



**Depresión postparto y su relación con la tipología familiar, en el centro de  
salud INNFA del cantón Morona, 2020 - 2021**

Jhulyeth Lizbeth Benítez Pinto

Jéssica Viviana Puente Peñaranda

Departamento De Postgrados Universidad Del Azuay

Especialidad En Medicina Familiar Y Comunitaria

Dra. Luci Matailo Montenegro

Macas, noviembre 2021

## Dedicatoria

Este trabajo de investigación dedico primeramente a mi padre que desde el cielo me acompaña en cada esfuerzo y logro alcanzado, a mi madre quién es un pilar fundamental en mi vida personal y familiar, sin su ayuda no habría alcanzado con éxito este triunfo, a mi esposo por su apoyo, a mi hija Jhuliana por su comprensión y es quién me impulsa a seguir adelante cada día.

Jéssica Puente Peñaranda Md.

Este trabajo lo dedico a mis hijos Elah y Freddy, son mi sol y mi luna. Elah brillas y das luz a tu paso iluminando mis días, Freddy has iluminado las noches más oscuras y contigo aprendí a mirar como brillan las estrellas. Aunque no lo entienden todavía, son mi motivo y mi inspiración.

Freddy mi esposo, me amas, me cuidas, eres el mejor compañero, no me sueltes nunca.

A mis abuelos en el cielo, son las estrellas más brillantes, a mis abuelas en la tierra mujeres valientes.

Jhulyeth Benitez Pinto Md.

## **Agradecimiento**

Mi agradecimiento especial para Dios que me permite seguir de pie, por guiarme, y darme sabiduría a lo largo de este camino, también agradezco a toda mi familia que de manera incondicional me apoyan para alcanzar mis metas propuestas, a mis profesores universitarios que permiten con sus enseñanzas seguir desarrollando mis conocimientos profesionales y alcanzar un nuevo escalón en mi profesión.

Jéssica Puente Peñaranda Md.

Después de este tiempo de esfuerzo agradezco a mi familia especialmente a mi esposo Freddy, tu apoyo ha sido fundamental, este logro es de los dos. A mis hijos por la paciencia y el amor con el que me reciben a pesar del tiempo separados ustedes me han dado la fuerza, a mis padres y mis suegros su apoyo constante, mis tutores y todos quienes han dejado en el camino su huella en mi carrera y en mi corazón.

Jhulyeth Benitez Pinto Md.

## INDICE

Resumen .....	i
Abstract.....	ii
1. Introducción.....	1
2. Revisión de la literatura .....	2
3. Métodos.....	10
3.1 Tipo de estudio.....	10
3.2 Población de estudio.....	10
3.3 Muestra de estudio.....	10
3.4 Criterios de Inclusión y exclusión.....	10
3.5 Variables.....	10
3.6 Método de recolección de datos.....	11
3.7 Instrumentos.....	11
3.8 Tabulación y análisis estadístico.....	11
3.9 Consideraciones éticas.....	11
4. Análisis y resultados.....	12
5. Discusión.....	17
Conclusiones.....	19.
Recomendaciones .....	20
Referencias .....	22
Apéndice.....	28
Anexo 1 Encuesta para evaluar depresión posparto y factores asociados.....	33

Anexo 2 consentimiento informado.....33

## INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

<b>Grafico 1</b> <i>Depresión postparto por edad .....</i>	12
<b>Grafico 2</b> <i>Pacientes con depresión posparto según el grado de instrucción.....</i>	13
<b>Gráfico 3</b> <i>Pacientes con depresión posparto según su estado civil.....</i>	13
<b>Grafico 4</b> <i>Participantes en el estudio según su etnia.....</i>	14
<b>Grafico 5</b> <i>Pacientes con depresión posparto según su etnia.....</i>	14
<b>Gráfico 6</b> <i>Pacientes mestizas que participaron en el estudio.....</i>	15
<b>Grafico 7</b> <i>Pacientes indígenas que participaron en el estudio.....</i>	16
<b>Grafico 8</b> <i>Tipología familiar en las pacientes con depresión posparto.....</i>	16

## RESUMEN

**Introducción:** La OMS 2017, menciona que la depresión postparto afecta una de cada 6 mujeres, relacionándola con factores sociales y familiares. En establecimientos de salud del cantón Morona, algunas mujeres en puerperio se sienten tristes, con estado de ánimo bajo. El presente estudio contribuye a prestar una atención integral y ejecución de medidas preventivas. **Objetivo:** Determinar la depresión postparto y su relación con la tipología familiar, en el centro de salud INNFA, cantón Morona año 2020 – 2021. **Métodos:** Estudio cuantitativo descriptivo. **Resultados:** El 50% de mujeres en periodo de postparto presentan depresión. De este grupo la mayor prevalencia de depresión postparto se presenta en familias nucleares con el 64%, en la edad entre 20 a 34 años con el 76% y en mujeres mestizas 64%. **Conclusiones** Se identificó una prevalencia de depresión postparto superior a lo esperado. No se estableció diferencia estadísticamente significativa de depresión en familias nucleares.

**Términos claves:** Postparto, Depresión Postparto, Tipología Familiar, Test de Edimburgo

## ABSTRACT

**Introduction:** The OMS 2017 considers that postpartum depression affects one in every 6 women, and relates this issue to social and family factors. In the health facilities of the Canton of Morona, some women, during the stage of puerperium feel sad, with a low mood. This study contributes to provide comprehensive care and the implementation of preventive measures. **Objective:** To determine postpartum depression and its relationship with family typology, at the INNFA health center, in the Canton of Morona for the 2020 – 2021 period. **Methods:** Descriptive quantitative study. **Results:** 50% of women in postpartum have depression. From this group, the highest prevalence of postpartum depression occurs in nuclear families in 64%; in the age between 20 and 34 with 76%; and in mestizo women 64%. **Conclusions:** A higher than expected prevalence of postpartum depression was identified. No statistically significant difference was established in depression in nuclear families.

**Key terms:** Postpartum, Postpartum Depression, Family Typology, Edinburgh Test

Translated by



Jhulyeth Benítez



Jéssica Puente



Language Unit

## 1. INTRODUCCIÓN

En el curso de vida de una mujer puede haber varias transiciones como el embarazo, parto y el puerperio, en los cuales su salud mental debe estar estable para cursar estas etapas de vida. El postparto es una mezcla de varias de emociones entre amor, dedicación, felicidad y entrega por el cuidado del nuevo integrante de la familia y todo lo que sucede alrededor del nacimiento. Pero algunas mujeres pueden presentar situaciones emocionales alteradas que afectan la salud física, las relaciones familiares y sociales como la depresión postparto.

La Organización Mundial de la Salud - OMS (2017), menciona que la depresión postparto es muy frecuente, llega a afectar a una de cada seis mujeres que ha dado a luz, se caracteriza por tristeza persistente y pérdida de interés en las actividades cotidianas por lo menos por dos semanas. Si no se realiza un manejo adecuado y oportuno la depresión postparto puede alargarse por mucho tiempo, generando consecuencias graves para el recién nacido y su madre.

Las preguntas de investigación planteadas para este estudio son: ¿Las familias con tipología nuclear tienen mayor riesgo de padecer depresión postparto?, ¿En las familias de tipo monoparental al enfrentar solas el embarazo y puerperio están en mayor riesgo de presentar depresión? y ¿La depresión postparto es más prevalente en las mujeres colonas o mestizas?, las cuales nos orientan a alcanzar los objetivos planteados.

En los establecimientos de salud del cantón Morona, se percibe que muchas mujeres en periodo de postparto han atravesado problemas en su estado de ánimo, se han sentido deprimidas durante su embarazo y/o en el puerperio, que no han sido identificados en las consultas médicas, no han recibido ayuda o abordaje de su salud mental.

Se realiza la investigación en mujeres en periodo de postparto que acuden al centro de salud INNFA del cantón Morona entre el año 2020 y 2021, a través de una encuesta

estructurada. Las variables planteadas son la edad, instrucción, estado civil, etnia, test de Edimburgo y la tipología familiar que permitió establecer la relación entre la tipología de la familia y las mujeres que padecen depresión postparto, así como sus factores sociales.

**Objetivo general:** determinar la depresión postparto y su relación con la tipología familiar, en el centro de salud INNFA, cantón Morona año 2020 – 2021.

**Objetivos específicos:**

- Establecer la prevalencia de mujeres que presentan depresión postparto, que acuden a control del puerperio al centro de salud.
- Relacionar la tipología de las familias de las mujeres que presentan depresión postparto.
- Establecer la diferencia de prevalencia de depresión postparto entre las mujeres colonas e indígenas.

Con el trabajo investigativo se demuestra la relación de la depresión postparto con la tipología familiar, analizando la prevalencia de las mujeres que acuden al control y la diferencia de las mujeres colonas y shuar. Este estudio sirve de base para generar planes de intervención para su manejo integral a nivel individual y familiar, con la participación intersectorial y las redes sociales que tenga la familia, para evitar complicaciones en su salud y la de su recién nacido.

**Limitantes:** en el presente estudio los limitantes fueron las consultas que se han visto disminuidas por el temor al contagio por coronavirus, así como mujeres que no quisieron colaborar con el presente estudio.

## 2. REVISIÓN DE LITERATURA

### 2.1 Postparto

La etapa del postparto también denominada puerperio es el periodo comprendido entre el alumbramiento hasta el momento que el aparato genital femenino vuelve a su estado normal

fisiológico, así como hasta que el estado de salud biológico y psicológico de la madre se normalizan, generalmente dura 6 semanas (Carvajal y Ralph, 2019). Existen tres etapas que son: puerperio inmediato es aquel que se presenta en las 24 horas posterior al parto, desde el segundo día hasta el día 10 del parto se considera puerperio mediato y finalmente se define como puerperio tardío hasta los 45 días, existe una variante que se denomina puerperio alejado más allá de los 45 días hasta un límite impreciso (Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2014).

### **2.3 Postparto y familia**

La familia cumple un rol primordial en el periodo de postparto que influye en la madre y el recién nacido; los hijos, pareja o familia cercana debe crear ambiente de empatía y de escucha activa, mucha de las veces las madres no desean expresar sus sentimientos, es necesario evitar la sobre carga de responsabilidades en la madre como cuidado de la casa o de los demás hijos, con la finalidad de mitigar el cansancio y aislamiento, mantener la comunicación clara y asertiva con la madre. Este periodo que atraviesa la mujer es complejo, es una experiencia de cambios por la demanda del propio recién nacido, además el deseo de cumplir con las funciones maternas, las funciones laborales o del ámbitos social y comunitario; también existen cambios en la economía y ámbito social de la familia, se establecen prioridades a corto y largo plazo (Ramírez, & Rodríguez, 2014). Con la llegada de un nuevo integrante a la familia, ésta debe renegociar los roles y acuerdos establecidos, sin olvidar del rol de pareja que debe mantenerse (Armas, et ál.).

### **2.4 Médico de familia y postparto:**

El seguimiento del médico de familia en el periodo postparto es importante ya que brinda una atención integral, para la mitigar riesgos de la madre e hijo, busca además fomentar el vínculo afectivo, la participación de la figura paterna, de los cuidadores o redes de apoyo familiar. Durante este acompañamiento de salud se debe identificar factores como situaciones de riesgo psicosocial, actitud positiva o negativa por parte de la madre, el entorno familiar, presencia de riesgo de violencia, la existencia o no de acompañamiento a las madres, la edad de las mismas (adolescente), pacientes con depresión previa que se puede identificar con la visita de seguimiento del profesional (Atención del puerperio, 2018).

Durante el periodo de postparto el médico de atención primaria de salud debe enfocarse en actividades que promuevan el contacto físico, emocional entre la madre y el recién nacido, la presencia del padre, durante la atención integral debe incluir ambiente de confianza, una adecuada relación médico - paciente, generar estrategias que promuevan una adaptación oportuna a la nueva etapa de vida de la familia, a la detección de problemas de mentales nuevos o preexistentes;; además el médico debe favorecer las actividades psico profilaxis, verificación de redes sociales familiares o institucionales (Buitrago et al., 2018).

## **2.5 Tipología familiar:**

La Organización de las Naciones Unidas menciona que la familia es un “grupo de personas de un hogar que tienen cierto grado de parentesco sanguíneo, de adopción o de matrimonio, conformado por los padres y los hijos que viven con ellos”. Desde la Teoría General de Sistemas la familia como sistema, según Hall y Fajen la definen como el “conjunto de objetos, que mantienen relaciones entre ellos y sus propiedades, cuyas interrelaciones los cohesionen” (Zurro, et ál., 2014). Desde la sociología se define como una unidad social básica formada de dos o más adultos de una misma casa, que aportan en la parte económica y social, ayudan en el

cuidado de los hijos y con función de protección. Por tanto, no es necesario que la pareja tenga lazos legales, ni religiosos, sino que el mayor nexo será el amor (Armas, et ál.).

La tipología según la estructura se clasifica en: familia extensa (conviven en el mismo hogar más de dos generaciones, se denomina también extendida), familia nuclear (conformada por dos individuos de distinto sexo que ejercen el papel de padres), personas sin familia equivalentes familiares (incluye adultos que viven solos, viudos, divorciados), familia corporativa (grupo de individuos que viven bajo el mismo techo sin constituir un núcleo familiar), familia ampliada (se clasifica a cualquiera de las anteriores que incluya un pariente con lazos de consanguinidad); en la familia nuclear se puede clasificar también por la presencia de familias cercanas, familia binuclear o trinuclear según el número de hijos y por la presencia de los padres en monoparental o biparental (Armas, et ál.).

## **2.6 Depresión**

La depresión es un problema de salud mental que ocasiona discapacidad, a nivel mundial está afectando aproximadamente a treientos millones de personas, en mayor medida a las mujeres que a los hombres entre 25% y 12% respectivamente relacionado a presentar un episodio depresivo. Está determinada por factores sociales, psicológicos y biológicos, como traumatismos psicológicos, económicos. Se ha demostrado que programas de prevención pueden reducir los niveles de depresión y sus consecuencias como el suicidio (OMS, 2020). En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DMS -V) este problema de salud está registrado como Trastorno Depresivo Durante el Periodo Perinatal (American Psychiatric Association).

Como un problema de salud pública se considera a la depresión postparto, para llevar a cabo un abordaje integral e interdisciplinario es necesario la identificación temprana por parte

del profesional de salud, de los familiares o de la propia paciente con la finalidad de prevenir consecuencias lamentables (Malpartida, M, 2020). La prevalencia mundial de la depresión postparto en general es de 10 a 20%, y con porcentaje mayor en mujeres adolescentes en un 26%, existe un alto riesgo de depresión en un nuevo postparto de un 25% (Mendoza, et ál., 2015).

Se ha encontrado que hasta un 56% de las mujeres latinas presentan depresión postparto durante los primer cuatro meses, con un pico máximo en el primer mes, entre los factores encontrados que se relacionan con la depresión postparto están depresión antes del embarazo, conflictos con la pareja o divorcio, ausencia de la pareja durante este periodo, violencia intrafamiliar, embarazo no deseado, deficiente apoyo social, nivel socioeconómico bajo (González, et ál., 2019).

Alvarado y cols. realizó un estudio en 125 mujeres embarazadas con un seguimiento del postparto de 2 meses, para la identificación de su causa, donde analiza las variables: insatisfacción frente a la relación de pareja, también establece la edad y la etapa de adolescencia como asociación con la depresión, el bajo apoyo social y el nivel socioeconómico de igual manera mantiene una relación estrecha.

En un estudio realizado en Perú en el Hospital II salud y Hospital MINSALII-2 de Tarapoto sobre influencias socio-demográficas y la depresión postparto, en el año 2015-2016, se obtuvo resultados sobre la tipología familiar de las 95 puérperas, de las cuales más del 90% el tipo de familia es nuclear, identifica depresión postparto de un 44,4% en salud y 58,9% en MINSAL (Vera, Jh. & Centurión, D., 2016).

En Chile, en el año 2010 se realizó la investigación sobre “Caracterización de Madre Deprimidas en el Postparto”, en pacientes que acuden a los consultorios de atención primaria, obteniéndose como resultados de las 440 puérperas con depresión postparto, según el estado

civil el 32.3% son convivientes, casadas 33,4% y un 27,5% reporto ser soltera; según la característica con quién vive 68,4% con su pareja, con sus padres 21,8% y solo con los hijos 3,6% (Rojas, et ál., 2010).

En la investigación realizada en el Ecuador sobre “Tamizaje para depresión postparto aplicado a la población puérpera del primer nivel atención en salud” en la que se aplica la escala de Edimburgo, a las pacientes que acuden al centro anidado San Vicente de Paúl, cantón Pasaje, se encontró una prevalencia de 27% del total de 182 puérperas, dieron positivo en el test para depresión postparto; entre los factores de riesgo asociados se encontró madre soltera 28% y refirió no tener vínculo con el padre del recién nacido, primigesta 86% (Tite, P. & Casillas, I.,2017).

### **2.6.1 Depresión postparto:**

Los trastornos depresivos son un conjunto de cuadros clínicos en los que se presenta con alteraciones somáticas, alteraciones emocionales, sociales y personales (Armas, 2019).

Durante el periodo perinatal y postparto pueden producirse trastornos mentales como: depresión postparto, tristeza postparto y psicosis postparto que son muy frecuentes (Malpartida, 2020. Según la clasificación del DSM 5, se denomina depresión periparto, considerada en general no autolimitada, este síndrome dura más tiempo que la tristeza postparto y tiene un mayor impacto en la familia (Caparros, et ál., 2018). Con la nueva clasificación la depresión periparto puede considerarse el inicio del embarazo o en las cuatro semanas luego del parto.

En la depresión posparto están presentes sintomatología psicológica y también alteraciones biológicas, como: tristeza, alteración del sueño, angustia, fatiga, cansancio la mayor parte del tiempo, sentimientos de culpa, irritabilidad; cambios hormonales como el cortisol por

alteración del eje hipotalámico adrenal, pérdida de apetito. Estos signos y síntomas pueden estar presentes desde el embarazo. (Caparros, et ál., 2017).

**Factores de riesgo:** Se ha establecido que el desencadenante principal de la depresión postparto es de causa hormonal, debido a la caída de niveles de progesterona y estrógenos en esta etapa, pero la evidencia científica menciona que el origen hormonal no es su causa principal, siendo que los principales desencadenantes de depresión luego del parto es de índole psicosocial; la situación real en que se encuentra la gestante o la mujer en su postparto es la que determina que sufra de depresión; entre los factores psicosociales están: falta de apoyo por parte de la pareja, una madre soltera. También los antecedentes de pérdidas familiares en los últimos 10 años, haber sido víctima de violencia física, emocional o sexual en la infancia, antecedente de depresión, aislamiento social, que la mujer no cuente con redes de apoyo o familia extendida; factores socioeconómicos: no poder pagar servicios básicos o de salud, vivir en un área peligrosa donde no haya espacios de recreación, también la separación prolongada de sus padres, pérdida de uno de sus padres (dificulta cumplir el rol de madre) y un embarazo no deseado (Jacresic, 2014; Maldonado, 2011).

El cuadro clínico de la depresión del periodo perinatal, es similar al que se presenta en los episodios depresivos en general, entre los principales están: el desánimo, pérdida de interés por las actividades diarias, baja autoestima, llanto fácil o labilidad emocional, está presente angustia, desconcentración. Otros síntomas que pueden presentarse son: pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, fatiga, sentimientos de culpa o inferioridad, enlentecimiento en las actividades, alteración del sueño (Jacresic, 2014; Maldonado, 2011).

**Diagnóstico:** es totalmente clínico, se aplica la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (ESDS), se puede aplicar tanto en el postparto como en la etapa del embarazo también, la herramienta consta de 10 preguntas, la que debe ser aplicada sobre cómo se siente

la madre en los últimos 7 días. Existe tres opciones de respuesta con un puntaje de 0-3, con un puntaje de hasta 30 (Lee, 2020).

Al no realizar un manejo oportuno las mujeres que están deprimidas tienen más riesgo de descuidar su embarazo, no asistir a los controles médicos, dejar tratamientos o no seguir recomendaciones. Tienen más predisposición a consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, lo cual puede afectar el resultado obstétrico (Mora, 2016; Maldonado, 2011).

**Tratamiento:** para el manejo de depresión postparto el enfoque debe ser integral, combinando terapia psicológica en algunos casos fármacos y también la intervención es a nivel social y otras que sean necesarias como el nivel laboral. Para instaurar tratamiento (y/o derivar) hay que determinar: cual es principal desencadenante, el riesgo de suicidio, la gravedad y la duración del episodio depresivo, cuáles son los factores que aumentan el cuadro depresivo; los apoyos y recursos con que cuenta la persona para afrontar la situación; el riesgo de suicidio y el riesgo para otros, tanto por agresividad como por negligencia (p.e., cuidado de bebés o de niños pequeños). En el manejo no farmacológico la terapia psicológica interpersonal, también se indica la terapia cognitivo conductual, inicialmente la evaluación del estado mental de la madre y según la gravedad y los riesgos, valorar cada caso individualmente y el apoyo familiar. El uso de fármacos es una decisión compleja que debe valorar los riesgos y beneficios de la madre y del recién nacido (Mora, 2016; Maldonado, 2011; Armas, 2019).

## **2.7 Hipótesis**

Con los antecedentes mencionados en la presente investigación se plantean las siguientes preguntas: ¿Las familias con tipología nuclear tienen mayor riesgo de padecer depresión postparto?, ¿En las familias de tipo monoparental al enfrentar solas el embarazo y puerperio están en mayor riesgo de presentar depresión? y la ¿La depresión postparto es más prevalente en las mujeres colonas o mestizas? según los estudios analizados se plantea que existe más de

50% de depresión postparto en Latinoamérica, en Perú se relacionó la tipología familiar de tipo nuclear más frecuente de las mujeres que padecen depresión; además se ha percibido que muchas mujeres que acuden a consulta médica en los establecimientos de salud del cantón Morona tiene signos de estar deprimidas, pudiendo estar relacionado con su entorno familiar como un determinante.

### 3. MÉTODOS

**3.1 Tipo de estudio:** el estudio es cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

**3.2 Población de estudio:** mujeres en periodo de postparto que acuden a control al centro de salud INNFA del cantón Morona, año 2020 - 2021

**3.3 Muestra de estudio:** el universo son 100 mujeres que es la población esperada de acuerdo a la matriz del censo obstétrico, se trabaja con toda la población.

**3.4 Criterios de inclusión y exclusión:** Los criterios de inclusión fueron mujeres en periodo de puerperio que acudieron a la consulta del centro de salud INNFA del cantón Morona. Criterio de exclusión, a aquellas mujeres que no aceptaron participar en el estudio.

**3.5 Variables:** Acorde con los objetivos planteados, se consideraron como variables, datos generales y demográficos la edad, instrucción, estado civil, etnia, también la evaluación del test de Edimburgo y la tipología familiar. La variable dependiente es la depresión postparto, la tipología y datos demográficos son variables independientes.

**3.6 Métodos de recolección de datos:** se aplicó la encuesta y el test en el momento que la paciente acudió al establecimiento de salud para su atención de control postparto, atención del recién nacido o para la realización del tamizaje neonatal.

**3.7 Instrumentos:** El método de recolección de datos consistió en la aplicación de una encuesta anónima elaborada por las investigadoras que contiene datos personales generales de edad,

instrucción de la paciente, estado civil, etnia, además la identificación de tipología familiar. Para establecer depresión postparto se utilizó el Test de Edimburgo. La puntuación total del test de Edimburgo se obtiene de la suma de los puntos asignados a cada opción de la respuesta seleccionada, considerando un puntaje de 10 con presencia de depresión postparto.

**3.8 Tabulación y análisis estadístico:** se colocó los datos en una matriz en excel diseñada por las autoras, posteriormente se ingresa los datos en el sistema SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Se presentará las variables descriptivas en tablas según frecuencia y porcentajes, para las variables cuantitativas se aplicará la tendencia central y dispersión. Para la asociación de variables dependientes e independientes se obtuvo razón de prevalencia con su intervalo de confianza, valor P mediante chi cuadrado, se considero un valor estadísticamente significativo si  $P < 0,05$ .

**3.9 Consideraciones éticas:** Desde el punto de vista ético las pacientes aceptaron voluntariamente la aplicación de la encuesta y con la debida confidencialidad de los datos, además de las variables que permitieron identificar a la paciente. Los fines del estudio fueron meramente investigativos; se aplicó un consentimiento informado y existió la posibilidad de negarse si no deseaban participar del estudio.

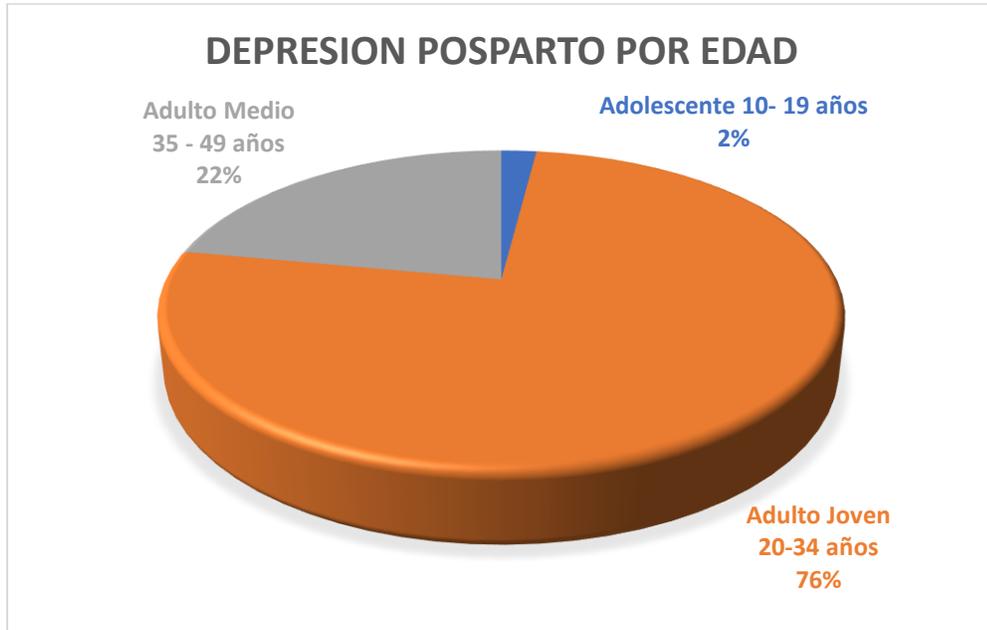
#### **4. ANALISIS DE RESULTADOS**

El estudio se realizó con 100 mujeres en periodo de postparto que respondieron voluntariamente previa firma de consentimiento informado, a la encuesta estructurada, el 50% presento depresión posparto. De las cuales 2% son adolescentes con edades comprendidas entre 10 y 19 años y 76 % adultas jóvenes entre edades comprendidas entre 20 y 34 años y 22%

adulto medio entre 35 y 49 años, sin existir una diferencia estadísticamente significativa (P: 0.107). (Grafico 1)

### Grafico 1

*Depresión postparto por edad.*

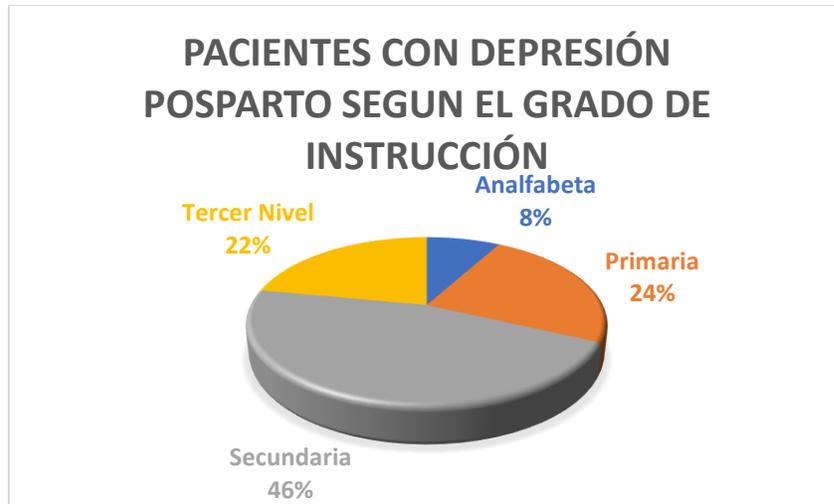


*Fuente: Mujeres con depresión postparto de acuerdo a los grupos de edad.*

En relación a la instrucción podemos observar que en las pacientes con depresión postparto el grupo de analfabetas corresponde al 8 %, con instrucción primaria el 24 %, instrucción secundaria el 46 % valor estadísticamente significativo (P:0.034), e instrucción de tercer nivel el 22 %. (Grafico 2)

### Grafico 2

*Pacientes con depresión postparto según el grado de instrucción.*

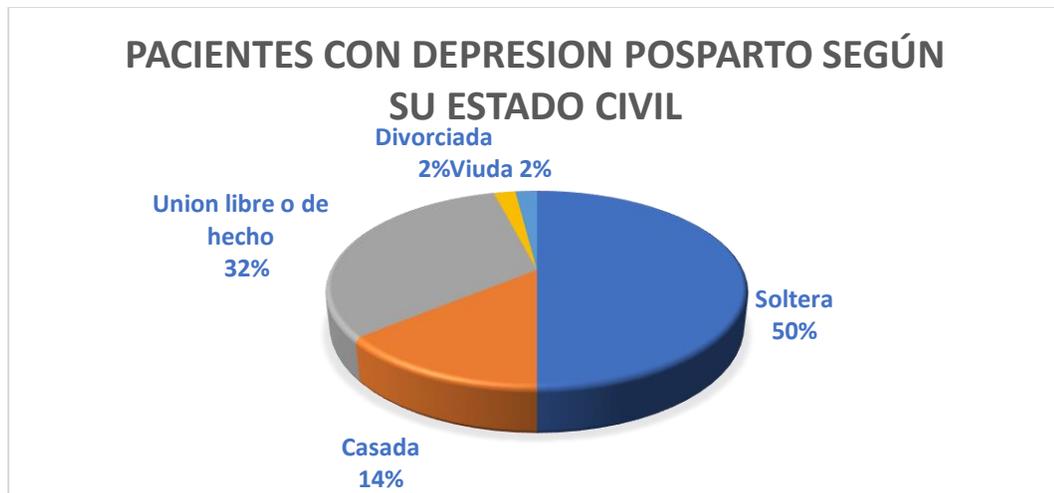


*Nota: Mujeres con depresión posparto según su grado de instrucción.*

Relacionadas con el estado civil la depresión posparto se obtiene en mayor porcentaje en las mujeres solteras con el 50%, las pacientes en unión libre les siguen con un 32%, luego casadas con un 14%, divorciadas y viudas un 2% respectivamente; no existió un valor estadísticamente significativo de diferencia entre en estado civil (P:0.169). (Ver Gráfico 3)

### Grafico 3

*Pacientes con depresión posparto según su estado civil*



*Nota. Mujeres que tienen depresión posparto según su estado civil.*

Las participantes en el estudio corresponden 77% a etnia mestiza, el 22 % a etnia indígena (shuar) y un 1% a etnia blanca. (Grafico 4)

#### **Grafico 4**

*Participantes en el estudio según su etnia.*

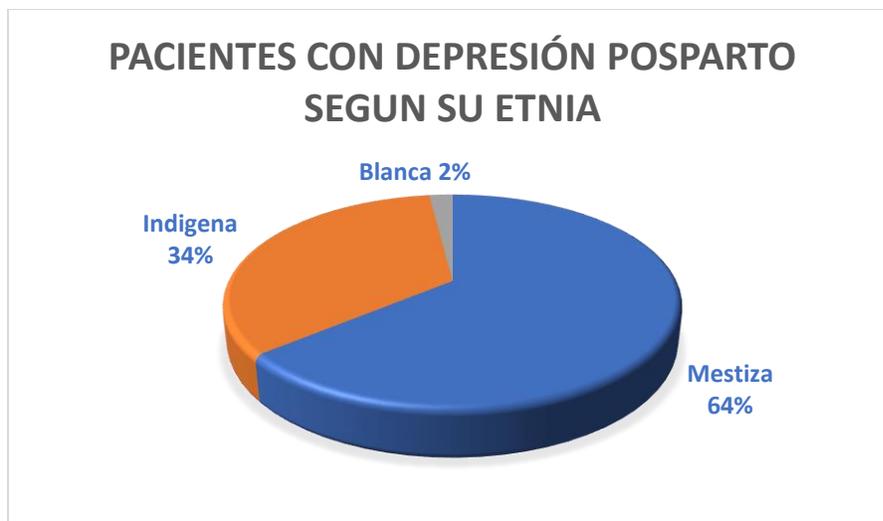


*Nota: Participantes en el estudio según su etnia.*

Las pacientes con depresión posparto según la etnia encontramos el 64% de etnia mestiza, el 34 % de etnia indígena y el 1 % con 1 participante de etnia blanca. La diferencia fue estadísticamente significativa (P:0.008). (Grafico 5)

#### **Grafico 5**

*Pacientes con depresión posparto según su etnia*



*Nota: Mujeres con depresión posparto de acuerdo a su etnia*

En el grupo de pacientes mestizas la diferencia entre pacientes con depresión fue 42% versus sin depresión posparto con un 58% (grafico 6), comparado con el grupo indígena que muestra un valor de 77% de pacientes con depresión versus un 23% de pacientes sin depresión posparto (Grafico 7)

#### **Grafico 6**

Pacientes mestizas que participaron en el estudio



*Nota: Pacientes mestizas con y sin depresión posparto.*

**Grafico 7**

*Pacientes indígenas que participaron en el estudio*



*Nota: Pacientes indígenas con y sin depresión posparto*

Del total de las mujeres evaluadas con depresión posparto según su tipo de familia el 64% corresponde a la familia nuclear, el 20 % de tipo monoparental, el 8% de tipo ampliada y el 8% de tipo extensa, sin existir una diferencia estadísticamente significativa (P:0.4)

**Grafico 8**

*Tipología familiar en las pacientes con depresión posparto*



## 5. DISCUSIÓN

El presente estudio fue realizado en el centro de salud INNFA con una muestra de 100 pacientes en periodo de postparto y mostró una prevalencia de depresión posparto del 50%, datos mucho mayores a estudios previos como el de Mendoza, et al que indica que la prevalencia a nivel mundial de la depresión posparto en general es de 10 a 20%.

Además, en otro estudio en mujeres latinas se encontró una prevalencia de 56% relacionando con conflictos con la pareja o divorcio, ausencia de la pareja durante este periodo, violencia intrafamiliar, embarazo no deseado, deficiente apoyo social, nivel socioeconómico bajo (González, et ál., 2019).

Con respecto a la edad encontramos que el grupo de madres más preponderante con depresión es el de las adultas jóvenes de 20- 34 años de edad, aunque no existe diferencia estadísticamente significativa ( $P:0.107$ ), esto puede compararse con el estudio realizado en Venezuela que indica de igual manera que las mujeres adultas de edades de 20 a 26 años presentan el 41%, seguidas por las adolescentes con el 28,8% es mayor la depresión, sin diferencia significativa entre los grupos de edad ( $P = 0,7463$ ) (Fernández Vera, Iturriza Natale, Toro Merlo, & Valbuena, 2014) y al estudio de Mendoza, et ál., 2015 que arrojo con porcentaje mayor en mujeres adolescente en un 26%, existe un alto riesgo de depresión en un nuevo postparto de un 25% De igual forma tampoco fue estadísticamente significativo.

En cuanto al estado civil encontramos que tienen depresión posparto las mujeres solteras el 25%, el 7% son casadas, el 16% vive en unión libre o de hecho, divorciado el 1 % y el 1% viuda, correlacionando con datos previos en la investigación realizada en el Ecuador sobre “Tamizaje para depresión posparto aplicado a la población puérpera del primer nivel atención en salud” con la escala de Edimburgo, a las pacientes que acuden al centro anidado San Vicente de Paúl, cantón Pasaje, se encontró una prevalencia de 27% del total de 182 puérperas las cuales dieron

positivo en el test para depresión postparto; entre los factores de riesgo asociados se encontró madre soltera 28% y refirió no tener vínculo con el padre del recién nacido, (Tite, P. & Casillas, I.,2017), siendo valores similares.

Sobre la instrucción en nuestro estudio encontramos que de las pacientes deprimidas el 46% tiene instrucción secundaria, primaria 24%, tercer nivel el 22% y analfabeta el 8 %, contrastando con valores encontrados por estudios que indican que, la probabilidad de este problema de salud mental aumenta si tiene menor nivel de estudios (Vera Díaz, 2013; Casillas Peña & Tite Mallitasig, 2017; Atencia Olivas S., 2015; Masías Salinas & Arias Gallegos, 2018).

En cuanto a la etnia encontramos en las pacientes deprimidas que el 64% corresponde a las pacientes mestizas, el 34 % a pacientes indígenas y el 2 % a pacientes blancas. Sin embargo, al analizar cada uno de los grupos vemos que del 100% de muestra de pacientes indígenas el 77% presentan depresión posparto frente a un 23% sin depresión; encontrando una relación estadísticamente significativa  $P:0.08$  en relación a las pacientes Indígenas. Estos resultados contrastan con estudios previos como el de Prieto Bocanegra, B.; Ruiz Cárdenas, C. H. (2013), donde no encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque si indica que el cuidado está influido por el componente cultural por las prácticas y creencias a partir de los factores socioculturales que determinan esta relación y estilos de vida. En el estudio desarrollado por Cabada Ramos, Prieto Bocanegra, B.; Ruiz Cárdenas, C. H. (2013), del total de participantes encontraron un 23% de población con depresión posparto y de este valor, 16% correspondían a población urbana, 26% a población rural y 27% a población indígena, de este último grupo hay que señalar que el 79% tenía alteración del estado de ánimo, es decir aunque no fue estadísticamente significativo es comparable con nuestros resultados por la prevalencia en ese grupo específico.

En cuanto a la tipología familiar, aunque no existe diferencia estadísticamente significativa si vemos que la mayoría de pacientes deprimidas corresponden a tipología nuclear con un 64% compatible con datos obtenidos del artículo de Cabada Ramos, Prieto Bocanegra, B.; Ruiz Cárdenas, C. H. (2013) que indico que las mujeres que forman parte de una familia nuclear presentaron mayor prevalencia 23%. Las pacientes deprimidas en hogares monoparentales correspondieron al 20%, encontramos que en el mismo estudio hay una frecuencia de 23% en hogares monoparentales de familias que viven en comunidades rurales. Datos que, aunque no fueron estadísticamente significativos (P: 0.4) muestran la realidad de nuestra comunidad. Los valores de nuestro estudio pueden también relacionarse con un estudio realizado en Perú en el Hospital II salud y Hospital MINSALII-2 de Tarapoto sobre influencias socio-demográficas y la depresión postparto, en el año 2015-2016, se obtuvo resultados sobre la tipología familiar de las 95 puérperas, de las cuales más del 90% el tipo de familia es nuclear, encontrándose depresión postparto de 44,4% en salud y 58,9% en MINSA (Vera, Jh. & Centurión, D., 2016).

## CONCLUSIONES

- Luego de la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo realizado a las mujeres en el centro de salud INNFA, se encontró una prevalencia de depresión postparto del 50%.
- La mayoría de pacientes con depresión posparto están comprendidas en edades entre 20 y 34 años de edad con un 76%.
- En cuanto a la instrucción el 46% de pacientes con depresión postparto tienen instrucción secundaria con un valor P de 0.038.
- Sobre el estado civil el 50% de pacientes deprimidas indicaron que su estado civil es soltera.

- Por etnia las pacientes auto identificadas como indígenas tenían mayor depresión con un valor P: 0.003 estadísticamente significativo.
- La tipología indica una prevalencia de depresión posparto del 64 % en pacientes que forman parte de una familia nuclear, aunque el valor no fue estadísticamente significativo.

### RECOMENDACIONES

- Es necesario que se continúe con estudios de investigación sobre depresión en mujeres embarazadas y en puerperio, con la intención de aportar conocimiento y establecer cifras estadísticas sobre este problema de salud que va aumentando su prevalencia, a la vez que puedan establecerse políticas de salud pública de prevención de esta enfermedad invisibilizada mejorando la calidad de vida del binomio madre e hijo.
- Es necesario que exista una alianza en los sistemas de salud específicamente del centro de salud donde se pueda apoyar del psicólogo clínico del centro de salud, de trabajo social, para apoyar de una mejor manera a la madre y a la familia en esta nueva etapa con su hijo, a través de planes de intervención integrales.
- Es importante en el club de embarazadas del centro de salud se aborde este tema abiertamente realizar, talleres y dinámicas indicando a las madres como deben actuar para superar este periodo difícil para algunas.
- Es necesario se realice estudios sobre la depresión posparto durante la pandemia de COVID 19, existieron muchos cambios, disminuyó las redes de apoyo especialmente familiares por el aislamiento lo que pudo acrecentar más los problemas psicológicos sumado a ello el miedo de acercarse a los sistemas de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. Suplemento del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. 5ta ed. Actualización del DSM-5, septiembre 2016. Arlington, EU: Asociación Americana de Psiquiatría; 2017 [citado 08 Oct 2019]. [https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish\\_DSM5Update2016.pdf](https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf)
- Armas, N. & Díaz, L., Entre voces y silencios, las familias por dentro. Ecuador
- Armas, R. (2019). Medicina Interna Basada en Evidencia (3era ed.). Medycyna Praktyczna
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression. Systematic review. *Journal of affective disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Borda, M., Hinestrsa, C., Staaden, M., Polo, S., Forero, C., Valencia, M., & Ahcar, N. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla. *Salud Uninorte*, 29(3), 394-404.
- Buitrago-Ramírez, F., Ciurana-Misol, R., Chocrón-Bentata, L., Carmen-Fernández Alonso, M. D., García-Campayo, J., Montón-Franco, C., Tizón-García, J. L., & Grupo de Salud Mental del PAPPS. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Atencion primaria*, 50 (Suppl 1), 83–108. [https://www.researchgate.net/publication/325519550\\_Prevencion\\_de\\_los\\_trastornos\\_de\\_la\\_salud\\_mental\\_en\\_atencion\\_primaria\\_Actualizacion\\_PAPPS\\_2018](https://www.researchgate.net/publication/325519550_Prevencion_de_los_trastornos_de_la_salud_mental_en_atencion_primaria_Actualizacion_PAPPS_2018)
- Cabada, E., Rincón, F., García, K., Munguía, E., Torres, E., Montoya, M. (2015). Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 20(1),18-23. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47345916004>

- Caparros, R., Romero, B. & Peralta, M., Organización Panamericana de la Salud. (2018). Depresión postparto, un problema de salud pública mundial. *Rev. Panam Salud Pública*, 42, 97.  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49117>
- Caparros, R., González, R., Strivens, H., Martínez, O. Romero, B., & Peralta, M. (2017). Hair cortisol levels, psychological stress and psychopathological symptoms as predictors of postpartum depression. *PLoS one*, 12(8). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0182817>
- Carvajal, J. y Ralph, C. (2019). *Manual Obstetricia y Ginecología*. (Novena edición).  
<https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
- Casillas, I. H., & Tite, P L. (2017). Depresión 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. [Tesis de Especialidad, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito – Ecuador].  
<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>
- Catherine Lebel, Anna MacKinnon, Mercedes Bagshawe, Lianne Tomfohr-Madsen, Gerald Giesbrecht, Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic, *Journal of Affective Disorders*, Volume 277, 2020, Pages 5-13, ISSN 0165-0327,  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>  
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720325799>)
- Fernández, J. K., Iturriza, A. T., Toro, J. & Valbuena, R. (2014). Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Revista Obstet Ginecolo Venez*, 74(4), 229-243.  
<http://ve.scielo.org/pdf/og/v74n4/art03.pdf>

- Gobierno de Vasco. Grupo de trabajo. Atención del puerperio. Ministerio de Sanidad. 2018  
[https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud\\_embarazo\\_parto\\_posparto/es\\_def/adjuntos/protocolos/Atencion-puerperio.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_embarazo_parto_posparto/es_def/adjuntos/protocolos/Atencion-puerperio.pdf)
- González, A., Casado, P., Molero, M., Salvador, R. y López, I. (2019). Factores asociados a depresión postparto. *Rev. Arch. Med. Camaguey*, 23(6), 770-779.  
<http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v23n6/1025-0255-amc-23-06-770.pdf>
- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014.  
[https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia\\_practica\\_AEP.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf)
- Jacresic, E. (2014). DEPRESIÓN PERINATAL: DETECCIÓN Y TRATAMIENTO. *Revista Med. Clin. CONDES*. 25(6), 1019 – 1028.  
[https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/23-jadresic.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/23-jadresic.pdf)
- Lee, A., "Implementation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a Midwest Primary Care Clinic" (2020). Doctor of Nursing Practice Projects. 112. <https://spark.siu.edu/dnpprojects/112>
- Maldonado, M., Organización Panamericana de la Salud. (2011). Salud Mental Perinatal.  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51594>
- Malpartida, M. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(2), e355.  
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/355>
- Martín Zurro, A., Cano, J. y Gené, J. (2016). Atención Primaria, Problemas de salud en la consulta de Medicina Familiar. (8va. ed.) Elsevier.

- Masías, M. A., & Arias, W. L. (2018). Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Revista Med. Hered.*, 29, 226-231. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2018000400004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000400004)
- Cabaña, A., Díaz, M., Meléndez, M., Bohorjas, L., Casas, J., Corbino, J. & Castrillo, M. (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo. *Revista Salud UC.*, 21(3), 7 - 12. <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375955679003.pdf>
- Saldivia, S. & Mendoza, C. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Med. Chile*, 143, 887-894. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-757914>
- Mora, M. (2016). Depresión postparto y tratamiento. *Rev. Méd. Costa Rica* LXXIII (620), 511-514. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163q.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). ¿Se pregunta por qué no está contenta tras el nacimiento de su hijo?. <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/postnatal/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
- Ramírez, H. & Rodríguez, I. (2014). Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofamiliar. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 15(4), e1-e6. <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revision-beneficios-pareja.pdf>
- Rodríguez, M., Olivares, M., Izquierdo, N., Soto, C. y Huynh, L. (2016). Prevención de la depresión perinatal. *Clínica y Salud*, 27(3), 97-99. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.10.001>

- Rodríguez-Muñoz, María de la Fe, Olivares, María Eugenia, Izquierdo, Nuria, Soto, Cristina, & Huynh-Nhu, Le. (2016). Prevención de la depresión perinatal. *Clínica y Salud*, 27(3), 97-99. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.10.001>
- Rojas, F., Guajardo, V., Rojas, G., Barroilhet, S. Fritsch, R., y Jadresic, E. (2010). Caracterización de las madres deprimidas en el postparto. *Revista Med. Chile*, 138, 536 – 542. [https://www.researchgate.net/publication/246812080\\_Caracterizacion\\_de\\_madres\\_deprimidas\\_en\\_el\\_posparto](https://www.researchgate.net/publication/246812080_Caracterizacion_de_madres_deprimidas_en_el_posparto)
- Van Der Zee-vanden Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-OudshoornCGM, ReijneveldSA (2019). The Edinburgh Postpartum Depression Scale: Stable structure but subscale of limited value to detect anxiety. *PLoS ONE* 14(9): e0221894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221894>
- Vera, Jh., & Centurión, D. (2016). Influencias de las características sociodemográficas en la depresión posparto en puérperas atendidas en el hospital II ESSALUD Tarapoto y hospital MINSA II - 2 Tarapoto. Setiembre 2015 - enero 2016. [Título de Obstetricia. Universidad Nacional De San Martín-Tarapoto]. <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/1860/ITEM%4011458-996.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vera, B. (2013). Factores de riesgo asociados a depresión posparto en puérperas del Hospital Regional Docente de Trujillo. [Medicina. Universidad Nacional de Trujillo. Perú]. [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)
- Zhuzhingo, C., Peñalosa, Y., Ajila, J. y Aguirre, C. (2018). Tamizaje para depresión posparto aplicado a la población puérpera del primer nivel atención en salud. *Revista Psicología UNEMI*, 2(3), 21-29. <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/740/674>

## APÉDICES

### Anexo 1 Encuesta para evaluar depresión postparto y factores asociados

#### **CUESTIONARIO**

1. Edad \_\_\_\_\_ (En años cumplidos)
2. Instrucción: \_\_\_\_\_
3. Estado civil: \_\_\_\_\_
4. Etnia: \_\_\_\_\_

#### **Escala de depresión de Edimburgo**

La Escala de Depresión de Edimburgo de Postparto tiene la finalidad de aportar a los profesionales de la atención primaria de salud en la identificación de las mujeres que presentan depresión luego de su parto, siendo un problema de salud de mayor consideración que la Melancolía o la Psicosis en este periodo que atraviesan las madres.

Instrucciones de aplicación:

1. Responder las 10 preguntas planteadas a continuación.
2. Escoger la opción que Usted considere según como se sintió en los últimos 7 días de esta encuesta.
3. Evite consultar con otras personas sobre las respuestas
4. Si tiene alguna duda pregunte por favor

PREGUNTA	OPCIONES	MARQUE (x)
	Tanto como siempre	

1. He sido capaz de reír y ver el lado divertido de las cosas	No tanto	
	Mucho menos ahora	
	No, nada	
2. He disfrutado mirar hacia delante, el futuro	Tanto como siempre	
	Menos que antes	
	Mucho menos antes	
	Casi nada	
3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma sin necesidad	Tanto como siempre	
	No tanto ahora	
	Mucho menos ahora	
	Casi nada	
4. He estado nerviosa o preocupada sin tener motivo	Tanto como siempre	
	No tanto ahora	
	Mucho menos ahora	
	Casi nada	
5. He sentido pánico o miedo sin motivo alguno	Tanto como siempre	
	No tanto ahora	
	Mucho menos ahora	
	Casi nada	
6. Las cosas me han estado agobiando o abrumando	Tanto como siempre	
	No tanto ahora	
	Mucho menos ahora	
	Casi nada	

7. Me he sentido tan desdichada que he tenido problemas para dormir	Tanto como siempre	
	No tanto ahora	
	Mucho menos ahora	
	Casi nada	
8. Me he sentido triste y desgraciada	Tanto como siempre	
	No tanto ahora	
	Mucho menos ahora	
	Casi nada	
9. He me sentido desdichada que he estado llorando	Tanto como siempre	
	No tanto ahora	
	Mucho menos ahora	
	Casi nada	
10. He pensado en hacerme daño a mí misma	Tanto como siempre	
	No tanto ahora	
	Mucho menos ahora	
	Casi nada	

Encuesta para determinar la tipología familiar

La siguiente encuesta nos ayudara a determinar la tipología familiar por la estructura en la que vive la paciente, mediante la entrevista con el médico quien debe marcar con una x la respuesta más adecuada.

PREGUNTA	OPCIONES	MARQUE (x)
----------	----------	---------------

<b>Con que personas vive en su casa</b>	Pareja	
	Hijo / hijos	
	Padre / madre	
	Suegro/suegra	
	Hermanos/ hermanas	
	Tío /tía	
	Abuela /abuelo	
	Primos	
	Más familiares	
	Amigos	
	Otros	

En caso de colocar otros mencione quienes a indique su relación con ellos:

---



---



---

## Anexo 2 Consentimiento informado y carta de presentación

Macas, \_\_ de \_\_\_\_\_ del año 2021

### **Consentimiento informado y carta de presentación para participantes de Investigación**

La intención de la presente carta de presentación, es proporcionar a los participantes de esta investigación de la naturaleza de la misma, además de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es realizada como Tesis de Grado de Jhulyeth Lizbeth Benítez Pinto, y Jessica Viviana Puente Peñaranda estudiantes del posgrado de Medicina Familiar y comunitaria de la Universidad del Azuay. Investigación que se titula “DEPRESION POSTPARTO Y LA RELACION CON LA TIPOLOGIA FAMILIAR, EN EL CENTRO DE SALD INNFA DEL CANTON MORONA, AÑO 2020 - 2021”

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y la información recolectada será confidencial siendo utilizada únicamente para los propósitos de esta investigación.

Al ser parte de esta investigación usted debe responder al siguiente cuestionario lo cual le tomara aproximadamente 10 minutos.

En caso de haber dudas sobre este proyecto, usted puede realizar preguntas pertinentes en cualquier momento. Además, el participante puede retirarse del proyecto en cualquier instante sin que esto lo perjudique de alguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.