



DOI: 10.26820/reciamuc/5.(2).abril.2021.300-310

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/648>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de Investigación

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 300-310



Prevalencia y factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión postparto por medio del Test de Edinburgo en el Hospital de Especialidades Mariana de Jesús en el periodo del 1 marzo al 15 abril del 2016

Prevalence and risk factors of early assessment of postpartum depression by means of the Edinburgh Test at the Hospital de Especialidades Mariana de Jesús in the period from March 1 to April 15, 2016

Prevalência e fatores de risco de avaliação precoce da depressão pós-parto por meio do Teste de Edimburgo no Hospital de Especialidades Mariana de Jesús no período de 1º de março a 15 de abril de 2016

**Natalia Fiorella Loor Reyes¹; Desireth Katherine Lobo Santiago²;
Leonardo Xavier Quiroz Moncerrad³; Yahaira Arlet Magallanes Vera⁴**

RECIBIDO: 15/01/2021 **ACEPTADO:** 17/02/2021 **PUBLICADO:** 30/04/2021

1. Médico de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; fiore_loor@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-0466-3528>
2. Médico Cirujano de la Universidad de Los Andes; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; lobodesireth5@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-0157-7082>
3. Médico de la Universidad de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; lxquiroz1988@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-7728-529X>
4. Médico de la Universidad de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; yahairamagallanes10@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-3995-3728>

CORRESPONDENCIA

Natalia Fiorella Loor Reyes
fiore_loor@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La depresión posparto (DPP) es un trastorno que aparece de forma moderada a grave en una mujer después del parto o hasta un año después del mismo, la cual trae consigo efectos sobre la morbilidad: materna, del recién nacido y en muchos casos; de toda la familia. Esta condición afectiva a menudo no se diagnostica lo que resulta ser un problema social y de salud que requiere de conocimiento y diagnóstico precoz para dar un tratamiento oportuno. Se pretende determinar la prevalencia y los factores de riesgo de la depresión de postparto mediato por medio del Test de Edinburgo en el Hospital Marianas de Jesús en el mes desde el marzo - abril del 2016. A través de un estudio de tipo descriptivo correlacional, no experimental y de diseño transversal prospectivo por medio del Test de Edinburgo, y preguntas orientadas a determinar factores de riesgo para depresión posparto (DPP) e historia clínica del paciente. Existe relación entre la DPP y las semanas de gestación al nacer ($p=0,026$); [Chi cuadrado 7,290]. La DPP se encuentra según la escala de Edinburgo en 44 (39,3%) pacientes de un total de 112 incluidas en el estudio. Las pacientes son jóvenes (15-24 años), 71,4% se encontraron en unión libre, el 62,5% son bachilleres y el 84,8% no tiene empleo.

Palabras clave: Depresión, postparto, prevalencia, factores de riesgo, test de edinburgo.

ABSTRACT

Postpartum depression (PPD) is a disorder that appears moderately to severely in a woman after childbirth or up to a year after it, which has effects on morbidity: maternal, newborn and in many cases; Of all the family. This affective condition is often not diagnosed, which turns out to be a social and health problem that requires knowledge and early diagnosis to provide timely treatment. It is intended to determine the prevalence and risk factors of mediate postpartum depression through the Edinburgh Test at the Marianas de Jesús Hospital in the month from March - April 2016. Through a correlational descriptive study, no Experimental and prospective cross-sectional design using the Edinburgh Test, and questions aimed at determining risk factors for postpartum depression (PPD) and the patient's medical history. There is a relationship between PPD and weeks of gestation at birth ($p = 0.026$); [Chi square 7,290]. The PPD is found according to the Edinburgh scale in 44 (39.3%) patients out of a total of 112 included in the study. The patients are young (15-24 years), 71.4% were in common law union, 62.5% are high school graduates and 84.8% are unemployed.

Keywords: Depression, postpartum, prevalence, risk factors, edinburgh test.

RESUMO

A depressão pós-parto (PPD) é um distúrbio que aparece moderadamente a severamente em uma mulher após o parto ou até um ano após ele, o que tem efeitos sobre a morbidade: materna, neonatal e em muitos casos; de toda a família. Esta condição afetiva muitas vezes não é diagnosticada, o que se revela ser um problema social e de saúde que requer conhecimento e diagnóstico precoce para proporcionar um tratamento oportuno. O objetivo é determinar a prevalência e os fatores de risco da depressão pós-parto mediata através do Teste de Edimburgo no Hospital Marianas de Jesús, no mês de março a abril de 2016. Através de um estudo descritivo correlacional, sem desenho transversal experimental e prospectivo usando o Teste de Edimburgo, e perguntas destinadas a determinar fatores de risco para depressão pós-parto (PPD) e o histórico médico do paciente. Há uma relação entre PPD e semanas de gestação ao nascimento ($p = 0,026$); [Chi quadrado 7.290]. A PPD é encontrada de acordo com a escala de Edimburgo em 44 (39,3%) pacientes de um total de 112 incluídos no estudo. Os pacientes são jovens (15-24 anos), 71,4% estavam em união de direito comum, 62,5% são graduados do ensino médio e 84,8% estão desempregados.

Palavras-chave: Depressão, pós-parto, prevalência, fatores de risco, teste de edimburgo.

Introducción

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La depresión está clasificada por el Ministerio de Salud como un trastorno afectivo, lo cual implica cambios de humor, dando indicios de que este trastorno se encuentra asociado al funcionamiento emocional. A pesar de ello se sabe que el impacto de esta patología es muy profundo, ya que se involucra en todos los aspectos de la persona que la padece, tales como las relaciones interpersonales, la conducta y la cognición. La naturaleza depresión tiene una naturaleza que no es fácilmente medible ya que depende de la interferencia que realice en la conducta de la persona afectada lo cual contribuye a la falta de comprensión que impide la adecuada detección y tratamiento (Rojas M., 2014).

La OMS declaró que una de cada cuatro personas desarrollará un trastorno mental o de comportamiento durante su vida. (Dina Sami, 2016) La afectación de los desórdenes depresivos se da en un promedio de 20% en las mujeres y hasta el 12% en el hombre, lo cual puede ocurrir en cualquier momento de su vida; además se ha encontrado evidencia de que las mujeres son doblemente más susceptibles a sufrir depresión, y la sintomatología que padecen incrementa conforme a la edad. (Almeida Villacís & Toscano Guerra, 2013)

La depresión posparto (DPP) es un trastorno común que puede tener efectos adversos a corto y largo plazo en la madre, el recién nacido y la familia en su conjunto. (Santacruz Fernandez & Serrano Andrade, 2014). La prevalencia de la depresión posparto se encuentra entre 8% y 30% siendo tres veces más elevada en los países subdesa-

rollados que en los países desarrollados (Santacruz Fernandez & Serrano Andrade, 2014).

En los Estados Unidos, alrededor de 400.000 nacimientos por año son de madres menores de 20 años. Aproximadamente 25 - 36% de estas madres adolescentes presentan cuadros de depresión posparto (Almeida Villacís & Toscano Guerra, 2013) (Phipps, 2013) Además, un estudio prospectivo realizado a las mujeres de Turquía menciona que la tasa general encontrada de DPP oscila entre el 14 y 40.4% de la tasa global de las mujeres hospitalizadas y que en los países no-occidentales, las tasas de prevalencia también varían ampliamente, desde 16% en Zimbabwe hasta el 22% en Jordania, 34,7% en África del Sur, y entre 6 y 25% en la India (9). En Ecuador, la prevalencia de acuerdo a la escala de depresión posparto de Edimburgo en las madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga del IESS en el periodo comprendido entre el 4 de febrero y el 4 de mayo del 2014 fue del 34,3%, que equivale a 85 mujeres de 248 participantes (Santacruz Fernandez & Serrano Andrade, 2014)

La epidemiología que se ha encontrado con respecto a la DPP indica que las tasas fluctúan de 2,9 hasta 34,0%, en la que se ha generado una media de hasta 20%. Además, la prevalencia de la DPP es hasta tres veces mayor en países subdesarrollados (Almeida Villacís & Toscano Guerra, 2013) (Rojas M., 2014).

En los países de Latinoamérica como Chile y Brasil se reporta una prevalencia de 20,5% y 16,5% respectivamente (Sumitra Devi, 2016) (Ayse Figen, 2015). En otro estudio se indica que Chile puede alcanzar hasta un 43% de DPP en puérperas (Dennis, 2007) (Bustos Rementería, 2013). Por su parte en Colombia mediante las estadísticas encontradas en un estudio realizado en 2004 al menos 10% de las mujeres incluidas presentaban algún episodio de depresión (Ayse Figen, 2015). Venezuela tiene

un 22% de prevalencia (Dois Culvac, 2012) y Perú 33% diagnosticado en puérperas (Santacruz Fernandez & Serrano Andrade, 2014). En el caso de México aparecen cifras muy parecidas que llegan hasta el 39% pero estas pacientes presentan solo algunos síntomas, sin embargo, las personas que alcanzan ser diagnosticadas con depresión clínica es de apenas el 10% (Almeida Villacís & Toscano Guerra, 2013). En Norte América la prevalencia alcanza el 15% y 1 de cada 10.0000 nacimientos con madres diagnosticadas con DPP en Estados Unidos llega al suicidio de forma anual (Ayse Figen, 2015), además 1 de cada 4 madres presentan recidiva de DPP si no reciben tratamiento adecuado y oportuno (Sumitra Devi, 2016) (Santacruz Fernandez & Serrano Andrade, 2014). Los síntomas más comunes encontrados en este tipo de pacientes son: anhedonia, labilidad, insomnio, fatiga, ideas suicidas y homicidas sobre el bebé, angus-

tia e incumplimiento o dificultad de tareas básicas. La sintomatología suele llegar a incapacitar a la madre y a tener disminución de la confianza que lleva a baja autoestima. Se ha relacionado inclusive la predominancia de síntomas eufóricos en el post parto con el desarrollar DPP (Almeida Villacís & Toscano Guerra, 2013) Se han reportado casos graves que representan una urgencia psiquiátrica con riesgo para las familias, sobre todo aquellas que se relacionan con psicosis (Santacruz Fernandez & Serrano Andrade, 2014).

Algunas mujeres se preocupan excesivamente por la salud del bebé o incluso suelen verse como malas madres (Rojas M., 2014). En estos casos, primero se debe de pensar en causas orgánicas de estos síntomas como hipotiroidismo o anemia, lo cual se debe descartar cuando se encuentra un cuadro depresivo (Rojas M., 2014).

Desorden	Prevalencia	Aparición	Duración	Tratamiento
Baby blues (Tristeza posparto)	30 – 75%	3-4 Días	Horas o Días	No requiere Tratamiento
Depresión posparto	10 – 15%	1 ^{er} año	Meses	Requiere tratamiento (Farmacológico o Terapia Cognitiva)
Psicosis puerperal	0,1-0,2%	2 semanas	Semanas a Meses	Hospitalización obligatoria

Fuente: Adaptado de Maternal Mental Health and Child Health and Development. World Health Organization. 2008. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh%26chd_chapter_1.pdf

Tabla 1. Trastornos del estado de ánimo asociados al postparto

Fuente: (Santacruz Fernandez & Serrano Andrade, 2014)

Objetivo general fue determinar la prevalencia y los factores de riesgo de la depresión postparto mediato por medio del Test de Edinburg en el Hospital Mariana de Jesús en el mes desde el 1 marzo al 15 abril del 2016 y con ello determinar la prevalencia de la depresión postparto en las mujeres que han sido sometidas a partos por vía vaginal o por cesárea, Identificar los factores de riesgo de mayor importancia en pacientes con depresión post parto.

Metodología

El presente es un estudio es de tipo descriptivo correlacional no experimental de diseño transversal prospectivo, se buscará relacionar factores de riesgo por los que se generaría DPP en las mujeres; no se intenta modificar la enfermedad con ningún tipo de intervención, sino más bien determinar la historia natural de la misma. Las observaciones y la toma de datos surgen de forma



sistemática desde el primer día de contacto con las personas incluidas lo cual permite identificar los antecedentes de los participantes en puerperio mediato sea por parto vaginal o por Cesárea en el mes de marzo hasta abril del 2016 en el cual se obtuvo 112 casos en Hospital de Especialidades Mariana de Jesús de la ciudad de Guayaquil desde el mes de marzo al mes de abril del 2016.

La información sociodemográfica se recogió mediante un cuestionario estructurado. Esto incluyó la edad de la mujer en el momento de la entrevista, nivel de instrucción, estado civil, número de parejas que ha tenido, número de hijos, antecedentes patológico y familiares, controles en el embarazo, semana de gestación, embarazo planeado o deseado y si sabían que es la depresión postparto.

También se elaboró test de Edinburg, en el que se valora mediante sus ítems el desarrollo de DPP en cada una de las pacientes posterior a su parto natural o cesáreo.

Los datos extraídos del Test de Edinburg y de un cuestionario estructurado fueron incluidos en una base de datos Microsoft Excel versión 15.13.3 y procesados mediante el programa IBM SPSS Statistics 19.0.0.0, marca registrada de Internacional Business Machines Corp. Los datos continuos se expresan por medio de frecuencia, porcentaje de prevalencia Chi Cuadrado, y p value estadística, se eligió un nivel de significancia de $p < 0.05$ para determinar la asociación estadística.

Resultados

Tabla 2. Tabla de datos de la anamnesis de las mujeres postparto del Hospital de Especialidades de las Marianas de Jesús desde 1 marzo al 15 abril del 2016

Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Edad	10 - 14	2	1,8
	15 - 19	31	27,7
	20 - 24	36	32,1
	25 - 29	20	17,9
	30 - 34	12	10,7
	35 - 39	7	6,3
	40 - 44	4	3,6
Total		112	100,0
Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de Parto	Cesarea	77	68,8
	Parto	35	31,3
Total		112	100,0
Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Semanas de Gestación	Inmaduro	1	,9
	Prematuro	19	17,0
	A término	92	82,1
Total		112	100,0
Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Estado Civil	Soltera	14	12,5
	Casada	18	16,1
	Union libre	80	71,4
Total		112	100,0
Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes Patológicos Familiares	HTA	20	17,9
	Diabetes Mellitus	9	8,0
	Epilepsia	1	,9
	Cancer	1	,9
	Ninguno	81	72,3
Total		112	100,0
Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
¿Ud sabia que existe la DPP?	SI	21	18,8
	NO	91	81,3
Total		112	100,0

Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes Patológicos Personales	Asma	3	2,7
	Alergias	7	6,3
	Abortos	3	2,7
	Discapacidad	3	2,7
	Preeclampsia	4	3,6
	Hipertensión gestacional	2	1,8
	Otros	3	2,7
	Consumidora de Drogas	1	,9
	VIH	2	1,8
	VPH	2	1,8
	Ninguno	82	73,2
Total		112	100,0

Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de Instrucción	Ninguna	6	5,4
	Primaria	26	23,2
	Secundaria	70	62,5
	Superior	10	8,9
Total		112	100,0

Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Ocupación	No trabaja	95	84,8
	Trabaja	5	4,5
	Estudiante	12	10,7
Total		112	100,0

Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Embarazo Planificado	SI	50	44,6
	NO	62	55,4
Total		112	100,0

Variable		Estadísticos Descriptivos	
		Frecuencia	Porcentaje
Embarazo Deseado	SI	86	76,8
	NO	26	23,2
Total		112	100,0

Fuente: Los autores

La edad más frecuente es de 20 – 24 años que corresponde al 32,1% de los casos, seguido del 27,7% que es de 15 – 19 años. Por otro lado, el estado civil más observado fue unión libre correspondiente al 71,4%, con un 62,5% de la población que llegó a estudiar hasta la secundaria y el 84,8% no tiene un empleo.

De los 112 casos estudiados el 68,8% se realizó cesárea y la mayoría obtuvo recién nacidos a término, el 73,3% no tenían ningún antecedente personal aunque se observó 1,8% de VIH y VPH y además, el

72,3% no tiene antecedente familiar seguido del 17,9% de Hipertensión arterial y el 8% de Diabetes Mellitus.

Llama la atención que el 55,4% tiene un embarazo no planificado, y el 23,2% tiene un embarazo no deseado. Por último, se elabora una pregunta a las pacientes si es que ellas sabían si existía la depresión postparto y se obtuvo como resultado que el 81,3% no sabía que existía.

¿Ha pensado en hacerse daño a ud misma?

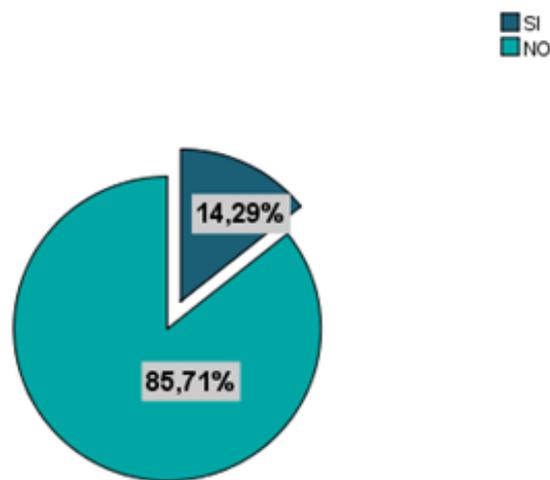


Gráfico 1. Sectores que compara a las mujeres postparto que tienen ideas de autoagresión.

Fuente: Los autores

En el gráfico de pasteles se visualiza que el 14,29% si tenía ideas de autoagresión y el 85,71% no. Estos datos fueron tomados por la pregunta número 10 del Test de Edinburgh.

Tabla 3. Distribución de 112 mujeres postparto del Hospital Marianas de Jesús. 2016, según la depresión postparto de acuerdo a EDPE

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Resultado del Test de Edingburgh	Sin Depresion postparo	68	60,7	60,7	60,7
	Con Depresion Postparto	44	39,3	39,3	100,0
Total		112	100,0	100,0	

Fuente: Los autores

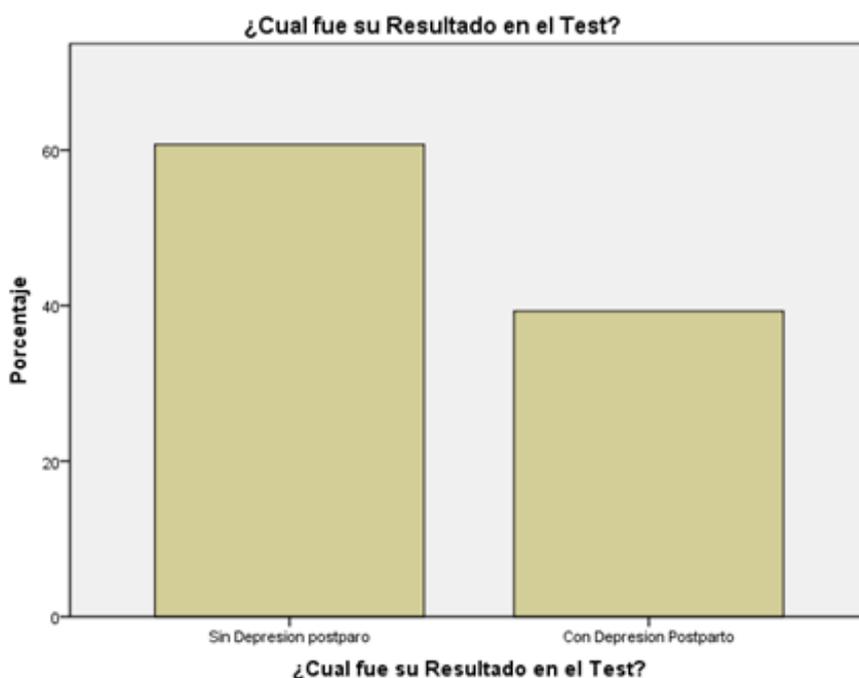


Gráfico 1. Probabilidad de DPP según resultados del test

Fuente: Los autores

De los 112 casos un 39,3% corresponde al grupo de madres con elevada probabilidad de DPP en el cual el Test es <10, mientras que un 60,7% corresponde al grupo de baja probabilidad de DPP (Test >10).

Tabla 4. Variables estadísticamente significativas

Tabla de contingencia					Pruebas de chi-cuadrado				
			¿Ha pensado en hacerse daño a ud misma		Total		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
			SI	NO					
¿Cual fue su Resultado en el Test?	Sin Depresion postparto	Recuento	5	63	68	Corrección por continuidad ^b	6,794	1	,009
		Frecuencia esperada	9,7	58,3	68,0	Razón de verosimilitudes	5,429	1	,020
	Con Depresion Postparto	Recuento	11	33	44	Estadístico exacto de Fisher	6,657	1	,010
		Frecuencia esperada	6,3	37,7	44,0	Asociación lineal por lineal	6,733	1	,009
Total		Recuento	16	96	112	N de casos válidos	112		
		Frecuencia esperada	16,0	96,0	112,0	0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,29. Calculado sólo para una tabla de 2x2			

Tabla de contingencia					Pruebas de chi-cuadrado				
			al nacer?			Total	Valor	gl	
			Inmaduro	Prematuro	A término				
¿Cual fue su Resultado en el Test?	Sin Depresion postparto	Recuento	0	7	61	68	Chi-cuadrado de Pearson	7,290	2
		Frecuencia esperada	,6	11,5	55,9	68,0	Razón de verosimilitudes	7,499	2
	Con Depresion Postparto	Recuento	1	12	31	44	Asociación lineal por lineal	7,207	1
		Frecuencia esperada	,4	7,5	36,1	44,0	N de casos válidos	112	
Total		Recuento	1	19	92	112	frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,39.		
		Frecuencia esperada	1,0	19,0	92,0	112,0			

Fuente: Los autores

En la tabla 3 se puede visualizar que un caso de depresión postparto tuvo 1 recién nacidos de 21 a 27 semanas, que 12 casos de depresión postparto tuvieron bebés prematuros y que 31 casos tuvieron bebés a término. Además, la relación entre la depresión postparto y semanas de gestación del recién nacido al nacer, se obtuvo un valor de p de 0,026 y un Chi cuadrado de 7,290, lo que la convierte una variable estadísticamente significativa. Además, el haber pensado en auto agredirse representa asociación estadísticamente significativa con DPP con un valor de p de 0,009, con un valor de Chi 6,79.

En el estudio se aprecia que las edades de maternidad la comprenden una etapa muy joven la cual se encuentra entre 15 y 24 años lo que es un factor de riesgo de DPP tal como lo mencionan Barnett y cols. que indican que las jóvenes adolescentes con DPP tendrán un riesgo relativo; de 1,44 al relacionarlas con aquellas que no tengan DPP, de tener otro embarazo dentro de los 24 meses posteriores al primer parto y que la relación entre madres e hijos es peor al alimentarlos por lo que concluyeron que los hijos tenían menor talla, menor circunferencia craneana y su morbilidad era mayor entre los 3 y 6 primeros meses (Dina Sami, 2016). En un estudio sudanés la edad pro-



medio fue de 28 años en las que embarazo actual no estaba planeado en el 35% de las mujeres, 6% tenían partos en el hogar, casi un 40% por cesárea y un 8% estaban dentro de matrimonio polígamo (Rojas M., 2014).

Como lo expone Molero en el 2014 el principal factor de riesgo es su estudio considerado para las adolescentes es el bajo nivel educativo (42,9%) y socioeconómico (31,6%), el 72% de las mujeres de este grupo estaban sin empleo y solo el 10% tenía una ocupación antes de ser contratadas, el 6% aún eran estudiantes de colegio y el 2% no tenían educación formal; en contraste con ésta investigación en la que el estado civil más observado fue unión libre correspondiente al 71,4%, con un 62,5% de la población que llegó a estudiar hasta la secundaria y el 84,8% no tiene un empleo (Molero, 2014).

De acuerdo a los resultados que se han podido obtener el principal factor de riesgo para las adolescentes han sido los trastornos afectivos durante el embarazo y el estrés generado por el poco apoyo de las familias.

Molero también describe en una investigación de caso y control que el 72% de las puérperas (n=100) desarrollan riesgo de DPP y el 28% es negativa para el riesgo, en este estudio la mayor cantidad de pacientes que desarrollan DPP son mujeres adultas contrario a lo descrito anteriormente determinado con la Escala de Edimburgo de lo cual llama la atención que 55,4% de las pacientes no planificaron su embarazo y el 23,2% no deseaba su embarazo. Además, se determina que el principal factor de riesgo biológico son los trastornos médicos que aparecen durante el embarazo considerado como el factor de riesgo más importante para las adolescentes (49%) y adultas (48%), seguido por la enfermedad del neonato (24,5% y 30,6%). En el caso de este estudio el 73,3% no tenían ningún antecedente patológico personal además se observó que el 72,3% no tiene antece-

dentos patológicos familiares, seguido del 17,9% de Hipertensión arterial y el 8% de Diabetes Mellitus.

Se observó 1,8% de VIH y VPH, en Ucrania que es un país fuertemente afectado por VIH las encuestas indican que la prevalencia de 12 meses del trastorno depresivo mayor entre las mujeres alcanza el 11,3% en solteras con bajo nivel educativo, otra consecuencia de la DPP para las mujeres que viven con VIH y sus hijos incluye el impacto negativo sobre las intervenciones ligadas a reducir la transmisión de VIH de madre a hijo así como mayores riesgos por partos prematuros y problemas de desarrollo y de conducta (Bailey, 2016).

De los 112 casos analizados en el Hospital las Marianas de Jesús un 39,3% corresponde al grupo de madres con elevada probabilidad de DPP en el cual el Test es <10, mientras que un 60,7% corresponde al grupo de baja probabilidad de DPP (Test >10). En Inglaterra la prevalencia alcanza 14,9%, en Estados Unidos es de hasta 26%, en España 25,8% y en Brasil 12%. Un estudio en el que se incluyeron 11 centros de salud, la DPP tuvo una prevalencia en India de 32%, Taiwán de 61%, Korea de 36%, Guyana de 57% y Ghana de 3,8% con factores de riesgo asociados por lo que se les realiza pruebas hasta un año posterior al parto con una prevalencia del 49%.

Conclusiones

Se alcanza el objetivo general demostrando la existencia de la depresión posparto, el cual está presente según la escala de Edimburgo 44 (39,3%) pacientes de un total de 112 padecen de este trastorno.

Las pacientes incluidas en este estudio son jóvenes (15-24 años), 71,4% tenían unión libre como estado civil y su educación en 62,5% alcanza la secundaria, de los cuales el 84,8% no tiene empleo.

La cesárea predomina en los tipos de parto en 68,8% y el 55,4% no planificó el embarazo.

En los casos definidos como depresión posparto la principal complicación fueron los nacimientos prematuros (12 casos) lo cual tuvo una asociación significativa con la DPP.

Para poder prevenir o tratar a tiempo este tipo de trastornos y evitar lesiones psicológicas o físicas graves de las pacientes se ha realizado la presente investigación para poder tener confianza en un test que pueda ayudar a pesquisar la DPP a tiempo.

Secundario a que surge un gran problema debido a pruebas de detección de este tipo de enfermedades como es el sobre diagnóstico, por ello se recomienda que desde el punto de vista metodológico se realice un estudio a mayor escala para poder determinar la veracidad de los resultados; con un valor agregado que es determinar el estado psicológico de las gestantes en el último trimestre y así mismo hasta 1 año después del nacimiento del bebé si existen factores asociados al desarrollo de DPP.

Uno de los limitantes de este estudio es que no se realiza en una población homogénea totalmente, ya que la cantidad de cesáreas sobrepasa a los partos naturales por lo que la tendencia puede variar.

Además, se pueden incluir otros centros de atención de gestantes para realizar un estudio comparativo de la situación económica, social y psicológica en la que se realiza el parto.

Es claro que ninguna sociedad o servicio de grupos preventivos recomienda el uso del test de Edinburg para el tamizaje general de las pacientes en puerperio, sin embargo, se debería reconsiderar la recomendación para poder obtener beneficios en la atención precoz de esta enfermedad tan común.

Bibliografía

Almeida Villacís, A. B., & Toscano Guerra, D. F. (2013). Prevalencia de depresión posparto en madres hospitalizadas en el servicio de adolescencia del Hospital Gineco Obstétrico Maternidad Isidro

Ayora en el primer trimestre del año 2013. *DISERTACION PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE MEDICO/A CIRUJANO/A, ONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR*, Quito. Recuperado el mayo de 2021, de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5883/T-PUCE-60>

Ayşe Figen, T. (2015). Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(108).

Bailey, H. (2016). Prevalence of depressive symptoms in pregnant and postnatal HIV-positive women in Ukraine: a cross-sectional survey. *Reproductive Health*, 13(27).

Bustos Rementería, S. (2013). Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica - Chile. *PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL*.

Dina Sami, K. (2016). Determinants of postnatal depression in Sudanese women at 3 months postpartum: a cross-sectional study. *BMJ OPEN*.

Dois Culvac, A. (2012). Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev Med Chile*.

Molero, K. L. (2014). Prevalencia De Depresión Postparto En Púerperas Adolescentes Y Adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 74(4).

Organización Mundial de la Salud. (abril de 2016). [www.who.int](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.

Phipps, M. R. (2013). Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers. *Am J Obstet Gynecol*, 208.

Rojas M., I. (2014). Protocolo De Detección De La Depresión Durante El Embarazo Y Posparto Y Apoyo Al Tratamiento. Gobierno de Chile.

Santacruz Fernandez, M., & Serrano Andrade, F. (2014). Depresión Posparto. Prevalencia Y Factores De Riesgo En Madres Atendidas En El Hospital José Carrasco Arteaga. Obtenido de Universidad de Cuenca: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21717>

Sumitra Devi, S. (2016). Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(108).

CITAR ESTE ARTICULO:

Loor Reyes, N. F., Lobo Santiago, D. K., Quiroz Moncerrad, L. X., & Magallanes Vera, Y. A. (2021). Prevalencia y factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión postparto por medio del Test de Edinburgh en el Hospital de Especialidades Mariana de Jesús en el periodo del 1 marzo al 15 abril del 2016. RECIAMUC, 5(2), 300-310. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(2\).abril.2021.300-310](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(2).abril.2021.300-310)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.