DE HERRERA Y HURTADO

	Clasificación	Puntos
Historia reproductiva		
Edad	<16 años	1
	16-35 años	0
	>35 años	2
Paridad	0	1
	1-4	0
	>4	2
Cesárea previa		1
Preeclampsia o hipertensión		1
Abortos recurrentes o infertilidad		1
Hemorragia postparto o remoción		1
Manual de placenta		1
Peso del recién nacido	<2,500 g ó >4,000 g	1
Mortalidad fetal tardía o neonatal temprana		1
Trabajo de parto anormal o dificultoso		1
Cirugía ginecológica previa		1
Embarazo actual		
Enfermedad renal crónica		2
Diabetes gestacional		2
Diabetes pre-concepcional		3
Hemorragia	<20 semanas	1
	≥20 semanas	2
Anemia	(Hb <10 g/l)	1
Embarazo prolongado	(>42 semanas)	1
Hipertensión arterial		2
Polihidramnios		2
Embarazo múltiple		3
Presentación de frente o transversa		3
Isoinmunización		3
Riesgo psicosocial		
Ansiedad severa		1
Soporte social familiar inadecuado		1

Fuente: Herrera *et al.*¹⁸

Ansiedad severa: Tensión emocional, humor depresivo, síntomas neurovegetativos de angustia (dos o tres síntomas intensos).

Soporte social inadecuado: Insatisfacción con el apoyo recibido por la familia y/o compañero en el embarazo en tiempo, espacio y dinero (dos o tres aspectos insatisfechos)

Alto riesgo biopsicosocial: ≥3 puntos

ANEXO 3. ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO

Nombre.....

Dirección.....Teléfono.....

Su fecha de Nacimiento.....Fecha de Nacimiento del bebé.....

Ahora que está embarazada o ha tenido un bebé recientemente, queremos saber cómo se ha sentido los últimos 7 días. Por favor, seleccione la respuesta que más se asemeje a sus sentimientos:

1) He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:

0 tanto como siempre

1 no tanto ahora

2 mucho menos ahora

3 no, nada

2) He disfrutado mirar hacia delante:

0 tanto como siempre

1 menos que antes

2 mucho menos que antes

3 casi nada

3) Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:

3. Sí, la mayor parte del tiempo

2. Sí, a veces

1. No con mucha frecuencia

0. No, nunca

4) He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:

0 no, nunca

1 casi nunca

2 sí, a veces

3 sí, con mucha frecuencia

5) He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo:

3. Sí, bastante

2. Sí, a veces

1. No, no mucho

0. No, nunca

6) Las cosas me han estado abrumando:

3. Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto

2. Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre

1. No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien

0. No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre

7) Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:

3. Sí, la mayor parte del tiempo
2. Sí, a veces
1. No con mucha frecuencia
0. No, nunca

8) Me he sentido triste o desgraciada:

3. Sí, la mayor parte del tiempo
2. Sí, bastante a menudo
1. No con mucha frecuencia
0. No, nunca

9) Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:

3. Sí, la mayor parte del tiempo
2. Sí, bastante a menudo
1. Sólo ocasionalmente
0. No, nunca

10) Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:

3. Sí, bastante a menudo
2. A veces
1. Casi nunca
0. Nunca

ANEXO 4. VARIABLES DE ESTUDIO

Tabla Nro 5. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo	Pregunta en el cuestionario	Valores posibles	Prueba estadística
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes del trabajador.	Nominal	¿Cuál es el estado civil de la materna?	Soltera Unión libre Casada Divorciada Viuda No registra	Porcentajes representados por gráficos de barras.
Estrato Social	Forma de clasificar las condiciones de la vivienda de los trabajadores o su nivel socioeconómico.	Ordinal	¿Cuál es el estrato social de la materna?	1 2 3 4 5 6	Distribución de frecuencias en clases, percentiles y medias de tendencias.
Nivel de Formación	Es el nivel educativo alcanzado por las gestantes se mide a partir del programa de máximo nivel que haya superado, validado, normalmente, por la correspondiente certificación.	Ordinal	¿Cuál es el nivel de formación académica de la materna?	Primaria incompleta Primaria completa Bachiller Técnico Profesional Analfabeta No registra	Porcentajes representados por gráficos de barras.
Edad	Años legalmente cumplidos la gestante.	Intervalo	¿Cuál es la edad de la materna?	Menor de 14 años Entre 15 y 20 años Entre 21 y 25 años Entre 26 y 30 años Entre 31 y 35 años Mayor de 36 años	Distribución de frecuencias en clases, percentiles y medias de tendencias.

Enfermedad actual O antecedentes personales	Síntesis que describe en la historia clínica los principales síntomas, trastornos o preocupación principal expresada por el paciente en el momento que solicite atención médica.	Nominal	¿Se evidencia que la materna presentó o sufrió de alguna enfermedad durante la gestación?	Si No No registra	frecuencia, porcentajes representados por gráficos de barra
Antecedentes familiares	Corresponde al registro de las enfermedades y afecciones que se han dado en su familia.	Nominal	¿Algunos de los familiares de la materna sufre de alguna enfermedad?	Si No No registra	Antecedentes familiares.
Antecedentes obstétricos	Recopilación de información sobre la salud reproductiva de las maternas.	Razón	¿ Es la primera gestación de la materna? Si la respuesta anterior fue no, especificar que numero de gestación es	0, 1, 2 ,3 ,4, (...)	Frecuencia y porcentajes representados por gráficos de barra.
Uso de anticonceptivos	Es cualquier método, medicamento o dispositivo para prevenir embarazos no deseados.	Nominal	¿La materna planificaba antes de quedar en embarazo?	No usaba Si usaba	Frecuencia y porcentajes representados por gráficos de barra.
Gestación actual	La gestación es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el Nacimiento.	Nominal	¿Se evidencia que fue un embarazo planeado o deseado?	Si fue planeado No fue planeado No fue planeado pero si aceptado No registra	Porcentajes representados por gráficos de barra
Relación con la pareja	Es un vínculo sentimental de tipo romántico que une a dos personas.	Nominal	¿la materna tiene buena relación con la pareja?	Si No No aplica	Frecuencia.

Cantidad de consultas prenatales	La atención prenatal es la atención médica que recibe una mujer mientras está embarazada.	Ordinal	¿Cuál es la cantidad de consultas de controles prenatales?	1 a 3 veces 4 a 7 veces Mas de 8 veces No realizo controles prenatales	Frecuencia y porcentajes representados por gráficos de barra.
Diagnósticos postparto	Proceso en el que se identifica una enfermedad, afección o lesión por sus signos y síntomas.	Nominal	¿ la materna presento alguna complicación post parto?	Si No No registra	Porcentajes representados por gráficos de barra.
Acompañamiento psicológico	Conjunto de procesos articulados de servicios que favorecen la recuperación o mitigación de los daños psicosociales, el sufrimiento emocional y los impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida.	Nominal	¿Se evidencia acompañamiento psicológico o a la gestante menor de edad?	Si No NA	Porcentajes representados por gráficos de barra.
Escala de riesgo biopsicosocial	Es la escala que evalúa el riesgo obstétrico.	Nominal	¿Se evidencia aplicación de escala de riesgo biopsicosocial de Herrera y hurtado en cada trimestre de gestación?	Si No En un solo trimestre En dos trimestres No registra	Frecuencia y porcentajes representados por gráficos de barra.

Tamizaje para depresión posparto	Dos preguntas para identificar la posibilidad de depresión posparto.	Nominal	¿Se evidencia aplicación del tamizaje para depresión postparto a la semana 28 de gestación de la materna?	Si No No registra	Frecuencia y porcentajes representados por gráficos de barra.
Escala de depresión post parto de Edimburgo	Es un cuestionario de 10 ítems que se desarrolló para identificar a las mujeres que tienen depresión posparto.	Nominal	¿Se evidencia aplicación de escala de depresión postparto de Edimburgo en algún trimestre de gestación?	Si No No registra	Frecuencia y porcentajes representados por gráficos de barra.