

**CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE
NARIÑO, 2017.**

INTEGRANTES:

GABRIELA ALEJANDRA ORTEGA SANTANDER

XIMENA ESTEPHANIA RIASCOS REALPE

LUZ KARINA SEGURA ANGULO

DIEGO DAVID VELASQUEZ MOLINA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN

PROGRAMA DE MEDICINA – SEDE PASTO

SEMESTRE: DECIMO

SAN JUAN DE PASTO

2017

**CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE
NARIÑO, 2017.**

INTEGRANTES:

**GABRIELA ALEJANDRA ORTEGA SANTANDER
XIMENA ESTEPHANIA RIASCOS REALPE
LUZ KARINA SEGURA ANGULO
DIEGO DAVID VELASQUEZ MOLINA**

PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

ASESORES CIENTÍFICOS

**DR. CASTULO CISNEROS
PSIQUIATRA**

**DR. EDWIN MIDEROS MEZA
PSICOLOGO FORENSE**

**ASESOR METODOLÓGICO
ANDRES SALAS ZAMBRANO
ESP. DOCENCIA UNIVERSITARIA UCC
MAGISTER, EPIDEMIOLOGIA U. VALLE**

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN

PROGRAMA DE MEDICINA –SEDE PASTO

SEMESTRE: DECIMO

SAN JUAN DE PASTO

2017

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE DE JURADO

FIRMA DE JURADO 1

FIRMA DE JURADO 2

SAN JUAN DE PASTO, 2017

AGRADECIMIENTOS

A Dios que nos brinda cada día un nuevo amanecer para seguir adelante...

A la Fundación Universitaria San Martín, que cumplió con realizar nuestro sueño.

Al Hospital Universitario Departamental de Nariño, quien nos permitió hacer posible esta experiencia y se unió a ella.

Agradecemos al Dr. Cástulo Cisneros, quien encaminó nuestra visión en este trabajo

Agradecemos a nuestros asesores Andrés Salas Zambrano y Edwin Mideros Meza, quienes nos apoyaron y nos orientaron el camino a seguir para culminar este proceso

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por ser mi guía en este camino, y por motivarme a seguir adelante cuando pensaba que todo iba mal. Por simplemente no abandonarme, siendo un ser importante para mí.

Les doy gracias a mis abuelos, por darme el apoyo económico necesario para cumplir este sueño y cuidarme siempre. De igual forma a mis padres por ser mi fuerza en momentos difíciles y queriendo siempre lo mejor para mí, como persona y como profesional; les debo gran parte de mi vida a ellos ya que han estado conmigo en todo momento incondicionalmente.

A mis docentes y personas que ayudaron en mi formación, porque sus experiencias y enseñanzas me llevan a continuar estudiando y fortaleciendo mis conocimientos.

Finalmente agradezco a mis compañeros, por ser mis aliados en este proceso que estamos a punto de culminar estando juntos en todo tipo de calamidades y tratando de ser los mejores y a mi grupo de investigación el cual estuvo unido a pesar de las dificultades y llevamos a que este proyecto pudiera realizarse y finalizarse adecuadamente.

GABRIELA ORTEGA SANTANDER

DEDICATORIA

No importa lo difícil que esté la situación, siempre hay una razón que al cruzarla en nuestra mente nos da un motivo para seguir intentando.

Le quiero agradecer a Dios por haberme dado a las dos personas más maravillosas y completas: mis padres; mi motor y ejemplo, la razón por la cual camino con la cabeza erguida y la mirada en alto, siempre orgullosa de ser su hija, de llevar en mi sangre tantas razones para caminar derecho y con firmeza, mi soporte y fuerza; tengo en mi mente muchos momentos en que la desesperación me ganaba y lo único que me mantenía en la lucha era el anhelo de ver sus rostros orgullosos y sonrientes al ver triunfar a su hija, a la cual nunca le han negado nada.

Gracias a mis sobrinos, que se convirtieron en la ternura de mi vida y en mi debilidad.

Y por último gracias a esa persona que más que una pareja, con su compañía ha logrado suplir el apoyo de un hermano y cumplir el rol de amigo.

XIMENA RIASCOS REALPE

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por darme la sabiduría y la templanza en este arduo camino, a mi mamá por darme la vida y apoyarme a pesar de las adversidades, siempre mirando hacia el frente y callando en silencio, mi papá por ser un gran apoyo para todos, por su colaboración y siempre con los mejor deseos para conmigo, a mi hermana por ser mi amiga, mi escucha y la persona a la que le puedo confiar mis alegrías y tristezas, mi hermoso sobrino que llego hace unos añitos a darle alegría a mi vida y llenarlo de momentos inolvidables a mi hermano por estar ahí de manera incondicional y a mi abuela porque en cada momento que la necesito esta siempre con una sonrisa, para darme ánimo.

De igual manera quiero agradecer a la persona que hace muchos años forma parte de mi vida y de mi familia, este es mi novio, en la cual se convirtió en mi amigo, mi consejero y más que eso en mi compañero de vida.

Por ultimo pero no menos importante quiero agradecer a mi mejor amiga, con ella siempre deseamos ver los logros de cada una, ella me da ánimos para no desfallecer y se ha convertido en una hermana más

LUZ KARINA SEGURA A.

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a mis padres por su esfuerzo y dedicación hacia mí, por el tiempo y sacrificios que realizaron para darme una vida mejor, a mis hermanos por apoyarme en todo el recorrido para ser una mejor persona, a mi novia por ser un pilar para fortalecerme cada día, también a mis abuelas que con sus consejos me ayudaron a luchar por lo que quiero y a mis demás familiares por estar pendientes de mí. LOS QUIERO MUCHO

DIEGO VELASQUEZ MOLINA

CONTENIDO

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:	21
2. JUSTIFICACIÓN	22
3. MARCO REFERENCIAL	23
3.1. MARCO TEÓRICO	23
3.1.1. HISTORIA	23
3.1.2. DEFINICIÓN	24
3.1.3. EPIDEMIOLOGÍA	24
3.1.4. ETIOLOGÍA.	24
3.1.5. CLASIFICACIÓN.	26
3.1.6. SIGNOS Y SÍNTOMAS.	26
3.1.7. DIAGNÓSTICO.	29
3.1.8. TRATAMIENTO	33
3.2. MARCO CONCEPTUAL	34
3.3. MARCO CONTEXTUAL	38
4. OBJETIVOS	41
4.1. OBJETIVO GENERAL:	41
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:	41
5. METODOLOGÍA	42
5.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN	43
5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	43
5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	43
5.2. PLAN DE ANALISIS	43
5.3. SESGOS:	44
5.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS	44
6. RESULTADOS	46
7. DISCUSIÓN	82

8. CONCLUSIONES	84
9. RECOMENDACIONES	86
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.
BIBLIOGRAFIA	106

LISTADO DE TABLAS

- **TABLA 1 SINTOMAS DE DEPRESIÓN MAYOR.....28**
- **TABLA 2 SINTOMAS DE DEPRESIÓN PERIPARTO.....28**
- **TABLA 3 HISTORIA DE DEPRESIÓN.....51**

LISTADO DE GRAFICAS

- **GRAFICA 1: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN EDAD.....46**
- **GRAFICA 2: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN PROCEDENCIA.....47**
- **GRAFICA 3: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN ESTRATO.....48**
- **GRAFICA 4: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN ESTADO CIVIL.....48**
- **GRAFICA 5: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN RELIGIÓN.....49**
- **GRAFICA 6: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN EDUCACIÓN.....50**
- **GRAFICA 7: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN SEGURIDAD SOCIAL.....51**
- **GRÁFICA 8. CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN HISTORIA DE DEPRESIÓN PERINATAL.....52**
- **GRAFICA 9: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN PERDIDA DE INTERES DE LA VIDA COTIDIANA.....53**
- **GRAFICA 10: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO**

2017, SEGÚN PERDIDA EN LA CAPACIDAD DE DISFRUTE.....	54
• GRAFICA 11: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN PERDIDA DE INTERES EN LAS ACTIVIDADES ACADEMICAS O LABORALES.....	55
• GRAFICA 12: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN PERDIDA DEL APETITO SEXUAL.....	56
• GRAFICA 13: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN HIPOREXIA.....	57
• GRAFICA 14: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN ALTERACIONES EN EL SUEÑO.....	58
• GRAFICA 15: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN CAMBIOS PSICOMOTORES.....	59
• GRAFICA 16: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN FALTA DE ENERGIA.....	60
• GRAFICA 17: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN CANSANCIO.....	61
• GRAFICA 18: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN FATIGA.....	62
• GRAFICA 19: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN SENTIMIENTO DE CULPA.....	63
• GRAFICA 20: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN FALTA DE CONCENTRACION.....	64

- **GRAFICA 21: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN INCAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES.....65**
- **GRAFICA 22: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN MIEDO INJUSTIFICADO.....66**
- **GRAFICA 23: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN LLANTO FACIL E INCONTROLABLE.....67**
- **GRAFICA 24: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN EMBARAZO NO DESEADO.....68**
- **GRAFICA 25: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN CONFLICTO EN LA RELACION DE PAREJA.....69**
- **GRAFICA 26: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN AUSENCIA DE PAREJA.....70**
- **GRAFICA 27: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN ESTRÉS PSICOSOCIAL.....71**
- **GRAFICA 28: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN DEFICIENTE APOYO SOCIAL.....72**
- **GRAFICA 29: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN MALA RELACION FAMILIAR.....73**
- **GRAFICA 30: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN ABANDONO DE LOS CONTROLES PRENATALES.....74**

- **GRAFICA 31: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN CLASIFICACION DE LA DEPRESION.....75**
- **GRAFICA 32: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN IDEACION SUICIDA.....76**
- **GRAFICA 33: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN INFANTICIDIO.....77**
- **GRAFICA 34: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN PSICOSIS POSTPARTO.....78**
- **GRAFICA 35: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN EDAD Y CLASIFICACION DE LA DEPRESION.....79**
- **GRAFICA 36: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HUDN EN EL AÑO 2017, SEGÚN IDEACION SUICIDA Y CLASIFICACION DE LA DEPRESION.....80**

LISTADO DE IMÁGENES

- **IMAGEN 1 SAN JUAN DE PASTO.....38**
- **IMAGEN 2 HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO.....40**

INTRODUCCIÓN

La presente investigación hace referencia a la caracterización de la depresión periparto y el infanticidio como una de sus principales complicaciones. La depresión periparto es un trastorno depresivo que ocurre entre las cuatro semanas antes y después del parto. No se conoce con certeza la etiología desencadenante, pero se han descrito diversos factores entre los que más se destacan los psicosociales, los antecedentes psiquiátricos previos, los cambios bioquímicos, y factores socio demográficos.

Dentro de las tres consecuencias asociadas están: la ideación suicida, el infanticidio y la psicosis postparto. Se comenta que la mayor consecuencia que presenta esta patología, si no es tratada oportunamente o si ha tenido depresiones previas es la psicosis postparto, y se sostiene que entre las complicaciones que generan fatales consecuencias esta la ideación suicida y el infanticidio, siendo ésta última la de mayor gravedad.

La depresión ha crecido en forma drástica, en todos los países sin importar su estatus económico. En la actualidad es diez veces más frecuente que en el pasado, y aparece a una edad mucho más temprana. El promedio de edad del primer episodio depresivo de una persona en la década de los sesenta era de treinta años; mientras que hoy, se sitúa en los quince. En Colombia su prevalencia es del 32,8 % ubicándola en el segundo puesto en cuanto a los países latinoamericanos, en Nariño aún no se ha estimado el porcentaje en

cuanto a la prevalencia de dicha patología, dada esta problemática y sumado a la carencia de estudios al respecto, nuestro estudio se enfocó en caracterizar la depresión periparto, evaluar y comparar situaciones tanto sociodemográficas como clínicas para así determinar la prevalencia de esta enfermedad en el departamento de Nariño logrando así dar una importante relevancia en cuanto a las futuras gestantes atendidas, motivando no solo a las pacientes, sino también al equipo de salud a prevenir y tratar a tiempo esta enfermedad.

Se ha logrado analizar por tanto que de el 100% en una edad promedio de 25 años el 20% de la población tuvo depresión moderada, siendo esta ya una enfermedad que causa preocupación, además se demostró que más de la mitad de la población no deseaba el embarazo y que tenían un nivel educativo universitario. El síntoma de mayor relevancia fue la alteración en el sueño en un 41%. Las gestantes y puerperas refirieron haber tenido conflictos con la pareja en un 42%, deficiente apoyo social en un 34%, y abandono de controles prenatales en un 20%. Se analizó que una de las complicaciones más frecuentes fue el infanticidio en un 18%. En cuanto a la ideación suicida y la depresión periparto, las dos variables fueron dependientes o se asociaron. Se observó que la depresión muy severa siempre estuvo acompañada de tener ideas suicidas, la depresión severa demostró que el 54% de las gestantes tuvo ideación suicida, la depresión moderada tuvo el 47%, y la depresión leve tuvo el 34% de prevalencia en esta categoría; finalmente aquellas pacientes que no presentaron depresión periparto, tuvieron ideas suicidas en algún momento de su vida, con una prevalencia del 14%.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión periparto es un trastorno depresivo que ocurre durante el embarazo y el periodo perinatal de acuerdo con la quinta edición del diagnóstico y estadístico Manual de los Trastornos Mentales (DSM-5), la depresión periparto se refiere a un episodio depresivo con inicio durante el embarazo o dentro de las primeras cuatro semanas después del parto.¹ El CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento, la categoriza de la siguiente manera: **F53.0** Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como leves (depresión postnatal/postparto NOS)².

La depresión ha crecido en forma drástica, durante los últimos cuarenta años, en todos los países ricos y pobres del mundo. En la actualidad es diez veces más frecuente que en el pasado, y aparece a una edad mucho más temprana. El promedio de edad del primer episodio depresivo de una persona en la década de los sesenta era de treinta años; mientras que hoy, se sitúa en los quince³

Según la Organización Mundial de la Salud la depresión, ocupa en la actualidad el cuarto lugar en la prevalencia de todas las enfermedades, y de acuerdo con las proyecciones para el año dos mil veinte será la segunda enfermedad en el mundo, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares.³

En Latinoamérica se ha reportado una alta prevalencia de DP (Depresión postparto): Chile 50,7%, Colombia 32,8% , México 32,6%, Perú 24,1% y Venezuela 22%⁵ A nivel nacional, la prevalencia de Depresión postparto (DP) 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 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 %, respectivamente⁵

No se conoce con certeza los factores etiológicos desencadenantes de la DPP, pero se han descrito los factores entre los que más se destacan se los puede dividir⁶:

Factores psicológicos, antecedentes psiquiátricos previos: Cambios bioquímicos, factores de morbilidad, factores socio demográficos, factores psicosociales

Se comenta de la mayor consecuencia que presenta esta patología, si no es tratada oportunamente o tiene antecedente de DPP. En dicho caso la paciente sufrirá un trastorno denominado **PSICOSIS POSTPARTO (PPP)**.

Entre la depresión materna y factores que predicen pobres desenlaces neonatales, los que incluyen el embarazo pre término, pesos de nacimientos menores, circunferencias craneales más pequeñas y puntajes APGAR más bajos. Con todo en lo que atañe a los embarazos pre término, los recién nacido de PEG o de peso bajo, la evidencia actual no permite apoyar ni refutar la validez de estas asociaciones específicas.⁷

La depresión postnatal también puede ser un factor estresante temprano en la vida debido a su conocida asociación con bajos niveles de sensibilidad, con la necesidad que tienen los infantes de un cuidado receptivo para el desarrollo de apegos saludables, para las habilidades de regulación emocional, relaciones interpersonales y mecanismos de respuestas al estrés. Factores estresantes en los primeros años de vida, como aquellos que podrían estar asociado a la depresión materna, puede influir en el desarrollo cerebral que continúa a un ritmo rápido por lo menos durante varios años después del nacimiento. Problemas en cualquiera de estos aspectos del desarrollo pueden alterar las primeras etapas del desarrollo socio- emocional y cognitivo y así predisponer al desarrollo posterior de depresión u otros trastornos⁸

Se han realizado pocos estudios sobre el tema, se habla sobre los niveles de cortisol en las pacientes gestantes que cursan con depresión los cuales se encuentran elevados; de igual forma se realizaron estudios para medir prevalencia de la patología a estudio, demostrando que esta aumenta a medida que pasan los años atribuyendo estos cambios a la población gestante que cada vez es más joven. Los estudios son muy reducidos por lo cual se afirma que esta patología es una realidad grave que afecta a nuestras maternas.

Lo que se necesita hacer es una detección precozmente a las maternas, encuestarlas y determinar si padecen la patología y seguir su curso ya que esto llevara a la adecuada atención de la materna y así evitar consecuencias graves, ya que las manifestaciones indican si debe estar atento, y monitorizar el embarazo de la paciente.

1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Qué características presenta la depresión periparto en mujeres atendidas en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, 2017?

2. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se realizó con el fin de aportar una nueva perspectiva sobre el tema de estudio al personal de salud, tratante de mujeres gestantes y

puérperas para la realización de un manejo adecuado de estas; de igual forma aportó datos estadísticos a nivel regional sobre esta problemática en salud.

Este estudio fue encaminado a todo el personal de salud encontrado en cualquier nivel de atención (enfermeras, médicos generales y ginecólogos) y de manera indirecta a la comunidad en general que se encuentre interesada en este tema. El proyecto realizado tuvo la finalidad de crear conciencia sobre esta patología que ha sido subestimada a nivel mundial y que ha ido aumentando su incidencia exponencialmente; por otro lado se pretendió informar al personal de salud sobre la gravedad de esta patología y de igual forma poder reconocer signos de alarma de manera temprana para un adecuado manejo.

Este estudio trajo nuevos conocimientos acerca de este tema e incentiva al personal de salud a que realicen una captación temprana de gestantes o mujer puérpera que presenta síntomas o antecedentes; ya sea depresivo o de ambiente familiar inadecuado y su posterior intervención.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. MARCO TEÓRICO

3.1.1. Historia. En el siglo IV a. de C., Hipócrates realizó la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto. En su reseña consideró que algunas apreciaciones sobre las características clínicas de la manía posparto, asociadas a la lactancia, se trataban de delirium asociado a “sepsis puerperal”,

entidad relativamente común en la antigua Grecia^{9, 10}. En los siglos XVIII y XIX, la literatura médica alemana y francesa introdujo los primeros reportes sistemáticos de casos sobre locura puerperal. En el año 1818, Jean Esquirol realizó la primera descripción detallada de 92 casos de psicosis puerperal.

En 1829, Robert Gooch, reportó la psicosis puerperal en su informe Enfermedades propias de las mujeres. En 1856, el médico francés Victor Louis Marcé, en su libro *Traite de la Folie des Femmes Enceintes*, caracteriza de manera sistemática la enfermedad mental durante el posparto. Este médico fue el primero en sugerir que los cambios fisiológicos durante el puerperio influían en el estado de ánimo materno. En 1969, B. Pitt caracterizó un tipo de depresión leve asociada al posparto⁹. El concepto sobre una forma más grave de enfermedad mental no asociada con psicosis fue elaborado en los años setenta, en estudios de población fundamentados en entrevistas estructuradas y en criterios diagnósticos estandarizados.

Hasta mediados de la década del 80 del siglo pasado, prevaleció la idea de que la maternidad, particularmente el embarazo, se asociaba casi invariablemente a un estado de bienestar emocional y ausencia de patología mental. Se sabía, por supuesto, que las enfermas psiquiátricas se podían embarazar y que las puérperas eran algo más vulnerables¹⁰, pero predominaba el concepto de que la gestante no padecía de afecciones psíquicas. Fue la psiquiatra Gisela B. Oppenheim quien por primera vez hizo un cuestionamiento explícito al mito prevaleciente hasta entonces cuando, en un texto inglés de la época, inició el capítulo sobre trastornos psicológicos en el embarazo con la pregunta siguiente. “¿Sirve el embarazo, como se ha afirmado a menudo, para proteger a la futura madre de la enfermedad mental?”¹¹. Coincidentemente, en los años posteriores al planteamiento de la colega londinense, en todo el mundo se apreció interés por determinar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en las gestantes/puérperas¹².

Chile no fue la excepción y, en particular, desde la década de los 90, se publicaron estudios nacionales que, en resumen, muestran que alrededor del 30% de las embarazadas presenta síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad.

En cambio, si uno se circunscribe a los trastornos depresivos propiamente tales, la prevalencia de depresión en este período es cercana al 10%¹³

3.1.2. Definición. La depresión periparto es un trastorno depresivo que ocurre durante el embarazo y el periodo perinatal de acuerdo con la quinta edición del diagnóstico y estadístico Manual de los Trastornos Mentales (DSM-5), la depresión periparto se refiere a un episodio depresivo con inicio durante el embarazo o dentro de las primeras cuatro semanas después del parto.¹ El CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento, la categoriza de la siguiente manera: F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como leves (depresión postnatal/postparto NOS)².

3.1.3. Epidemiología. En Latinoamérica se ha reportado una alta prevalencia de DP (Depresión postparto): Chile 50,7%, Colombia 32,8% , México 32,6%, Perú 24,1% y Venezuela 22% ⁵ A nivel nacional, la prevalencia de Depresión postparto (DP) 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 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 %, respectivamente⁵

3.1.4. Etiología. No se conoce con certeza los factores etiológicos desencadenantes de la DPP, pero se han descrito los factores entre los que más se destacan se los puede dividir ⁶: Factores psicológicos, antecedentes psiquiátricos previos: Cambios bioquímicos, factores de morbilidad, factores socio demográficos, factores psicosociales

3.1.4.1. Causas. Entre las principales se describen las siguientes:

- a) Factores psicológicos
- b) Antecedentes psiquiátricos previos
- c) Cambios bioquímicos
- d) Factores de morbilidad
- e) Factores socio demográficos
- f) Factores psicosociales

- a) En el periodo de puerperio, es un momento en el cual la mujer sufre una serie de cambios que no solo son físicos, sino que también relacionan el ámbito familiar y demás relaciones interpersonales. De esta forma la

mujer quiere ser modelo de idealidad, abnegación, sacrificio y entrega a su hijo; por lo cual se da un enfrentamiento a nivel intrapsíquico en ella.

Tener un hijo significa que la mujer va a abandonar su familia de origen, unir a la pareja, evitar una discusión o cumplir el ideal de otros hijos de darle un “hermanito” y dar a conocer su feminidad. De igual manera podemos decir que los hijos no deseados provocan desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo que pueden llevar a secuelas irreversibles tanto en la madre como en su hijo.¹⁴

- b) En la mayoría de veces el 50% Son casos nuevos reportados de trastorno depresivo se ha relacionado lo siguiente con DPP¹⁴:
 - Antecedentes personales: Estudios de tipo prospectivo y retrospectivo indican que una historia de depresión previa aumenta la incidencia a 10%-24%. Cuando existe DPP previa, el riesgo de que vuelva a ocurrir es del 50%.
 - Antecedentes familiares de DPP, o de cualquier tipo de depresión.
- c) Encontramos 3 teorías que se han estudiado acerca de los cambios que se sufren en el puerperio como son^{14,15}:
 - Descenso de las hormonas sexuales, lo cual provoca un efecto de rechazo o retirada que se encuentra asociado al cambio que sufre el cortisol plasmático, algunas mujeres más susceptibles pueden experimentar el cambio más fuerte y presentar DPP.
 - Una disminución del triptófano libre en suero. La disponibilidad de triptófano circulante es el más importante factor que regula la actividad de las enzimas, que realiza el paso en la síntesis de la serotonina, ya que su descenso de manera súbita juega un papel predominante como desencadenante de la depresión.
 - Alteración de la función tiroidea, ya que sus síntomas son muy similares a la DPP. Además las mujeres son más propensas a sufrir tiroiditis autoinmune en el puerperio.
- d) La morbilidad materna, incluye existencia de infertilidad en pareja, múltipara, aborto previo, enfermedades durante el embarazo y parto, enfermedades crónicas en la madre. De igual forma se ve afectada cuando existe morbilidad en el recién nacido, ya sea por problemas de tipo respiratorio, infecciones, prematuridad, bajo peso al nacer, ictericia, traumas, muerte neonatal, entre muchas más^{6,16}.
- e) En esta variable se ve comprometida la edad temprana o tardía de la madre, su estado civil, su nivel de escolaridad, situación económica,

situación laboral por parte de la pareja. Son variables que de forma específica se han relacionado con este problema.^{6,16}

- f) Cuando la mujer presenta falta de apoyo después del nacimiento de su hijo, ya sea en actividades domésticas, el cuidado del menor o el apoyo emocional, por parte de la familia o su pareja predispone al aumento de sufrir DPP.^{9,12} También existen sucesos como cambiar de domicilio, pérdida del empleo, no disponer de baja maternal, fallecimiento de un familiar o conflictos de pareja son factores de riesgo para el desarrollo de DPP.¹⁶

3.1.5. Clasificación. Los trastornos del estado del ánimo con los que nos podemos encontrar en el embarazo es un episodio depresivo mayor y en el puerperio son ¹⁷:

- Depresión postparto leve o Maternity Blues.
- Depresión mayor postparto.
- Psicosis postparto.

3.1.6. Signos y síntomas. El cuadro clínico de la depresión del embarazo es similar al que se presenta en los episodios depresivos en otras épocas de la vida.

Además de los síntomas cardinales de la depresión - como el desánimo, el desinterés por las actividades que antes resultaban atractivas, el deterioro en la autoestima, la labilidad emocional- suelen presentarse síntomas como angustia, irritabilidad y desconcentración¹⁸.

Puede haber rechazo, rabia o ambivalencia en relación al embarazo, sobre todo si este no es planificado. Asimismo, la mujer puede experimentar angustia por la responsabilidad que significa asumir el rol de madre o sentirse culpable por creer que no está contribuyendo al bienestar de su bebé.¹⁸

Hasta la penúltima versión de su clasificación de los trastornos mentales (DSM-IV), la Asociación Psiquiátrica Americana estipulaba que se podía incluir un especificador del comienzo de la depresión denominado postparto.¹⁹

En su más reciente versión (DSM-V), de 2013, se reemplazó el nombre de dicho especificador por el de “periparto”, pudiendo aplicarse a todo episodio depresivo de comienzo en el embarazo o en las cuatro semanas después del parto.²⁰

La razón de este cambio es la constatación de que el 50% de los episodios de depresión postparto comienza en realidad en el embarazo, lo que da cuenta de la continuidad de los problemas anímicos perinatales.¹⁸

Cabe señalar, no obstante, que los especialistas en psiquiatría perinatal designan con el nombre de depresión perinatal a los cuadros depresivos que se inician durante el embarazo o hasta un año después del parto, pues estiman que el criterio de limitar las depresiones a las primeras cuatro semanas del puerperio es muy restrictivo. También se debe tener presente que no se dispone de evidencia de una etiología específica o de una psicopatología claramente diferente. Aun así, el término se justifica por las necesidades específicas de las embarazadas/puérperas deprimidas y por los potenciales efectos en la descendencia.¹⁸

Algunas molestias propias de la gravidez, como por ejemplo la astenia, la labilidad emocional y las alteraciones del sueño y del apetito, suelen encontrarse durante la depresión. Asimismo, es pertinente recordar que las embarazadas pueden sufrir de ciertas patologías médicas como anemia, diabetes gestacional y disfunción tiroidea, las cuales a menudo se asocian a síntomas depresivos. Por este motivo para minimizar el riesgo de falsos positivos, se recomienda explorar sistemáticamente los síntomas psíquicos de depresión mayor, especialmente la anhedonia, los sentimientos de culpa, la desesperanza y la ideación suicida.¹⁸

Tabla 1. SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN MAYOR*
• Ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas y/o pérdida de interés en la vida, o de la capacidad de gozar de actividades que la persona habitualmente disfruta
Otros síntomas que pueden presentarse :
• Fatiga o falta de energía
• Inquietud o sensación de enlentecimiento
• Sentimientos de culpa o minusvalía
• Dificultades para concentrarse
• Alteraciones del sueño
• Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

**Modificado de referencias 10 y 11*

Tabla 2. SINTOMAS DE DEPRESIÓN PERIPARTO

• Tristeza o llanto persistentes
• Disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades
• Cambios en los patrones de alimentación y sueño (principalmente insomnio)
• Cansancio o fatiga crónica
• Ansiedad que puede llegar hasta los ataques de pánico
• Sentirse abrumada, indefensa e incapaz
• Autodesvalorización y autorreproches, generalmente relacionados a su competencia como madre
• Dificultad, reticencia o imposibilidad de buscar ayuda y apoyo para sí misma
• Irritabilidad
• Problemas de atención, concentración y memoria
• Dificultad para vincularse con el bebé
• Sentimientos de ambivalencia hacia el hijo
• Sobreprotección del menor
• Dificultades en la lactancia
• Dificultad y/o imposibilidad de cuidar al recién nacido
• Pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, relacionados con el hijo (p. ej. revisarlo constantemente cuando está dormido para ver si respira) y con su cuidado (p. ej. lavar y desinfectar varias veces sus artículos)
• Pensamientos negativos hacia el bebé, especialmente creer que lo puede dañar
• Sentimientos de culpa
• Pensamientos de dañarse a sí misma o al bebé
• Pensamientos atemorizantes
• Ideación suicida

**Modificado de referencia 19²¹*

3.1.7. Diagnóstico. El diagnóstico de la depresión generalmente se hace mediante instrumentos tanto clínicos como prácticos, primero se debe evaluar la clínica de la paciente realizando una adecuada y exhaustiva historia clínica que contenga una anamnesis completa, antecedentes y un interrogatorio dirigido a observar el nivel de respuestas dadas, con el fin de determinar el estado de ánimo y la reacción a cada pregunta. También se usan escalas de medición especiales en el embarazo y posterior a este.

Se dispone de diversas escalas para la detección de depresión durante el embarazo, sin embargo, el instrumento de tamizaje para depresión prenatal más usado en la actualidad en todo el mundo es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), la cual ha sido validada para ser empleada

en el postparto en muchos países, pero también cuenta con validaciones en el embarazo. Consiste en una escala auto administrada de 10 ítems, en la que se le pide a la mujer que responda cómo se ha sentido en los siete días previos. Para cada pregunta se obtiene un puntaje de 0-3 (de modo que el rango del puntaje final es de 0-30) y no toma más de tres minutos en ser contestada (ver anexo).¹⁸

Como alternativa al uso de la EPDS en el embarazo, en Reino Unido, la guía del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) recomienda a los profesionales de la salud hacer de rutina las, así llamadas, preguntas de Whooley en todos los controles pre y postnatales: 1) ¿Se ha sentido a menudo desanimada, deprimida o sin esperanza durante el último mes? y 2) ¿En el último mes, ha sentido a menudo que tiene poco interés por las cosas o que no las disfruta? Si la mujer responde “Sí” a cualquiera de estas dos preguntas, se recomienda evaluar la posibilidad de hacer una tercera pregunta: En relación con esto, ¿Siente que necesita o quiere ayuda? La deficiencia de las Preguntas de Whooley radica en que, desde el punto de vista psicométrico, no se ha establecido su sensibilidad ni especificidad. Además, a diferencia de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, no indaga sobre pensamientos infrecuentes que, potencialmente, involucran riesgo vital, tales como ideas de provocarse daño a sí misma o pensamientos de dañar al bebé.¹⁸

En cuanto a la escala de Edimburgo la usamos para las gestantes, una vez finalizado el embarazo se plantea la opción de utilizar otras escalas para evaluar la respuesta y el diagnóstico, para ello se utilizarán las escalas de Zung y Hamilton.

La escala de Zung es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente”¹, en otras se hace referencia a “su situación actual”², o a la semana previa³.²²

INTERPRETACION

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.²⁰

En la bibliografía anglosajona 1, 4-5 se utiliza la puntuación normalizada, con los siguientes puntos de corte:²⁰

No depresión ≤ 50 (≤ 40 puntos)

Depresión leve 51-59 (41-47 puntos)

Depresión moderada 60-69 (48-55 puntos)

Depresión grave > 69 (> 55 puntos)²⁰

En nuestro medio se utilizan de forma indistinta ambos sistemas, el de puntuación normalizada 6-7, y el de puntuación total 2, 8-10, con diferentes propuestas en lo que respecta a los puntos de corte. Conde y cols² proponen los siguientes puntos de corte:

No depresión < 35 (< 28 puntos)

Depresión leve 36-51 (28-41 puntos)

Depresión moderada 52-67 (42-53 puntos)

Depresión grave > 68 (> 53 puntos)²⁰

Otros autores han utilizado categorizaciones distintas. Así, Seva-Díaz A. (1982) ⁸, propone la siguiente categorización:

No depresión < 40 (< 32 puntos)

Depresión leve 41-59 (33-47 puntos)

Depresión moderada-severa ³ 60 (> 47 puntos) (20).²³

La HAM-D o Hamilton Rating Scale for Depression, es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican, excepto para algunos ítems, como los del sueño, en que se refieren a los 2 días previos.²⁴

Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Los ítems adicionales en la versión de 21 son variación diurna, despersonalización y desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos y compulsivos. ²¹

Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala de 17 ítems que en la versión española es de 0 a 54. ²¹

Resultados:

0-7 No depresión.

8-13 Depresión ligera.

14-18 Depresión moderada.

19-22 Depresión grave.

> 23 Depresión muy grave. ²¹

Otra de las maneras de diagnosticar una depresión es mediante la medición del biomarcador específico cortisol.

Este test constituye una de las pruebas más relevantes sobre alteraciones en la regularización del sistema hipotálamo-pituitariocorticoadrenal. El 50% de los pacientes muestra no supresión de la secreción de cortisol después de la administración de la prueba de dexametasona. La normalización de esta respuesta es un marcador que correlaciona con la eficacia del tratamiento antidepresivo. El cortisol tiene múltiples acciones, entre las que destaca el incremento de la respuesta fisiológica al estrés. En situaciones estresantes se elevan los niveles de cortisol, los cuales conducen a una cadena de

fenómenos que, en última instancia, proveen de inmediata energía al organismo.²²

3.1.8. Tratamiento.

La finalidad de un tratamiento para la depresión en una embarazada es mejorar su estado anímico, minimizando los riesgos para el embrión/ feto en desarrollo. Por cierto, se debe comenzar con estrategias de orden general como recomendar interrumpir el consumo de cafeína, nicotina y alcohol, o intentar maximizar las posibilidades de descanso. Puede ser beneficioso recurrir a técnicas de relajación y también a medidas de manejo ambiental. Un reciente meta análisis indica que se cuenta con alguna evidencia de que el ejercicio físico puede ser efectivo para tratar la depresión durante el embarazo.²⁵

Intervenciones psicoterapéuticas: Muchas pacientes con depresiones leves a moderadas pueden ser tratadas exclusivamente con psicoterapia. Para tratar la ansiedad que frecuentemente acompaña a la depresión, pueden ser muy útiles tanto las técnicas de relajación, la terapia cognitivo-conductual, como la psicoterapia de apoyo. Para los síntomas anímicos, siempre que no sean intensos, suele preferirse la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) o la Psicoterapia Interpersonal (Interpersonal Psychotherapy, PIP). Por lo general se usan en su modalidad individual, pero también se pueden emplear en su versión grupal (34). Pese a que la evidencia a favor de la psicoterapia de orientación psicodinámica es limitada, los expertos plantean que se trata de una opción razonable si no se dispone de TCC o de PIP.¹⁸

En general, se considera su uso en embarazadas con depresiones moderadas a severas, gestantes que no hayan respondido a otros tratamientos o cuando hay una alta probabilidad de recidiva. Debido a obvias razones éticas, no se cuenta con estudios sobre la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión de mujeres embarazadas. Sin embargo, no hay razones para pensar que la respuesta terapéutica de las mujeres grávidas debiera ser distinta a la observada en mujeres no embarazadas. Es más, se cuenta con guías para el tratamiento de la depresión durante la gestación.¹⁸

1

En la práctica, sigue siendo válida la recomendación de evitar en lo posible el uso de psicofármacos durante las primeras 12 semanas de gestación (período de organogénesis), debido al riesgo de malformaciones.¹⁸

Se puede concluir que los ISRS (salvo, tal vez, la paroxetina) son una buena opción terapéutica y suelen preferirse durante la gestación/postparto; representan una alternativa segura, incluso en el primer trimestre del embarazo.¹⁸

3.2. MARCO CONCEPTUAL

SEPSIS PUERPERAL: La sepsis es una condición clínica frecuente y mortal. Junto con el choque séptico (CHS) representa la complicación más grave de los procesos infecciosos. El CHS ocurre en cerca del 40% de los pacientes con sepsis. Entre los pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos, la sepsis es la causa más frecuente de muerte.²⁶

PSICOSIS PUERPERAL: En términos generales, se define como un episodio afectivo con síntomas psicóticos, y se presenta en 1 a 2 de cada 1,000 partos, siendo más común en primíparas.²⁷

POSPARTO: El puerperio es el período de ajuste posterior al parto, durante el cual los cambios anatómicos y funcionales retornan a su estado normal, o sea, no gestacional. Durante esta etapa pueden ocurrir complicaciones que en ocasiones evolucionan hacia un desenlace fatal y originan consecuencias negativas a la población y al país.²⁸

ABNEGACIÓN: Se define como un absoluto y espontáneo sacrificio que alguien hace de su voluntad, de sus afectos, de sus gustos o de sus intereses personales, generalmente por motivos religiosos o por el bien ajeno.²⁹

TRANSTORNO DEPRESIVO: períodos pasajeros de tristeza o desánimo tras experimentar la pérdida de un ser querido, de la salud, de pertenencias

personales, tras la frustración de expectativas deseadas, o ante dificultades cotidianas.³⁰

HORMONAS SEXUALES: Las hormonas sexuales más activas en los hombres y las mujeres son la testosterona y el estradiol, respectivamente. Sin embargo, los efectos de la testosterona en las mujeres han tomado cada vez más importancia. En diversos trabajos se ha puntualizado que las mujeres con concentraciones altas de testosterona se distinguen, en cuanto a los aspectos conductuales, por ser mujeres dominantes.³¹

TRIPTOFANO: el triptófano es la triptófano 2,3 dioxigenasa (TDO). La TDO es inducida por los glucocorticoides en el hígado, pero aún no se conoce si estos inducen la producción de la TDO en la interfase materno fetal al interactuar con los receptores presentes en células estromales y NK; En un modelo murino, se observó que la TDO se expresa en la interfase materno fetal con un pico que coincide con el de mayor actividad de degradación del triptófano, sugiriendo entonces que esta enzima puede estar involucrada en la tolerancia materna al feto.³²

FUNCION TIROIDEA: Las hormonas tiroideas son necesarias para regular el metabolismo en todos los tejidos corporales; mientras que la T3 es una hormona metabólicamente activa, sintetizada de la conversión de T4 a través de la 5 deionidasa tipo I en los tejidos periféricos. A diferencia de otros órganos que requieren T3, el cerebro obtiene la T4 a través de un transportador, el cual lleva al cerebro T4 atravesando la barrera hematoencefálica y es convertida en T3 a través de la 5 deionidasa tipo II, una enzima específica de la corteza cerebral y de la hipófisis.

Las hormonas tiroideas se unen ampliamente a proteínas plasmáticas con sólo 0,3% de T3 y 0,02% de T4 libre. El rango normal de la TSH es de 0,3 a 4,7 mul/L, la T4 y T3 libre están en el rango de 5-11 ug/dl y 75-175 ug/dl, respectivamente. Es importante saber que la secreción de TSH continua a un ritmo circadiano con un pico nocturno. Pocos estudios han evaluado la relación entre cambios en la secreción nocturna de la TSH, síntomas afectivos y respuesta a antidepresivos.³³

TIROIDITIS AUTOINMUNE: es una enfermedad autoinmune y constituye la principal causa natural de hipotiroidismo. Fue descrita por primera vez en 1912 por el Dr. Hakaru Hashimoto, quien detectó la presencia de un infiltrado linfocitario que llamó “struma linfomatoso” en la tiroides de estos pacientes.³⁴

INFERTILIDAD: es una enfermedad del aparato reproductor definida por la imposibilidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de

relaciones sexuales sin protección regular.³⁵ Se suele recomendar comenzar las evaluaciones de las parejas a partir de este momento, inmediatamente si hay una causa obvia de infertilidad o subfertilidad, o cuando la mujer tiene más de 35 años de edad.³⁶

ABORTO: (del latín *abortus*, participio pasado de *aborīrī*, con el mismo significado que en español, a su vez de *ab-*, «de», «desde», y *oriri*, «levantarse», «salir», «aparecer») es la interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria. En un sentido más amplio, puede referirse al fracaso por interrupción o malogramiento de cualquier proceso o actividad.³⁷

ICTERICIA: La ictericia se define como la coloración amarillenta de la piel, las escleras y las mucosas, como consecuencia de una elevación anormal en la concentración sérica de bilirrubina.³⁸

PSICOSIS POSTPARTO: El cuadro es de presentación dramática y representa una emergencia psiquiátrica. Por lo general comienza durante las primeras dos semanas posparto, a veces a las 48 ó 72 horas después de dar a luz. Suele debutar con síntomas tales como inquietud, irritabilidad y trastornos del sueño. Habitualmente la psicosis puerperal evoluciona rápido, destacando entre los síntomas el ánimo deprimido o exaltado, el desajuste conductual, la labilidad emocional, como también los delirios y las alucinaciones. Aún se debate si la psicosis posparto es una entidad diagnóstica independiente o si se trata de una psicosis afectiva (trastorno del ánimo) de evolución rápida.³⁹

ASTENIA: es un síntoma presente en varios trastornos, caracterizado por una sensación generalizada de cansancio, fatiga, debilidad física y psíquica; con principal incidencia entre las personas de 20 a 50 años, y mayor preponderancia en las mujeres que en los hombres.⁴⁰

ANEMIA: una condición en la cual el contenido de hemoglobina en la sangre está por debajo de valores considerados normales, los cuales varían con la edad, el sexo, el embarazo y la altitud.⁴¹

DIABETES GESTACIONAL: a toda intolerancia a los hidratos de carbono de intensidad variable, de comienzo o primer reconocimiento durante la gestación. Esta definición se aplica independientemente del tipo de tratamiento utilizado para conseguir el control metabólico y de su persistencia una vez finalizada la gestación.⁴²

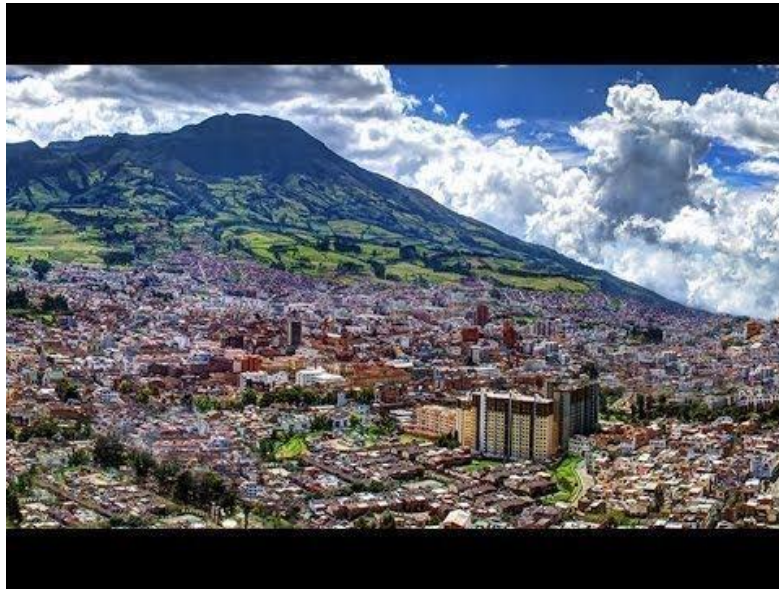
ANHEDONIA: incapacidad para expresar placer.⁴³

DEXAMETASONA: es un corticosteroide, es decir, es similar a una hormona natural producida por las glándulas suprarrenales. Por lo general, se usa para reemplazar este producto químico cuando su cuerpo no fabrica suficiente. Alivia la inflamación (hinchazón, calor, enrojecimiento y dolor) y se usa para tratar ciertas formas de artritis; trastornos de la piel, la sangre, el riñón, los ojos, la tiroides y los intestinos (por ejemplo, colitis); alergias severas; y asma. La dexametasona también se usa para tratar ciertos tipos de cáncer.⁴⁴

ORGANOGENESIS: el período comprendido entre la tercera a la octava semana de desarrollo. En esta etapa (3ª semana), primero se produce el paso de embrión bilaminar a trilaminar (gastrulación); dando lugar a el ectodermo, el mesodermo y el endodermo embrionario. Éstos a su vez, en las siguientes semanas, se diferenciarán y especializarán dando lugar a los diferentes órganos del cuerpo, cuyos esbozos quedarán conformados antes del tercer mes de gestación (periodo fetal).⁴⁵

3.3. MARCO CONTEXTUAL

IMAGEN 1 SAN JUAN DE PASTO



La investigación se llevó a cabo en la ciudad San Juan de Pasto del Departamento de Nariño en el sur de Colombia. Está situada en el denominado Valle de Atríz, en medio de la cordillera de los andes en el macizo montañoso denominado nudo de los Pastos, al pie del volcán Galeras, a dos mil cuatrocientos noventa metros sobre el nivel del mar.

El Hospital Universitario Departamental de Nariño, (HUDN) entró en operación desde el 15 de Diciembre de 1975 en la ciudad de Pasto, como la única organización de la red pública de atención de la región. En Octubre de 1990, es clasificado como un organismo para prestación del servicio de salud en un III nivel de complejidad.

En 1994, se convirtió en Empresa Social del Estado del orden departamental, con patrimonio propio y autonomía administrativa, según la Ley 100 de 1993. Conforme a esta norma y en concordancia con el Plan Nacional de desarrollo está obligado a mantener su auto sostenibilidad financiera, implementando procesos Eficientes que le permitan ser competitivo en el mercado del área de influencia.

A partir del 17 de Diciembre de 2004, se reestructuró la entidad como un Hospital Universitario, proyectándose como un eje de referencia en los avances científicos, Tecnológicos y administrativos del Sur Occidente del País.

La administración actual se encuentra enfocada hacia una idea de calidad, respaldada por la obtención de las certificaciones correspondientes. En estos momentos el hospital cuenta con la totalidad de sus servicios habilitados por parte del Ministerio de Protección Social, pero la Gerencia está buscando la obtención de la acreditación de la institución en servicios de salud, para la cual se ha venido preparando mediante la revisión y optimización de los procesos.

El Ministerio de Protección Social ha reconocido la calidad de los servicios de salud prestados por el Hospital Universitario de Nariño, a través de un ranking donde se evaluaron el total de las IPS del país de acuerdo a su nivel de complejidad. En este, la institución logró el primer lugar dentro de la categoría de mediana complejidad.

Actualmente el hospital cuenta con 310 empleados de planta, de los cuales el 71% está compuesto por personal asistencial y el restante es de carácter administrativo. Adicionalmente, a través de la contratación externa por Cooperativas cuenta con 286 empleados más, que buscan garantizar la adecuada prestación del servicio de salud.

El hospital se encuentra en el municipio de Pasto, dentro del Departamento de Nariño el cual representa cerca del 3.48% del total de la población del país, con una población de aproximadamente 1.541.956 habitantes, de los cuales el 45.5% está ubicado en las zona urbanas.

La institución mantiene cautivo el segmento de los servicios del III nivel de complejidad dentro de la región, al ser la única entidad con la capacidad técnica para atender este tipo de casos. Sin embargo, cuenta con la competencia de varias instituciones privadas que también ofrecen la prestación de servicios de salud de segundo nivel de complejidad. Estas trabajan en su mayoría con los segmentos de mayor poder adquisitivo de la región, donde se encuentra la atención a particulares y al régimen contributivo.

Al igual que la mayor parte de los hospitales de referencia departamentales, el Hospital de Nariño atiende una cantidad importante de pacientes, especialmente de los segmentos más vulnerables de la sociedad, es decir los regímenes subsidiado y vinculado, los cuales componen el 87% de los usuarios de la institución.

Los servicios que se ofrecen dentro del hospital están segregados a través de las diferentes áreas de apoyo con las que cuenta la institución, como son: apoyo logístico, apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico, atención al usuario, auditoría médica, consulta externa, control interno, gerencia, planeación, hospitalización, información, mantenimiento, oficina jurídica, quirófanos central, recursos financieros, recursos físicos, recursos humanos, sala de partos, salud ocupacional, subgerencia administrativa y financiera, subgerencia de prestación de servicios, urgencias y vigilancia epidemiológica.

IMAGEN 2 HUDN



4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar depresión peri parto en mujeres atendidas en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, 2017.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar las condiciones socio demográficas de la población a estudio.
- Establecer las manifestaciones clínicas Y psicosociales de depresión periparto en la población a estudio.
- Determinar las complicaciones de la depresión periparto en la población a estudio.

5. METODOLOGÍA

ENFOQUE: Cuantitativo

TIPO DE ESTUDIO: Observacional descriptivo transversal.

POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN: Mujeres gestantes que se encontraron cursando el último trimestre del embarazo y puérperas atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Universitario Departamental de Nariño.

MUESTRA: 105 pacientes mujeres gestantes y puérperas, atendidas en el Hospital Universitario Departamental de Nariño

RECOLECCIÓN DE DATOS:

Esta investigación fue realizada por cuatro estudiantes de Décimo semestre que asistieron al Hospital Universitario Departamental de Nariño en el periodo comprendido entre Diciembre de 2016 a Febrero de 2017, en donde se realizó un formulario que consta de 32 preguntas extraídas mediante el análisis de la escala de depresión de HAMILTON y EDIMBURGO, y en donde se plasman aspectos sociodemográficos, variables clínicas propias del estado depresivo y posibles complicaciones a causa de la enfermedad, con su respectiva clasificación, previa firma de un consentimiento informado o asentimiento

según sea el caso. Esta recolección se realizó bajo previo entrenamiento y supervisión de un asesor quien realizaba la revisión de la ficha técnica y de su adecuado manejo.

Esta investigación realizó la prueba piloto en la Fundación Hospital San Pedro, con un índice kappa en un 85%. Para la realización de este trabajo se estimó el año 2017.

5.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Consentimiento informado y/o asentimiento en menores de edad.
- Gestantes atendidas en el HUDN.
- Sin importancia en cuanto a antecedentes en enfermedades psiquiátricas.
- Pacientes gestantes sin importancia de su procedencia

5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que cursen con otras patologías como traumas neurológicos, infecciones, enfermedades metabólicas.
- Maternas con síntomas psicóticos asociados no relacionados con depresión periparto, como trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés post traumático, entre otras.

5.2. PLAN DE ANALISIS

Se realizó un análisis exploratorio de los datos para conocer su distribución y valores extremos.

Se realizaron gráficas y tablas descriptivas con la frecuencia absoluta y las frecuencias relativas; utilizando programa Excel se calculó media y su respectiva desviación estándar para variables con distribución normal y mediana con sus rangos intercuartílicos para las variables con distribución no normal, las cuales fueron graficadas en cajas y bigotes.

Se realizó un análisis bivariado para las variables independientes; junto con la dependiente mediante una tabla dos por dos. Se realizó la comparación entre los grupos se utilizó un valor de “p” significativa menor a 0.05

5.3. SESGOS:

- Diagnóstico inicial errado.
- Falsa información brindada por la paciente.

5.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

Privacidad y confidencialidad

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado

El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

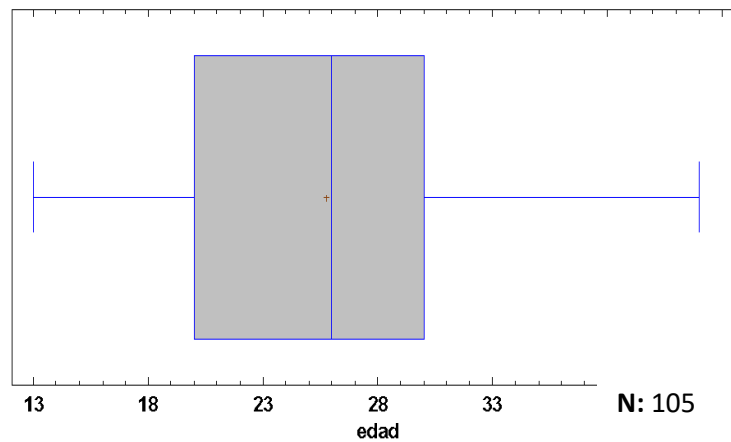
Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

6. RESULTADOS

Para el cumplimiento del objetivo específico número 1, identificar las condiciones sociodemográficas de la población a estudio:

Gráfica 1. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según edad.

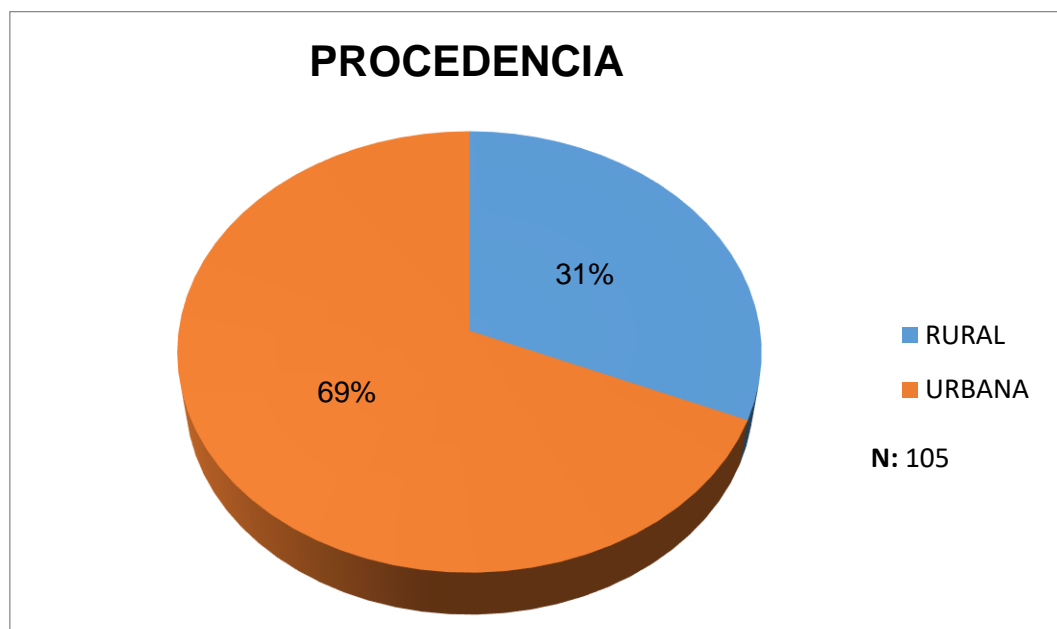


EDAD DEL PACIENTE (en años)

Fuente: Presente investigación

De las 105 mujeres que presentaron depresión, se encontró una mediana de 25,7 años, presentan un valor mínimo de 13 años y un valor máximo de 42 años, evidenciando una población numerosa y significativa tanto que posibilitó la recolección de la información y el proceso de análisis a partir de la necesidad de estudio.

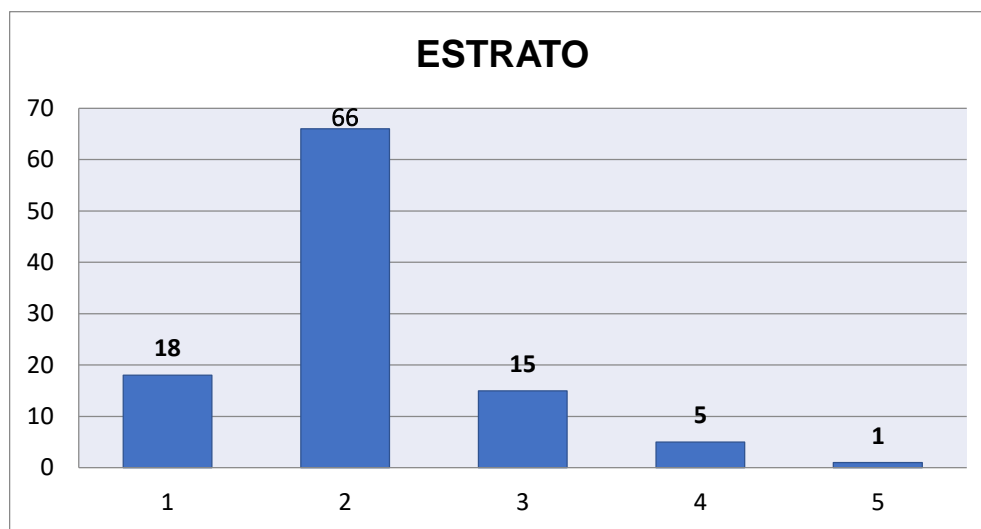
Gráfica 2. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según procedencia.



Fuente: Presente investigación

Se determina que el mayor porcentaje de la información recolectada fue de la zona urbana, sin excluir la zona rural, siendo el lugar de recolección un hospital de referencia a nivel Nariño.

Gráfica 3. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según estrato.

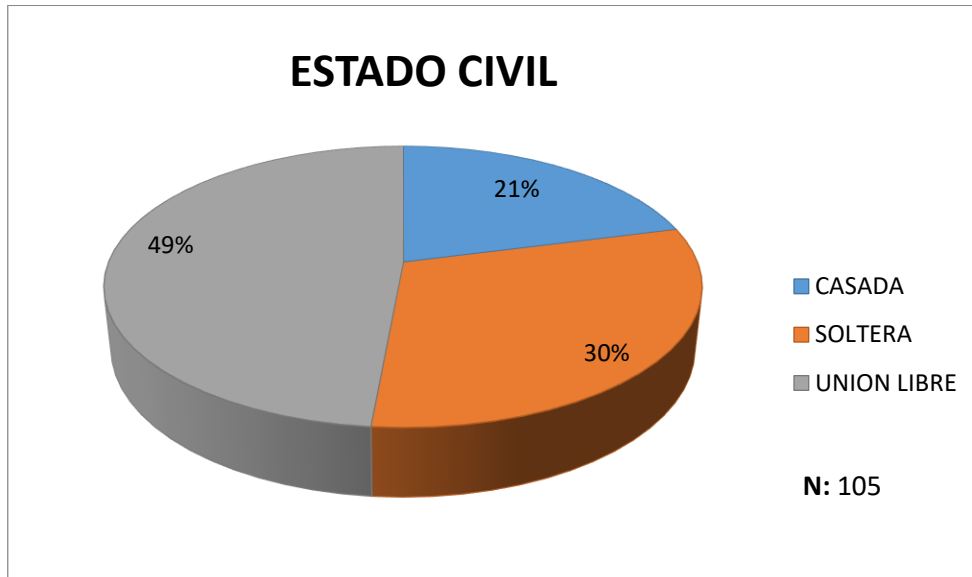


Fuente: Presente investigación

N: 105

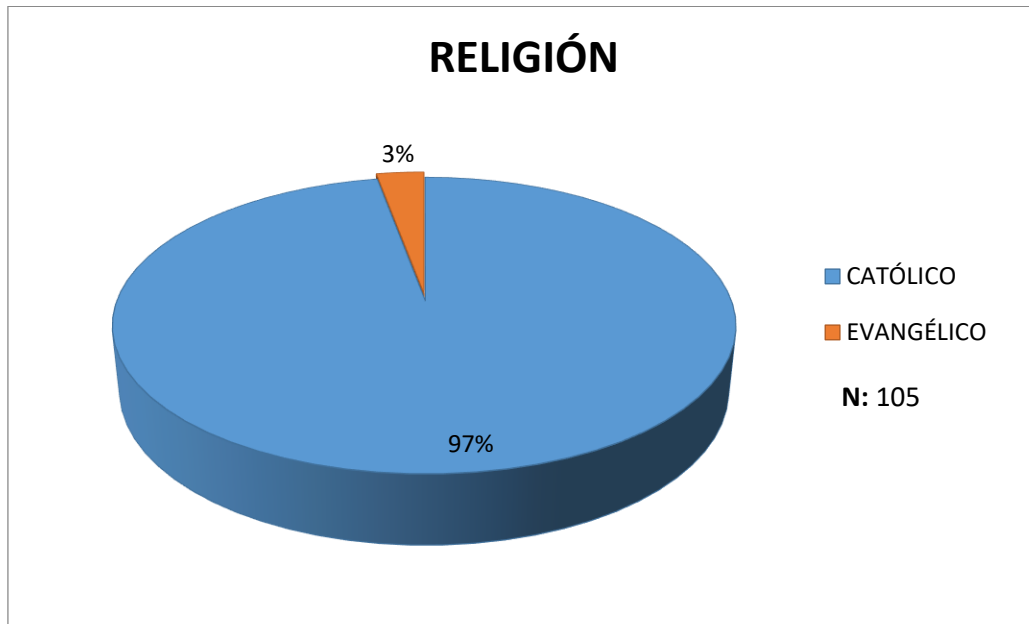
De las 105 pacientes evaluadas se encontró mayor frecuencia en los estratos bajos con una cifra de 66 mujeres en el estrato dos.

Gráfica 4. Caracterización de la depresión periparto mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según estado civil.



De las paciente Fuente: Presente investigación con el estado civil (union libre) as on con el estado civil de la mitad de esta características son predominante en la vivienda

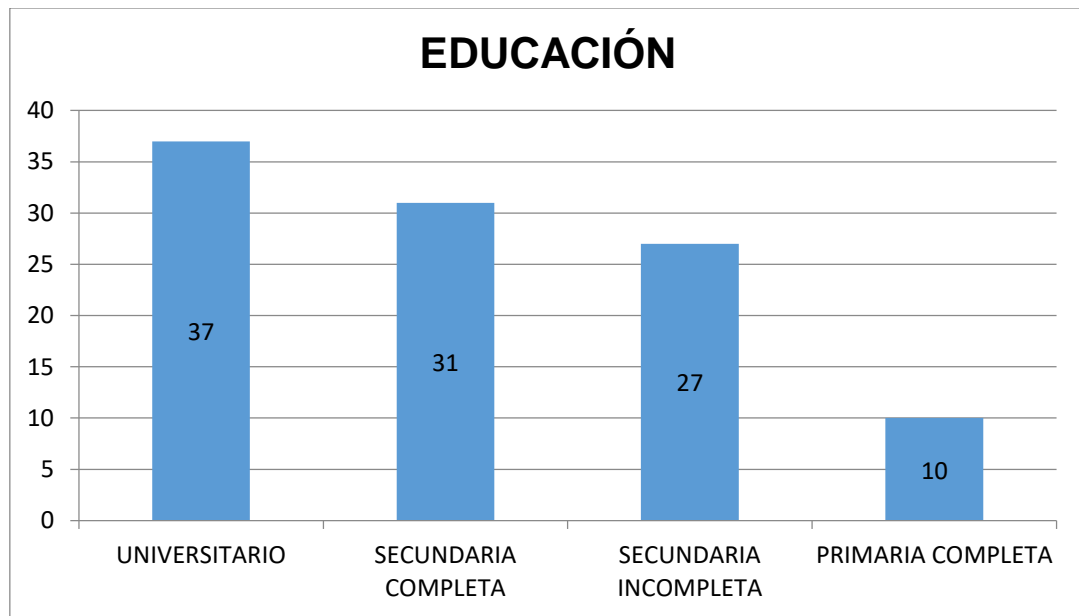
Gráfica 5. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según la religión.



Fuente: Presente investigación

Del total de las pacientes se encontró que el 97,1% pertenecían a la religión católica y un 2,9% eran evangélicas.

Gráfica 6. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según la educación.



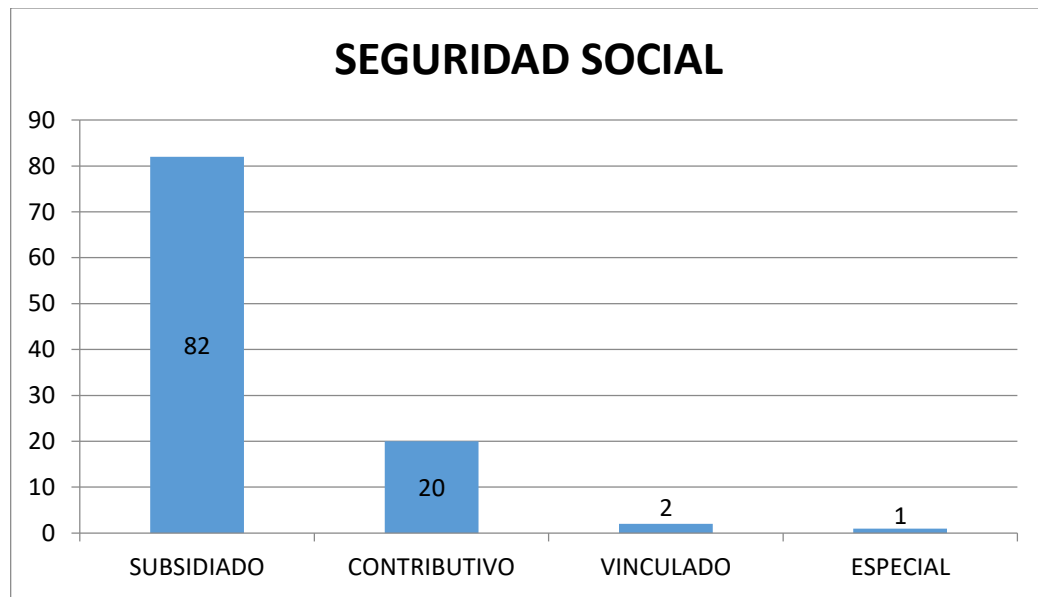
Fuente: Presente investigación

N: 105

De las 105 mujeres, el análisis de la información de la población se catalogó en 4 variables de formación siendo la menor cantidad de personas con

primaria completa y el mayor numero de la poblacion se ubico en estudios universitarios, tendiendo cercania con la secundaria completa.

Gráfica 7. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según la seguridad social.



Fuente: Presente investigación

N: 105

De la población total se encontró un gran numero de mujeres en el regimen subsidiado siendo de 82 pacientes, teniendo gran cercania a los modelos de atencion del gobierno

Para dar cumplimiento al objetivo numero 2, establecer las manifestaciones clínicas y psicosociales de depresión periparto en la población a estudio:

TABLA 3 HISTORIA DE DEPRESION

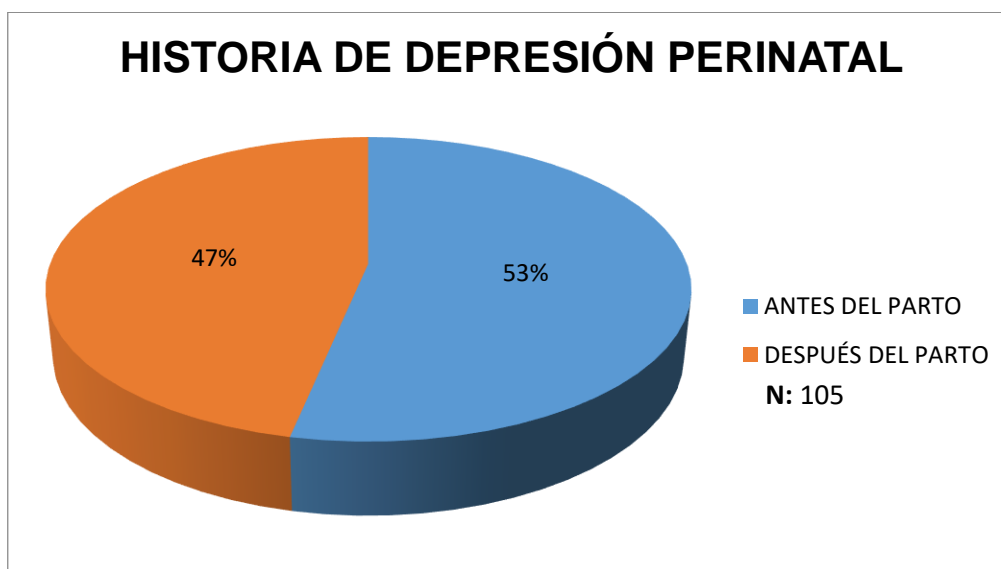
HISTORIA DE DEPRESIÓN PERINATAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ANTES DEL PARTO	56	53,3	53,3	53,3
	DESPUÉS DEL PARTO	49	46,7	46,7	100,0
Total		105	100,0	100,0	

Fuente: Presente investigación

Del total de la población 56 paciente se encontraron en gestación con un porcentaje de 53% y 49 fueron puerperas porcentuadas en 46%.

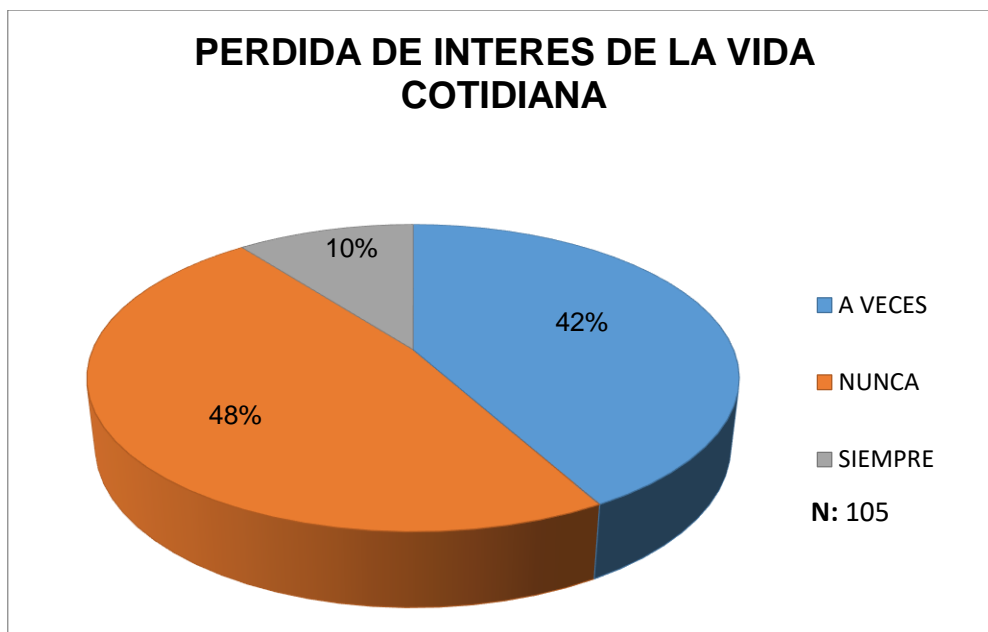
Gráfica 8. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según historia de depresión perinatal.



Fuente: Presente investigación

Del total de la población, se encontró que el mayor valor porcentual fueron pacientes en gestación.

Gráfica 9. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según la pérdida de interés de la vida cotidiana.

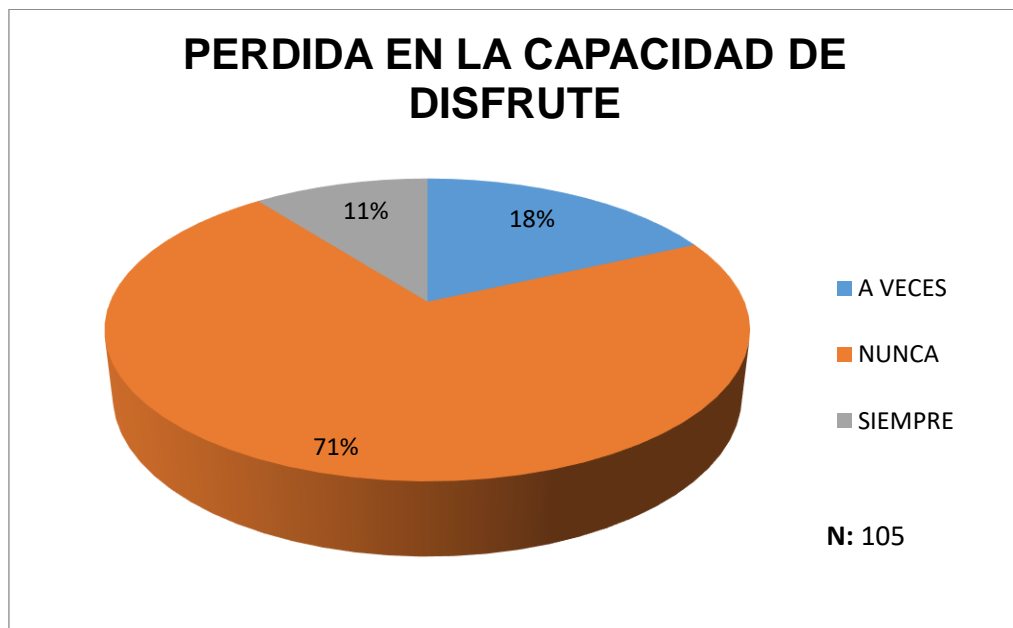


Fuente: Presente investigación

Se denota que la pérdida de interés vital se centra en dos franjas quienes no referencian frente a quienes en alguna oportunidad determinan esta posición

ya que se asume que la población se encuentra dividida para esta característica.

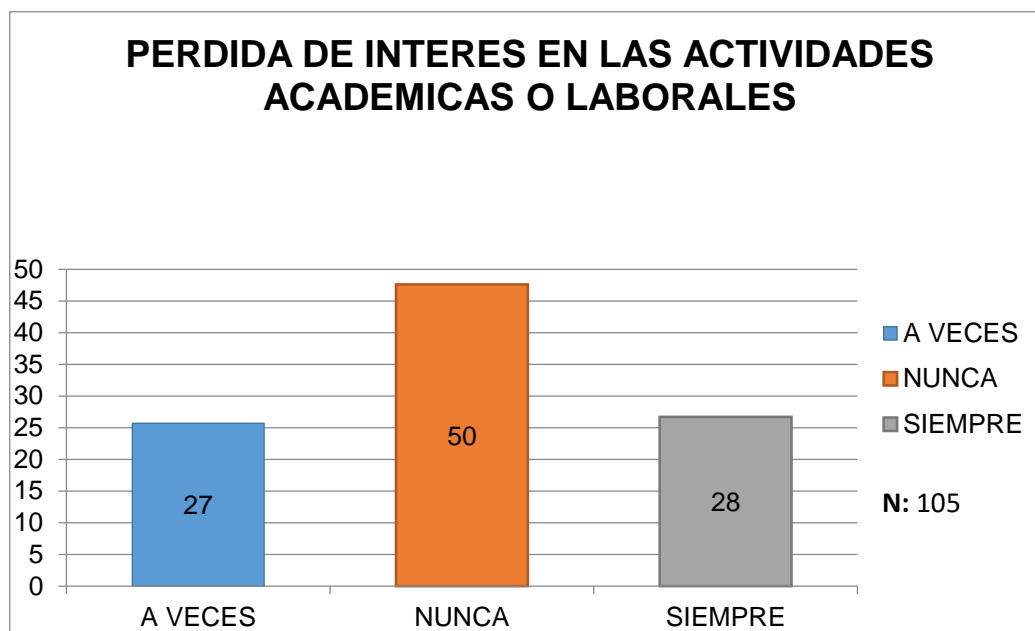
Gráfica 10. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según pérdida de la capacidad de disfrute.



Fuente: Presente investigación

Por una amplia mayoría se puede connotar que existe una capacidad de disfrute adecuada sin pérdida de la misma ya que una minoría destaca la situación de minusvalía

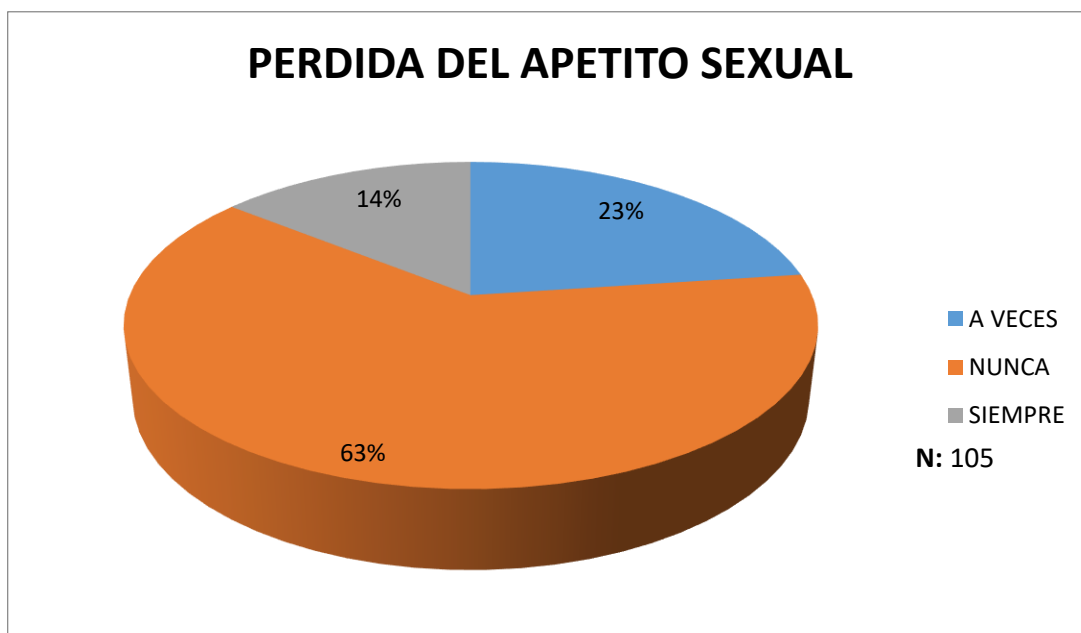
Gráfica 11. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según pérdida de interés en actividades académicas o laborales.



Fuente: Presente investigación

La mitad de la población refiere que en ningún momento perdió el interés en los procesos académico-laborales, pero llama la atención que 28 pacientes tienen tendencias de fracaso en razón de ese interés.

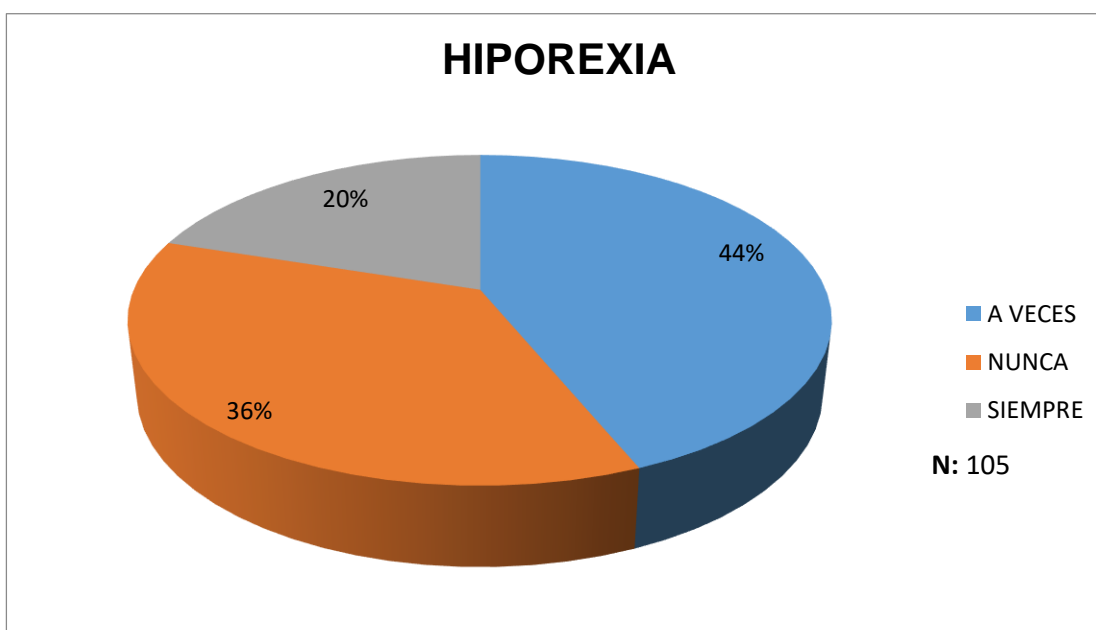
Gráfica 12. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según la pérdida del apetito sexual.



Fuente: Presente investigación

El porcentaje máximo manifiesta que no ha perdido el apetito sexual, evidenciando claridad frente a su vida de pareja y llevando a una interpretación clara de la relación frente a su filiación familiar y su deseo propio

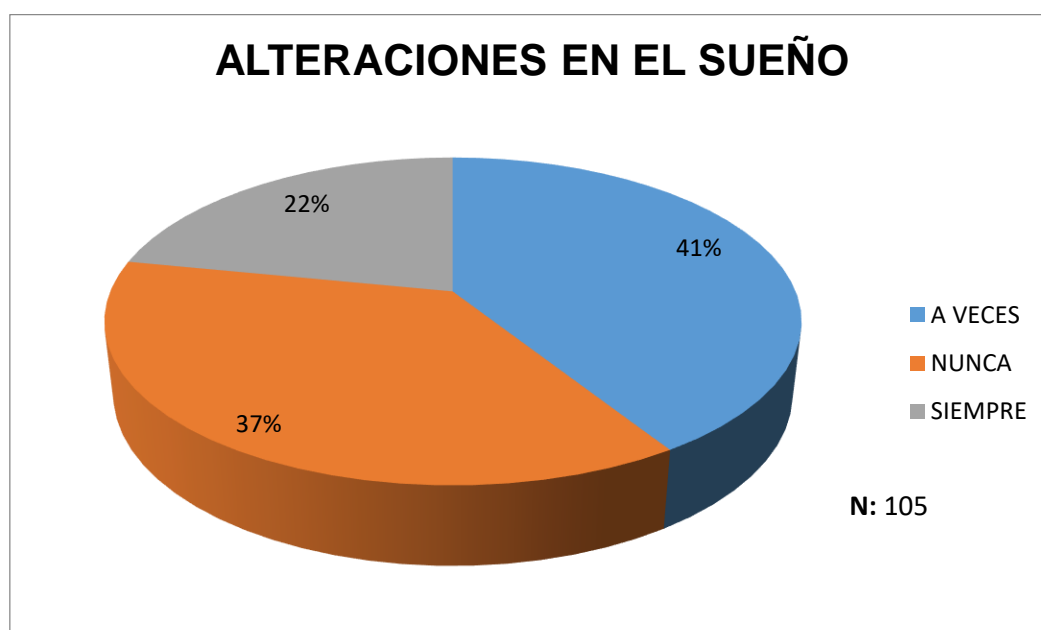
Gráfica 13. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según la hiporexia.



Fuente: Presente investigación

En puntos porcentuales iguales se encuentra dividida la población en hiporexia tanto que en algunas veces y nunca ha existido este tipo de conducta

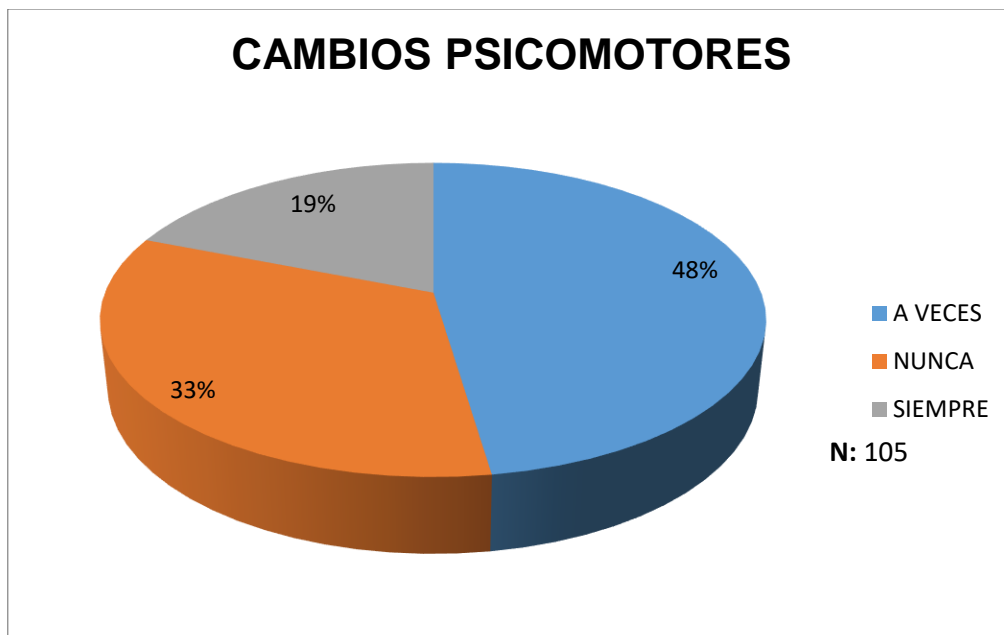
Gráfica 14. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según la alteración del sueño.



Fuente: Presente investigación

En la población estudiada en porcentajes iguales se encuentra dividida la población en alteraciones en el sueño, tanto que en algunas veces y nunca ha existido este tipo de conducta

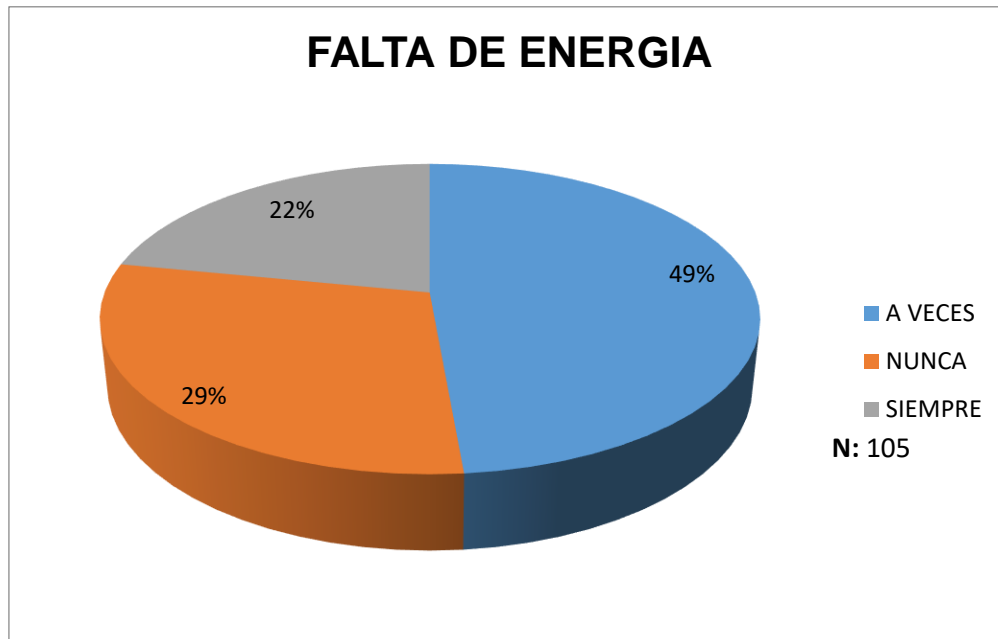
Gráfica 15. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según cambios psicómotores.



Fuente: Presente investigación

Se evidencia en la grafica anterior que existe mayor tendencia a la existencia de cambios psicómotores en la poblacion sujeto de estudio y en minima cantidad porcentual personas que no han evidenciado esta manifestacion

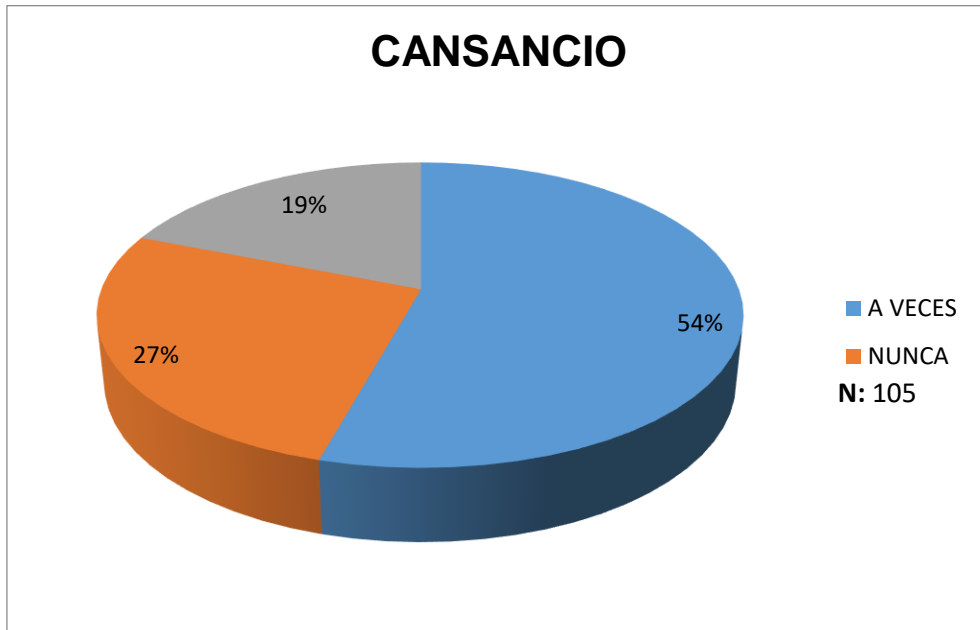
Gráfica 16. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según falta de energía.



Fuente: Presente investigación

En la población estudiada en porcentajes iguales se encuentra dividida la población en falta de energía, tanto que en algunas veces y nunca ha existido este tipo de comportamiento.

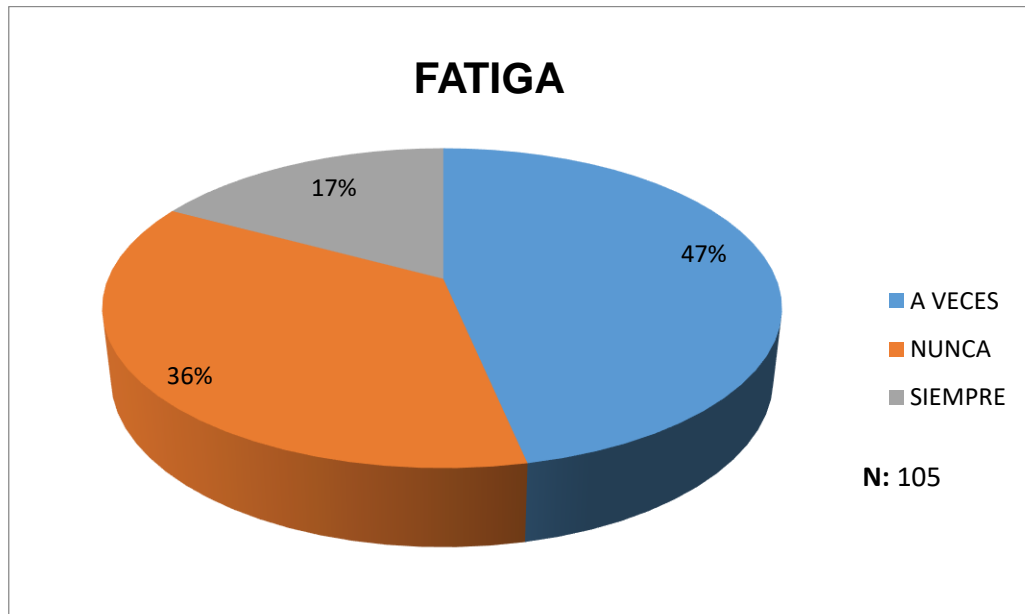
Gráfica 17. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según cansancio.



Fuente: Presente investigación

Más de la mitad de la población evidencia cansancio por el estado de gestación y el puerperio en el cual se encuentran.

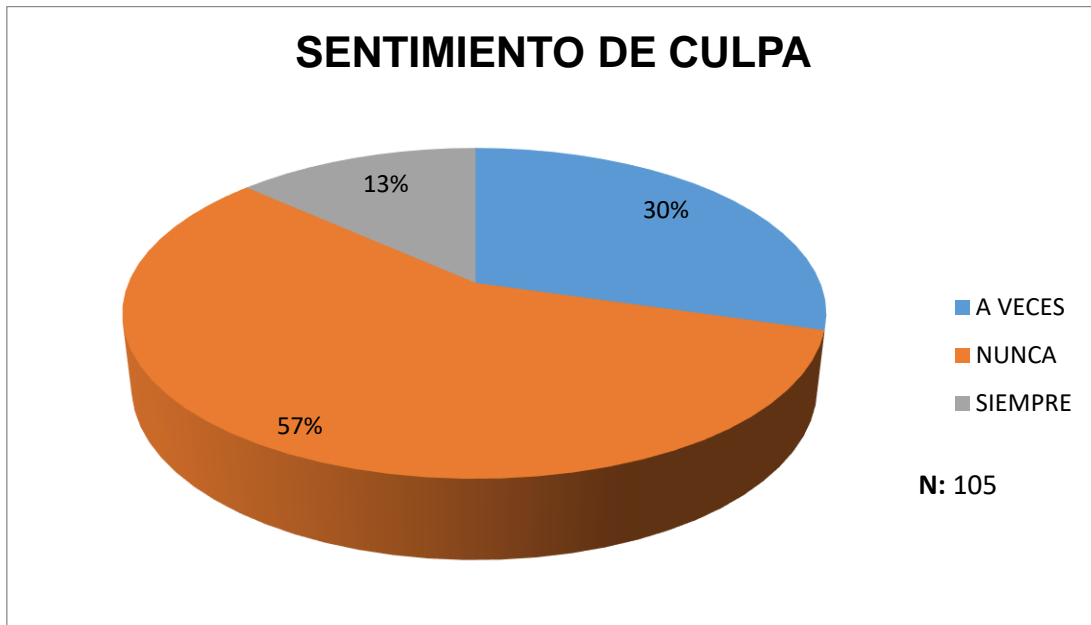
Gráfica 18. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según fatiga.



Fuente: Presente investigación

En la población estudiada en porcentajes iguales se encuentra dividida la población en fatiga, tanto que en algunas veces y nunca ha existido este tipo de comportamiento.

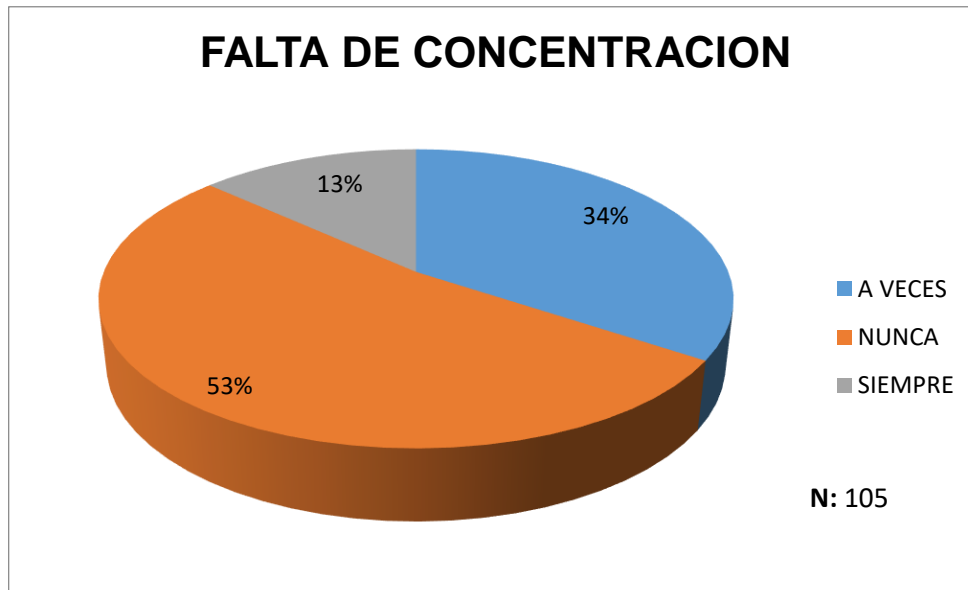
Gráfica 19. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según sentimiento de culpa.



Fuente: Presente investigación

La mayor población no evidencia sentimientos de culpa, asumiendo con criterio el proceso de embarazo, frente a las manifestaciones psico-emocionales presentadas

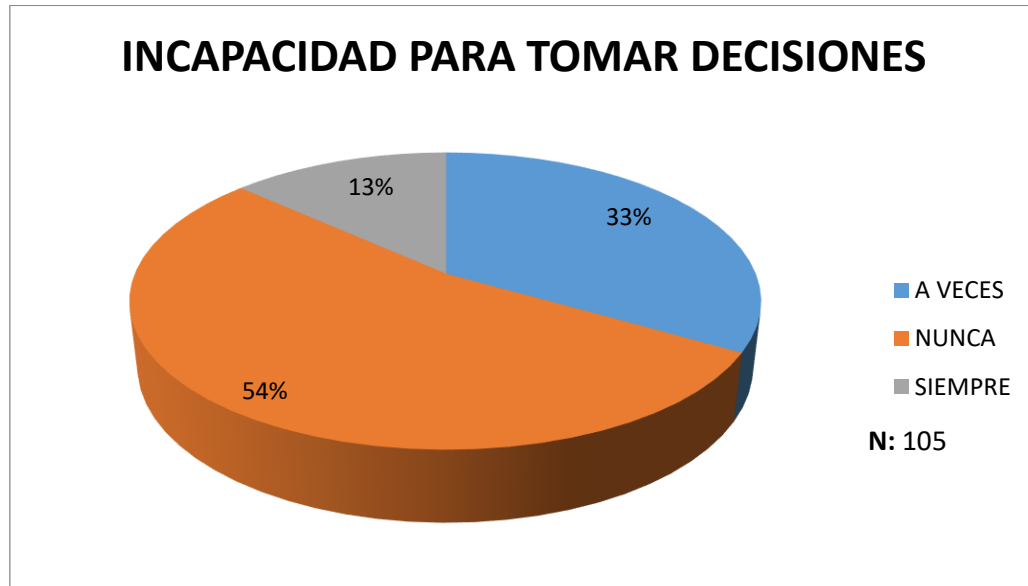
Gráfica 20. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según falta de concentración.



Fuente: Presente investigación

En la población total se encuentra dividida la misma en falta de concentración, tanto que en algunas veces y nunca ha existido este tipo de comportamiento.

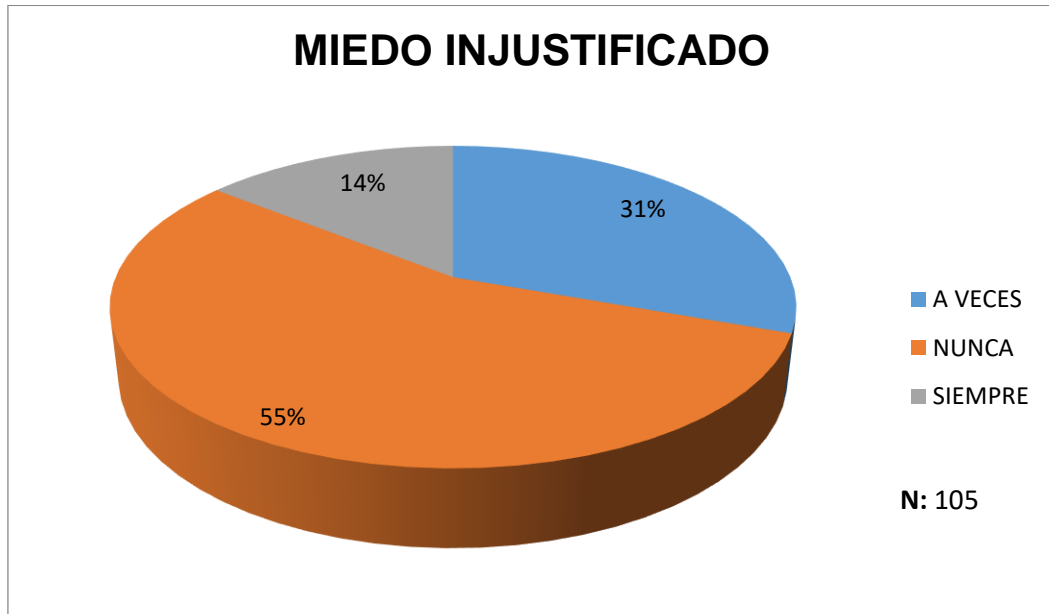
Gráfica 21. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según incapacidad para tomar decisiones.



Fuente: Presente investigación

En el total de mujeres evaluadas se encuentra dividida la misma en incapacidad para tomar decisiones, tanto que en algunas veces y nunca ha existido este tipo de conducta.

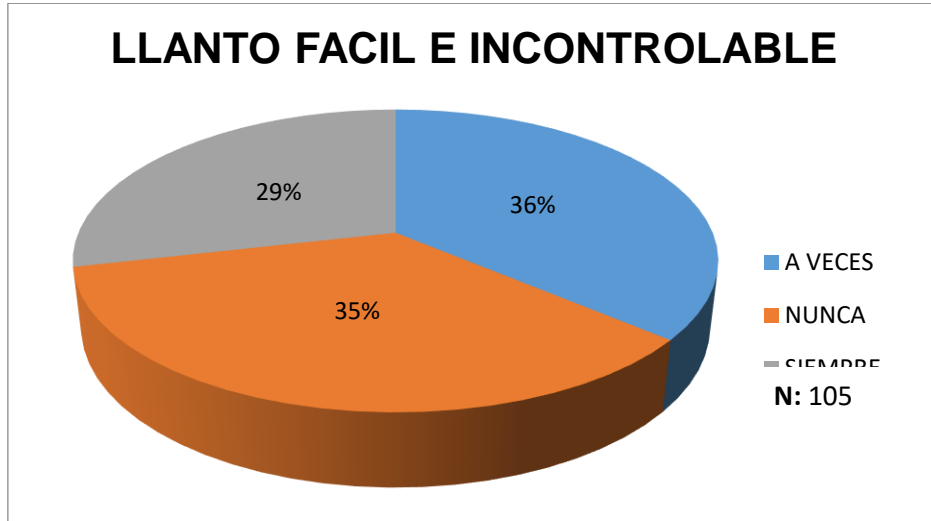
Gráfica 22. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según miedo injustificado.



Fuente: Presente investigación

Se evidencio que mas de la mitad de la poblacion estudiada nunca ha tenido sensacion de miedo injustificado y en un menor porcentaje se encontro a veces y siempre refiriendo a esta alteracion.

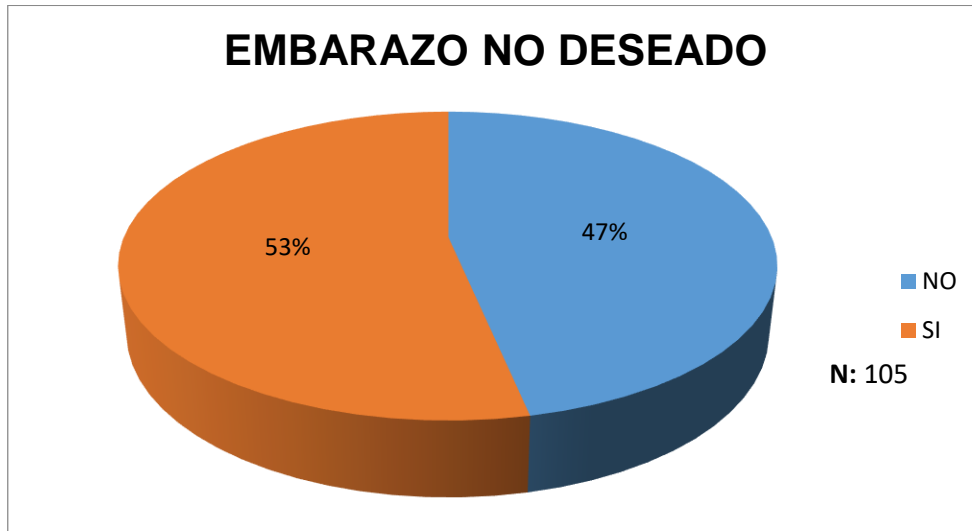
Gráfica 23. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según llanto fácil e incontrolable.



Fuente: Presente investigación

Se encontro 3 grupos diferenciales en el universo poblacional, en tanto a las reacciones de labilidad emocional

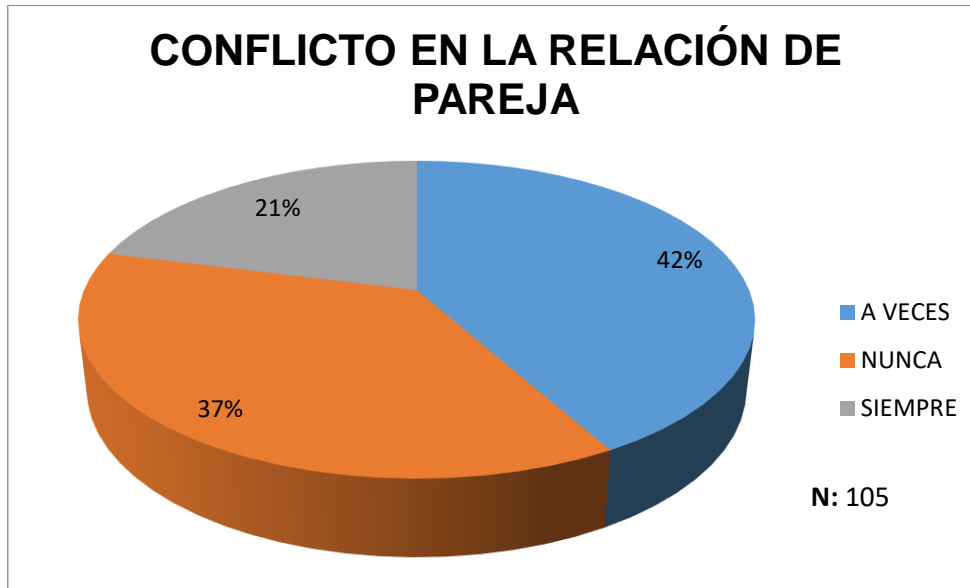
Gráfica 24. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según embarazo no deseado



Fuente: Presente investigación

Se evidencio que la mitad de la poblacion se dividio, resultando la presencia de no deseos de embarazo en mas de la mitad de la poblacion.

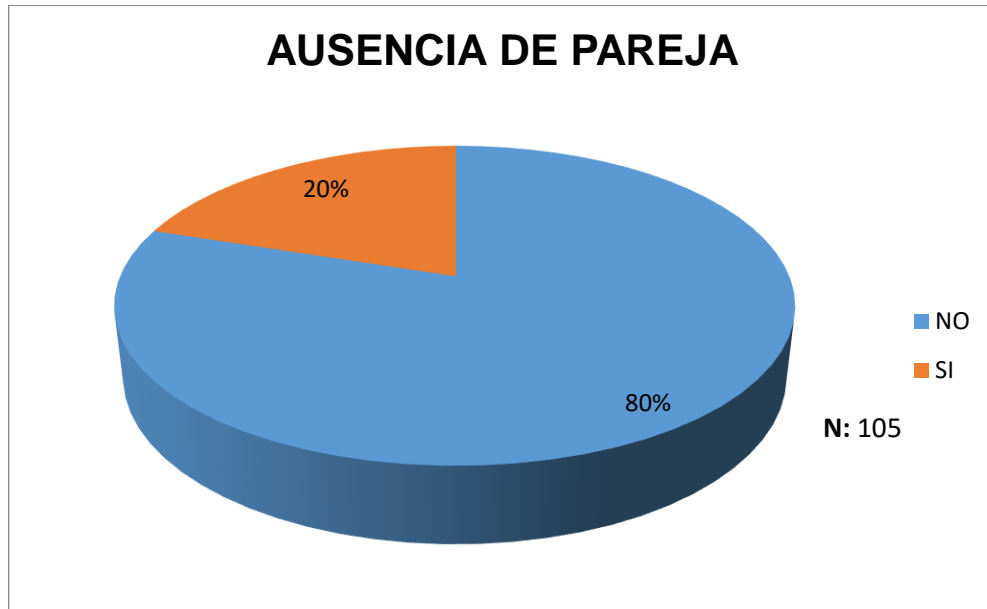
Gráfica 25. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según conflicto en la relación de pareja.



Fuente: Presente investigación

Una quinta parte de la población refirió q existio conflicto en la relacion de pareja asumiendo que fue necesario la adecuada vinculacion interaccional entre la gestante y su pareja

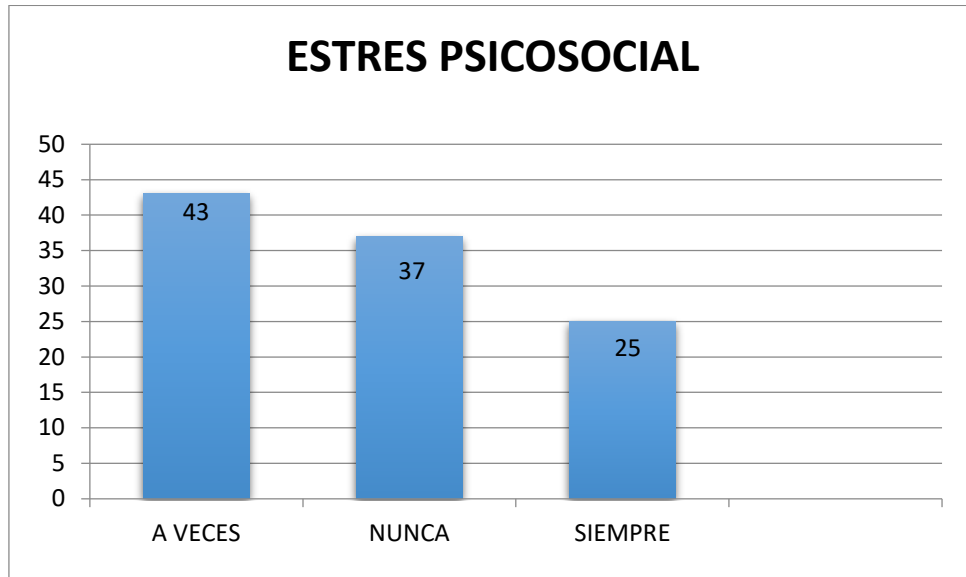
Gráfica 26. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según ausencia de pareja.



Fuente: Presente investigación

Esta variable reporto que del mayor porcentaje de población, existe la pareja y un menor porcentaje llama la atención que no existe relación con su pareja, considerando asumir el proceso de gestación solitaria o familiar diferente.

Gráfica 27. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según estrés psicosocial.

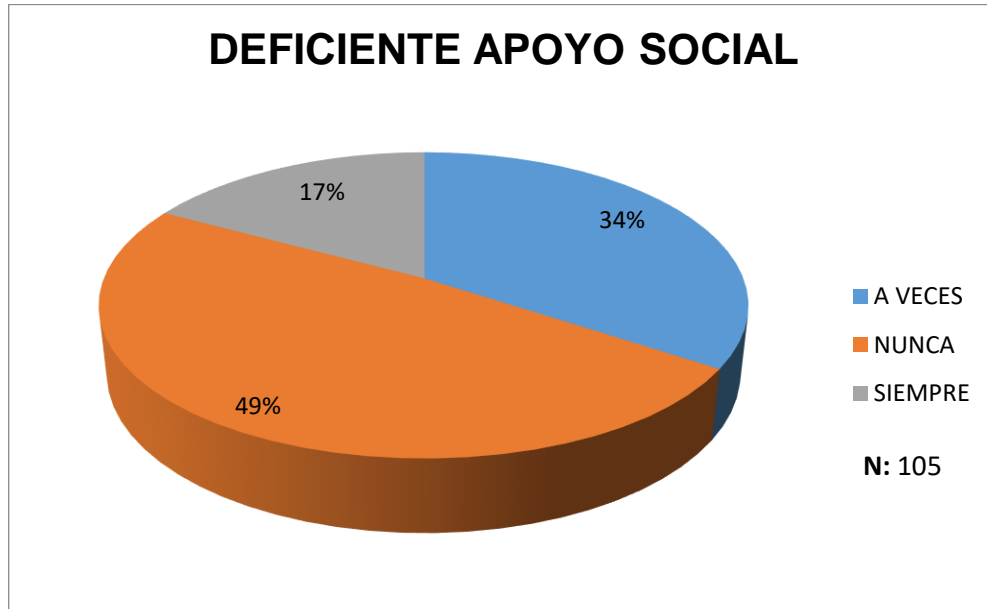


Fuente: Presente investigación

N: 105

Del total de la población 43 pacientes denotan inseguridad, refiriendo que en algún momento presentaron esta alteración.

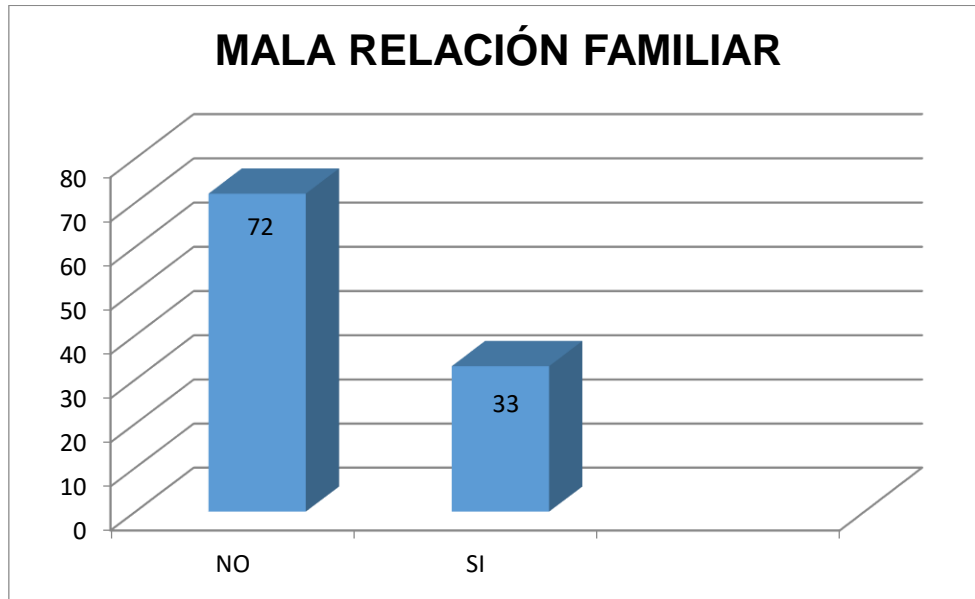
Gráfica 28. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según deficiente apoyo social



Fuente: Presente investigación

Esta variable estudiada determino que hubo un buen apoyo social en la mitad de la poblacion, y la otra tuvo 2 divisionesla cual presento en algun momento que no tuvieron apoyo

Gráfica 29. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según mala relación familiar.

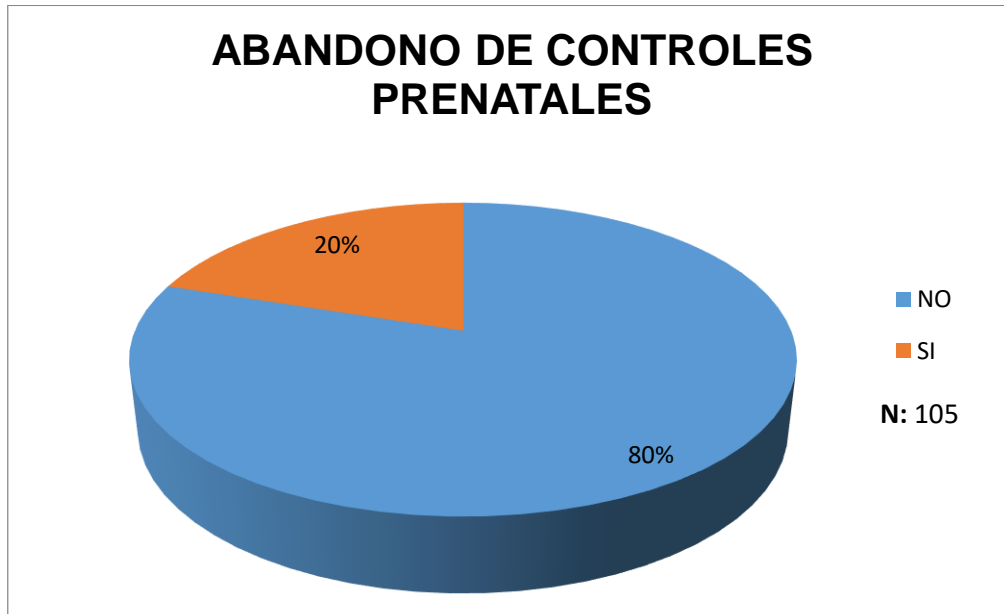


Fuente: Presente investigación

N: 105

En esta grafica se analizo que de las 105 mujeres evaluadas, 72 de ellas presentaron una adecuada relacion familiar.

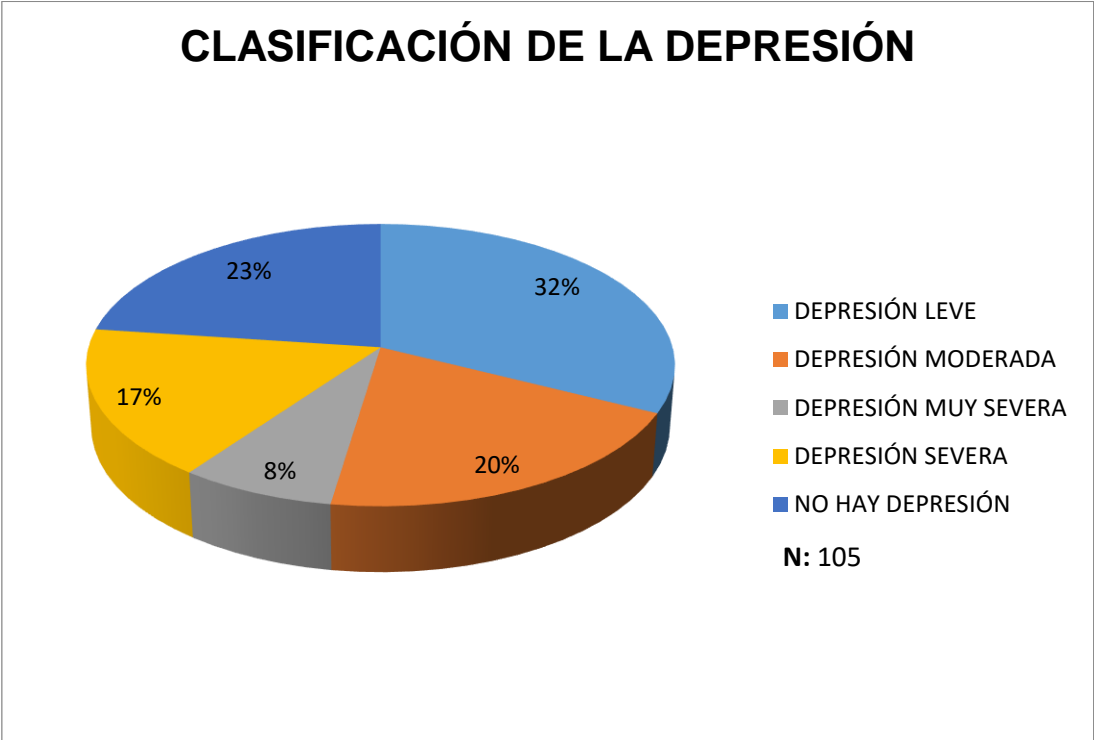
Gráfica 30. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según abandono de los controles prenatales.



Fuente: Presente investigación

De las pacientes evaluadas en este estudio, el 80% tuvo un buen apego a controles y asumiendo estos procesos como necesarios para el adecuado desarrollo de su producto

Gráfica 31. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según clasificación de la depresión

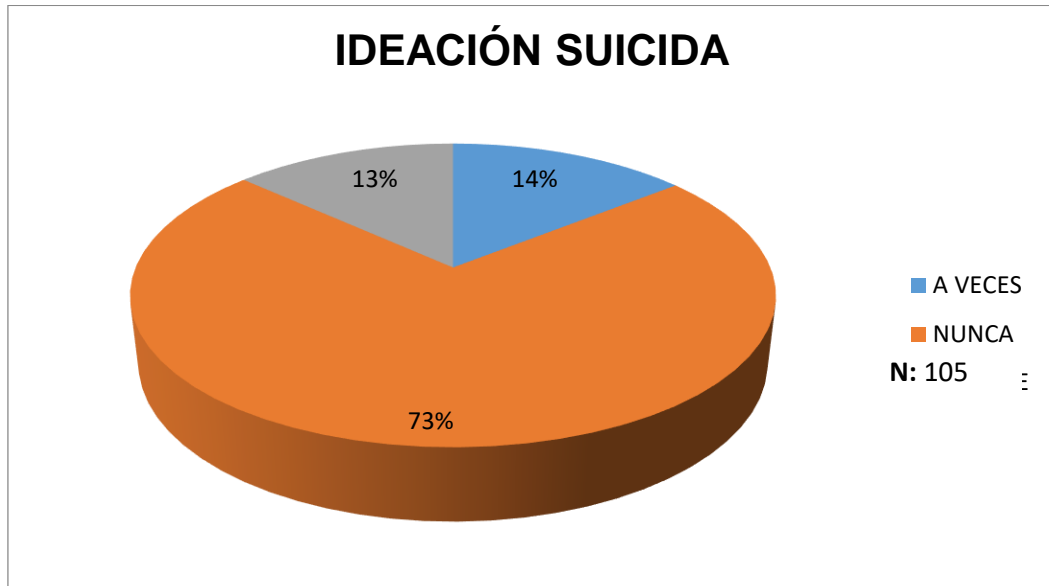


Fuente: Presente investigación

Del 100% de la población sujeto estudio, se encontró que el mayor valor porcentual tuvo algún grado de depresión, y en un menor porcentaje no tuvieron depresión.

Para el cumplimiento del objetivo específico número 3, Determinar las complicaciones de la depresión periparto en la población a estudio.

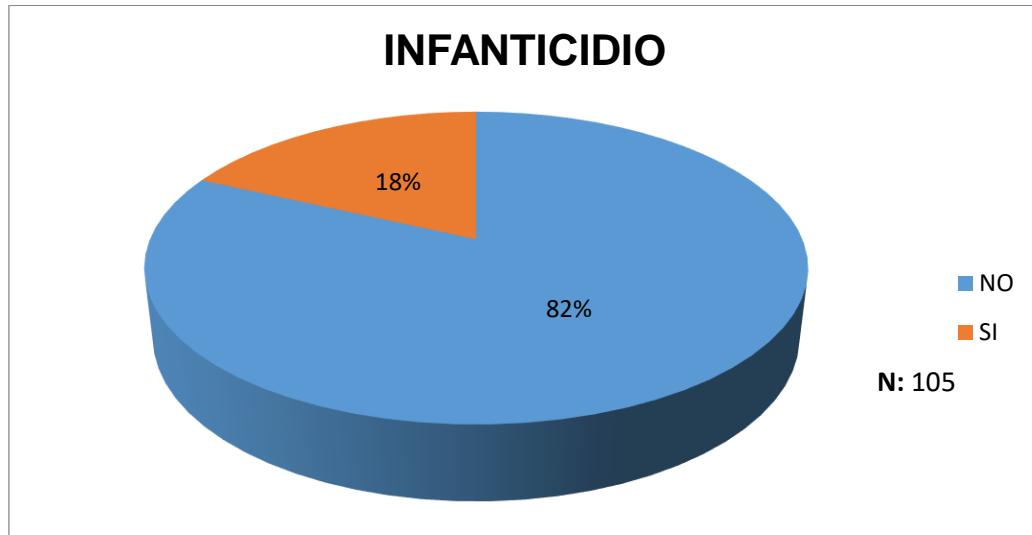
Gráfica 32. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según ideación suicida.



Fuente: Presente investigación

Se evidencio q en un menor porcentaje existio ideas suicidas, y/o autoagresion y en la mayor parte no hubo esta alteracion emocional.

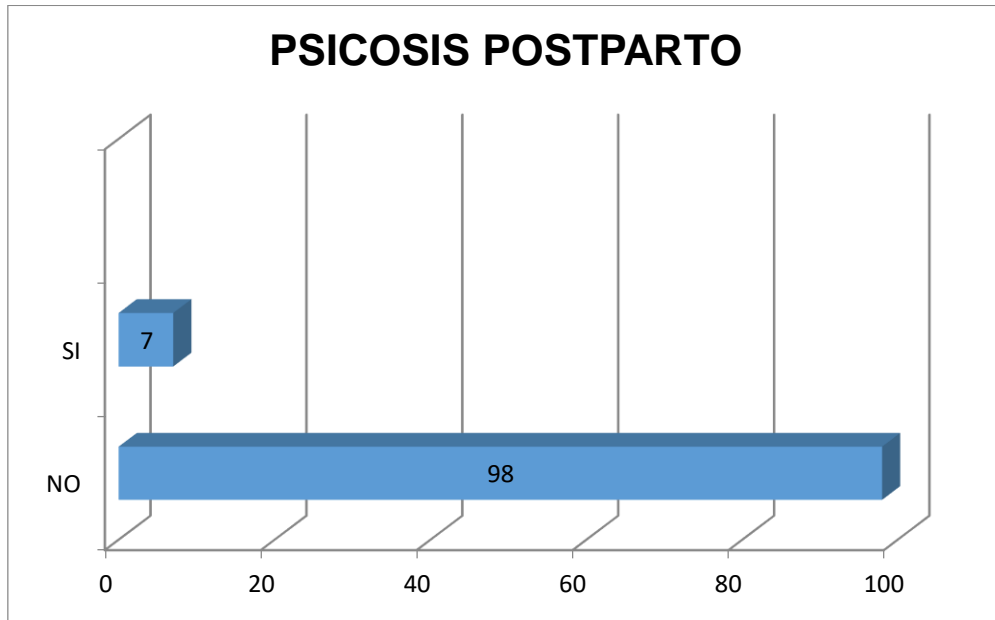
Gráfica 33. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según infanticidio.



Fuente: Presente investigación

En esta grafica se evidencio una de las complicaciones de esta patologia, teniendo un porcentaje significativo del 18%.

Gráfica 34. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según psicosis postparto.

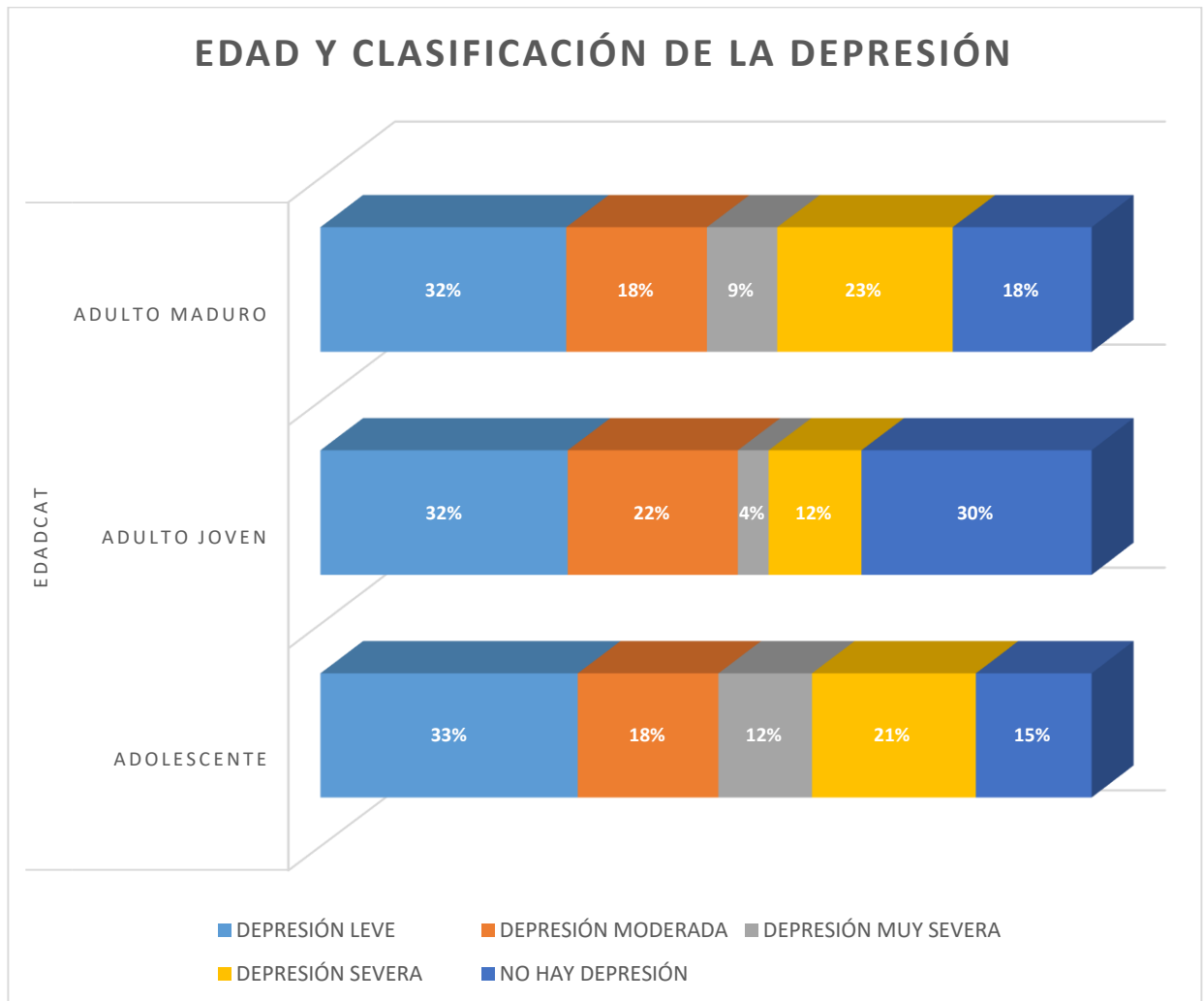


Fuente: Presente investigación

N: 105

En esta variable se determino que del total del universo poblacional, 7 mujeres presentaron esta complicacion. encontrando relacion depresion - psicosis

Gráfica 35. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según edad y clasificación de la depresión.



Fuente: Presente investigación

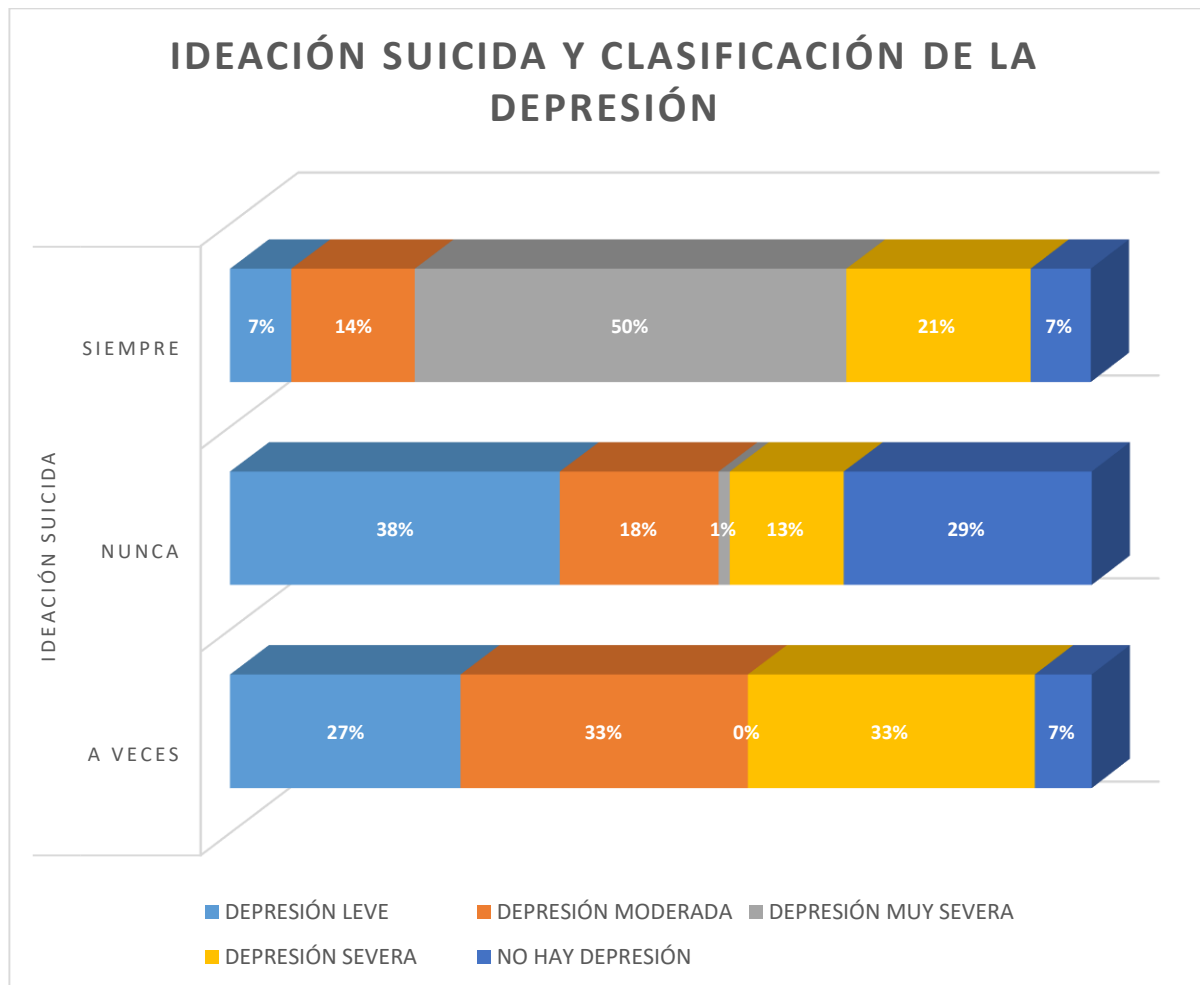
Chi²=5.679 P: 0,683

N: 105

Las dos variables fueron independientes o no se asociaban. Se evidencio que tener cierta edad no es predictor de tener algún grado de depresión; por el contrario es totalmente individual. La grafica indico que el grupo poblacional adolescente presento 33% depresión leve y 21% depresión severa en comparación a los otros grupos evolutivos; por otro lado el adulto joven presento similitud entre depresión leve con 32% y no haber tenido depresión con un 30%. En tanto el adulto maduro evidencio cierta igualdad con grupo

evolutivo adolescente, teniendo valores de 32% con depresión leve y 23% depresión severa.

Gráfica 36. Caracterización de la depresión periparto en mujeres atendidas en el HUDN en el año 2017, según ideación suicida y clasificación de la depresión.



Fuente: Presente investigación

N: 105

Chi²=51.069 P: 0,000

Las dos variables fueron observó que la depresión muy severa siempre estuvo acompañada de tener ideas suicidas. De la población estudiada clasificada con algún grado depresivo, se comparó con haber presentado ideas suicidas, hallando que de las mujeres evaluadas

que presentaron depresión leve el 34% tuvieron ideas suicidas. Por otro lado se encontró que las pacientes con depresión moderada el 47% presentaron ideas suicidas. De igual forma se encontró que las pacientes con depresión muy severa, el 50% presentaron siempre ideas suicidas. Otro punto a evaluar fueron aquellas pacientes con depresión severa quienes presentaron el 54% de ideación suicida. Finalmente aquellas pacientes que no presentaron depresión periparto, tuvieron ideas suicidas en algún momento de su vida, con un 14%.

7. DISCUSIÓN

Desde el punto de vista sociodemográfico este estudio reporto la edad con una mediana de 25 años en comparación de los artículos (Awoke. Et al, 2016 en el Noroeste de Etiopia)⁴⁸, (Yan Wang. Et al, 2016 de China)⁴⁹ que presentaron igualdad con este estudio, a diferencia con los artículos (Bitew. Et al, 2016 de

Etiopia)⁴⁶, (Eleomar Villela de Moraes, 2016 en Brasil)⁴⁷ quienes presentaron mediana de 26 años, encontrando poca variación con este estudio. Por otro lado se encontró rangos mínimos y máximos de 13 y 42 años respectivamente en este estudio, en comparación con el artículo (Yan Wang. Et al, 2016 de China)⁴⁹ que presentó un rango mínimo de 18 años, evidenciando una edad de presentación favorable madurez reproductiva en el artículo antes mencionado, a diferencia de este estudio, y el artículo (Eleomar Villela de Moraes, 2016 en Brasil)⁴⁷ el cual evidencio un rango máximo de 55 años, el cual demostró una edad de presentación más avanzada que en este estudio.

En cuanto a la educación en este estudio se presentó el 35% de la población siendo universitario, a diferencia de los artículos (Telake Azale Bisetegn, 2016 de Debretabor-Noroeste de Etiopia)⁵⁰ con un resultado de 9.5% y (Yan Wang. Et al, 2016 de China)⁴⁹ con un valor del 19.2%; motivo por el cual este estudio presentó un mejor nivel educativo que los estudios antes mencionados. Por otro lado se comparó este estudio con el artículo (Bitew. Et al, 2016 de Etiopia)⁴⁶ el cual el 67% de la población era analfabeta, presentando el actual estudio una mejor educación.

En cuanto al abandono de controles prenatales el presente estudio no tuvo abandono en un 80% de la población, en comparación al artículo (Bitew. Et al, 2016 de Etiopia)⁴⁶ el cual evidenció que las mujeres con algún grado de depresión, asisten a más controles prenatales, existiendo en ambos estudios un adecuado apego a los controles; siendo en el presente estudio mejor.

En tanto al embarazo no deseado se presentó en este estudio el 53% de la población en comparación al estudio (Carolina de Vargas Nunes Coll. Et al, 2016 de Brasil)⁵¹ que presentó un valor de 53% teniendo igualdad con este estudio. A diferencia de los artículos (Telake Azale Bisetegn, 2016 de Debretabor-Noroeste de Etiopia)⁵⁰ que presentó un 30.4%, (Bitew. Et al, 2016 de Etiopia)⁴⁶ 44%, (Yan Wang. Et al, 2016 de China)⁴⁹ que encontró un 49.5%, encontrando una mejor autonomía de cuando quedar en embarazo en relación a este estudio.

Este estudio encontró en la variable infanticidio un 18%, en contraste con el estudio (Awoke. Et al, 2016 en el Noroeste de Etiopia)⁴⁸ que evidenció un 47%; lo cual indica mayor presencia de ideas abortivas en el estudio antes mencionado que en este estudio.

En cuanto a la variable clasificación de la depresión se evidenció 32% de depresión leve, en comparación con el estudio (Bitew. Et al, 2016 de Etiopia)⁴⁶ encontrando similitud con este estudio. A diferencia del estudio (Awoke. Et al, 2016 en el Noroeste de Etiopia)⁴⁸ que presentó 77 %, hallando mayor prevalencia de esta patología en el estudio antes mencionado en relación a esta investigación, que encontró un porcentaje importante de depresión en las mujeres evaluadas.

Otra de las variables estudiadas fue el conflicto en la relación de pareja con un resultado de 37% siendo esta la opción nunca, en comparación con el artículo (Awoke. Et al, 2016 en el Noroeste de Etiopia)⁴⁸, el cual encontró un resultado de 94%; en donde se demostró una mejor relación de pareja y resolución de conflictos a diferencia de este estudio.

Dentro de las variables psicosociales, se estudió el deficiente apoyo social con un porcentaje del 49% siendo este nunca, en comparación con el artículo (Awoke. Et al, 2016 en el Noroeste de Etiopia)⁴⁸, con un resultado del 76% la opción nunca, existiendo un menor apoyo social y problemas en los círculos afectivos de las paciente en este estudio, en comparación con el artículo antes mencionado.

En tanto a la variable alteraciones del sueño, el resultado arrojado fue 41% siendo la opción a veces, en comparación con el estudio (Yan Wang. Et al, 2016 de China)⁴⁹ con un resultado de 52.7%, existió cierta diferencia con este estudio, el cual destacó una mejor calidad del sueño, el cual no afecta la vida de la mujer. Pero sin mucha variación en esta variable.

8. CONCLUSIONES

En relación a las variables sociodemográficas se concluyó que la categoría edad, su punto medio fue 25 años en las pacientes evaluadas, con un mínimo de 13 años y un máximo de 42 años; en cuanto a la procedencia a pesar de que el lugar donde se realizó la investigación es un hospital de referencia la mayor cantidad fueron de la zona urbana, con un estrato 2,

siendo en mayor porcentaje unión libre y casi el 100% perteneciente a la religión católica con un nivel educativo universitarios y perteneciendo al régimen subsidiado.

En la mayor parte de la población no se presentó pérdida de interés de la vida cotidiana a diferencia de un menor porcentaje que se evidenció haberlo presentado en alguna oportunidad; de igual forma se concluyó que más de la mitad de la población presentan una adecuada capacidad de disfrute, con un menor porcentaje de mujeres con alteraciones de este tipo. En cuanto a la pérdida de interés en las actividades académicas o laborales se determinó que la mayoría de mujeres evaluadas, continuaban realizando sus labores sin ninguna alteración, pero cabe resaltar que una minoría de la población tiene tendencia al fracaso.

De igual manera se concluyó que las mujeres gestantes o puerperas presentaban una buena calidad frente a su vida de pareja y deseo propio. En tanto a la hiporexia hubo un 44% a veces, de igual forma al hablar de alteraciones en el sueño sobresalió un 41% a veces. Continuando con cambios psicomotores un 48% respondió que a veces padecía síntomas, en la falta de energía el resultado más significativo fue a veces con un 49%; en relación al cansancio más de la mitad de la población (54%) afirmó sentirse de esta manera. De igual manera en la fatiga apareció un porcentaje importante de 47%. Por otra parte teniendo en cuenta sentimientos de culpa un poco más de la mitad de la población no refirió sentirse afectada con un porcentaje del 57%. Tampoco existieron alteraciones en las variables falta de concentración que reportó la opción nunca en el 53% de la población total y la variable incapacidad para tomar decisiones que denotó un porcentaje de 54% del total de la población.

Al hablar de la variable estudiada a cerca del miedo injustificado, se determinó que la mayor parte de las mujeres objeto de estudio no tuvieron esta alteración psíquica, en cuanto al llanto fácil, se encontró una población dividida, ya que las pacientes en algún momento presentaron labilidad emocional; por otro parte encontramos la historia de depresión perinatal, en la cual se evidenció, que la mayor cantidad de pacientes estuvieron en gestación. Otra variable estudiada fue el embarazo no deseado, el cual arrojó que más de la mitad de la población no deseaba su gestación. En tanto al hablar de las relaciones de pareja, este estudio encontró que en esta población, se presentó en un determinado momento inconsistencias en cuanto al vínculo afectivo. De la población estudiada se presentó en

gran parte de esta un acompañamiento permanente por parte de su pareja, pero cabe resaltar que en un menor porcentaje de estas mujeres se encontraban solas, teniendo que asumir el rol paternal de manera individual; también encontramos cierto grupo poblacional que destacó inseguridad al referir la presencia de estrés psicosocial.

Teniendo en cuenta la presencia o no de un deficiente apoyo social, este estudio concluyó que la mitad de la población tuvo en algún momento un rechazo por parte de la sociedad. Por el contrario este estudio determinó que la parte mayoritaria de las mujeres, tenían una buena relación familiar, siendo este un factor protector encaminado a la disminución de esta patología; de igual forma se concluyó que esta población tuvo un adecuado acogimiento para la realización y seguimiento de los controles. Este estudio determinó en cuanto a la clasificación de la depresión que en la mayoría de la población presentó depresión leve y esta tuvo un porcentaje significativo en cuanto a ideaciones suicidas.

Hablando de infanticidio, hubo un mínimo porcentaje que pensó en esta posibilidad, para finalizar las complicaciones se encontró que 7 mujeres tuvieron psicosis postparto. Para concluir este estudio, se enfatizó la relación entre edad y clasificación de la depresión, la cual obtuvo independencia de las variables. Por último se comparó ideación suicida y clasificación de la depresión hallando una estrecha relación entre padecer esta patología y tener ideas de autoagresión, encontrando dependencia entre las mismas.

9. RECOMENDACIONES

En cuanto a los resultados obtenidos se ha logrado analizar que la edad mínima de embarazo es de 13 años por tanto se recomienda al equipo de salud y a la comunidad como tal que se programen charlas a los adolescentes

acerca de educación sexual, también se recomienda que se hable acerca de las complicaciones y los riesgos a esta edad.

En cuanto a las alteraciones del sueño que se presentaron de manera intermitente se recomienda al equipo de salud realizar medición de este parámetro en los controles pre natales, buscando la solvencia de este problema siendo ayudados por otros profesionales para que acompañe a la paciente, como lo es el caso de psicología. También se encontró un porcentaje significativo de mujeres que presentaban hiporexia por tanto se recomienda enfatizar la importancia de una alimentación saludable en los controles prenatales, la realización de una minuta específica para que la gestante pueda alimentarse de adecuada manera.

En cuanto a la gestación no deseada al observar que más de la mitad de la población no había programado su embarazo, se recomienda enfatizar en métodos anticonceptivos de barrera y hormonales.

En cuanto a la relación de pareja y familiar que ha demostrado tener influencia en la depresión se recomienda realizar actividades que promuevan el acompañamiento adecuado de las personas que la rodean, explicándoles la importancia de una buena relación para la gestante.

En cuanto a la depresión leve se recomienda al equipo de salud realizar seguimiento estricto, así como un acompañamiento psicológico y terapia conductual para evitar una progresión a depresión moderada- severa, previniendo complicaciones como la psicosis postparto, el suicidio e infanticidio.

ANEXOS

ANEXO 1 VARIABLES					
OBJETIVO #1					
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	DEFINICIÓN OPERATIVA	POSIBLES VARIABLES	ESCALA	NATURAL EZA	FUENTE
Edad	Edad en años cumplidos	15 – 45	Cuantitativa	Razón	Historia clínica
Procedencia	Lugar de origen	0. Rural 1. Urbano	Cualitativo	Ordinal	Historia clínica
Nivel de estrato	Es la formación de grupos por unas leyes establecidas	0. Uno 1. Dos 2. Tres 3. Cuatro 4. Cinco 5. Seis	Cualitativo	ordinal	Historia clínica
Estado civil	Condición en la que una persona según un documento o no, tiene una pareja	0. soltero 1. casado 2. union libre 3. viudo	Cualitativo	Nominal	Historia clínica
Religión	grupo de creencias, de normas de comportamiento, ritos o sacrificios de un cierto grupo de humanos	0. católico 1. evangelicos 2. testigos de jehová 3. ateos	Cualitativo	Nominal	Historia Clínica
Educación	Formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, afectiva, moral, de las personas según la cultura	0. primaria 1. secundaria 2. secundaria incompleta 3. posgrado	Cualitativo	Ordinal	Historia clínica
Seguridad social	Entidad aseguradora de salud a la que pertenece un individuo	0. contributivo 1. subsidiado 2. vinculado 3. Especial	Cualitativa	Nominal	Historia clínica

OBJETIVO # 2					
VARIABLES CLÍNICAS	DEFINICIÓN OPERATIVA	POSIBLES VARIABLES	ESCALA	NATURALEZA	FUENTE
Perdida de interés de la vida cotidiana	Sentimientos de hacerlo todo mal Recuerdo de errores cometidos	0. nunca 1. a veces 2. nunca	cualitativo	Ordinal	Escala
Pérdida de la capacidad de disfrute.	Ausencia de sentimiento placenteros	0. nunca 1. a veces 2. siempre	cualitativo	Ordinal	Escala
Pérdida de interés en actividades académicas o laborales.	Falta de motivación por lo que se hace	0. nunca 1. a veces 2. siempre	cualitativo	Ordinal	Escala
Pérdida de apetito sexual	Ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente que puede provocar dificultades en las relaciones interpersonales	0. nunca 1. a veces 2. siempre	Cualitativo	Ordinal	Escala
Hiporexia	Disminución parcial del apetito	0. nunca 1. a veces 2. siempre	Cualitativo	Ordinal	Escala
Alteraciones en el sueño (insomnio, somnolencia).	Pueden ser muy graves ya que interfieren con el funcionamiento físico mental y	0. nunca 1. a veces 2. siempre	Cualitativo	Ordinal	Escala

	emocional del individuo				
Cambios psicomotores.	Factores psicológicos que intervienen en la movilidad	0. nunca 1. a veces 2. siempre	cualitativo	Ordinal	Escala

VARIABLES CLÍNICAS	DEFINICIÓN OPERATIVA	POSIBLES VARIABLES	ESCALA	NATURALEZA	FUENTE
Falta de energía	Falta en las cualidades o resolución del ánimo también está relacionado con el agotamiento y el cansancio	0. nunca 1. a veces 2. siempre	cualitativo	Ordinal	Escala
Cansancio	La falta de fuerzas después de realizar un esfuerzo físico intelectual o emocional o por la falta de descanso	0. nunca 1. a veces 2. siempre	cualitativo	Ordinal	Escala
Fatiga	Respuesta normal e importante al esfuerzo físico estrés emocional aburrimiento o falta de sueño	0. nunca 1. a veces 2. siempre	cualitativo	Ordinal	Escala

Sentimiento de culpa	Emoción negativa que suele surgir cuando sentimos que hacemos daño a alguien mas	0. nunca 1. a veces 2. siempre	cualitativo	Ordinal	Escala
Falta de concentración	Es cuando no se consigue de forma permanente desconectar de otros estímulos para dedicarse a una cosa concreta	0. nunca 1. a veces 2. siempre	cualitativo	Ordinal	Escala
VARIABLES CLÍNICAS	DEFINICIÓN OPERATIVA	POSIBLES VARIABLES	ESCALA	NATURALEZA	FUENTE
Incapacidad para tomar decisiones.	Pueden ser tomadas por falta de información o inseguridad	0. nunca 1. a veces 2. siempre	cualitativa	Ordinal	Escala
Miedo injustificado	Alteración del ánimo que produce angustia ante un peligro o un eventual prejuicio	0. nunca 1. a veces 2. siempre	cualitativa	Ordinal	Escala
Llanto fácil e incontrolable	Respuesta a una pérdida real o imaginaria que genera sensación de desgarro interno y de fatalidad	0. nunca 1. a veces 2. siempre	cualitativa	Ordinal	Escala

OBJETIVO #2					
VARIABLE PSICOSOCIAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	POSIBLES VARIABLES	ESCALA	NATURALEZA	FUENTE
Historia de depresión Perinatal	Estado depresivo que aparece en la mujer gestante	0. antes del parto 1. después del parto	Cualitativa	Nominal	Historia clínica
Embarazo no deseado	Aquel que se produce sin deseo o planificación previa ante la ausencia o falla de métodos de anticoncepción	0. no 1. si		Nominal	Escala
Conflicto en la relación de pareja	Se da por malos entendidos por causantes como la insatisfacción frustración de la pareja si no están bien resueltos	0. nunca 1. a veces 2. siempre	cualitativa	Ordinal	Escala
Ausencia de pareja	Persona que embarazo a la paciente y después de saber el embarazo no responde por la paternidad	0. no 1. si	Cualitativa	Nominal	Escala
Estrés psicosocial	Reacción fisiológica del organismo en las cuales se puede combinar repuestas	0. nunca 1. a veces 2. siempre	cualitativa	Ordinal	Escala

	físicas y emocionales puede afectar la salud mental y física.				
--	---	--	--	--	--

VARIABLE PSICOSOCIAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	POSIBLES VARIABLES	ESCALA	NATURALEZA	FUENTE
Deficiente apoyo social	Proceso de interacción entre personas o grupo de personas que establecen una debilidad entre amistad e información y se les dificulta la solución de problemas cotidianos	0. nunca 1. a veces 2. siempre	Cualitativa	Ordinal	Escala
Mala relación familiar	Pueden presentar manifestaciones diferentes estos problemas llevan a un deterioro en la vida personal y familiar	0. No 1. Si	cualitativa	Nominal	Escala
Abandono de los controles prenatales	Se debe a varios factores	0. No 1. Si	cualitativa	Nominal	Escala

Clasificación de la depresión	Categorías	0.No hay depresión 1. Depresión leve 2. Depresión moderada 3. Depresión severa 4. Depresión muy severa	Cualitativa	Ordinal	Escala
-------------------------------	------------	--	-------------	---------	--------

OBJETIVO #3					
VARIABLES COMPLICACIONES	DEFINICIÓN OPERATIVA	POSIBLES VARIABLES	ESCALA	NATURALEZA	FUENTE
Ideación suicida	Pensamientos exhaustivos de planeación detallada para acabar con la vida	0. nunca 1. a veces 2. siempre	Cualitativa	Ordinal	Escala
Infanticidio	Causar muerte de un infante	0.No 1.Si	Cualitativa	Nominal	Escala
Psicosis posparto	Complicación de depresión posparto	0.No 1.Si	Cualitativa	Nominal	Escala

ANEXO 2 AVAL INSTITUCIONAL



"Un Hospital Seguro con Alma y Corazón para el Buen Vivir"

CDI
San Juan de Pasto, 21 de Noviembre de 2016

N° = 1354

R.U.D.N.
Concepción No. 0-6982
Fecha de Expedición 22/11/2016-11
REUNIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
FIRMADO POR: GUSTAVO DE SERVICIO - HUBER LUCERO
Destinatario: LEE
Lugar de expedición: FUNDACION UNIVERSITARIA
Redactor: HUBER LUCERO

Doctor
EDGAR VILLOTA ORTEGA
Decano Facultad de Medicina
Fundación Universitaria San Martín Pasto



Asunto: Aval Proyecto de Investigación.

Cordial saludo.

El Comité de ética en la Investigación del Hospital Universitario Departamental de Nariño, se permite informar a ustedes, que el Proyecto de Investigación CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, 2016, ha sido avalado para su realización en esta institución.

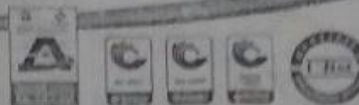
Se recomienda que para el levantamiento de las encuestas, de forma permanente haya un Tutor que pueda guiar la entrevista en caso de requerirse, ya que los contenidos de las mismas son muy delicados y los estudiantes aun no tienen la formación completa para el abordaje de los casos complicados. Por ello, favor anexar previamente, oficio donde se certifique que los estudiantes están capacitados por un profesional idóneo para esta actividad.

Del mismo modo, el Hospital Universitario Departamental de Nariño requiere los créditos en igualdad respecto de los productos que se obtengan.

Atentamente,

NÚBIA JUDITH LUCERO CORAL
Secretaría Técnica Comité ética en la Investigación
Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Commutador 7333400 - Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: huder@hosdenar.gov.co



ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO

Apartado para el participante

Todos los aspectos mencionados en las anteriores páginas me han sido explicados, y todas las preguntas que he tenido han sido contestadas. Yo he sido motivado(a) a preguntar acerca de todos los aspectos de este estudio, los investigadores que se encuentran en la lista arriba me las contestaran en un futuro.

En pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, autorizo mi participación y/o la de mi hija en el proyecto titulado **CARACTERIZACION DE LA DEPRESION PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, 2017** El procedimiento en el que participaré consiste en (responder a los datos de la encuesta).

Una vez termine de responder la(s) encuesta(s) respectivas, los participantes me darán información sobre la enfermedad.

Habiendo leído lo anterior doy mi consentimiento para participar y (dado el caso) autorizo la participación de mi hija en las actividades anteriormente detalladas. (Una copia de este consentimiento me será entregada).

En el siguiente cuadro que se presentan a continuación coloque SI o NO dentro del cuadro.

A. Confirmando haber leído y entendido la información acerca del manejo de mis datos personales.	SI	NO
--	----	----

Nombre del participante

Firma del Participante

Lugar y fecha

Firma del padre, madre o responsable del menor Si aplica

	Acompañamiento en consulta externa.	134	40.000	
	Asesorías y corrección de las evoluciones del proyecto.	134	40.000	
TOTAL				23'840.000

MATERIALES Y EQUIPOS

Tipo de Implemento	Nombre	Costo por ítem (\$)	No. de ítems	TOTAL (\$)
De oficina	Resma de papel tamaño carta.	12.300	5	61.500
	Impresiones de artículos.	3.000	12	36.000
TOTAL				97.500

SALIDAS DE CAMPO

Salidas de campo	Nombre	Costo por ítem (\$)	No. de ítems	TOTAL (\$)
Revisiones y Recolección de datos	Transporte	4.000	596	2'384.000
TOTAL				2'384.000

TOTAL

PRESUPUESTO TOTAL	26'321.500
--------------------------	-------------------

ANEXO 6 FICHA TECNICA

FICHA _____



CARACTERIZACION DE LA DEPRESION PERIPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, 2016

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GABRIELA ALEJANDRA ORTEGA SANTANDER – XIMENA ESTEFANIA RIASCOS REALPE – LUZ KARINA SEGURA ANGULO – DIEGO DAVID VELASQUEZ MOLINA

OBJETIVO # 1

1. **EDAD** AÑOS
2. **ESTRATO** 1. Uno 2. Dos 3. Tres 4. Cuatro 5.
Cinco
3. **ESTADO CIVIL** 1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Viuda
4. **RELIGION** 0. Católico 1. Evangélico 2. Testigo de Jehová 3.
Ateo
4. Otra _____
5. **EDUCACION** 0. Ninguna 1. Primaria incompleta 2. Primaria completa
3. Secundaria incompleta Secundaria completa Universitario
6. **SEGURIDAD SOCIAL** 0. Contributivo 1. Subsidiado 2. Vinculado
3. Especial

OBJETIVO # 2

VARIABLES CLINICAS

7. **PERDIDA DE INTERES DE LA VIDA COTIDIANA** 0. Nunca Siempre 1. A veces 2. Siempre
8. **PERDIDA DE LA CAPACIDAD DE DISFRUTE** 0. Nunca Siempre 1. A veces 2. Siempre
9. **PÉRDIDA DE INTERÉS EN ACTIVIDADES ACADÉMICAS O LABORALES** 0. Nunca Siempre 1. A veces
10. **PÉRDIDA DE APETITO SEXUAL** 0. Nunca Siempre 1. A veces
11. **HIPOREXIA** 0. Nunca Siempre 1. A veces
12. **ALTERACIONES EN EL SUEÑO (INSOMNIO, SOMNOLENCIA)** 0. Nunca veces 1. A veces 2. Siempre
13. **CAMBIOS PSICOMOTORES** 0. Nunca Siempre 1. A veces
14. **FALTA DE ENERGÍA** 0. Nunca Siempre 1. A veces
15. **CANSANCIO** 0. Nunca Siempre 1. A veces
16. **FATIGA** 0. Nunca Siempre 1. A veces
17. **SENTIMIENTO DE CULPA** 0. Nunca Siempre 1. A veces
18. **FALTA DE CONCENTRACIÓN** 0. Nunca Siempre 1. A veces
- INCAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES** 0. Nunca Siempre 1. A veces
19. **MIEDO INJUSTIFICADO** 0. Nunca Siempre 1. A veces
20. **LLANTO FÁCIL E INCONTROLABLE** 0. Nunca Siempre 1. A veces
- VARIABLES PSICOSOCIALES
21. **HISTORIA DE DEPRESIÓN PERINATAL** 0. Antes del parto 1. Después del parto
22. **EMBARAZO NO DESEADO** 0. No 1. Si

23. CONFLICTO EN LA RELACIÓN DE PAREJA 0. Nunca 1. A veces 2. Siempre
24. AUSENCIA DE PAREJA 0. No 1. Si
25. ESTRÉS PSICOSOCIAL 0. Nunca 1. A veces 2. Siempre
26. DEFICIENTE APOYO SOCIAL 0. Nunca 1. A veces 2. Siempre
27. MALA RELACIÓN FAMILIAR 0. No 1. Si
28. ABANDONO DE LOS CONTROLES PRENATALES 0. No 1. Si

OBJETIVO # 3

29. IDEACIÓN SUICIDA 0. Nunca 1. A veces 2. Siempre
30. INFANTICIDIO 0. No 1. Si
31. PSICOSIS POSTPARTO 0. No 1. Si

ANEXO 7 ESCALAS

Escala de Depresión en el Embarazo de Edimburgo

Dado que usted está embarazada, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo.

Por favor, marque la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

1 He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	PUNTAJE
a) Tanto como siempre	0
b) No tanto ahora	1
c) Mucho menos ahora	2
d) No, nada	3
2 He disfrutado mirar hacia adelante	PUNTAJE
a) Tanto como siempre	0
b) Menos que antes	1
c) Mucho menos que antes	2
d) Casi nada	3
3 Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	PUNTAJE
a) Sí, la mayor parte del tiempo	3
b) Sí, a veces	2
c) No con mucha frecuencia	1
d) No, nunca	0
4 He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo	PUNTAJE
a) No, nunca	0
b) Casi nunca	1
c) Sí, a veces	2
d) Sí, con mucha frecuencia	3
5 He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	PUNTAJE
a) Sí, bastante	3
b) Sí, a veces	2
c) No, no mucho	1
d) No, nunca	0
6 Las cosas me han estado abrumando	PUNTAJE
a) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	0
b) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	1
c) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	2
d) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	3
7 Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	PUNTAJE
a) Sí, la mayor parte del tiempo	3
b) Sí, a veces	2
c) No con mucha frecuencia	1
d) No, nunca	0
8 Me he sentido triste o desgraciada	PUNTAJE
a) Sí, la mayor parte del tiempo	3
b) Sí, bastante a menudo	2
c) No con mucha frecuencia	1
d) No, nunca	0
9 Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	PUNTAJE
a) Sí, la mayor parte del tiempo	3
b) Sí, bastante a menudo	2
c) Sólo ocasionalmente	1
d) No, nunca	0
10 Se me ha ocurrido la idea de hacermé daño	PUNTAJE
a) Sí, bastante a menudo	3
b) A veces	2
c) Casi nunca	1
d) Nunca	0
TOTAL	

Interpretación

! Una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión postparto
 ! Cualquier puntaje distinto de cero 0 en la pregunta N° 10 requiere de devaluación adicional dentro de 24 horas

TEST DE HAMILTON – ESCALA 1 -

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

N= Nunca
A= Algunas veces
B= Bastantes veces
C= Casi siempre
S= Siempre

TEST DE HAMILTON – ESCALA 1		N	A	B	C	S
1.	Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad					
2.	Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo					
3.	Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.					
4.	Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.					
5.	Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.					
6.	Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.					
7.	Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudor copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.					
8.	Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.					
9.	A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.					
10.	Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.					
11.	Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.					
12.	Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.					
13.	Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.					
14.	Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.					
15.	Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.					
16.	Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.					
17.	No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.					
18.	Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.					
19.	No se lo que pasa, me siento confundido.					
20.	Por las mañanas(o por las tardes me siento peor)					
21.	Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.					

TOTAL :

BIBLIOGRAFIA

- [1] STAVROS I. ILIADIS, ERIKA COMASCO, SARA SYLVÉN, CHARLOTTE HELLGREN, INGER SUNDSTRÖM
POROMAA, ET AL PRENATAL AND POSTPARTUM EVENING SALIVARY CORTISOL LEVELS IN ASSOCIATION WITH PERIPARTUM, SUIZA: REVISTA PLOS ONE, 2015.
- [2] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. CIE-10: CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. DESCRIPCIONES CLINICAS Y PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO. GINEBRA: OMS. 1992, 19, 28-109, 137, 152
- [3] RENZO FELIPE CARRANZA ESTEBAN, PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK UNIVERSITARIOS DE LIMA, TARAPOTO: REV. PSICOL. TRUJILLO, 2013.
- [4] KATHERINE L. MOLERO, JOSÉ RAMÓN URDANETA MACHADO, CHARLES SANABRIA V, NASSER BAABEL ZAMBRANO, ALFI CONTRERAS BENÍTEZ, ET AL. PREVALENCIA DE DEPRESION POSTPARTO EN PUERPERAS, ADOLESCENTES Y ADULTAS., ZULIA: REVISTA CHILENA OBSTETRICIA GINECOLOGIA VENEZUELA, 2014.
- [5] DAVID RINCON PABON, ROBINSON RAMIREZ VÉLEZ, DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES COLOMBIANAS: ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD - 2010, BOGOTÁ: REVISTA DE SALUD PÚBLICA-UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, 2014.
- [6] MANCHADO RAMIREZ F, GARCIA SERRANO T, MOYA RUEGG N, BERNABEU SAENZ N, CERDA DIAZ R. DEPRISION PUERPERAL. FACTORES RELACIONADOS. ATEN PRIMARIA 1997; 20 (4): 161-66
- [7] DR. ENRIQUE JADRESIC M. PERINATAL DEPRESSION: DETECTION AND TREATMENT, SANTIAGO DE CHILE: REV.MED.CLIN.CONDES, 2014.
- [8] SHERRYL H. GOODMAN, PHD, MATTHEW H. ROUSE, MA, MSW DEPRESION PERINATAL Y LOS NIÑOS: UNA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO EE.UU. 2010
- [9] CPT, COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY (CD-ROM). KAPLAN H., SADOCK B.J.S.: L; WILLIAMS AND WILKINS, CORPORATE TECHNOLOGY VENTURES, 7TH ED. VERSIÓN 3.11.4 PHILADELPHIA: CTV; 2000.
- [10] BOATH E, HENSHAW C. THE TREATMENT OF POSTNATAL DEPRESSION: A COMPREHENSIVE LITERATURE OVERVIEW. J REPROD INFANT PSYCHOL 2001; 19: 215-48.
- [11] WELNER A. CHILDBIRTH-RELATED PSYCHIATRIC ILLNESS. COMPR PSYCHIATRY 1982; 23 (2): 143-54.

- [12] OPPENHEIM G. PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN PREGNANCY. EN: PRIEST R, EDITOR. PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY. LONDON: BUTTERWORTHS, 1985.
- [13] KUMAR R, BROCKINGTON I, EDITORS. MOTHERHOOD AND MENTAL ILLNESS. LONDON: WRIGHT, 1988.
- [14] RÍOS RIAL B, GARCÍA-NOBLEJAS SÁNCHEZ-MIGALLÓN J, SÁNCHEZ CUBAS S. DEPRESION POSTPARTO. EN: TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA MUJER (DEPRESION EN PATOLOGÍAS ORGANICAS). ED. EDICOMPLET, S.A. MADRID 1999. 12-26
- [15] POSPARTUM DISORDERS. THE HARVARD MEDICAL SCHOOL MENTAL HEALTH LETTER, MAY 1989
- [16] SEBASTIÁN ROMERO E, MAS LODO N, MARTÍN BLÁSQUEZ M, RAJA CASILLAS MI, IZQUIERDO ZAMARRIEGO MJ, VALLÉS FERNÁNDEZ N, METOLA GÓMEZ M. DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL AREA DE SALUD DE TOLEDO. ATEN PRIMARIA 1999; 24(4): 215-219
- [17] T. CARRO GARCÍA, J. M.^a SIERRA MANZANO, M^a J. HERNÁNDEZ GÓMEZ, ET AL TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN EL POSTPARTO, MAYO 2000. [HTTP://WWW.MGYF.ORG/MEDICINAGENERAL/MAYO-2000/452-456.PDF](http://www.mgyf.org/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf)
- [18] PERINATAL DEPRESSION: DETECTION AND TREATMENT
DR. ENRIQUE JADRESIC M. (1)1. PROFESOR ASOCIADO DE PSIQUIATRÍA. DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL, CAMPUS NORTE.FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE CHILE.
- [19] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL FOR MENTAL DISORDERS, 4TH EDITION. TEXT REVISION. WASHINGTON, DC: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000.
- [20] . AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL FOR MENTAL DISORDERS, 4TH EDITION. TEXT REVISION. WASHINGTON, DC: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013.
- [21] ERICA MEDINA-SERDÁN* PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN HUMANA 21 DE JUNIO DE 2013 (REF 19)
- [22] [HTTP://WWW.DEPRESION.PSICOMAG.COM/ESC_ZUNG.PHP](http://www.depresion.psicomag.com/esc_zung.php)
- [23] [HTTP://WWW.DEPRESION.PSICOMAG.COM/ESC_ZUNG.PHP](http://www.depresion.psicomag.com/esc_zung.php)
- [24] TOMADO DE: LOBO A, CHAMORRO L, LUQUE A, DAL-RE R, BADIA X, BARO E. VALIDACION DE LAS VERSIONES EN ESPAÑOL DE LA MONTGOMERY-ASBERG DEPRESSION RATING SCALE Y LA HAMILTON ANXIETY RATING SCALE PARA LA EVALUACION DE LA DEPRESIÓN Y DE LA ANSIEDAD. MED CLIN (BARC) 2002; 118(13):493-9.

- [25] DALEY A, FOSTER L, LONG G, PALMER C, ROBINSON O, WALMSLEY H, ET AL. THE EFFECTIVENESS OF EXERCISE FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF ANTENATAL DEPRESSION: SYSTEMATIC REVIEW WITH META-ANALYSIS. BJOG 2014; JUN 17 [EPUB AHEAD OF PRINT].
- [26] FIGUEROA DR. SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO. EN: ARREDONDO JL, FIGUEROA R. TEMAS ACTUALES EN INFECTOLOGÍA, 2A. ED. MÉXICO. INTERSISTEMAS. 2007; 153-68.
- [27] GÓMEZ MS. PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN EL PUERPERIO: PSICOSIS PUERPERAL. REVISTA NEURO-PSIQUIATRÍA. 2002; 65: 32-46.
- [28] PILOTO MOREJÓN M. COMPLICACIONES PUERPERALES DURANTE LA ESTADÍA HOSPITALARIA. REV CUBANA OBSTET GINECOL. 2003;28
- [29] [HTTPS://DEFINICIONA.COM/ABNEGACION/](https://definiciona.com/abnegacion/)
- [30] .RAMOS J. Y CORDERO A. LA MELANCOLÍA. GESTACIÓN DE LA HIPÓTESIS SECUENCIAL. GRUPO AULA MÉDICA. FORMACIÓN CONTINUADA. MADRID 2005.
- [31] GRANT VJ, FRANCE JT. DOMINANCE AND TESTOSTERONE IN WOMEN. BIOL PSYCHOL 2001;58:41-47.
- [32] SUZUKI S, TONE S, TAKIKAWA O, KUBO T, KOHNO I, MINATOGAWA Y. EXPRESSION OF INDOLEAMINE 2, 3- DIOXYGENASE AND TRYPTOPHAN 2, 3- DIOXYGENASE IN EARLY CONCEPTI. BIOCHEM J, 2001; 355: 425-429
- [33] SULLIVAN G, GORMAN J. THE USE OF THYROID HORMONES IN MOOD DISORDERS. PSYCHIATRIC ANNALS 2000;30(2):129-36.
- [34] LEE SL, ODEKE S. HASHIMOTO THYROIDITIS. DISPONIBLE EN WWW.EMEDECINE.MEDSCAPE.COM 2009 (CONSULTADO EL 25 DE JULIO DE 2009).
- [35] «INFERTILITY DEFINITIONS AND TERMINOLOGY». ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD(OMS). CONSULTADO EL 8 DE OCTUBRE DE 2015
- [36] KAMEL, RM (2010 MAR 6). «MANAGEMENT OF THE INFERTILE COUPLE: AN EVIDENCE-BASED PROTOCOL»
- [37] ABORTO, EN WORDREFERENCE
- [38] LIDOFKY S Y SCHARSCHMIDT BF. ICTERICIA. EN: SLEISSENGER Y FORDTRAN (ED) ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES Y HEPÁTICAS. (6° ED). BUENOS AIRES: (EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA) 2000.

- [39] O'HARA M. POST-PARTUM BLUES, DEPRESSION, AND PSYCHOSIS: A REVIEW. J PSYCHOSOM OBSTET GYNAECOL 1987;7:205-27.
- [40] MARX, JOHN (2010). ROSEN'S EMERGENCY MEDICINE: CONCEPTS AND CLINICAL PRACTICE 7TH EDITION. PHILADELPHIA, PA: MOSBY/ELSEVIER. P. CHAPTER 11.
- [41] NESTEL P. DAVIDSSON L. ANEMIA, DEFICIENCIA DE HIERRO Y ANEMIA FERROPRIVA. GRUPO CONSULTOR INTERNACIONAL DE ANEMIA NUTRICIONAL (INACG). OFICINA DE SALUD, ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y NUTRICIÓN, OFICINA DE SALUD GLOBAL, AGENCIA PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS (USAID), JUNIO 2004.
- [42] COUSTAN DR, CARPENTER MW. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL. EMALSA SA. MADRID, CLÍNICAS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA 1986;28:637-648.
- [43] HÉCTOR PÉREZ-RINCÓN PROFESSOR DE PSICOPATOLOGIA E HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA NOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA, UNIVERSIDADE NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (MÉXICO, DF); INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ (MÉXICO, DF). CALZADA MÉXICO-XOCHIMILCO 101.
- [44] WWW.NLM.NIH.GOV/MEDLINEPLUS/SPANISH/DRUGINFO/MEDS/A682792-ES.HTML
- [45] T.W.SADLER. EMBRIOLOGÍA MÉDICA DE LANGMAN CON ORIENTACIÓN CLÍNICA. ED. MÉDICA PANAMERICANA 10ª ED. 2007
- [46] TESERA BITEW. ET-AL. ANTENATAL DEPRESSIVE SYMPTOMS AND MATERNAL HEALTH CARE UTILISATION: A POPULATION-BASED STUDY OF PREGNANT WOMEN IN ETHIOPIA. OCTUBRE 2016
- [47] ELEOMAR VILELA DE MORAES, RODOLFO NUNES CAMPOS, MARIZA MARTINS AVELINO. SINTOMAS DEPRESSIVOS NA GESTAÇÃO: INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS SOCIAL, COMPORTAMENTAL, PSICOLÓGICO E OBSTÉTRICO. REVISTA SCIELO. BRASIL. 2016
- [48] TADESSE AWOKE AYELE. ET-AL. PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF ANTENATAL DEPRESSION AMONG WOMEN ATTENDING ANTENATAL CARE SERVICE AT GONDAR UNIVERSITY HOSPITAL, NORTHWEST ETHIOPIA. REVISTA PLOS ONE. MAYO 2016.
- [49] YANG WANG. ET-AL. NEGATIVE LIFE EVENTS AND ANTENATAL DEPRESSION AMONG PREGNANT WOMEN IN RURAL CHINA: THE ROLE OF NEGATIVE AUTOMATIC THOUGHTS. REVISTA PLOS ONE. DICIEMBRE 2016
- [50] TELAKE AZALE BISETEGN, GETNET MIHRETIE, TEFERA MUCHE. PREVALENCE AND PREDICTORS OF DEPRESSION AMONG PREGNANT

WOMEN IN DEBRETABOR TOWN, NORTHWEST ETHIOPIA. REVISTA PLOS ONE. SEPTIEMBRE 2016

- [51] CAROLINA DE VARGAS NUNES COLL. ET-AL. ANTENATAL DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG PREGNANT WOMEN: EVIDENCE FROM SOUTHERN BRAZILIAN POPULATION-BASED COHORT STUDY. REVISTA EL SEVIER. NOVIEMBRE 2016