



FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Depresión postparto en madres que asisten al Centro de Salud No. 1  
Pumapungo - Cuenca y su relación con las variables sociodemográficas.**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicología Clínica.

**Autora:**

Pamela Esthefanía Vera Torres.

**Director:**

Mg. Sebastián Herrera Puente.

Cuenca, Ecuador

2020

## **DEDICATORIA**

A la memoria de quien más he amado y cuya partida me rompió de forma irreparable,  
mi respetable abuelito, Segundo Torres.

A Sarita, mi madre querida, motivo para seguir aferrándome a la vida.

Pamela Vera Torres.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi madre por enseñarme a avanzar con pie firme a pesar de las injusticias, por ser ejemplo, amor completo y anclarme a la realidad.

A mi hermano Aarón por el cariño, protección, confianza y sobre todo por su gran sentido del humor.

A Dieguito por ser mi compañero en este sinuoso camino de investigación y hastío.

A Gabo que me ayudó a descubrir que hay vida antes de la muerte.

Pamela Vera Torres.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Tabla de contenido	
<b>DEDICATORIA</b> .....	ii
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	3
<b>ÍNDICE DE CONTENIDOS</b> .....	iv
<b>RESUMEN</b> .....	vi
<b>INTRODUCCION</b> .....	1
<b>1. CAPITULO I</b> .....	2
<b>1.1. Puerperio</b> .....	2
<b>1.1.1. Etapas del Puerperio</b> .....	2
<b>1.1.2. Factores psicosociales</b> .....	3
<b>2. CAPITULO II</b> .....	7
<b>2.1. Depresión Mayor</b> .....	7
<b>2.2. Depresión Postparto (DPP)</b> .....	8
<b>2.2.1. Síntomas y tipos</b> .....	10
<b>2.2.2. Clasificación y Diagnóstico</b> .....	12
<b>2.2.3. Factores asociados</b> .....	15
<b>2.2.4. Consecuencias</b> .....	16
<b>3. CAPITULO III</b> .....	17
<b>3.1. Metodología:</b> .....	17
<b>3.1.1. Tipo de estudio</b> .....	17
<b>3.1.2. Población</b> .....	17
<b>3.1.3. Muestra</b> .....	18
<b>3.1.4. Criterios de Inclusión</b> .....	18
<b>3.1.5. Criterios de Exclusión</b> .....	18
<b>3.1.6. Instrumentos</b> .....	18
<b>3.1.7. Objetivos</b> .....	19
<b>3.1.7.1. Objetivo general:</b> .....	19
<b>3.1.7.2. Objetivos específicos:</b> .....	19
<b>3.1.8. Procedimiento</b> .....	19
<b>4. CAPITULO IV</b> .....	21
<b>4.1. Resultados</b> .....	21
<b>5. CAPITULO V</b> .....	25
<b>5.1. Discusión</b> .....	25
<b>5.2. Conclusiones</b> .....	28

<b>5.3. Recomendaciones .....</b>	<b>29</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>30</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>34</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los participantes según los datos sociodemográficos. ....	21
Tabla 2. Frecuencia de Depresión Postparto. ....	22
Tabla 3. Dimensiones de la Escala de DPP de Edimburgo. ....	22
Tabla 4. Relación entre la población con y sin síntomas depresivos y las variables sociodemográficas. ....	23
Tabla 5. Prueba de hipótesis.....	24

## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue relacionar la Depresión postparto en madres que asisten al Centro de Salud No.1 Pumapungo-Cuenca con las variables sociodemográficas; el mismo es un estudio cuantitativo de corte transversal, de tipo descriptivo relacional. Se utilizó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y la ficha sociodemográfica, los resultados indicaron que el 50,9 % de madres en etapa puerperal presentaban DPP, así mismo, se demostró que la dimensión predominante fue la de desesperanza y culpa con el 62,1 %.

De las puérperas que presentaron DPP, las variables significativas fueron la de educación primaria, complicaciones durante la gestación y embarazo no planificado.

**Palabras claves:** Depresión postparto, etapa puerperal, embarazo, gestación.

## ABSTRACT

The objective of the present work was to relate postpartum depression in mothers who attend the Health Center number 1 Pumapungo-Cuenca with socio-demographic variables; it is a quantitative cross-sectional study of a descriptive relational type.

The Edinburgh Postpartum Depression Scale was used and the socio-demographic file, the results indicated that the 50,9 % of mothers in the puerperal stage presented Postpartum depression (DPP), in the same way, it was proved that the predominant dimension was one of hopelessness and guilt with the 62,1 %.

Of the puerperas that presented Postpartum depression (DPP), the significant variables were primary education, complications during gestation and unplanned pregnancy.

**Keywords:** Postpartum depression, postpartum period, pregnancy, gestation.

Translated by.



Pamela Esthefania Vera Torres

## INTRODUCCION

Debido a que la atención médica luego del parto se centra prioritariamente en el recién nacido y no tanto en su madre, nos lleva a la interrogante de que si el sistema de salud está descuidando la salud física y mental de la misma; el objetivo de esta tesis es determinar la frecuencia de Depresión postparto en el Centro de Salud Pumapungo No.1 en la Ciudad de Cuenca, durante el período noviembre- diciembre del año 2019.

Según la Organización Panamericana de las Salud (2018) la Depresión postparto tiene una incidencia de hasta 56% en puérperas provenientes de Latinoamérica y un 15% en todo el mundo; el desarrollo de actividades preventivas, de psicoeducación y de abordaje oportuno podría no solo mejorar la calidad de vida de la madre, sino también el desarrollo funcional y adaptativo de su bebé.

La investigación cuenta con cinco capítulos, en el primer capítulo se hablará acerca de la fase postparto, llamada Puerperio, y de su gran impacto a nivel biológico y psicológico en la puérpera, su hijo y su entorno; en el segundo capítulo se describe la Depresión postparto como tal, los síntomas que la acompañan, los tipos, los factores asociados a su presencia y las consecuencias inminentes en el caso de no ser abordada por los profesionales de la salud.

El capítulo tres está compuesto de la parte metodológica del estudio, donde se detalla el procedimiento que se realizó para obtener los resultados del capítulo cinco, donde se encuentran estructurados los porcentajes y el análisis estadístico de la investigación, los mismos que fueron obtenidos mediante la Escala de Depresión postparto de Edimburgo, una herramienta útil, usada en varios países como instrumento protocolar en los centros de salud.

# 1. CAPITULO I

## 1.1. Puerperio

Según la RAE (2019) la palabra puerperio se deriva del latín “puerperium” que significa parto y además la conceptualiza como el “período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación”, siendo esta fase una de las más delicadas en las mujeres que recientemente han sido madres.

Según la perspectiva biologicista, la etapa puerperal comienza luego del parto y se extiende de seis a doce semanas; luego del alumbramiento se da una transición en el cuerpo materno, ya que es necesario que pase a un estado no gestacional, en este período pregravídico se dan modificaciones involutivas y reparativas, cambios hormonales para reanudar el ciclo ovárico y la menstruación; también, se da un cambio a nivel mamario, donde las glándulas segregan leche materna para el bebé, (Carrilo, 2013; Cabrera, 2018).

### 1.1.1. Etapas del Puerperio

El puerperio se encuentra clasificado según la cantidad de tiempo luego del parto en:

- **Puerperio inmediato:** comprende las 24 horas inmediatas luego del parto, durante este período la mujer puede sentir escalofríos, dolor en las extremidades inferiores y en la zona de la vulva, también suelen expulsar coágulos; siendo estos síntomas parte del proceso luego del parto, (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015).
- **Puerperio mediato o precoz:** Desde el segundo día hasta el décimo día, esta fase es la propiamente dicha ya que la mujer atraviesa por un gran cambio de regresión,

donde su cuerpo sufre varios procesos como: disminución del tamaño del útero, excreción de loquios, producción de leche materna, etc, (Ministerio de Salud, 2018).

- **Puerperio tardío:** A partir del onceavo día hasta el día 45 o con el regreso de la menstruación, (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015).

### **1.1.2. Factores psicosociales**

A nivel psicológico la madre necesita ser evaluada periódicamente en todas las fases del puerperio, ya que los cambios hormonales y físicos podrían ser de gran impacto para su estabilidad emocional y cognitiva; la atención especializada no solo debe comprender la primera o segunda fase del puerperio sino también, las dos últimas fases que son las de mayor riesgo para la adaptación de la madre con el bebé, su pareja y entorno, (Cabrera, 2018).

La presión social sobre la mujer crea mucha desinformación acerca de este período sumamente importante, actualmente aún existen tabúes creados por la religión sobre la sumisión y el dolor como castigo por el pecado, conceptos erróneos sobre la participación activa de la mujer en el hogar y el trabajo, muchas veces minimizando sus tareas frente al varón, al cual se le permite ser indiferente con las mismas; el gran peso de las opiniones externas puede ser una de las causas para desencadenar una DPP, (Gomez Esteban, 1991).

Rosello et.al (1993) afirman que esta transición de la madre en el área psicológica se alarga hasta dos años luego del parto, es importante primero hablar de la relación madre e hijo para poder entender lo que provoca en la madre el puerperio; la relación se modifica luego del parto, ya que el niño pasa de tener una total dependencia materna a una dependencia que va disminuyendo conforme él se desarrolla fuera del vientre; en la imagen se puede observar como el nivel de dependencia decrece solo

con el paso de la fase gestacional a la puerperal, el niño empieza a respirar por sí mismo y todos sus sistemas son quienes de ahora en adelante mantendrán la homeostasis de su pequeño cuerpo, sin embargo, necesitará ser alimentado y cuidado por su madre hasta que alcance la independencia completa.

Según el psicoanálisis luego del período de envoltura o gestacional, donde la madre se encuentra unida físicamente a su bebé, se da el periodo de individuación donde la madre durante el puerperio atravesará una preocupación maternal primaria y se instaure la frecuencia y tiempo de la respuesta materna ante las demandas de su hijo, en esta fase la madre se adapta a cuidar a su bebé fuera de su cuerpo, agudizar sus sentidos, satisfacer sus necesidades y crear un vínculo cercano con su hijo, también le permitirá reestructurar su esquema corporal y recuperar actividades que realizaba antes del embarazo (sexuales, académicas, sociales); la mujer tendrá que acoplarse a varios cambios en su entorno, ya que la atención ahora estará centrada en su bebé y ya no en ella, (Diaz Rossello, Guerra, Strauch, Rodríguez, & Bernardi, 1993).

El estadio del puerperio puede ser fuente de estrés y gran preocupación para la madre, adaptarse al ruido y la falta de tiempo para sí misma, en el caso de las primíparas, aprender a cuidar a su hijo, la lactancia, los cólicos del bebé entre otras situaciones totalmente nuevas para ellas, podrían ser fuente de estrés y frustración; sin embargo, el acceso a información oportuna sobre embarazo, parto y puerperio, tanto para madres como para sus cónyuges, podrían otorgarle las herramientas necesarias para transcurrir este camino con seguridad y sintiéndose apoyadas, (Cabrera, 2018).

Rendón Quintero y Rodríguez Gómez (2016) citan a Winnicot, donde refiere que luego del parto, la madre siente una preocupación tal por su bebé, que ignora todo a su alrededor y se olvida de sus propias necesidades para dedicarse completamente al cuidado de su hijo/a, esta fase con características esquizoides es necesaria porque le permite a ella conectarse con el bebé para establecer un apego seguro, proveerle soporte, transmitirle habilidades regulatorias y permitirle que en el futuro pueda establecer afectos positivos con el entorno, autorregularse y tener tolerancia a la frustración.

La maternidad, según Cabrera (2018) tendría un “lado oscuro”, los conceptos construidos por la sociedad han influenciado directamente en los nuevos padres, esta etapa que debería ser de total felicidad y armonía, desequilibra emocionalmente a la madre ya que puede sentirse inadecuada para su bebé, presionada por la familia extendida, poco apoyada por su pareja, culpable por no sentir el “instinto maternal” y el amor incondicional hacía su bebé, sentirse obligada a tomar un rol que “principalmente” le compete a ella; estas son unas cuantas razones por las que el puerperio se convierte en un momento muy complejo para las mujeres, no solamente por el desequilibrio hormonal y los cambios físicos, si no también, por el gran impacto de la presión social y cultural.

Una realidad de la cual también es importante hablar, es la de las madres solteras que se encuentran formando una familia monoparental junto a su hijo/s, podría deberse a diferentes causas como: divorcio, muerte de la pareja, separación, e incluso haber decidido ser madres solteras por decisión propia; no tener un cónyuge no quiere decir que no existan otras redes de apoyo, ya que el soporte y protección podría recibirlo de

su familia, amigos, instituciones con espacios de protección para la madre y su bebé; los profesionales de la salud juegan un gran papel aquí, es necesario que madres adolescentes y primíparas (solteras) reciban psicoeducación sobre los cambios físicos y emocionales durante el puerperio, a manera de profilaxis para disminuir el gran impacto de esta etapa y promover la adaptación a la misma, (Cabrera, 2018).

La salud mental durante la etapa puerperal podría verse afectada por la depresión postparto; en Edimburgo, una investigación que se realizó durante 12 años, reveló que los siguientes 30 días luego del alumbramiento son de alto riesgo para la madre, no solo factores biológicos tendrían gran impacto en la homeostasis de las púerperas, sino también eventos adversos que causarían alteraciones emocionales; el estudio también afirmó que la Depresión postparto con síntomas psicóticos no estaría ligada a la esquizofrenia y que el lapso de riesgo de padecer el trastorno permanecería hasta 2 años después del parto, (Kendell, Chalmers, & Platz, 1987).

Este trastorno del estado de ánimo ligado al puerperio podría tener su inicio durante el embarazo, por esta razón toma el nombre de periparto en el DSM; ambas etapas son riesgosas debido al cambio hormonal, se produce una desregulación en la producción de hormonas peptídicas como la oxitocina y de hormonas esteroideas como el cortisol, por consecuencia, el eje hipotálamo-hipofisario, las gónadas y las glándulas suprarrenales alteran su funcionamiento, (Brummelte & Galea, 2016).

## **2. CAPITULO II**

### **2.1. Depresión Mayor**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) la depresión es tan común que alrededor de trecientos millones de individuos la padecen en todo el mundo, siendo ésta la causa fundamental de discapacidad mayormente en mujeres que en hombres; la American Psychological Association (2019) afirma que la depresión afecta al 6,7% de los ciudadanos estadounidenses anualmente y que la comunidad femenina tiene mayor riesgo de padecerla, ya que el porcentaje de prevalencia en ellas es de 21% y en los varones de 12%.

El trastorno depresivo mayor afecta a gran parte de la población y por tal razón, se encuentra en segundo lugar en la lista de enfermedades que causan discapacidad, provoca un impacto significativo en la persona, impidiéndole relacionarse adecuadamente y alterando su capacidad de disfrute y proactividad; la misma también está asociada a consumo de alcohol y drogas, enfermedades cerebrales y cardíacas, (American Psychological Association, 2019).

Pérez Padilla et al (2017) refieren que el trastorno depresivo mayor se asocia a la mayoría de suicidios en México y se estima que anualmente se consuman 850.000; dicho trastorno se relaciona con la vulnerabilidad genética y el ambiente, además estudios han comprobado que el Trastorno depresivo junto al estrés crónico (psicológico o físico) disminuyen la funcionalidad del sistema nervioso central, se encontró que en aproximadamente 50% de las personas que padecen dicho trastorno, tenían elevados niveles de cortisol en la sangre; siendo éste factor neuroendocrino uno

de los principales en la etiopatogenia del trastorno depresivo mayor, (Cruzblanca, Lupercio, Collas, & Castro, 2016).

Según un estudio realizado en Medellín, las mujeres tienen mayor riesgo de padecer el Trastorno depresivo mayor, ciertos factores como los cambios hormonales, la predisposición genética, eventos traumáticos, la errónea percepción de salud mental, entre otros, influyen en la aparición de la enfermedad, (Agudelo, Ante Ch, & Torres de G, 2017).

Según Cruzblanca et al (2016) debido a la depresión, disminuye la función del sistema nervioso central, por ejemplo, la corteza prefrontal encargada de varios procesos mentales y las zonas orbitofrontal y medial, que actúan sobre las emociones, se ven alteradas significativamente frente al trastorno.

## **2.2. Depresión Postparto (DPP)**

Según la OPS, ya hablando específicamente del tema de interés en esta investigación. La depresión postparto tiene una prevalencia importante en los países de México y EEUU, siendo el porcentaje de incidencia de hasta 56% en puérperas. Este trastorno es invalidante y afecta tanto a la madre como a su hijo y contexto familiar; está descrito en el DSM-V como “Trastorno depresivo con inicio en el periparto”, con características psicológicas, biológicas y sociales. También cabe recalcar que las consecuencias en el peor de los casos podrían ser filicidio y/o suicidio materno, (Caparros-Gonzalez, Romero-Gonzalez, & Peralta-Ramirez, 2018).

Mendoza y Saldivia (2015) afirman que la incidencia de DPP en todo el mundo varía entre 10 y 20% , y que en América latina ha sido elevada, esto nos lleva

a pensar en la gran necesidad de protocolos de salud en el área materno-infantil; la información acerca de la salud mental materna es escasa y no permite que las mujeres identifiquen sus síntomas, y mucho menos que acudan a recibir ayuda psicológica o psiquiátrica, (Caparros-Gonzalez, Romero-Gonzalez, & Peralta-Ramirez, 2018).

En Ecuador, según el INEC (2017), se registró un total de 288.123 nacidos vivos, de estos nacimientos no se puede dar una cifra aproximada de casos de Depresión postparto.

Este trastorno tiene una tasa entre 10 y 35%, y se presentan de 30 a 200 casos por cada 1000 partos; aunque las cifras sean significativas, la depresión postparto en la mayoría de los casos, no es diagnosticada ni tratada por especialistas de la salud; además, se ha visto que las habitantes de países en vías de desarrollo son más propensas a padecerla que las que residen en países desarrollados, (Fernández, Iturriza, Toro, & Valbuena, 2014).

La depresión postparto tiene una mayor incidencia que otras enfermedades maternas como: preeclamsia, diabetes gestacional o parto prematuro; sin embargo, en los hospitales y centros especializados en el niño y la madre, sus departamentos no se han preocupado por hacer que la atención sea multidisciplinaria e integral, (Fernández, Iturriza, Toro, & Valbuena, 2014).

A pesar de que la DPP es una condición muy frecuente entre mujeres que recientemente han alumbrado, la cantidad de púerperas internadas en casas de salud, debido a otros problemas médicos, que solicitan atención psiquiátrica o psicológica apenas llega a un 0,3 %, (Zuñiga, Guerra, & Castillo-Martínez, 2018).

### **2.2.1. Síntomas y tipos**

Los trastornos del estado de ánimo y específicamente los depresivos, son frecuentes en las mujeres, sin embargo, los tres meses luego del parto, son los más vulnerables; la depresión puede ir acompañada de síntomas ansiosos, déficit en la percepción, memoria y resolución de problemas, disminución de actividad física y desinterés por su nueva responsabilidad como madre; cuando los síntomas se mantienen más de dos semanas y debilitan la relación de la madre con su hijo, cónyuge y demás personas de su entorno, es necesaria la intervención profesional, (Mendoza & Saldivia, 2015).

Clínicamente se han identificado tres tipos de depresión en mujeres puérperas:

#### **Disforia postparto o “baby blues”**

Esta variación del estado de ánimo se presenta transitoriamente y tiene una incidencia de 30-75%; a pesar de ser un trastorno frecuente y de remisión breve, es necesario identificarlo ya que en un 20% de mujeres puede evolucionar a depresión postparto, (Mora, 2016).

Sus principales características son fatiga, tendencia al llanto, ansiedad y, a veces, ánimo depresivo, estos síntomas son leves y no duran más de dos semanas, la madre no llega a necesitar asistencia psicológica; la etiología es desconocida, sin embargo, varios estudios lo adjudican al factor biológico, específicamente el desbalance hormonal, (Jadresic, 2017).

Algunos de los factores que podrían influir para la presencia de la disforia son: síntomas de depresión en la gestación y/o historial de trastorno disfórico

premenstrual; es necesario que los profesionales de la salud aborden este padecimiento con psicoeducación tanto para la mujer y su familia, de esta forma se puede prevenir el desarrollo de DPP, (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015).

### **Depresión postparto sin síntomas psicóticos**

Se desarrolla en un 10 a 15%, aunque la prevalencia es mayor en madres adolescentes con un 26%; este trastorno puede tener su debut entre los seis meses posteriores al parto y un número considerable de madres requiere tratamiento psicológico y farmacológico. Para el diagnóstico los síntomas deben cumplir con los criterios del DSM-V para Depresión mayor, aunque haya similitudes, la depresión postparto afecta clínicamente no solo a la madre, sino también al neonato y al contexto familiar; puesto que la madre siente mayor culpabilidad y preocupación, (Mora, 2016).

La DPP puede presentarse junto a síntomas ansiosos u obsesivos, aunque la madre podría desarrollar fantasías e indiferencia por el bebé, estas no llegarían a rechazo o agresión hacía su hijo, (Jadresic, 2017).

Cabrera (2018) recomienda la terapia psicológica y de ser necesario el tratamiento farmacológico, este trastorno podría tener complicaciones a corto y largo plazo tanto para la madre como para su hijo, se podría ver involucrado negativamente el apego y el desarrollo del bebé.

### **Depresión postparto con síntomas psicóticos**

Se observa en cada 1-2 pacientes por 1000 partos, teniendo una incidencia de 0.1%-0.2%, su sintomatología es la más grave y es considerada como una emergencia psiquiátrica, sin embargo, es infrecuente, (Mora, 2016).

Este tipo de trastorno se presenta en los 2 o 3 días siguientes al alumbramiento y es más frecuente en primíparas y según investigaciones hay 90% de posibilidad de que reaparezca en siguientes partos; sus síntomas son inestables ya que la madre puede desarrollar delirios (confusión), manía (verborrea, agitación), depresión y/o esquizofrenia (alucinaciones e ideas delirantes), (Jadresic, 2017).

El tratamiento para la también llamada psicosis puerperal, necesariamente debe ser farmacológico y en algunos casos se recomienda la Terapia Electroconvulsiva (TEC), cuando el brote psicótico se haya controlado es indispensable empezar con el tratamiento psicoterapéutico, ya que éste le permitirá a la madre establecer de nuevo el apego con su pequeño/a; en la mayoría de los casos el trastorno remite completamente y su pronóstico es favorable, sin embargo, en los casos donde se mantienen los síntomas psicóticos hay gran posibilidad de abuso al menor y hasta infanticidio, (Cabrera, 2018).

### **2.2.2. Clasificación y Diagnóstico**

Internacionalmente para clasificar y diagnosticar trastornos mentales, se usan dos instrumentos:

- El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V); publicado por la American Psychiatric Association (APA).
- La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión (CIE-10); realizado por la red de Centros Colaboradores para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

### **Criterios diagnósticos del Trastorno de depresión mayor según el DSM-V**

- A. cinco (o más) de los siguientes síntomas, presentes durante el mismo período de dos semanas, representando un cambio en el modo previo de funcionar; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer:
1. Estado de ánimo deprimido gran parte del día, casi todos los días.
  2. Disminución del interés o placer por las actividades durante casi todo el día, la mayor parte de los días.
  3. Pérdida o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito.
  4. Alteraciones en los hábitos del sueño, como insomnio o hipersomnias, casi todos los días.
  5. Uno mismo y su entorno observan una mayor agitación o disminución psicomotora, casi todos los días.
  6. La persona se siente fatigada y/o con falta de energía, casi todos los días.
  7. Aparecen sentimientos de culpabilidad y de inutilidad excesivos.
  8. Dificultad para mantener la concentración o para tomar decisiones.
  9. Pensamientos relacionados a la muerte de forma recurrente, que pueden ser ideaciones suicidas sin un plan determinado por llevarlo a cabo, intentos de suicidio o meditaciones previas para llevar a cabo el suicidio
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas.
- C. Los síntomas no pueden estar relacionados al consumo de una sustancia, a un efecto fisiológico o a una enfermedad médica.
- D. El episodio depresivo no concuerda mejor con un diagnóstico del trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, esquizofreniforme, un trastorno delirante u cualquier otro trastorno no especificado de entre los trastornos psicóticos.

E. Nunca se ha dado un episodio maníaco o hipomaníaco.

**Especificador:** Con inicio en el periparto, un 50% de mujeres presentan síntomas depresivos antes del parto o hasta un mes después de haber alumbrado; hay una mayor incidencia en primíparas, (American Psychiatric Association, 2014).

### **Episodios depresivos (F32) según la CIE-10**

El paciente presenta humor depresivo, incapacidad para interesarse o disfrutar de las cosas, disminución de vitalidad, reducción de actividades y sensación de cansancio exagerado; también los siguientes síntomas:

- a) Dificultad para atender y concentrarse
- b) Falta de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- c) Ideas de culpa y de inutilidad
- d) Perspectiva negativa del futuro
- e) Pensamientos y conductas suicidas
- f) Trastornos del sueño
- g) Perdida del apetito

En ciertos casos la depresión podría ocultarse bajo otros síntomas como: ansiedad, irritabilidad, consumo de alcohol, histrionismo, fobias y síntomas hipocondriacos.

Los niveles de gravedad, son lo-s siguientes:

- Episodio depresivo leve: Deben estar presentes al menos dos de los síntomas principales, durante mínimo dos semanas.
- Episodio depresivo moderado: Presentes tres o cuatro de los síntomas y de forma intensa, al menos dos semanas; también tener dificultades en varias áreas de su vida.

- Episodio depresivo grave: puede ser con o sin síntomas psicóticos, la presencia de los criterios es de intensidad grave y no le permite a la persona continuar sus actividades generales, (Organización Mundial de la Salud, 1992).

### **2.2.3. Factores asociados**

Según Mendoza et al. (2015) la Depresión postparto se encuentra la mayor parte de las veces causada por factores psicosociales, los que más se repiten y de gran riesgo son: antecedentes de depresión antes o durante el embarazo, ausencia de red de apoyo y sucesos traumáticos.

Ortiz et al. (2016) en una investigación encontraron que la DPP se presentó mayormente en personas con las siguientes características: raza indígena y negra, bajos recursos económicos, clase social vulnerable, relaciones conyugales inestables y la falta de estudios académicos.

En América Latina los factores de riesgo más frecuentes relacionados con la DPP son múltiples, entre ellos: madres adolescentes, ausencia del cónyuge, falta de apoyo familiar, clase social baja, problemas económicos, difícil acceso a la educación y a la atención médica, embarazo no deseado, enfermedades de la madre o el bebé durante o después del embarazo, pérdidas familiares, consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, parto complicado, entre otras, (Dienstmaier-Vega, 2018).

Según el Ministerio de Salud de Chile (2015) el riesgo de padecer una DPP severa es cuatro veces mayor en mujeres que no cuentan con el apoyo de su pareja, para las mujeres que cuentan con más de un hijo el riesgo también aumenta.

Otro de los factores predisponentes para padecer una DPP, es la carga genética heredada de los parientes cercanos, sin embargo, esta sola no basta para desencadenar

el trastorno, su relación con el medio familiar y social podrían influir en su aparición; también los rasgos característicos de personalidad, la tolerancia frente a la frustración y el nivel de afrontamiento estarían directamente ligados a padecer o no la enfermedad, (García Vega, 2010).

Para la detección oportuna de la DPP podría implementarse un protocolo obligatorio donde todas las madres deban responder un instrumento de tamizaje fiable, como lo es la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE), en Estados Unidos, algunos de sus estados tienen vigente la aplicación obligatoria de dicho test a sus puérperas, (Jadresic, 2017).

Según Barrera y Nichols (2015) la tasa de embarazadas y puérperas que solicitan atención psiquiátrica o psicológica en Estados Unidos, es muy baja y de mayor frecuencia entre las migrantes latinoamericanas; esto puede deberse a la escasa información acerca de la salud mental, prejuicios y tabúes, preocupación por perder la custodia de sus hijos, recelo a compartir su vida personal con un profesional, entre otras; sin embargo, conductas como recibir consejos familiares o religiosos, son aceptados.

#### **2.2.4. Consecuencias**

A menudo, la Depresión postparto no es identificada y por ende tampoco tratada; entre las posibles consecuencias para la madre, este episodio depresivo podría desarrollarse y convertirse en un trastorno depresivo recurrente; y también su hijo posiblemente podría verse afectado con dificultades comportamentales, emocionales, cognitivas e interpersonales, (Carrilo, 2013).

El afecto materno es vital para el niño/a, un experimento realizado en dos grupos de bebés, en el que un grupo fue cuidado y alimentado por niñeras que tenían

varios niños a su cargo y el otro grupo se le permitía compartir con sus madres durante el día y ser alimentados y estimulados por ellas, se demostró la importancia del vínculo entre la madre y su hijo/a; cuando estos niños cumplieron su primer año las diferencias fueron significativas ya que el grupo de las niñeras presentó mínimo interés en el juego, dificultad para atender y bajo desarrollo psicomotor, en cambio los niños que compartieron tiempo con su madres se mostraban curiosos, atentos, interesados y motivados, (Rendón-Quintero & Rodríguez-Gómez, 2016).

En el peor de los escenarios la madre podrá llegar a cometer filicidio, según la RAE (2019) es la muerte dada por uno de sus padres a su hijo; esta conducta homicida puede deberse a síntomas psicóticos agudos, a venganza por parte de la madre por haber sido abandonada por su pareja, y hasta de forma altruista para evitarle mayor sufrimiento a su hijo, este último podría desencadenar suicidio materno, (Olivera González, 2016).

### **3. CAPITULO III**

#### **3.1. Metodología:**

##### **3.1.1. Tipo de estudio**

El presente trabajo de investigación se trata de un estudio cuantitativo de corte transversal, de tipo descriptivo- relacional, y tiene la finalidad de describir la depresión postparto en madres que asistan al Centro de Salud No. 1 Pumapungo- Cuenca.

##### **3.1.2. Población**

Las personas que participarán en esta investigación serán las madres en estado puerperal que asistan al centro durante el período noviembre/ diciembre; y cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de investigación.

### **3.1.3. Muestra**

Al tabular la información obtenida por medio de los instrumentos de investigación, se escogió a 57 mujeres en etapa puerperal y que cumplieran con los criterios de inclusión para la investigación.

### **3.1.4. Criterios de Inclusión**

- Madres mayores de edad.
- Mujeres que estén atravesando la etapa puerperal (entre 3 y 8 semanas luego de alumbrar).
- Madres con hijos nacidos vivos.
- Madres que den su consentimiento firmado de participar en la investigación.

### **3.1.5. Criterios de Exclusión**

- Mujeres en la etapa puerperal que sean menores de edad.
- Madres con antecedentes de trastornos del estado de ánimo
- Mujeres que presenten una enfermedad catastrófica.

### **3.1.6. Instrumentos**

- a) Ficha sociodemográfica: Permitirá obtener información sobre las participantes, las variables serán: edad, número de hijos, tipo de parto, nivel de estudios, lugar de residencia, nivel socio-económico con el que se identifica, edad del último hijo en semanas, planificación del embarazo, complicaciones durante el embarazo, trabajo remunerado, permiso de maternidad, convivencia con el cónyuge y número de abortos.
- b) Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS): Este cuestionario fue desarrollado por Cox y colaboradores en 1987, ha sido validado en Chile para aplicarlo tanto en etapa gestacional como en el periodo puerperal, en este último el punto de corte es de 9/10, es decir si la madre puntúa  $\geq 10$  se debería considerar una posible depresión

posparto; la escala consta de diez preguntas, y cada una tiene cuatro ítems, puntuados de 0 a 3, dependiendo del nivel de severidad de sus síntomas, (Jadresic, 2017).

Una validación en Cartagena mostró que escala tiene una consistencia interna de 0,78, y una estructura tridimensional: ánimo deprimido, anhedonia y desesperanza y culpa; que explicaba el 59,9% de la varianza, (Campo-Arias, Ayola-Castillo, Peinado-Valencia, Amor-Parra, & Cogollo, 2007).

Según un estudio de fiabilidad las mujeres que puntúan sobre el 92.3%, posiblemente estén afectadas por una DPP; sin embargo, la evaluación clínica completa permitirá evaluar y diagnosticar su existencia, (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987).

### **3.1.7. Objetivos**

#### **3.1.7.1. Objetivo general:**

Relacionar la depresión postparto de madres que asisten al Centro de Salud No. 1 Pumapungo- Cuenca con las variables socio-demográficas.

#### **3.1.7.2. Objetivos específicos:**

- Determinar la frecuencia de depresión postparto en puérperas.
- Determinar la dimensión predominante de depresión postparto.
- Relacionar la depresión postparto y sus dimensiones con las variables sociodemográficas.

### **3.1.8. Procedimiento**

Fase 1: Se identificaron los test más indicados para medir índices de depresión postparto y se realizó una ficha sociodemográfica para seleccionar las participantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Fase 2: Posteriormente se pidió autorización en el Centro de Salud, donde se nos asignó un tutor y la facilitación de información sobre las madres que acuden a dicho centro,

Fase 3: Se realizó las aplicaciones en horarios de la mañana por mayor afluencia de pacientes, a cada participante se le entregó tres hojas: el consentimiento informado, donde permitieron voluntariamente usar su información personal para fines académicos; la ficha sociodemográfica, la cual nos permitió identificar las características de las madres, y la escala de Depresión postparto de Edimburgo, que fue elaborada para identificar síntomas depresivos en mujeres en etapa puerperal.

Fase 4: Se efectuó el levantamiento de la base de datos y se ejecutó el análisis descriptivo y correlacional mostrando la frecuencia de DPP y su relación con las variables sociodemográficas.

## 4. CAPITULO IV

### 4.1. Resultados

Esta tesis se realizó en el Centro de Salud No. 1 Pumapungo- Cuenca donde se captó a 57 participantes, mujeres en etapa puerperal que acudieron a recibir atención médica ellas y sus bebés.

Tabla 1. *Distribución de los participantes según los datos sociodemográficos.*

<i>Datos sociodemográficos</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
<b><i>Edad</i></b>		26.75	
<b><i>Número de hijos</i></b>			
	<i>Primípara</i>	26	45.6
	<i>Múltipara</i>	31	54.4
<b><i>Tipo de parto</i></b>			
	<i>Cesárea</i>	21	36.8
	<i>Normal</i>	36	63.2
<b><i>Nivel de estudios</i></b>			
	<i>Primaria</i>	9	15.8
	<i>Secundaria</i>	34	59.6
	<i>Superior</i>	14	24.6
<b><i>Lugar de Residencia</i></b>			
	<i>Urbana</i>	51	89.5
	<i>Rural</i>	6	10.5
<b><i>Edad de su último hijo</i></b>			
	3	10	17.5
	4	12	21.1
	5	7	12.3
	6	3	5.3
	8	25	43.9
<b><i>Planificación del embarazo</i></b>			
	<i>No</i>	29	50.9
	<i>Si</i>	28	49.1
<b><i>Complicaciones</i></b>			
	<i>Si</i>	40	70.2
	<i>No</i>	17	29.8
<b><i>Tipos de complicaciones</i></b>			
<i>Físicas</i>	<i>Si</i>	15	26.3
	<i>No</i>	42	73.7
<i>Emocionales</i>	<i>Si</i>	30	52.6
	<i>No</i>	27	47.4
<i>Económicas</i>	<i>Si</i>	10	17.5
	<i>No</i>	47	82.5
<i>Relacionales</i>	<i>Si</i>	12	21.1
	<i>No</i>	45	78.9
<b><i>Remuneración laboral</i></b>			
	<i>No</i>	42	73.7
	<i>Si</i>	15	26.3
<b><i>Vive con cónyuge</i></b>			
	<i>No</i>	8	14.0
	<i>Si</i>	49	86.0
<b><i>Alguien cuida de su bebé</i></b>			
	<i>No</i>	21	36.8
	<i>Si</i>	36	63.2

Como indica la tabla 1, revela una mayor participación:

De personas adultas, en su mayoría de 27 años. En cuanto al número de partos, destacan las multíparas con 54.4% La mayoría tuvo partos normales con 63.2% En relación con el nivel de estudios, existe un predominio de educación secundaria con 59.6%. La mayoría de las participantes residen en el área urbana con 89.5%. En cuanto a la edad en semanas del último hijo, la que más se repitió fue ocho meses, con 43.9% La mayoría de los embarazos no fue planificado, con un 50.9% Con un 70% las madres revelaron que habían tenido complicaciones durante el embarazo, la más frecuente fue complicaciones emocionales con un 52.6%. Se evidencia que la mayoría de madres no tiene un trabajo remunerado, con 73.7%. Acerca de la convivencia con el padre de su último hijo, con un 86% las madres dijeron que sí. Referente a la variable de tener apoyo en caso de necesitar que alguien cuide a su hijo, con un 63.2% las madres afirmaron si tener ayuda.

*Tabla 2. Frecuencia de Depresión Postparto.*

<i>Depresión</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Si</i>	29	50,9
<i>No</i>	28	49,1

En cuanto a la tabla 2, las participantes revelaron en la escala de Depresión Postparto de Edimburgo elevada sintomatología depresiva con un (50,9).

*Tabla 3. Dimensiones de la Escala de DPP de Edimburgo.*

<i>Dimensión</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Ánimo deprimido</i>	10	34,5
<i>Anhedonia</i>	1	3,4
<i>Desesperanza y culpa</i>	18	62,1

En la tabla 3 se puede observar que de todas las mujeres que presentaron síntomas depresivos, la dimensión más predominante fue la desesperanza y culpa (62,1%).

Tabla 4. *Relación entre la población con y sin síntomas depresivos y las variables sociodemográficas.*

		<i>Si</i>		<i>No</i>	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>Tipo de parto</i>	Cesárea	12	41,40	9	32,10
	Normal	17	58,60	19	67,90
<i>Escolaridad</i>	Primaria	7	24,10	2	7,10
	Secundaria	17	58,60	17	60,70
	Superior	5	17,20	9	32,10
<i>Residencia</i>	Urbana	25	86,20	26	92,90
	Rural	4	13,80	2	7,10
<i>Embarazo planificado</i>	Si	11	37,90	17	60,70
	No	18	62,10	11	39,30
<i>Complicaciones</i>	Si	25	86,20	15	53,60
	No	4	13,80	13	46,40
<i>Trabajo remunerado</i>	Si	7	24,10	8	28,60
	No	22	75,90	20	71,40
<i>Vive con el padre de su hijo</i>	Si	24	82,80	25	89,30
	No	5	17,20	3	10,70
<i>Alguien cuida a su bebé</i>	Si	18	62,10	18	64,30
	No	11	37,90	10	35,70

En cuanto al tipo de parto la mayoría de madres afirmó haber tenido uno normal, 58.60% de madres con síntomas de DPP y 67.90% de madres sin características de DPP. La escolaridad secundaria fue la que más frecuente en ambos grupos de participantes, con 58.60% en madres con síntomas de DPP y 60.70% en madres sin características de DPP. Con

un 92.90% las madres sin características de DPP, afirmaron junto a las con sintomatología de DPP con 86.20%, que vivían en la zona urbana. Un 60.70% que no tenía sintomatología depresiva afirmó haber planificado su embarazo, mientras que un 62,10% con sintomatología depresiva negó haber planificado su embarazo. Ambos grupos reconocieron haber tenido complicaciones durante el embarazo, las madres con sintomatología de DPP en un 86.20% y las sin características depresivas en un 53.60%. Respecto a la remuneración laboral, tanto puérperas con sintomatología en un 75.90% y puérperas sin sintomatología en un 71.40%, reveló no estar trabajando y depender de su pareja o terceros. La mayoría de madres reveló vivir con el padre de su último hijo, con un 82.80% las con sintomatología depresiva y con un 89.30% las sin características depresivas. En cuanto a tener quien cuide a su hijo en caso de necesitarlo, ambos grupos aseguraron tener apoyo con el cuidado del bebé; 62.10% de madres con síntomas de DPP y 64.30% de madres sin características de DPP.

Tabla 5. *Prueba de hipótesis.*

Variables Sociodemográficas	Chi cuadrado	Valor p	Riesgo	Intervalo de confianza
El tipo de parto por cesárea	0.522	0.470	1.49	0,50 - 4,41
Menor grado de escolaridad	3.1	0.08	4.14	0,78 - 21,10
Vivir en una zona urbana	0.669	0.413	0.48	0,08 - 2,86
Embarazo no planificado	2.959	0.085	2.53	0,87 - 7,35
Presentar complicaciones durante el embarazo	7.249	0.007	5.42	1,5 - 19,7
No tener un trabajo remunerado	0.144	0.704	1.26	0,39 - 4,10
No vivir con el padre de su hijo	0.503	0.478	1.74	0,37 - 8,07
No contar con la ayuda de alguien que cuide de su bebé	0.03	0.802	1.1	0,38 - 3,23
Ser primípara	0.427	0.514	0.706	0,25 - 2,01

En base a las variables sociodemográficas, no contar con la ayuda de alguien que cuide su bebé, tiene un chi cuadrado de 0.03 de ser bastante fiable; la variable ser primípara también tiene un chi cuadrado confiable de 0.427 y no tener un trabajo remunerado con un chi cuadrado de 0.144.

## **5. CAPITULO V**

### **5.1. Discusión**

En este capítulo se analizarán los resultados obtenidos a partir de la ficha sociodemográfica y la Escala de Depresión postparto de Edimburgo, también se relacionará esta información con otros estudios acerca de la misma problemática.

La prevalencia de DPP en nuestra investigación fue del 50.9% en una población de 57 mujeres en etapa puerperal, otros estudios demuestran lo siguiente: en Perú, una investigación reveló que la prevalencia de depresión postparto en un total de 125 puérperas fue del 34,4%, (Córdova Alva, 2017); en nuestro contexto, en la ciudad de Cuenca una investigación realizada en 248 participantes, encontró una prevalencia de Depresión postparto de 34.30%, (Santacruz Fernández & Serrano Andrade, 2014); otro estudio llevado a cabo en Quito en 150 mujeres, reveló una prevalencia de 68,7%, (Casillas Peña & Tite Mallitasig, 2017). En Venezuela, según un estudio realizado por Urdaneta et. al (2015) la prevalencia de Depresión postparto fue del 22% en 100 participantes, en la ciudad de Maracaibo; sin embargo, otra investigación en Caracas realizada en 249 puérperas, demostró que la prevalencia fue del 84,2% en las adolescentes y del 81,5% en las adultas, (Fernández Vera, Iturriza Natale, Toro Merlo, & Valbuena, 2014).

#### **Datos sociodemográficos en relación a la Depresión Postparto:**

Dentro de esta investigación se determinó que tener un parto por cesárea podría ser parte de los factores causales para que se presente DPP, un estudio en Lima reveló lo mismo, un 27.8% de sus participantes puérperas deprimidas habían tenido un parto por cesárea en comparación con el 11.1% de las que no tenía el padecimiento, (Atencia Olivas S. M., 2015).

Sin embargo, en otras dos investigaciones se mostraron resultados diferentes; Fernández et. al (2014) afirmó que solo 33,3% de mujeres puérperas con partos por cesárea presentaba

DPP y que un 66.6% de mujeres con partos vía vaginal padecía el trastorno depresivo; en cambio, según Vera Díaz (2013) los resultados de su investigación revelaron que los porcentajes de mujeres con DPP no fue significativa frente a las que no la padecían.

El menor grado de escolaridad que fue el primario, presentó un riesgo de 4.14 de padecer DPP, un 24.10% de las participantes con indicadores del trastorno frente a un 7.10% de puérperas sin indicadores de DPP, ambos grupos con escolaridad primaria; otros estudios demostraron resultados similares donde el grado de instrucción tiene gran influencia en el padecimiento de DPP, es decir, a menor escolaridad, mayor será la probabilidad de presentar DPP, (Vera Díaz, 2013; Casillas Peña & Tite Mallitasig, 2017; Atencia Olivas S. , 2015; Masías Salinas & Arias Gallegos, 2018).

En cuanto al factor de planificación del embarazo, en el presente estudio se observó relación estadísticamente significativa entre no haber planificado la gestación con la presencia de síntomas depresivos en las etapa puerperal, la relevancia fue de 62.10% frente a las pacientes que no tenían síntomas de DPP con un 39.30%; esto fue corroborado en una investigación realizada en Perú donde el 71.5% de la población de puérperas que no planifico el embarazo presentó también características del trastorno; es decir, el no planificar el embarazo estaría ligado a padecer DPP, (Vera Díaz, 2013; Fernández, Iturriza, Toro, & Valbuena, 2014).

Respecto a la presencia de complicaciones durante el embarazo, se halló un 5.42 de riesgo para desarrollar depresión luego del parto y vale mencionar que este fue el riesgo más elevado en el análisis de todos los datos sociodemográficos; en otra investigación el rango fue mayor con 8.08 de riesgo del mismo trastorno; entonces, mientras las gestaciones sean más complicadas, aumenta el riesgo de padecer DPP, (Atencia Olivas S. , 2015).

Debido a la falta de información los demás datos sociodemográficos no se pueden

contrastar; sin embargo, los más relevantes y significativos fueron comparados y analizados con otros estudios.

En cuanto a la dimensión predominante con 62.1%, tenemos la de Desesperanza y culpa hay datos que se expresan de manera similar en las investigaciones de (Cogollo Milanés, y otros, 2015; Nunes & Phipps, 2013; Urdaneta, y otros, 2010); también existe un estudio sucedáneo en nuestro contexto en madres adolescentes con resultados similares, (Ayala Cely & Zambrano López, 2018).

## 5.2. Conclusiones

- De las participantes seleccionadas en el Centro de Salud Pumapungo y de acuerdo a los resultados de la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, la población tiende en un 50.9% a la depresión postparto.
- La media de la población con diagnóstico de Depresión Postparto está entre los 27 años.
- La mayoría de la población con síntomas depresivos tuvo complicaciones durante el embarazo, y el 50.9% de embarazos no fueron planificados; esto estaría asociado a DPP.
- La dimensión más predominante fue la desesperanza y culpa con 62.1%.
- El diagnóstico de DPP no se explica mejor por un lugar de residencia.
- Tener un nivel bajo de escolaridad está vinculado a la presencia de DPP.

### 5.3. Recomendaciones

- Se sugiere realizar más estudios sobre la Depresión postparto en nuestro contexto debido a la exigua información existente, con muestras más amplias y en varias instituciones, tanto públicas como privadas; tomando en cuenta la influencia de factores de riesgo durante la etapa gestacional.
- Realizar estudios sobre DPP para motivar la elaboración de políticas de protección a la mujer puérpera, como la aplicación de la Escala utilizada en el presente estudio, el seguimiento luego del parto y la aplicación de protocolos de diagnóstico e intervención para las mujeres puérperas.
- Se recomienda al Centro de salud No.1 coordinar con el área de psicología para poder tomar medidas ante la depresión que está presente en las puérperas atendidas en dicho nosocomio, convocando muestras con mayor representación estadística con el fin de facilitar una base epistemológica que funcione como sustento para próximas investigaciones y que a partir de este se permita un conocimiento más amplio acerca la esta problemática para empezar a generar estrategias de prevención e intervención efectivas.
- Abrir un espacio en el Centro de Salud, donde se psicoeduque a las recientes madres de acuerdo a la Depresión postparto y su gravedad.

## Bibliografía

- Agudelo, A., Ante Ch, C., & Torres de G, Y. (2017). Factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor, Medellín (Colombia), 2012. *CES Psicología*, 32. doi:<http://dx.doi.org/10.21615/cesp.10.1.2>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (Quinta ed.). Arlington: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (1 de Septiembre de 2019). APA offers new guidance for treating depression. *Monitor on Psychology*, 50(8), 34. Obtenido de <https://www.apa.org/monitor/2019/09/ce-corner-depression>
- Atencia Olivas, S. (2015). *Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrion*. Tesis de Pregrado, UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS , Lima - Perú. Obtenido de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4355/Atencia\\_os.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4355/Atencia_os.pdf?sequence=1)
- Atencia Olivas, S. M. (2015). *Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrion*. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS , Lima - Perú. Obtenido de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4355/Atencia\\_os.pdf?sequence=1&fbclid=IwAR0hS2rIp24xV4Bzr8NhmRhhToTRzPzhvws2xcYfI5bHCZb1rNgNYxxGhSo](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4355/Atencia_os.pdf?sequence=1&fbclid=IwAR0hS2rIp24xV4Bzr8NhmRhhToTRzPzhvws2xcYfI5bHCZb1rNgNYxxGhSo)
- Ayala Cely, M. J., & Zambrano López, M. E. (2018). *FACTORES ASOCIADOS EN LA DEPRESION POSTPARTO EN LAS ADOLESCENTES EN AREA GINECOBISTETICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL*. tesis de pregrado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil - Ecuador. Obtenido de [http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/10120/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-455.pdf?fbclid=IwAR06YukNirb5dQ29pvKlu2q3okao3-jHMYbX1Bma7BYGBRZhe\\_DrpUp\\_S\\_s](http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/10120/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-455.pdf?fbclid=IwAR06YukNirb5dQ29pvKlu2q3okao3-jHMYbX1Bma7BYGBRZhe_DrpUp_S_s)
- Barrera, A., & Nichols, A. (2015). Depression help-seeking attitudes and behaviors among an Internet-based sample of Spanish-speaking perinatal women. *Rev Panam Salud Publica*, 37(3), 148-153. Obtenido de [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892015000300004](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000300004)
- Brummelte, S., & Galea, L. (January de 2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, 157. doi:<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>
- Cabrera, M. J. (Febrero de 2018). *Transitando el Puerperio*. Obtenido de [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_maria\\_jose\\_cabrera\\_version\\_final.pdf?fbclid=IwAR0zY2tEBpVbF\\_ScbPWSx4lypV0WIdHKdOXZNgKtkipJCLkoMZKAystoYqc](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_maria_jose_cabrera_version_final.pdf?fbclid=IwAR0zY2tEBpVbF_ScbPWSx4lypV0WIdHKdOXZNgKtkipJCLkoMZKAystoYqc)
- Campo-Arias, A., Ayola-Castillo, C., Peinado-Valencia, H., Amor-Parra, M., & Cogollo, Z. (14 de Noviembre de 2007). ESCALA DE EDINBURGH PARA DEPRESIÓN POSPARTO: CONSISTENCIA INTERNA Y ESTRUCTURA FACTORIAL EN MUJERES EMBARAZADAS DE CARTAGENA, COLOMBIA. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58(4). Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v58n4/v58n4a03.pdf>

- Caparros-Gonzalez, R., Romero-Gonzalez, B., & Peralta-Ramirez, M. (Junio de 2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial *Rev Pa. Rev Panam Salud Publica*. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>
- Carrilo, M. (2013). *UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO*. Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/oca/bitstream/20.500.11799/14203/1/401913.pdf>
- Casillas Peña, I. H., & Tite Mallitasig, P. L. (2017). *DEPRESION POSTPARTO EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL (UCIN) Y NO HOSPITALIZADOS, EN LOS HOSPITALES UN CANTO A LA VIDA Y MATERNIDAD NUEVA AURORA, UN SEGUIMIENTO DESDE LA ETAPA GESTACIONAL*. Quito.
- Casillas Peña, I., & Tite Mallitasig, P. (2017). *DEPRESION POSTPARTO EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL (UCIN) Y NO HOSPITALIZADOS, EN LOS HOSPITALES UN CANTO A LA VIDA Y MATERNIDAD NUEVA AURORA, UN SEGUIMIENTO DESDE LA ETAPA GESTACIONAL*. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR, Quito - Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13956/TESIS%20DEPRESION%20POSTPARTO%20EN%20MADRES%20DE%20NEONATOS%20HOSPITALIZADOS%20EN%20LA%20UNIDAD%20DE%20CUIDADOS%20INTENSIVO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cogollo Milanés, Z., Romera Brieva, Y., Morales García, M., Vanegas Núñez, J., López Escobar, V., & Guazo Meza, D. (2015). *Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en el postparto en adolescentes de Cartagena*. Colombia.
- Córdova Alva, J. F. (2017). *FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉPERAS ATENDIDAS EN HOSPITAL II-2 SANTA ROSA DURANTE SEPTIEMBRE-DICIEMBRE, 2017*. Piura-Perú.
- Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo. *Revista Británica de Psiquiatría*, 150. Obtenido de [https://nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale\\_sp.pdf](https://nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf)
- Cruzblanca, H., Lupercio, P., Collas, J., & Castro, E. (Enero de 2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Mental*, 39(1), 49. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.067
- Díaz Rossello, J. L., Guerra, V., Strauch, M., Rodríguez, C., & Bernardi, R. (1993). La relación Madre-Hijo en las primeras semanas de vida. *CLAP*(1150), 26. Obtenido de <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/clap1150.pdf>
- Dienstmaier-Vega, J. (octubre-diciembre de 2018). Depresión posparto en el Perú. *Rev. Médica Herediana*, 29(4), 207-210. doi:<https://doi.org/10.20453/rmh.v29i4.3444>
- Fernández Vera, J., Iturriza Natale, A., Toro Merlo, J., & Valbuena, R. (2014). Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 74(4), 229-243. Obtenido de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322014000400003](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003)
- Fernández, J., Iturriza, A., Toro, J., & Valbuena, R. (Diciembre de 2014). Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 74(4). Obtenido de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322014000400003](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003)
- García Vega, M. (2010). *TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN EL PUERPERIO: FACTORES PSICOSOCIALES PREDISONENTES*. doi:978-84-693-9426-7
- Gomez Esteban, R. (1991). Psychosocial factors in pregnancy, delivery and puerperity. *Clínica y Salud/ Investigación empírica en Psicología*, 2(3), 257-269. Obtenido de <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/9f61408e3afb633e50cdf1b20de6f466>

- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2017). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Obtenido de [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos\\_y\\_defunciones/](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/)
- Jadresic, E. (2017). DEPRESIÓN POSPARTO EN EL CONTEXTO DEL HOSPITAL GENERAL. *REVISTA MEDICA CLINICA LAS CONDES*, 874-880.
- Kendell, R., Chalmers, J., & Platz, C. (1987). Epidemiology of Puerperal Psychoses. *The British Journal of Psychiatry*, 150(5), 662-673. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.150.5.662>
- Lipa, F. (2014). *Universidad Nacional del Altiplano*. Obtenido de [http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2794/Lipa\\_Tudela\\_Frida.pdf?sequence=1](http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2794/Lipa_Tudela_Frida.pdf?sequence=1)
- Masías Salinas, M. A., & Arias Gallegos, W. (2018). Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Med Hered*, 29, 226-231. doi: <https://doi.org>
- Mendoza, C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile*, 887-894. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n7/art10.pdf>
- Ministerio de Salud. (2018). *Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo*. Managua: Industria Gráficas.
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (Septiembre de 2015). *Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio*. Obtenido de Página web del MINSAL: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO\\_web.-08.10.2015-R.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf)
- Mora, M. (2016). DEPRESIÓN POSTPARTO Y TRATAMIENTO. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXIII*, 511-514. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163q.pdf>
- Nunes, A., & Phipps, M. (2013). Postpartum depression in adolescent and adult mothers: comparing prenatal risk factors and predictive models. *Matern Child Health*, 17, 1071-1079.
- Olivera González, V. (2016). *FACTORES QUE INCIDEN EN EL FENÓMENO DEL FILICIDIO MATERNO*. Tesis de Grado, Universidad de la República Uruguay, Montevideo. Obtenido de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8647/1/Olivera%2c%20Virginia.pdf>
- OMS. (22 de Marzo de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Madrid: Meditor.
- Ortiz, R., Gallego, C., Buitron, E., Meneses, Y., Muñoz, N., & Gonzales, M. (2016). Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Rev Colombiana de Psiquiatría*, 45(4), 253-261. doi:0034-7450
- Pérez Padilla, E. A., Cervantes Ramírez, V. M., Hijuelos García, N. A., Pineda Cortés, J. C., & Salgado Burgos, H. (6 de Junio de 2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 28(2), 74. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
- Real Academia Española. (2019). *enclave/RAE*. Obtenido de <https://dle.rae.es/puerperio>
- Rendón-Quintero, E., & Rodríguez-Gómez, R. (2016). La importancia del vínculo en la infancia: entre el psicoanálisis y la neurobiología. *Rev Cienc Salud*, 14(2), 261-280. doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud14.02.2016.10](https://doi.org/10.12804/revsalud14.02.2016.10)

- Santacruz Fernández, M. F., & Serrano Andrade, F. (2014). *DEPRESIÓN POSPARTO. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA*. Cuenca.
- Urdaneta M, J., Rivera S, A., García I, J., Guerra V, M., Baabel Z, N., & Contreras B, A. (2015). PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS VALORADAS POR LA ESCALA DE EDIMBURGO. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(5), 312-320.  
doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000500007>
- Urdaneta, M., Rivera, S., García, I., Guerra, V., Baabel, Z., & Contreras, B. (2010). Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*, 75(5), 312-320. Obtenido de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262010000500007&script=sci\\_arttext&tIng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262010000500007&script=sci_arttext&tIng=en)
- Vera Díaz, B. (2013). *Factores de riesgo asociados a depresión postparto en puérperas del Hospital Regional docente de Trujillo*. Universidad nacional de Trujillo, Trujillo - Perú. Obtenido de [http://www.dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/342/VeraDiazJara\\_E.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/342/VeraDiazJara_E.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Zuñiga, M., Guerra, A., & Castillo-Martínez, A. (Mayo-Agosto de 2018). Prevalencia de depresión mayor en pacientes con preeclamsia en una clínica de cuarto nivel en Cali, Colombia. *CES Medicina*, 32(2), 100. doi:10.21615/cesmedicina.32.2.3

## **Anexos**

### **Consentimiento informado para participar en la investigación**

Respetada señora por medio del presente documento solicito su participación en la realización por escrito de pruebas psicológicas, como parte de un ejercicio investigativo para un trabajo de titulación universitaria.

En consideración de lo anterior, agradezco el consentimiento para la participación voluntaria.

Si desea participar por favor firme en el espacio designado.

La fecha de aplicación de la prueba: \_\_\_\_\_.

En constancia firma,

\_\_\_\_\_

**Al momento de firmar, se consiente y se accede a la completa participación de la encuesta, otorgando datos y cediendo la información verídica del individuo.**

## FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Número de hijos: \_\_\_\_\_
3. Tipo de parto: \_\_\_\_\_
4. Nivel de estudios:
  - Primaria
  - Secundaria
  - Superior
5. Lugar de residencia:
  - Urbana
  - Rural
6. Edad del último hijo (en semanas): \_\_\_\_\_
7. ¿Su embarazo fue planificado?
  - Si
  - No
8. Si tuvo complicaciones durante el embarazo, seleccione de qué tipo:
  - Físicas
  - Emocionales (tristeza, preocupación, etc)
  - Económicas
  - Relacionales (con su pareja)
9. ¿Tiene un trabajo remunerado?
  - Si
  - No, depende económicamente de: \_\_\_\_\_
10. Actualmente, ¿vive con el papá de su hijo?
  - Si
  - No
11. ¿Cuenta con alguien que pueda cuidar al bebé en caso de que usted lo requiera? Quién o quienes: \_\_\_\_\_

### Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS)

Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	Tanto como siempre	
	No tanto ahora	
	Mucho menos ahora	
	No, no he podido	
2. He mirado el futuro con placer	Tanto como siempre	
	Algo menos de lo que solía hacer	
	Definitivamente menos	
	No, nada	
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien	Sí, la mayoría de las veces	
	Sí, algunas veces	
	No muy a menudo	
	No, nunca	
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo	No, para nada	
	Casi nada	
	Sí, a veces	
	Sí, a menudo	
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno	Sí, bastante	
	Sí, a veces	
	No, no mucho	
	No, nada	
6. Las cosas me oprimen o agobian	Sí, la mayor parte de las veces	
	Sí, a veces	
	No, casi nunca	
	No, nada	
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir	Sí, la mayoría de las veces	
	Sí, a veces	
	No muy a menudo	
	No, nada	
8. Me he sentido triste y desgraciada	Sí, casi siempre	
	Sí, bastante a menudo	
	No muy a menudo	
	No, nada	
9. He sido tan infeliz que he estado llorando	Sí, casi siempre	
	Sí, bastante a menudo	
	Sólo en ocasiones	
	No, nunca	
10. He pensado en hacerme daño a mí misma	Sí, bastante a menudo	
	A veces	
	Casi nunca	
	No, nunca	