



Universidad
Nacional
de Loja

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Depresión postparto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en
el centro de salud universitario de Motupe en la ciudad de Loja

Trabajo de Titulación previo a la
obtención del título de Médica
General

Autor:

María Belén González Salinas

Director:

Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp.

LOJA – ECUADOR

2022

Loja, 11 de Octubre del 2022

Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICA:

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del Trabajo de Titulación denominado: **Depresión posparto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el centro de salud universitario de Motupe en la ciudad de Loja**, previo a la obtención del título de **Médica General**, de autoría de la estudiante **María Belén González Salinas**, con **cedula de identidad** Nro. **1104137862** una vez que el trabajo cumple a satisfacción los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, autorizo la presentación del mismo para su respectiva sustentación y defensa.



Firmado electrónicamente por:

ALVARO MANUEL

QUINCHE SUQUILANDA

Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Autoría

Yo, **María Belén González Salinas**, declaro ser autora del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma. Adicionalmente, acepto y autorizo la publicación de mi trabajo de titulación en el repositorio digital institucional – Biblioteca Virtual de la Universidad Nacional de Loja.

Firma:

Cédula de identidad: 1104137862

Fecha: 24 de noviembre de 2022.

Correo electrónico: mbgonzalezs@unl.edu.ec

Teléfono: 0999741162

Carta de autorización por parte de la autora, para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Titulación.

Yo, **María Belén González Salinas**, declaro ser autor/a del Trabajo de Titulación denominado: **Depresión posparto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el centro de salud universitario de Motupe en la ciudad de Loja**, como requisito para optar por el título de **Médica General**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinticuatro días del mes de noviembre de dos mil veintidós.

Firma:

Autora: María Belén González Salinas

Cédula de identidad: 1104137862

Dirección: Gualiel entre Av. Chuquiribamba y Av. 8 de Diciembre

Correo electrónico: mbgonzalezs@unl.edu.ec

Teléfono: 0999741162

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director del Trabajo de Titulación: Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp.

Tribunal de grado:

Presidenta: Dra. Karina Yesenia Calva Jirón

Vocal 1: Méd. Sandra Katherine Mejía Michay

Vocal 2: Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova

Dedicatoria

El presente trabajo de titulación va dedicado a mis padres por ser el pilar fundamental en mi vida y ejemplo de perseverancia, quienes apuntalaron mis aspiraciones para alcanzar con éxito este trabajo investigativo. A mis maestros y amigos por demostrarme la vocación y vivir conmigo los instantes más humanos de la Medicina. A todos quienes de una u otra manera supieron enrumbarme por los mejores caminos con sus opiniones, criterios y sugerencias, convirtiéndose en asesores permanentes en mi constante bregar como estudiante. A las familias y madres por moldearnos como individuos y ser los pilares base de nuestra sociedad.

María Belén González Salinas

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Medicina por el privilegio de formarme en este prestigioso establecimiento, no solo a nivel profesional sino a nivel ético y moral.

A mi docente de titulación, la Méd. Sandra Mejía Michay por brindarme guía en cada paso del proceso de mi estudio

Mi especial agradecimiento a mi director del trabajo de titulación, Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp., cuyas orientaciones, facilitaron a que el presente trabajo pueda realizarse con éxito.

De igual manera, mis agradecimientos a las autoridades y personal que forman parte del Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja, y a la Coordinación Zonal de Salud por permitirme la realización de todo el proceso investigativo.

María Belén González Salinas

Índice de Contenidos

Portada.....	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenido.....	vii
Índice de tablas.....	x
Índice de anexos.....	xi
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
2.1 Abstract.....	3
3. Introducción.....	4
4. Marco teórico.....	6
4.1. Puerperio.....	6
4.1.1. Fisiología del puerperio.....	6
4.1.1.1. Cambios genitales.....	6
4.1.1.2. Cambios extragenitales.....	9
4.1.2. Etapas del Puerperio.....	10
4.2. Depresión postparto (DPP).....	11
4.2.1. Definiciones.....	11
4.2.2. Etiología.....	11
4.2.3. Factores de riesgo.....	12
4.2.4. Factores protectores.....	12
4.2.5. Diagnóstico.....	12
4.2.6. Prevención.....	14
4.2.7. Tratamiento.....	14
4.2.7.1. Manejo no farmacológico en el embarazo.....	15
4.2.7.2. Manejo farmacológico en el embarazo. del embarazo.....	16
4.2.7.3. Manejo farmacológico en el postparto	16
4.2.7.4. Manejo farmacológico durante la lactancia	16
4.2.7.5. Manejo con terapia electroconvulsiva (TEC)	16

4.2.8. Métodos para evaluar el riesgo de desarrollar depresión postparto.....	16
4.2.8.1. <i>Cuestionario Sobre Depresión Posnatal Edimburgo (EPDS)</i>	17
4.3. Funcionalidad familiar	17
4.3.1. Definición de familia.	18
4.3.2. Salud familiar	18
4.3.2.1. <i>Familia normofuncional</i>	19
4.3.2.2. <i>Familia disfuncional</i>	19
4.3.2.3. <i>Homeostasis familiar</i>	19
4.3.3. Desarrollo familiar	19
4.3.3.1. <i>Adaptación a la crianza y relación entre progenitores y bebe</i>	20
4.3.4. Métodos para evaluar la funcionalidad familiar	22
4.3.4.1. <i>Escala de funcionalidad familiar (FF-SIL)</i>	22
5. Metodología.....	24
5.1. Enfoque	24
5.2. Tipo de estudio	24
5.3. Área de estudio	24
5.4. Periodo	24
5.5. Universo	24
5.6. Muestra	24
5.7. Criterios de inclusión.....	24
5.8. Criterios de exclusión	24
5.9. Instrumentos.....	24
5.9.1 Consentimiento informado.....	24
5.9.2 Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh. EPDS.	25
5.9.2.1 <i>Instrucciones de uso</i>	25
5.9.2.2 <i>Pautas de evaluación</i>	25
5.9.2.3 <i>Puntuación</i>	27
5.9.2.4 <i>Confiabilidad de instrumento</i>	27
5.9.2.5 <i>Permiso</i>	27
5.9.3 Escala de funcionalidad familiar (FF-SIL)	27
5.9.3.1 <i>Pautas de evaluación</i>	28
5.9.3.2 <i>Puntuación</i>	31
5.9.3.3 <i>Confiabilidad del instrumento</i>	32

5.10. Procedimiento.....	32
5.11. Equipo y Materiales.....	32
5.12. Análisis estadístico	32
6. Resultados.....	33
6.1. Resultado para el objetivo 1.....	33
6.2. Resultado para el objetivo 2.....	34
6.3. Resultado para el objetivo 3.....	35
7. Discusión	37
8. Conclusiones	39
9. Recomendaciones	40
10. Bibliografía.....	41
11. Anexos	44

Índice de Tablas:

Tabla 1. Riesgo de desarrollar depresión postparto, según su grupo etario, en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja.....	36
Tabla 2. Funcionalidad familiar de acuerdo a grupo etario en la etapa posnatal de mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe.....	37
Tabla 3. Relación entre el riesgo desarrollar depresión postparto y la funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe.....	38
Tabla 4. Chi cuadrado. Relación entre el riesgo desarrollar depresión postparto y la funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe.....	38

Índice de anexos

Anexo 1. Aprobación del tema e Informe de pertinencia.....	43
Anexo 2. Designación del director.....	44
Anexo 3. Aprobación de la recolección de datos.....	45
Anexo 4. Certificación del tribunal de grado.....	47
Anexo 5. Certificación de Inglés.....	48
Anexo 6. Consentimiento informado.....	49
Anexo 7. Cuestionario de Depresión Posnatal de Edimburgo.....	52
Anexo 8. Escala de funcionalidad familiar.....	54
Anexo 9. Base de Datos.....	55
Anexo 10. Proyecto de investigación.....	58

1. Título

Depresión postparto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud
Universitario de Motupe en la ciudad de Loja

2. Resumen

La depresión postparto es el trastorno mental afectivo severo de mayor prevalencia asociado al nacimiento, provocando resultados adversos en la madre, el bebé, su pareja y familia; la alteración del ambiente familiar reduce las probabilidades de recibir apoyo en situaciones de estrés y aumenta síntomas de tensión emocional. La presente investigación permitió conocer el riesgo a desarrollar depresión postparto, determinar la funcionalidad familiar y la relación entre ambas variables en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja. El estudio aplicó un enfoque cuantitativo, prospectivo y de corte transversal, con una muestra de 99 mujeres entre los 15 a 40 años de edad. El 7,1% (n=7) fueron \leq 18 años, el 58,6% (n=58) entre los 19 a 29 años, y el 34,3% (n=34) de 30 a 40 años de edad, en quienes se aplicaron los cuestionarios de Depresión Posnatal de Edimburgo y la Escala de Funcionalidad Familiar; el 20,2% (n=20) presentaron riesgo a desarrollar depresión postparto, el 30,3% (n=30) de las mujeres pertenecieron a hogares con algún grado de disfuncionalidad, además se exhibió una relación proporcional entre el riesgo a desarrollar depresión postparto y la disfuncionalidad familiar, con $p = <0,0001$, donde el 15,2% (n=15) de mujeres con riesgo pertenecían a hogares con disfuncionalidad. Datos similares al estudio “Apoyo social percibido y niveles de depresión de las mujeres en el período postparto en Hatay, Turquía”, donde se halló conexión entre el riesgo a depresión y el apoyo familiar $P <0,001$

Palabras clave: depresión, postparto, ambiente familiar

2.1 Abstract

Postpartum depression is a severe affective mental disorder of higher prevalence associated to birth, provoking adverse results in mothers, the baby, their partners and relatives. Disturbed family ambiances reduce the chances of receiving support in stressful situations and increase symptoms of emotional tension. The present research made it possible to know the risk of postpartum depression, determine the family functionality and the relationship between both variables during the posnatal stage among women treated at “Centro de Salud Universitario de Motupe” from the city of Loja. A quantitative, prospective and -of transversal cut- focus was applied, with a sample of 99 healthy women whose ages ranged 15 to 40. 7,1% (n=7) were ≤ 18 years old, the 58,6% (n=58) between 19 and 29 years old, and 34,3% (n=34) between 30 and 40 years old, to whom the Edinburgh Posnatal questionnaires along with the Familiar Functionality Scale were applied; 20,2% (n=20) presented risk of developing postpartum depression, 30,3% (n=30) of the women belonged to households with a certain degree of dysfunctionality, besides a reciprocal proportional relationship between the risk of developing postpartum depression and family dysfunctionality was exhibited, with a rate of $p = <0,0001$, where 15,2% (n=15) of women at risk belonged to households with dysfunctionality. Data similar to the study “Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in Hatay, Turkey” where a connection was found between the risk of depression and family support $P <0.001$

Key words: depression, postpartum, family ambience

3. Introducción

Los trastornos depresivos afectan a la población femenina en mayor proporción (5,1%) que en los hombres (3,6%). Es la causa más importante dentro de la carga de morbilidad en la población femenina, que se halla en edad reproductiva de 15 a 44 años y en mujeres adultas entre los 20 a 59 años, tanto en los países de ingresos altos, como en los de ingresos bajos. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

La depresión en las mujeres puede ser considerada como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria; sin embargo, en muchas culturas se le da poca atención, los signos de depresión son vistos como normales, minimizados, o como un tabú.

Los cambios en el contexto familiar ponen a las mujeres bajo estrés y al mismo tiempo destruyen las fuentes tradicionales de apoyo, lo cual se refleja en la calidad de vida de las mujeres y en su riesgo a desarrollar la mencionada patología. De hecho, la depresión postparto, puede tener un impacto negativo en el desarrollo del bebé, ya que las madres, que se perciben como no eficaces en su rol maternal, tienden a adoptar prácticas parentales negativas (Masías Salinas & Arias Gallegos, 2018)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2018) la incidencia mundial de depresión postparto es del 15%, y del 56% en puérperas provenientes de Latinoamérica durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé, el desarrollo de actividades preventivas y abordaje oportuno podría no solo mejorar la calidad de vida de la madre, sino también el desarrollo funcional y adaptativo de su bebé. Surge entre la segunda a octava semanas del período posnatal, puede continuar hasta 1 año y tiene la capacidad de transformarse en psicosis. (Tambag, Turan , Tolun , & Can , 2018)

El parto y el postparto se consideran momentos de gran impacto sobre el estado físico, hormonal y mental de la mujer. Los cambios que se producen aumentan su vulnerabilidad y hacen que sean más susceptibles a padecer este tipo de alteraciones. (Rebolledo & Parada, 2018).

Dado a los motivos antes descritos, se consideró pertinente ampliar la mirada diádica madre-hijo y valorar además el entorno familiar, entendiendo así que la salud mental no existe en forma aislada, sino que es fundamentalmente un fenómeno contextual y relacional. (Perez C. & Braham M., 2017).

Las altas tasas de depresión postparto hacen necesaria la creación de estrategias para apoyar y facilitar el acceso de este grupo de riesgo a los servicios de salud mental. A este problema se suma que las mujeres buscan menos ayuda psicológica y médica durante el embarazo y el puerperio, por este motivo tienen menos información sobre las vías de ayuda que otros grupos de mujeres. Además, durante el período perinatal existe un bajo reconocimiento de la efectividad de los servicios de salud mental. (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

Acorde a este conocimiento referente al riesgo y funcionalidad familiar en la depresión postparto se planteó el siguiente cuestionamiento: ¿Cuál es nivel de riesgo y estado de la funcionalidad familiar en el desarrollo de la depresión postparto que predomina en las puérperas atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja?

La presente investigación pretende beneficiar a la ciudadanía de Loja a contribuir al conocimiento de la patología, resaltando el riesgo, importancia, su relación con la funcionalidad familiar en su desarrollo; así mismo en la población de madres, neonatos y su entorno familiar, a fin de impulsar medidas preventivas por parte de agentes sanitarios.

Responde a la línea de investigación “Salud Enfermedad Materno Infantil de la zona 7 o Región Sur” de la Facultad de Salud Humana de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja; dentro de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública (MSP), se encuentra en el área de investigación de Salud mental y trastornos del comportamiento, en la línea depresión y distimia, en la sublínea de grupos vulnerables

El estudio tuvo como objetivo general: Identificar el riesgo de depresión postparto y la funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja; y como objetivos específicos: Conocer el riesgo de depresión postparto; determinar la funcionalidad familiar en la etapa posnatal; y el analizar la relación existente entre el nivel de riesgo y la funcionalidad familiar en el desarrollo de depresión postparto.

4. Marco Teórico

4.1. Puerperio

La palabra puerperio se deriva del latín: puer (niño) y parus (resultado). En la actualidad, define el tiempo después del parto durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo regresan al estado no gestacional. Su duración es comprensiblemente inexacta, pero se considera que está entre 4 y 6 semanas. (Cunningham, y otros, 2019)

4.1.1. Fisiología del puerperio. Periodo postparto en el que regresan los cambios gravídicos genitales y extragenitales, se inicia la lactancia y se reinicia el ciclo ovárico

4.1.1.1. Cambios genitales.

4.1.1.1.1. Involución miometrial. En el puerperio existe una involución (tamaño y peso) por autólisis e isquemia. En el útero no disminuyen el número de miofibrillas, pero si disminuye de forma muy notable el tamaño de las mismas. (Sesmero, 2018)

La involución miometrial es una característica de destrucción o deconstrucción verdaderamente notable, la cual comienza tan pronto como 2 días después del parto. Después del parto, el fondo del útero contraído se encuentra ligeramente por debajo del ombligo. Consiste principalmente en miometrio cubierto por serosa y alineado internamente por decidua. El segmento uterino inferior, notablemente atenuado, se contrae y retrae, pero no con tanta fuerza como el cuerpo uterino. Durante las próximas semanas, el segmento menor se convierte de una subestructura claramente distinta, lo bastante grande como para acomodar la cabeza del feto en un istmo uterino apenas perceptible localizado entre el cuerpo y el orificio cervical interno. Con inmediatez después del parto, las paredes anterior y posterior, que se encuentran en una aposición cercana, tienen cada una de 4 a 5 cm de espesor. (Cunningham, y otros, 2019). A la semana del parto el útero pesa 500g (su peso en seco al final del embarazo era 1000 g), y a las 4 semanas del parto su peso es de 100g.

4.1.1.1.2. Trombosis vascular y hialinización de las arterias espirales. Que han sido colapsadas en la contracción uterina durante el postparto. En días sucesivos los trombos hemáticos se van lisando siendo sustituidos por trombos hialinos. (Sesmero, 2018) Gradualmente son reabsorbidos y reemplazados por otros más pequeños. Sin embargo, los vestigios menores de los vasos más grandes pueden persistir durante años.

4.1.1.1.3. Regeneración del endometrio. Debido a que la separación de la placenta y

las membranas involucra la capa esponjosa, la decidua basal no se desprende. La decidua in situ varía de manera notable en su grosor, tiene un borde dentado irregular y está infiltrada con sangre, especialmente en el sitio placentario. Dentro de 2 o 3 días después del parto, la decidua restante se diferencia en dos capas. La capa superficial se vuelve necrótica y se desprende en los loquios. La capa basal adyacente al miometrio permanece intacta y es la fuente de un nuevo endometrio. La regeneración endometrial es rápida, excepto en el sitio placentario. Dentro de una semana más o menos, la superficie libre queda cubierta por el epitelio.

La endometritis histológica es parte del proceso reparativo normal. Además, los cambios inflamatorios microscópicos característicos de la salpingitis aguda se observan en casi la mitad de las mujeres entre los 5 y los 15 días, sin embargo, no se cree que estos hallazgos reflejen una infección

4.1.1.1.4. Involución del sitio placentario. La extrusión completa del sitio placentario toma hasta 6 semanas. Con inmediatez después del parto, el sitio placentario es casi del tamaño de la palma de la mano. A las pocas horas de la expulsión, normalmente contiene muchos vasos trombosados que finalmente se organizan. Al final de la segunda semana, es de 3 a 4 cm de diámetro.

La involución del sitio placentario es un proceso de exfoliación que es impulsado en gran parte por el debilitamiento del sitio de implantación por la nueva proliferación endometrial. Así, la involución no es simplemente absorción in situ. La exfoliación consiste tanto en la extensión como en el “crecimiento hacia abajo” del endometrio desde los márgenes del sitio placentario, así como el desarrollo de tejido endometrial desde las glándulas y el estroma que queda a la profundidad de la decidua basal después de la separación placentaria.

4.1.1.1.5. Cambios cervicales. Durante el parto, el margen del cuello uterino dilatado, que corresponde al orificio externo, puede estar lacerado. La abertura cervical se contrae lentamente, y durante unos días inmediatamente después del parto, admite dos dedos con mucha facilidad. Al final de las primeras semanas, esta abertura se reduce, el cuello aumenta su espesor y se reforma el canal endocervical.

El orificio cervical externo no reanuda completamente su apariencia pregrávida. Permanece más amplio, y típicamente las depresiones endocervicales en el sitio de las laceraciones se vuelven permanentes. Estos cambios son características de un útero de parida. El epitelio cervical también se somete a cambios considerables. Esto realmente

puede ser beneficioso porque casi la mitad de las mujeres tiene regresión de displasia de alto grado después del parto

4.1.1.1.6. Canal del parto. La vagina y su salida disminuyen gradualmente de tamaño, pero rara vez recuperan sus dimensiones nulíparas. La rugosidad comienza a reaparecer a la tercera semana, pero es menos prominente que antes. El himen está representado por varios pequeños cabos de tejido que cicatrizan para formar las carúnculas mirtiformes. El epitelio vaginal refleja el estado hipoestrogénico y no comienza a proliferar hasta las 4 a 6 semanas. Este momento suele coincidir con la reanudación de la producción de estrógeno ovárico. Las laceraciones o el estiramiento del perineo durante el parto pueden llevar a la relajación de la salida vaginal. Algunos daños en el suelo pélvico pueden ser inevitables, y el parto predispone a la incontinencia urinaria y al prolapso de los órganos pélvicos.

4.1.1.1.7. Aspectos clínicos.

- Dolores postparto. Varios hallazgos clínicos surgen con la involución uterina. En las primíparas, el útero tiende a permanecer tónicamente contraído después del parto. En las multíparas, a menudo se contrae vigorosamente a intervalos y da lugar a dolores posteriores que son similares, pero más suaves que las contracciones de parto. Estos son más pronunciados a medida que aumenta la paridad y empeoran cuando el recién nacido succiona, probablemente debido a la liberación de oxitocina. Por lo general, los dolores postparto disminuyen en intensidad y se vuelven leves al tercer día. Se han encontrado dolores postparto inusualmente graves y persistentes en mujeres con infecciones uterinas postparto.

- Loquios. Al inicio del puerperio, el desprendimiento de tejido decidual da como resultado una secreción vaginal de cantidad variable. (Cunningham, y otros, 2019). Pérdida sanguinolenta totalmente fisiológica que puede arrastrar restos deciduales, eritrocitos y bacterias. Su duración aproximada es un mes, decreciendo en su intensidad se clasifica en:

Loquios hemorrágicos (lochia rubra): 1 a 2 días postparto
Loquios serohemorrágicos: tercero, cuarto y quinto día postparto

Loquios serosos (lochia serosa): desde el cuarto a quinto día a los 10 días postparto

Loquios blancos (lochia alba): de color blanquecino o amarillento después del décimo día, presenta abundantes leucocitos. (Sesmero, 2018)

4.1.1.2. Cambios extragenitales.

4.1.1.2.1. Tracto urinario. La hiperfiltración glomerular inducida por el embarazo

normal persiste durante el puerperio, pero vuelve a la línea de base antes del embarazo previo a 2 semanas. Los uréteres dilatados y las células renales vuelven a su estado pregestacional a las 2 a 8 semanas después del parto. Debido a este sistema colector dilatado, junto con la orina residual y la bacteriuria en una vejiga traumatizada, la infección sintomática del tracto urinario sigue siendo una preocupación en el puerperio

El traumatismo de la vejiga está más estrechamente asociado con la duración del parto y, por tanto, hasta cierto punto es un acompañamiento normal del parto vaginal. Después del parto, la vejiga tiene una mayor capacidad y una relativa insensibilidad a la presión intravesical. Por consiguiente, la distensión excesiva, el vaciado incompleto y el exceso de orina residual son frecuentes.

4.1.1.2.2. Peritoneo y pared abdominal. Como resultado de la rotura de las fibras elásticas en la piel y la distensión prolongada por parte del útero gestante, la pared abdominal permanece blanda y flácida. Se requieren varias semanas para que estas estructuras vuelvan a la normalidad y la recuperación se ayuda con el ejercicio. Estos pueden iniciarse en cualquier momento posterior al parto vaginal. Después del parto por cesárea, es razonable un intervalo de 6 semanas para permitir que la fascia sane y el dolor abdominal disminuya. Las estrías abdominales plateadas se desarrollan comúnmente como estrías gravídicas. A excepción de estas, la pared abdominal por lo general recupera su apariencia pregestacional. Sin embargo, cuando los músculos permanecen atónicos, la pared abdominal también permanece relajada. Puede producirse una marcada separación de los músculos rectos del abdomen (diastasis de los rectos).

4.1.1.2.3. Cambios hematológicos y de coagulación. La leucocitosis y trombocitosis marcadas pueden ocurrir durante y después del parto. El recuento de glóbulos blancos a veces alcanza 30 000/ μ L, con el aumento predominantemente debido a los granulocitos. Existe una linfopenia relativa y una eosinopenia absoluta. Por lo normal, durante los primeros días postparto, la concentración de hemoglobina y el hematócrito fluctúan moderadamente. Si caen muy por debajo de los niveles presentes justo antes del parto, se ha perdido una cantidad considerable de sangre.

Al final del embarazo, los valores de laboratorio que evalúan la coagulación están alterados, muchos persisten variablemente en el puerperio.

Por ejemplo, un nivel de fibrinógeno en plasma notablemente aumentado se mantiene al menos durante la primera semana y, por tanto, también lo es una tasa de sedimentación elevada. La hipercoagulabilidad parece ser mayor y se refleja en la probabilidad de

trombosis venosa profunda y embolia pulmonar en las 12 semanas posteriores al parto

Cuando la cantidad de sangre alcanzada por la hipervolemia normal del embarazo se pierde como hemorragia postparto, la mujer casi inmediatamente recupera su volumen de sangre no gestacional. Si se ha perdido menos en el momento del parto, el volumen de sangre por lo general regresa a su nivel de no embarazo 1 semana después del parto. El gasto cardiaco generalmente permanece elevado durante 24 a 48 horas después del parto y disminuye a valores no gestacionales en 10 días. Los cambios en la frecuencia cardiaca siguen este patrón, y la presión arterial regresa de manera similar a los valores no gestacionales. En consecuencia, la resistencia vascular sistémica permanece en el rango más bajo característico del embarazo durante 2 días después del parto y luego comienza a aumentar constantemente a los valores normales no gestacionales.

4.1.1.2.4. Diuresis y Peso. El embarazo normal se asocia con un aumento apreciable en la retención de sodio y agua extracelular, y la diuresis postparto es una reversión fisiológica de este proceso. La diuresis postparto da como resultado una pérdida de peso relativamente rápida de 2 a 3 kg que es aditiva a los 5 a 6 kg incurridos por el parto y la pérdida normal de sangre. Es probable que la pérdida de peso del embarazo en sí sea máxima al final de la segunda semana postparto.

4.1.1.2.5. Mamas. Después del parto, los senos comienzan a secretar calostro que es un líquido de color amarillo limón intenso. Por lo general, se puede expresar desde los pezones en el segundo día postparto. La secreción persiste durante 5 días a 2 semanas, con una conversión gradual de “transición” a leche madura por 4 a 6 semanas. (*Cunningham, y otros, 2019*)

4.1.2. 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
- 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

4.2. Depresión postparto (DPP)

4.2.1. Definiciones. La depresión es un trastorno mental episódico y/o recurrente que se presenta como un síndrome o agrupación de síntomas predominantemente afectivos como: tristeza, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, energía disminuida, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, los mismos que configuran una afectación global de la vida en el ámbito psíquico y físico (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Se sabe poco sobre los correlatos neuronales de estos trastornos afectivos cuando ocurren en las madres, pero tienen perfiles neuronales únicos durante el período postparto en comparación con cuando ocurren en otros momentos de la vida de una mujer. Dado que los sistemas neuronales afectados por la ansiedad y la depresión postparto se superponen e interactúan con los sistemas involucrados en las conductas de cuidado materno, las interacciones madre-hijo son altamente susceptibles a la interrupción. Por lo tanto, existe una intrincada interacción entre la salud mental materna, la relación madre-hijo y los mecanismos neurobiológicos que los median. (Pawluski, Lonstein, & Fleming, 2017)

4.2.2. Etiología. A diferencia de otros trastornos psiquiátricos presentes en el embarazo y postparto, los cuales han demostrado una relación muy fuerte en los aspectos biológicos, la DPP continúa siendo de etiología multifactorial, teniendo una relación estrecha con los factores psicosociales.

- Ansiedad materna: la ansiedad tiene una fuerte relación con los síntomas de depresión durante el embarazo.
- Eventos vitales estresantes: eventos como divorcio, muerte de familiar, pérdida de empleo, tienen una relación significativa con la presencia de depresión antenatal
- Historia previa de depresión: es un predictor de depresión antenatal
- Falta de apoyo social
- Violencia doméstica
- Interés por concebir: tiene una relación media para presentar depresión
- Tipo de relación de pareja: tiene relación pequeña con la depresión antenatal
- Tipo de cobertura médica: una cobertura ineficiente revela un riesgo
- Estatus socioeconómico
- Factores que presentan resultados inconsistentes: consumo de alcohol, tabaco, otras

drogas, raza, etnia, edad materna, historia obstétrica (Ampudia, 2020)

4.2.3. Factores de riesgo. Antecedentes personales de baja autoestima, depresión postparto previo, relaciones maritales, redes de apoyo insuficiente, cuadros depresivos y de estrés durante el embarazo.

Antecedentes familiares de problemas mentales, vulnerabilidad genética de la madre, tristeza postparto severa, características de la personalidad y estilos cognitivos que tienden a la negatividad, la depresión en las parejas y características de salud y temperamento del recién nacido.

Asociación leve entre defunciones tiroideas, cambios hormonales, alta hospitalaria precoz, parto prematuro, alimentación artificial del recién nacido, relación de pareja pobre, dificultad para adaptarse a la maternidad, antecedentes de abuso sexual en la infancia, consumo de tabaco y enfermedad médica de la madre

A nivel biológico se asocia niveles bajos de triptófano al final del embarazo e inicio del puerperio en comparación a las mujeres no embarazadas

4.2.4. Factores protectores. Dentro de ellos se encuentran ser madre primípara y la lactancia materna que induce beneficios psiconeuroinmunológicos reduciendo la actividad inflamatoria al atenuar la elevación del cortisol, ACTH, epinefrina y norepinefrina. Estas sustancias reducen la reactividad materna al estrés. (Pérez, 2019)

4.2.5. Diagnóstico. Entre los métodos y herramientas para un adecuado diagnóstico se encuentra la Entrevista Clínica Estructurada, conocida como SCID por sus siglas en inglés. Es de suma importancia realizar una historia clínica completa, esta debe contener el examen del estado mental y el examen físico. Se debe especificar si existe antecedentes de depresiones previas, abuso de sustancias, determinar la duración y gravedad del episodio depresivo, se debe indicar si existe coexistencia de otras condiciones médicas, antecedentes psiquiátricos familiares. En el examen físico se debe evaluar si existe deterioro funcional y determinar los acontecimientos de vida y factores de estrés.

Los episodios del estado de ánimo pueden iniciar durante el embarazo o en el postparto, se caracteriza por la presencia de síntomas incapacitantes de incomodidad y afrontamiento, que pueden verse exacerbados por baja autoestima materna, falta de confianza y expectativas irreales sobre la maternidad.

En la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE): trastornos mentales y del comportamiento, la categorización aparece como:

- 6E20. Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, parto

o el puerperio sin síntomas psicóticos. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Según el CIE, en criterios diagnósticos para la depresión: se requieren al menos cuatro, seis, u ocho síntomas durante al menos dos semanas para hacer un diagnóstico de depresión leve, moderada o grave, respectivamente.

Para el diagnóstico de depresión leve y moderada, por lo menos dos características del grupo de síntomas A deben estar presentes y para el diagnóstico de depresión severa se requieren cumplir con los puntos del grupo de síntomas A.

Síntomas de grupo A

- Estado de ánimo depresivo en un grado que no es normal para la persona, presente durante la mayor parte del día, influenciada en gran medida por las circunstancias.
- Pérdida de interés o placer en actividades que normalmente son placenteras.
- Disminución de la energía o el aumento de la fatigabilidad.

Síntomas de grupo B

- Pérdida de confianza o autoestima.
- Sentimientos irracionales de autorreproche o culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte, suicidio o cualquier conducta suicida
- Reducida capacidad para pensar o concentrarse, como indecisión.
- Cambios en la actividad psicomotora, agitación o enlentecimiento.
- Trastornos del sueño de cualquier tipo.
- Cambios en el apetito (disminución o aumento), con el cambio de peso correspondiente. (Ampudia, 2020)

Los síntomas aparecen en el período tardío y la mayoría de las mujeres tienden a esconderlos porque se sienten culpables por haberse sentido deprimidas en un período en el que se supone que deben sentirse felices; por lo que la depresión postparto (PPD) puede pasar fácilmente desapercibida. La PPD hace que la madre, el niño y la familia tengan varias dificultades y puede afectar la relación entre la madre y el aprendizaje del niño, el papel de madre y el cuidado del bebé. (Öztora, Arslan, Çaylan, & Dağdeviren, 2019)

4.2.6. Prevención. Es de suma importancia una historia clínica completa en donde se incluya preguntas acerca de síntomas depresivos, como mínimo, al ingreso de la paciente y después del nacimiento, entre las 4 a 6 semanas y los 3 a 4 meses postparto. Así se podrá iniciar un abordaje personalizado. (Ampudia, 2020)

Las estrategias de prevención universal pretenden llegar a toda la población, por lo que recaen en los profesionales y las instituciones de salud.

El uso de antidepresivos durante el embarazo, para la prevención de la depresión postparto, resulta incierto debido a la posibilidad de efectos adversos sobre la madre y el feto en desarrollo. Generalmente, buscan educar a la población sobre el problema a través de los medios de información. (Secretaría de Salud de Mexico, 2017)

Si se ha identificado signos de depresión, se debe tener algunos puntos de prevención como:

- Durante el embarazo: supervisión continua, por parte del personal de salud, sobre signos y síntomas de depresión, si se identifica depresión se puede tratar con terapias psicosociales o fármacos, cada caso se debe individualizar.
- Después de que nazca tu hijo: Es importante el seguimiento en la fase postparto, así se puede identificar de manera precoz los síntomas. (Ampudia, 2020)

4.2.7. Tratamiento. En el tratamiento de la depresión se tienen en cuenta los aspectos psicosociales y se determinan los factores que pueden causar estrés, como las dificultades económicas, los problemas en el trabajo y el maltrato físico o psicológico, así como las fuentes de apoyo, como los familiares y amigos. El mantenimiento o la recuperación de las redes y las actividades sociales son también importantes. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Existen diversas técnicas de manejo de la depresión, entre ellas: Manejo psicosocial (terapias psicosociales, de soporte, intervenciones de pareja, intervenciones madre-infante, actividad física), terapias farmacológicas (que varían durante el embarazo, el puerperio y lactancia), terapia electroconvulsiva (TEC).

La literatura destaca las intervenciones psicoterapéuticas como primera línea de tratamiento. La administración de antidepresivos en mujeres lactantes debe evaluarse en cada caso, considerando los riesgos y ventajas, destacándose el uso de algunos ISRS por su menor detección en la leche

4.2.7.1. Manejo no farmacológico en el embarazo. Iniciar con opciones terapéuticas no farmacológicas (intervenciones ambientales y psicoterapia). (Ampudia, 2020)

La satisfacción de las necesidades psicosociales de los nuevos padres pasa por examinar sus reacciones a la experiencia del nacimiento, los sentimientos propios y las interacciones con el nuevo bebé y otros miembros de la familia. Se planifican medidas concretas para aumentar los conocimientos y la confianza de los padres en sí mismos, conforme van asumiendo el cuidado y la responsabilidad sobre el nuevo bebé e integrando al nuevo miembro en su estructura familiar de un modo que satisfaga sus expectativas

culturales.

La evaluación cuidadosa del estado psicológico y emocional actual de la mujer es fundamental para planificar una atención eficaz.

4.2.7.1.1. Signos de posibles complicaciones. Preocupaciones psicosociales después del parto. Los signos siguientes indican complicaciones potencialmente graves y se deben notificar al profesional sanitario o a clínica (pueden ser percibidos por la pareja u otras familiares)

- Incapacidad o rechazo a hablar de la experiencia del parto
- La mujer se ve a sí misma fea e inútil
- Está preocupado en exceso por ella misma (imagen corporal)
- Estado de ánimo deprimido
- No hay sistema de apoyo
- La pareja u otros familiares reaccionan de forma negativa al bebe
- La mujer se niega a relacionarse con el bebe o a cuidarlo
- Se siente decepcionada con el sexo del bebe
- Considera al bebe poco agradable o atractivo
- Él bebe, le recuerda a la madre de un familiar o a una amiga que no le gusta
- Tiene dificultad para dormir
- Ha perdido apetito. (Lowdermilk, Perry, Cashion, Alden, & Olshansky, 2020)

4.2.7.2. Manejo farmacológico en el embarazo. La paroxetina, benzodiazepinas, litio, carbamazepina y ácido valproico, son fármacos contraindicados en el primer trimestre del embarazo. Se sugiere evitar en lo posible el uso de antidepresivos durante las primeras 12 semanas de gestación. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), con excepción de la paroxetina, pueden ser incluidos como farmacoterapia en el tratamiento de la depresión durante el embarazo y lactancia.

4.2.7.3. Manejo farmacológico en el postparto. Los ISRS y los antidepresivos tricíclicos pueden ser ofrecidos en este periodo, no se recomienda el uso de estrógenos en el tratamiento rutinario. Es importante tomar en cuenta que, una vez iniciado un antidepresivo, se deben continuar por lo menos 4 a 6 semanas, según investigaciones se aconseja que en un primer episodio de depresión sin síntomas psicóticos se debe tratar con antidepresivos a dosis completas por lo menos por 6 a 9 meses después de remisión

4.2.7.4. Manejo farmacológico durante la lactancia. En mujeres que mantienen lactancia materna, la decisión debe ser individualizada, siempre evaluando el riesgo y

beneficio de su administrar fármacos.

Según estudios, se ha destacado el uso ISRS (especialmente sertralina y paroxetina) por mostrar niveles indetectables en el bebé, a diferencia de la fluoxetina y el citalopram que muestran mayor paso a la leche materna

4.2.7.5. Manejo con terapia electroconvulsiva (TEC). Es un tratamiento eficaz a corto plazo para el trastorno depresivo mayor y debe ser considerada en pacientes que no han respondido a la terapia con antidepresivos. (Ampudia, 2020)

4.2.8. Métodos para evaluar el riesgo de desarrollar depresión postparto. Se debe dar seguimiento estrecho a la mujer durante el embarazo y 6 a 12 semanas postparto, todas las mujeres deben ser evaluadas física y mentalmente, esto debe ser parte de la atención normal.

Según las guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre la salud mental prenatal y posnatal recomiendan que todas las mujeres durante el embarazo y el período postparto deben ser evaluadas para los síntomas severos del humor, esta evaluación se debería hacer en cada consulta que esta paciente tenga con todos los profesionales de la salud, estos profesionales de la salud puede hacer uso de la escala de Edimburgo o de las preguntas de Whooley pueden ser utilizadas en el período prenatal y postparto como auxiliares para seguimiento clínico y para facilitar la discusión de los problemas emocionales.

Preguntas de Whooley:

- Durante el último mes, ¿se ha sentido a menudo molesta, mal, deprimida o sin esperanza?
- Durante el último mes, ¿se ha sentido a menudo molesta por tener poco interés o placer en hacer las cosas?

Considere la posibilidad de una tercera pregunta:

- ¿Es esto algo para lo que usted siente que necesita o quiere ayuda?

4.2.8.1. Cuestionario Sobre Depresión Posnatal Edimburgo (EPDS). Escala autoadministrada que da cuenta de la presencia de sintomatología depresiva. La escala tiene un valor máximo de 30 puntos, de los cuales una puntuación de 10 o más indica una posible depresión.

Fue creada en 1987 en Escocia para corroborar el diagnóstico de depresión puerperal y aprobada el mismo año por la ONU (Organización de Naciones Unidas), OMS y UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia). (Meléndez, Díaz, Bohorjas, Cabaña, &

Casas, 2017)

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.

Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2017)

4.3. Funcionalidad familiar

La inhibición social está relacionada con la depresión materna y con una relación de apego materno-infantil insegura. Si bien el autor no encontró como significativo el nivel socioeconómico, sí halló la calidad marital y, como parte de ella, el desempleo, el cual se relacionó con el maltrato infantil. Cabe recordar que el núcleo familiar es el campo de socialización principal. En este, la depresión está estrechamente relacionada con la violencia intrafamiliar, que trae un alto costo en el estado emocional y conductual del bebé, así como en la relación entre este y la madre. (Herrera, 2018)

4.3.1. Definición de familia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la familia como el grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos. Esta definición ha quedado desfasada, ya que las modificaciones estructurales -mono parentalidad, familias reconstruidas-, parejas homosexuales de hecho o derecho, el retraso de la salida de los hijos del hogar, entre otros cambios, han dado lugar a una nueva y más amplia definición de lo que se entiende por familia. Puede definirse a la familia como una forma de organización grupal, intermedia entre la sociedad y el individuo

La concepción de familia presenta varias definiciones. Así, para Zanoni (citado por Robles, C. y Di Ieso, L. 2012) refiere que la familia es: “conjunto de personas entre las cuales existen vínculos jurídicos, interdependientes y recíprocos, emergentes de la unión intersexual, la procreación y el parentesco”.

Sin embargo, esta definición ha sido cuestionada, ya que actualmente la concepción de

familia no solo corresponde a la unión “intersexual” entre dos personas.

Por otro lado, para Montaña, S. (2007) “el concepto funcionalista de familia está concebida como una institución destinada a atender las necesidades básicas, materiales y emocionales para perpetuar el orden social” (Ticona, 2017)

La familia es considerada el primer contexto de socialización donde está unida por expresiones de afecto y protección psicosocial, al ser una institución básica de la sociedad establece la inserción del individuo en la cultura, además es la única entidad social que ha estado presente por siglos. (León & Aucapiña, 2018)

4.3.2. Salud familiar. Término que refiere al funcionamiento de la familia como agentesocial primario, por lo que el buen o mal funcionamiento de la misma es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad (Zurro, Pérez, & Badia, 2019)

El médico tiene la oportunidad privilegiada de acompañar a la nueva familia en su transición hacia la parentalidad, etapa comprendida por el embarazo, parto y postparto. Frecuentemente, es un período de alegría y expectación, pero también implica una serie ajustes y desafíos para la pareja y la familia emergente (Perez C. & Braham M., 2017)

4.3.2.1. Familia normofuncional. Cuando es capaz de cumplir las funciones que le han sido encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en el que se encuentre y con las demandas que reciba desde su ámbito interno o de su entorno social

4.3.2.2. Familia disfuncional. Cuando no puede ejercer sus funciones y es incapaz de mantener su equilibrio interno, esto es la homeostasis

4.3.2.3. Homeostasis familiar. Se entiende la interacción entre sus miembros que facilita una relación emocional y física, y promueve el desarrollo individual y familiar, permitiendo los cambios necesarios sin que se vean afectados la unión ni el equilibrio del sistema familiar.

Para mantener la homeostasis, la familia utiliza dos mecanismos:

4.3.2.3.1. Retroalimentación negativa. Frente a comportamientos conflictivos de algún miembro de la familia o ante estímulos externos que tengan un efecto desestabilizador, se ponen en juego feedbacks negativos que salvaguardan la homeostasis.

4.3.2.3.2. Cierre de las fronteras familiares. Vuelven a la familia menos permeable, frenando los intercambios entre sus miembros y de estos con su entorno social.

4.3.3. Desarrollo familiar. La atención que brindan los profesionales de los centros de salud presta a la familia es una atención longitudinal, lo que supone que la llevan a cabo

deforma continuada a lo largo del tiempo, esta atención longitudinal se facilita cuando el médico sabe que esta familia tiene una historia natural que la hace atravesar distintas etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que son previsibles. Estas etapas conforman el denominado ciclo vital familiar, que se ha concebido como la secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su creación hasta su disolución. (Zurro, Pérez, & Badia, 2019)

El abordaje a las familias y comunidades como soporte al desarrollo y al proceso de la gestación, resaltando el papel de las parejas y allegados (que incluye amigos(as), vínculos culturales- religiosos como compadres, vecinos, etc.), será realizado a partir de las intervenciones individuales y colectivas.

Se entienden las familias como una red de cuidado primario independiente de los vínculos de consanguinidad, que puede ser configurada de diferentes maneras, no solamente la “familia nuclear”. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2017)

4.3.3.1. Adaptación a la crianza y relación entre progenitores y bebe. La evaluación psicosocial abarca una evaluación de la adaptación a la crianza como se evidencia por las reacciones y relaciones de los padres con el nuevo bebe. (Lowdermilk, Perry, Cashion, Alden, & Olshansky, 2020)

4.3.3.1.1. Nivel individual (Vínculo Madre – Hijo). Se puede resentir el vínculo madre-hijo(a), sobre todo si la depresión permanece sin tratar. En algunos casos, las madres pueden involucrarse menos o, por el contrario, tornarse estimuladoras en exceso. Los hijos pueden responder menos, mostrarse menos propensos a la interacción y en general presentar más emociones negativas. No solo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo, sino también la manera como lo percibe. Se ha observado que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres no deprimidas. (Jadresic M., 2017)

La preparación para la maternidad y la paternidad, es un proceso organizado de educación, realizado de manera interactiva entre el equipo de profesionales de salud y la mujer, con su compañero, sus hijos(as) y su familia, o con la persona que ella considere como afectivamente más cercana. La intencionalidad es la de desarrollar capacidades para el cuidado de la salud durante la gestación, el parto y el puerperio. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2017)

4.3.3.1.2. Nivel familiar. Es importante comprender que la depresión es un problema

médico que afecta a la madre, el niño y la familia. Los cónyuges, las parejas, los familiares y los amigos pueden ser los primeros en reconocer los síntomas de la depresión perinatal en una nueva madre. El tratamiento es fundamental para la recuperación. Los familiares pueden alentar a la madre a hablar con un proveedor de atención médica, ofrecerle apoyo emocional y ayudarle con las tareas diarias, como el cuidado del bebé o del hogar. Los grupos de apoyo pueden ser una buena fuente de ayuda e información. (Instituto Nacional de la Salud Mental-NIH, 2020)

Cada familia atraviesa diferentes fases en la vida, y cada nueva fase representa una amenaza potencial para su organización. Cualquier cambio en su estatus actual es potencialmente una amenaza para el equilibrio familiar. Mientras que cada miembro de la familia necesita acoplarse a un nuevo rol, la familia en conjunto también entra en una nueva fase de su desarrollo y todo esto va a requerir la realización de múltiples ajustes (Zurro, Pérez, & Badia, 2019)

La comunicación en familia es una suma de hechos sociales de interacción. No aparece sin más. Se requiere de la intencionalidad y disposición para asegurarse en madres, padres o representantes que tendrán las capacidades y habilidades para intercomunicarse con hijas e hijos, para sostener una relación de afecto y de ternura que trascienda lo instintivo. Para que el circuito de comunicación no se corte en las familias y sea permanente y enriquecedor es fundamental que madres, padres o representantes estén abiertos siempre al diálogo, así como dispuestos a gestionar los conflictos que son propios de hijas e hijos que crecen y de madres, padres o representantes que encaran con responsabilidad el presente y futuro del grupo familiar.

La comunicación en familia tiene un sentido preventivo frente a potenciales riesgos. Si se mantiene un clima de confianza y de apertura al diálogo, es frecuente que hijas e hijos aborden con oportunidad y sinceridad las implicaciones de algunos factores que se muestran como riesgos, en determinados momentos. Las familias cultivan valores sobre los cuales hijas e hijos asientan sus decisiones. A medida que crecen saben qué hacer en cada caso. Las familias informan sobre las dimensiones de los riesgos, el cuidado y protección frente a ellos y aseguran una protección que no llegue a ser invasiva a la autonomía de cada uno de sus miembros.

Una de estas fuentes que limitan e impiden una buena comunicación constituye la prevalencia por generaciones, de patrones culturales y costumbres arraigadas en las familias, por las cuales se piensa y adopta que las personas adultas son quienes deben

decidir sobre la vida de hijas e hijos. Y más concretamente, que corresponde a los padres, a “los jefes de hogar” señalar qué destino se toma en la convivencia, con qué formas y bajo qué reglas. Esto corresponde a la denominada “cultura patriarcal”, donde todo gira alrededor de una sola voluntad o una que prevalece por encima de las demás, sin dejar oportunidad para que se produzcan otros “pareceres” o formas en común.

Para las familias siempre será mejor prevenir los conflictos y mucho más los riesgos sociales que amenazan la integridad, desarrollo y supervivencia de sus hijas e hijos. En familia, siempre habrá conflictos, que con frecuencia aparecen como sencillos, pero si no se los afronta tienen el potencial de convertirse en graves. Muchos conflictos pueden ser buenas oportunidades para que la superación de ellos resulte en consolidación de las familias. (Ministerio de Educación del Ecuador, 2019)

4.3.4. Métodos para evaluar la funcionalidad familiar. La investigación sobre la familia ha sido abordada por diferentes disciplinas científicas como la sociología, la antropología, la psicología, la medicina y la pedagogía. Cada una ha intentado desde su campo analizar y estudiar los aspectos positivos y negativos que influyen en el proceso de desarrollo de cada uno de sus miembros.

4.3.4.1. Escala de funcionalidad familiar (FF-SIL). Instrumento diseñado por De la Cuesta Freijomil, D., Pérez González, E., & Louro Bernal, I., en el año de 1994 y valorado en Cuba como trabajo para optar por el título en la Maestría de Psicología de la Salud para evaluar cuanti-cualitativamente el funcionamiento familiar como un constructo complejo y multifacético, (Gupta & Bowie, 2018), el cual mide las variables de:

- **Cohesión:** Esta dimensión evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados entre sí y son capaces de apoyarse unos a otros. Se define como el vínculo emocional entre los miembros (Zegarra & Jesús, 2017)
- **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo
- **Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. (Ministerio de Educación del Ecuador, 2019)
- **Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones
- **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros
- **Roles:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones

negociadas por el núcleo familiar. (Lozada, 2017)

- Adaptabilidad: habilidad del sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. (Zegarra & Jesús, 2017)

Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

- Cohesión: 1 y 8
- Armonía: 2 y 13
- Comunicación: 5 y 11
- Permeabilidad: 7 y 12
- Afectividad: 4 y 14
- Roles: 3 y 9
- Adaptabilidad: 6 y 10

Cada situación presenta 5 opciones de respuesta, teniendo los mismos un equivalentecuantitativo y cualitativo respectivamente

- Casi nunca: 1
- Pocas veces: 2
- Algunas veces: 3
- Muchas veces: 4
- Casi siempre: 5

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describirel funcionamiento familiar de la siguiente manera:

- Puntuación de 70 a 57: Familia funcional
- Puntuación de 56 a 43: Familia moderadamente funcional
- Puntuación de 42 a 28: Familia disfuncional
- Puntuación de 27 a 14: Familia severamente disfuncional

5. Metodología

5.1. Enfoque

Cuantitativo

5.2. Tipo de estudio

Descriptivo, corte transversal

5.3. Área de estudio

Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja

5.4. Periodo

El presente trabajo investigativo tuvo una delimitación temporal que abarco el periodo Octubre del 2020 a Agosto del 2021

5.5. Universo

Constituido por 131 pacientes femeninas en su etapa postparto que acudieron al centro de salud durante el periodo octubre 2020 a agosto 2021, constituyendo el 100% de la población.

5.6. Muestra

99 mujeres durante su periodo posnatal que fueron atendidas en dicho Centro de Salud, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, por lo que no fue necesario realizar técnicas de muestreo estadístico.

5.7. Criterios de inclusión

- Mujeres que accedieron a participar y firmaron el consentimiento informado
- Mujeres que fueron atendidas en el centro médico universitario de Motupe
- Sin antecedente de óbito fetal

5.8. Criterios de exclusión

- Personas que presentaron alguna discapacidad física o mental invalidantes
- Antecedente de muerte de algún familiar directo en las últimas 4 semanas previo a la aplicación de la encuesta.
- Mujeres que no acudieron a control prenatal
- Individuos que no completaron las encuestas

5.9. Instrumentos

5.9.1 Consentimiento informado. Se incluyeron solo los módulos de interés para el tema de investigación, información sobre la encuesta, procedimientos, protocolos, beneficios y confidencialidad. (Anexo 1).

5.9.2 Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh. EPDS. La Escala de

Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de postparto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio.

La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste en diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos.

5.9.2.1 Instrucciones de uso. Se recomienda seguir las siguientes indicaciones:

- Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
- Tienen que responder las diez preguntas.
- Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
- La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos sean limitados o que tenga problemas para leer.
- La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de postparto. La clínica de pediatría, la cita de control de postparto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

5.9.2.2 Pautas de evaluación. A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0).

He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

- Tanto como siempre
- No tanto ahora
- Mucho menos
- No, no he podido

He mirado el futuro con placer

- Tanto como siempre
- Algo menos de lo que solía hacer
- Definitivamente menos

- No, nada

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

He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- No, para nada
- Casi nada
- Sí, a veces
- Sí, a menudo

He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- Sí, bastante
- Sí, a veces
- No, no mucho
- No, nada

Las cosas me oprimen o agobian

- Sí, la mayor parte de las veces
- Sí, a veces
- No, casi nunca
- No, nada

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

Me he sentido triste y desgraciada

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- No muy a menudo
- No, nada

He sido tan infeliz que he estado llorando

- Sí, casi siempre

- Sí, bastante a menudo
- Solo en ocasiones
- No, nunca

He pensado en hacerme daño a mí misma

- Sí, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- No, nunca

5.9.2.3 Puntuación. Se sumaron todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.

Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo.

5.9.2.4 Confiabilidad de instrumento: La Escala de Depresión de Postparto de Edimburgo. EPDS, presenta un nivel de confiabilidad o consistencia interna de 0,78, que nos señala, que es un insumo potente para obtener el resultado y cumplir el objetivo planteado. (Campo Arias, Ayola Castillo, Peinado Valencia, Parra, & Cogollo, 2017)

5.9.2.5 Permiso. Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan:

Taken from the British Journal of Psychiatry.

June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky.

5.9.3 Escala de funcionalidad familiar (FF-SIL). Instrumento diseñado por De la Cuesta Freijomil, D., Pérez González, E., & Louro Bernal, I., en el año de 1994 y valorado en Cuba como trabajo para optar por el título en la Maestría de Psicología de la Salud para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables de:

- Cohesión
- Armonía
- Comunicación
- Permeabilidad
- Afectividad

- Roles
- Adaptabilidad

5.9.3.1 Pautas de evaluación. Consistió en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

Variables de análisis y parámetros que lo conforman

No. de Situaciones	Variables que mide
1 y 8	Cohesión
2 y 13	Armonía
5 y 11	Comunicación
7 y 12	Permeabilidad
4 y 14	Afectividad
3 y 9	Roles
6 y 10	Adaptabilidad

Valores equivalentes según las escalas cuantitativa y cualitativa

Escala Cualitativa	Escala Cuantitativa
Casi nunca	1
Pocas veces	2
Algunas veces	3
Muchas veces	4
Casi siempre	5

El cuestionario consta de las siguientes situaciones:

Se toman decisiones para cosas importantes de la familia

- Casi nunca = 1
- Pocas veces = 2
- Algunas veces = 3
- Muchas veces = 4
- Casi siempre = 5

En mi casa predomina la armonía

- Casi nunca = 1
- Pocas veces = 2
- Algunas veces = 3
- Muchas veces = 4
- Casi siempre = 5

En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades

- Casi nunca = 1
- Pocas veces = 2
- Algunas veces = 3
- Muchas veces = 4
- Casi siempre = 5

Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana

- Casi nunca = 1
- Pocas veces = 2
- Algunas veces = 3
- Muchas veces = 4
- Casi siempre = 5

Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa

- Casi nunca = 1
- Pocas veces = 2
- Algunas veces = 3
- Muchas veces = 4
- Casi siempre = 5

Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos

- Casi nunca = 1
- Pocas veces = 2
- Algunas veces = 3
- Muchas veces = 4
- Casi siempre = 5

Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes

- Casi nunca = 1
- Pocas veces = 2

- Algunas veces = 3
- Muchas veces = 4
- Casi siempre = 5

Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan

- Casi nunca = 1
- Pocas veces = 2
- Algunas veces = 3
- Muchas veces = 4
- Casi siempre = 5

Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado

- Casi nunca = 1
- Pocas veces = 2
- Algunas veces = 3
- Muchas veces = 4
- Casi siempre = 5

Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones

- Casi nunca = 1
- Pocas veces = 2
- Algunas veces = 3
- Muchas veces = 4
- Casi siempre = 5

Podemos conversar diversos temas sin temor

- Casi nunca = 1
- Pocas veces = 2
- Algunas veces = 3
- Muchas veces = 4
- Casi siempre = 5

Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas

- Casi nunca = 1
- Pocas veces = 2
- Algunas veces = 3
- Muchas veces = 4

- Casi siempre = 5

Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar

- Casi nunca = 1
- Pocas veces = 2
- Algunas veces = 3
- Muchas veces = 4
- Casi siempre = 5

Nos demostramos el cariño que nos tenemos

- Casi nunca = 1
- Pocas veces = 2
- Algunas veces = 3
- Muchas veces = 4
- Casi siempre = 5

5.9.3.2 Puntuación. Cada situación respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realizó la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

- Puntuación de 70 a 57: Familia funcional
- Puntuación de 56 a 43: Familia moderadamente funcional
- Puntuación de 42 a 28: Familia disfuncional
- Puntuación de 27 a 14: Familia severamente disfuncional

5.9.3.3 Confiabilidad del instrumento: la Escala de Funcionalidad Familiar (FF-SIL), presenta un nivel de confiabilidad o consistencia interna de 0.890, siendo altamente significativos los resultados que nos señala, convirtiéndose en un insumo potente para obtener el resultado y cumplir el objetivo planteado (Fuentes A. & Merino E., 2016)

5.10. Procedimiento

Luego de una exhaustiva revisión bibliográfica se solicitó la aprobación y pertinencia del proyecto a la dirección de la carrera de Medicina Humana, posteriormente la designación del director del trabajo de titulación, luego se realizaron los trámites correspondientes para la recopilación de datos con las autoridades de la Coordinación de Salud de la Zona 7, otorgado el mismo se aplicó el consentimiento informado, además de los cuestionarios pertinentes como lo fueron, el Cuestionario Sobre Depresión Posnatal

Edimburgo (EPDS) y la Escala de funcionalidad familiar (FF-SIL); se realizó la tabulación de la información y creación de una base de datos con los resultados obtenidos para su análisis, se empleó para tal motivo el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences); a continuación se realizó la redacción del informe final del trabajo de titulación y la solicitud al tribunal para la disertación privada y pública del trabajo de investigación

5.11. Equipo y Materiales

- Computadora
- Impresora
- Fotocopias
- Materiales de escritorio
- Internet
- Transporte
- Programa Excel y SPSS

5.12. Análisis estadístico

Luego de la recolección de los datos mediante los distintos instrumentos, se almacenaron y tabularon los datos obtenidos en el programa de Microsoft Office Excel 2019, además en el programa estadístico SPSS, a través del cual se realizaron las pruebas estadísticas respectivas para establecer la relación entre las variables que fueron objeto de investigación, luego se representó gráficamente los resultados obtenidos en tablas de frecuencia y porcentajes. Finalmente, se procedió al análisis e interpretación de cada variable estudiada, para posteriormente establecer si se alcanzaron los objetivos propuestos

6. Resultados

6.1. Resultado para el objetivo 1.

"Conocer el riesgo a desarrollar depresión postparto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja"

Tabla 1. Riesgo de desarrollar depresión postparto según su grupo etario, en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja, periodo Octubre 2020 – Abril 2021

Riesgo a desarrollar depresión postparto	Grupo etario							
	≤ 18		19 - 29		30 - 40		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sin riesgo	5	5,1	47	47,5	27	27,3	79	79,8
Con riesgo	2	2,0	11	11,1	7	7,1	20	20,2
Total	7	7,1	58	58,6	34	34,3	99	100

f: Frecuencia; %: Porcentaje

Fuente: Cuestionario Sobre Depresión Posnatal Edimburgo (EPDS)

Elaborado por: María Belén González Salinas

99 mujeres en su etapa postparto fueron atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe, cumplieron con los criterios requeridos y formaron parte del presente estudio. Las mujeres entre los 19 a 29 años en 58% (n= 58) presentaron el menor riesgo a desarrollar depresión postparto 19% (n= 11), mientras las ubicadas en los grupos etarios límites desarrollaron el mayor riesgo; las menores o de 18 años de edad en 28.6% (n=2) y aquellas comprendidas entre los 30 a 40 años en 20.6% (n=7). En aspectos generales, el riesgo a desarrollar depresión postparto se dio en 20.2% (n= 20), mientras el 79.8% (n= 79) no presentó riesgo a desarrollar la patología.

6.2. Resultado para el objetivo 2.

"Determinar la funcionalidad familiar en la etapa posnatal de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja"

Tabla 2. Funcionalidad familiar de acuerdo a grupo etario en la etapa posnatal de mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe, periodo Octubre 2020 – Abril 2021

Funcionalidad Familiar	Grupo etario							
	≤ 18		19 - 29		30 - 40		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Severamente disfuncional	-	-	-	-	-	-	-	-
Disfuncional	1	1,0	5	5,1	1	1,0	7	7,1
Moderadamente funcional	1	1,0	12	12,1	10	10,1	23	23,2
Funcional	5	5,1	41	41,4	23	23,2	69	69,7
Total	7	7,1	58	58,6	34	34,3	99	100

f: Frecuencia; %: Porcentaje

Fuente: Escala de funcionalidad familiar (FF-SIL)

Elaborado por: María Belén González Salinas

En la examinación de la funcionalidad familiar se comprendieron variables como: la cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad y roles. La relación entre disfuncionalidad y los grupos etarios fue inversamente proporcional, es decir, cuanto mayor fue el grado de afectación en el grupo familiar (disfuncionalidad) menores fueron sus presentaciones. La disfuncionalidad fue mayor en las mujeres de 19 a 29 años en 8.6% (n=5), en menores de edad y de 18 años el 14.3% (n=1), y de 30 a 40 años en 2.9% (n=1); las familias moderadamente funcionales siguieron una presentación de menor a mayor según la edad, siendo así: en las menores de edad y de 18 años el 14.3% (n=1), en el grupo de 19 a 29 el 20.7% (n=12) y en los 30 a 40 años en 29.4% (n=10); los entornos familiares funcionales comprendieron la mayoría de los grupos etarios, fue más prevalente en hogares con madres postparto más jóvenes, en menores de edad y de 18 años 71.4% (n=5), de 19 a 29 años en 70.7% (n=41) y de menor presentación en los 30 a 40 años en 67.7% (n=23).

6.3. Resultado para el objetivo 3.

"Analizar la relación existente entre el nivel de riesgo y la funcionalidad familiar en el desarrollo de depresión postparto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja."

Tabla 3. Relación entre el riesgo y la funcionalidad familiar en depresión postparto de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe, periodo Octubre 2020 – Abril 2021

Riesgo a desarrollar depresión postparto	Funcionalidad Familiar										
	Severamente disfuncional				Moderadamente funcional				Total		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Sin riesgo	-	1	1,0	14	14,1	64	64,6	79	79,8		
Con riesgo	-	6	6,1	9	9,1	5	5,1	20	20,2		
Total	-	7	7,1	23	23,2	69	69,7	99	100		

f: Frecuencia; %: Porcentaje

Fuente: Cuestionario Depresión Posnatal Edimburgo (EPDS) y Escala de funcionalidad familiar (FF-SIL)

Elaboración: María Belén González Salinas

Tabla 4. Chi cuadrado. Relación entre el riesgo desarrollar depresión postparto y la funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe, periodo Octubre 2020 – Abril 2021

Riesgo a desarrollar depresión postparto	Funcionalidad familiar
Sin riesgo	Chi-cuadrado (χ^2): 30.932
Con riesgo	Grados de libertad (gl): 2
	Significación (p): < 0.0001

Fuente: Cuestionario Depresión Posnatal Edimburgo y Escala de funcionalidad familiar

Elaboración: María Belén González Salinas

Existe asociación entre el riesgo a desarrollar depresión postparto y la funcionalidad familiar demostrada de las maternas atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja, con un valor de $p < 0,0001$. Al ser su relación directamente proporcional, manifestaron un mayor riesgo cuanto mayor era la disfuncionalidad de su ambiente familiar. El 85.7% de hogares disfuncionales tuvieron riesgo de desarrollar depresión postparto, mientras los hogares funcionales presentaron 7.2% de riesgo a desarrollarlo.

7. Discusión

El postparto es un hito para la madre y la familia. Las mujeres y las familias, especialmente las que experimentan esta situación por primera vez, son las que más necesitan información y asistencia en este período. En consecuencia, el puerperio tiene el mayor riesgo en términos de enfermedades psiquiátricas y principalmente depresión postparto para las mujeres. La depresión postparto (DPP) es uno de los problemas de mayor incidencia entre los trastornos de salud mental postparto que surge entre las 2 y 8 semanas del período posnatal, puede continuar hasta 1 año y tiene la capacidad de transformarse en psicosis. (Tambag, Turan , Tolun , & Can , 2018)

El presente estudio tuvo la finalidad de valorar el riesgo a desarrollar depresión postparto y su relación con la funcionalidad familiar de 99 mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja. Una vez aplicado el tamizaje de la escala de Edimburgo (EPDS) el 79,8% no presentó riesgo y el 20,2% obtuvieron resultados mayores o iguales a 10, manifestando un riesgo a desarrollar DPP, hallazgo similar en los datos del estudio “Factores asociados a depresión posnatal en puérperas de Antioquia”, aplicado a 113 mujeres, 79,6 % sin riesgo y 20,27% con riesgo; sin embargo, las discrepancias radican en aspectos como, la variable de afectación por el rango etario, ubicado entre 15-40 años demostrando en las mujeres ≤ 18 años el 2,0%, entre los 19 – 29 años en 11,1% y de 30 – 40 años el 7,1%, determinando mayor riesgo a desarrollarla en las más jóvenes, en comparación con el estudio antes mencionado, en la que manifiesta una edad media de 25 años, (rango intercuartílico entre 21-30 años), sin arrojar significancia estadística al asociarla con los puntajes de riesgo para depresión, con un valor de $p = 0,658$; además los criterios que se tomaron en consideración para la aplicación del tamizaje, como el óbito fetal, diagnóstico previo de depresión y la pérdida de un integrante familiar en el último mes, factores que provocan afectación en la aplicación del tamizaje, pero que en comparación con el estudio de Antioquia fueron integrados (Peña, Ortega, Gil, Arias, & Jiménez Hernández, 2020)

También se aplicó la Escala de funcionalidad familiar (FF-SIL), donde el 69,7% de las mujeres presentaron un ambiente familiar funcional, mientras el 30,3% restante mostraron algún grado de variabilidad, siendo el 23,2% moderadamente funcionales y el 7,1% familias disfuncionales, cabe destacar que la escala aplicada valora un resultado adicional a los antes mencionados como lo son los hogares severamente disfuncionales, más ninguna

de las mujeres postparto evaluadas obtuvo dichos puntajes. Las familias disfuncionales tanto en las ≤ 18 años y entre los 30 – 40 presentaron una incidencia similar del 1,0% y las de 19-29 el 5,1%; las moderadamente funcionales en las ≤ 18 años el 1,0%, entre los 19-29 años el 12,1% y entre los 30-40 años en 10,1%, y en la mayor parte de las mujeres independientemente de su grupo etario destacaron los hogares funcionales, en las ≤ 18 años 5,1%, desde los 19-29 su predominancia fue entre el 41,4% y desde los 30-40 años el 23,2%. Estos resultados en comparación con el estudio de “Caracterización del apoyo social percibido durante el postparto y la presencia de depresión materna” llevado a cabo en 76 maternas sanas y sin antecedentes de depresión de Chile, muestran diferencias significativas en la aplicación de la misma escala, la prevalencia de los hogares funcionales es del 57,7%, y los que presentan algún nivel de disfuncionalidad con 42,1%, entre estos la mayoría son moderadamente funcionales en 34,21%, los disfuncionales el 2,63%, mismos que son duplicados por los severamente disfuncionales con 5,26% (Contreras-García, Sobarzo Rodríguez, & Manríquez Vidal, 2017)

En las mujeres con riesgo a desarrollar depresión postparto el 6,1% pertenecen a hogares disfuncionales, según lo expresado con la Escala de funcionalidad familiar (FF-SIL) a diferencia del estudio denominado “Apoyo social percibido y niveles de depresión de las mujeres en el período postparto en Hatay, Turquía”, donde de 177 mujeres en 34,5% presentan riesgo de depresión postparto, y de ellas 28,5% pertenecieron a familias con disfuncionalidad, de acuerdo al análisis de la Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS). El actual estudio estableció además una asociación de relevancia con un valor de $p < 0,0001$ entre el riesgo a desarrollar depresión postparto y el nivel de funcionalidad familiar, que en similitud con el estudio en Hatay, Turquía al considerar la relación entre las puntuaciones totales y subcampos del Cuestionario de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) y la Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS), se detectó una conexión débil de manera negativa con el apoyo familiar ($r = -0,318$, $P < 0,001$) (Tambag, Turan, Tolun, & Can, 2018)

8. Conclusiones

El riesgo a desarrollar depresión postparto predominó en los grupos etarios límites, correspondientes a mujeres, menores de edad y aquellas entre los 30 a 40 años. Si bien el Cuestionario de Depresión Posnatal de Edimburgo cataloga como riesgo a desarrollar la patología un puntaje mayor a 10, existe una excepción y es referente a la ideación de autolesión, siendo que cuando esté presente independiente del valor arrojado se considera como riesgo.

La afectación familiar fue mayor en mujeres entre los 19 a 29 años, el mayor nivel de afectación fue el moderadamente funcional.

Al relacionar tanto el tamizaje del Cuestionario de Depresión Posnatal de Edimburgo y la Escala de funcionalidad familiar, las mujeres con riesgo a desarrollar depresión postparto pertenecieron en su mayoría a hogares con algún nivel de disfuncionalidad, determinando la relación entre ambas variables como relevante para el estudio.

9. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud Pública integrar tamizajes de depresión postparto por medio de los centros de salud de primer nivel durante las citas de valoración periódica en mujeres postparto y la detección temprana de factores de riesgo en la población de padres, desde las instancias iniciales de planificación familiar o durante el control prenatal, como lo son: el Cuestionario Sobre Depresión Posnatal Edimburgo (EPDS), la Escala de funcionalidad familiar (FF-SIL), el APGAR Familiar y demás. Además de proporcionar capacitación y actualización al personal de salud respecto a conocimientos, habilidades, actitud, comportamientos y conciencia relacionados con esta problemática.

Al personal de salud de los centros de atención de primer nivel, aumentar la promoción de psicoterapia mediante charlas informativa a las mujeres en su etapa reproductiva, considerando un indicador positivo contra la depresión postparto el hecho de que la mujer se sienta preparada para la maternidad.

Se sugiere a las mujeres en el postparto compartir las responsabilidades del cuidado del recién nacido con su pareja y familiares, y a su vez que se les pueda brindar a estos servicios de capacitación y consultoría para su orientación.

10. Bibliografía

- Ampudia, M. K. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*. doi:<https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.355>
- Contreras-García, Y., Sobarzo Rodríguez, P., & Manríquez Vidal, C. (2017). Caracterización del apoyo social percibido durante el postparto y la presencia de depresión materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2017/cog171f.pdf>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2019). *William Obstetricia*. Ciudad de México, Mexico: McGRAW-HILL .
- Gupta, M., & Bowie, C. R. (2018). Cohesión familiar y flexibilidad en el episodio temprano de psicosis. *Psiquiatría de intervención temprana*. doi:10.1111 / eip.12384
- Herrera, K. W. (2018). Depression, anxiety and dysfunctional family in pregnancy. *Revista Médica Sinergia*, 3-8.
- Instituto Nacional de la Salud Mental-NIH. (4 de Junio de 2020). *Depresión Perinatal*. Obtenido de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal/20-mh-8116s-perinataldep-sp_160421.pdf
- Jadresic M., E. (2017). DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL CONTEXTO DEL HOSPITAL GENERAL. *Revista Médica Clínica Las Condes*. doi:10.1016/j.rmcl.2017.10.007
- León, S. J., & Aucapiña, N. Y. (3 de Septiembre de 2018). Adolescencia y disfuncionalidad familiar. 197- 202. doi:https://doi.org/10.26871/killkana_social.v2i3.349
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, M. C., Alden, K. R., & Olshansky, E. (2020). *Cuidados en enfermería materno-infanti*. Elsevier Health Sciences. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/01>
- Lozada, M. L. (2017). *Medicina, amor y familia*. Bogota, Colombia: Centro Editorial Facultad de Medicina Sede Bogota.
- Masías Salinas , M. A., & Arias Gallegos, W. L. (2018). Prevalencia de la depresión postparto en Arequipa, Perú. *Revista Medica Herediana*.
- Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., & Casas, J. (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo. *Revista Salus*, 7-12. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375955679003.pdf>
- Ministerio de Educación del Ecuador. (2019). *Guía de comunicación en familia*. Quito: Ministerio de Educación del Ecuador.

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Diagnostico y tratamiento del epidodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guia de Practica Clinica.* (M. Direccion Nacional de Normatizacion, Ed.) Quito, Ecuador: Editogran - Medios Publicos EP.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2017). *LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL.* Bogota: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*
- Organización Mundial de la Salud. (25 de Septiembre de 2018). *Salud de la mujer.* Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
- Organización Mundial de la Salud. (30 de Marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.* Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (28 de Noviembre de 2019). *Trastornos mentales.* Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (30 de Enero de 2020). *Depresión.* Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20el%20resultado,m%C3%A1s%20probabilidades%20de%20sufrir%20depresi%C3%B3n.>
- Organización Panamericana de la Salud. (Junio de 2018). *Depresión postparto, un problema de salud pública mundial.* Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49117>
- Öztora, S., Arslan, A., Çaylan, A., & Dağdeviren, H. (2019). Postpartum Depression and Affecting Factors in Primary Care. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 85-91.
- Pawluski, J. L., Lonstein, J. S., & Fleming, A. S. (2017). The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression. *Trends in Neurosciences (TINS)*, 107-115. doi:10.1016/j.tins.2016.11.009
- Peña, Y., Ortega, M., Gil, J., Arias, K., & Jiménez Hernández, G. (2020). Factores asociados a depresión posnatal en púerperas de Antioquia, según escala de Edimburgo. *Ciencia e Innovación en Salud*, 285-296. doi:10.17081/innosa.84
- Perez C., F., & Braham M., P. (2017). Depresión postparto en padres ¿por qué también es importante? *Revista chilena de pediatria*, 88. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000500002&lng=en&nrm=iso&tlng=en

- Pérez, T. A. (2019). *Cuidados enfermeros al recién nacido*. España: Editorial Elearning, S.L.
- Rebolledo, D. A., & Parada, B. V. (2018). Fatiga postparto. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000200161>
- Sadock, B. J., Ahmad, S., & Sadock, V. A. (2018). *Kaplan & Sadock Manual de psiquiatría clínica* (Sexta ed.). Philadelphia.
- Secretaría de Salud de Mexico. (2017). *Genero y salud en cifras*. Mexico. Obtenido de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280103/Revista15-2VF.pdf>
- Sesmero, J. R. (2018). *Principios de medicina materno fetal*. Santander, Cantabria, España: Editorial de la Universidad de Cantabria.
- Tambag, H., Turan , Z., Tolun , S., & Can , R. (2018). Apoyo social percibido y niveles de depresión de las mujeres en el período postparto en Hatay, Turquía. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 1525-1530. doi:10.4103 / njcp.njcp_285_17
- Ticona, R. P. (2017). Influencia de las relaciones intrafamiliares, en el rendimiento académico en niños (as) de 10 y 11 años, que asisten a la Comunidad de Educación. 87-106. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n18/n18_a08.pdf
- Zegarra, D. V., & Jesús, A. P. (2017). Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en. *Scielo*, 21-42. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v5n2/a02v5n2.pdf>
- Zurro, A. M., Pérez, J. F., & Badia, J. G. (2019). *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia* (Octava ed.). Barcelona, España: Elsevier Health Sciences.

11. Anexos

11.1. Anexo 1. Aprobación del tema e Informe de pertinencia



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0055 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. María Belén González Salinas
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

FECHA: 12 de febrero de 2021

**ASUNTO: APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL
PROYECTO DE TESIS**

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: "**Depresión postparto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja**", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el Dr. Álvaro Quinche, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera **aprobado ya que el mismo es pertinente**, por tanto puede continuar con el trámite respectivo. Sin embargo, el docente sugiere tener un piloto previo con el fin de valorar en nuestra realidad la frecuencia y porcentaje de esta problemática con el fin de tener una visión de primera mano de la muestra o población de estudio.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**
C.c.- Archivo, Estudiante.
NOT

11.2. Anexo 2. Designación del director



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0076 DCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Álvaro Quinche
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

FECHA: 19 de febrero de 2021

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema: **“Depresión postparto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja”**, autoría de la Srta. **María Belén González Salinas**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**
C.c.- Archivo, Estudiante.
NOT

11.3. Anexo 3. Aprobación de la recolección de datos

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Coordinación Zonal 7 – SALUD

Oficio Nro. MSP-CZ7-S-2021-0581-O

Loja, 20 de abril de 2021

Asunto: RESPUESTA : UNL. Dra. Tania Cabrera Parra. Solicita autorización para recolección de datos del proyectos de investigación.

Gestora Académica de la Carrera de Medicina
Tania Verónica Cabrera Parra
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
En su Despacho

De mi consideración:

Por medio del presente expreso a usted un cordial y atento saludo y éxitos en el desarrollo de sus funciones, en atención a Memorándum Nro. 0144 DCM-FSH-UNL suscrito por Usted, en el que solicita la autorización para que la Srta. María Belén González Salinas, estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, acceda a la consulta externa y a la información de las pacientes para la realización del Proyecto de Investigación denominado "Depresión Postparto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la Ciudad de Loja" bajo la supervisión del Dr. Álvaro Quinche .

Me permito comunicarle que en el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional de Salud Pública, la Asociación de Facultades Ecuatorianas de Ciencias Médicas y de la Salud AFEME y la Asociación Ecuatoriana de Escuelas y Facultades de Enfermería ASEDEFE y el convenio específico entre la Universidad Nacional de Loja y la Coordinación Zona 7-Salud, se autoriza a la Srta. María Belén González Salinas, para que realice la investigación en el Centro de Salud de Motupe, para lo cual el estudiante deberá coordinar con el Dr. Ángel Acero y firmar el acuerdo de confidencialidad conforme lo establece el Art. 7. del acuerdo de Acuerdo Ministerial 5216 publicado en el Registro Oficial Suplemento 427 de 29-ene.-2015 que en su parte pertinente textualmente indica: *"El uso de los documentos que contienen información de salud no se podrá autorizar para fines diferentes a los concernientes a la atención de los/las usuarios/as, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia. Toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardar la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados."*

Finalizada la investigación el estudiante debe comprometerse a presentar al Responsable del Centro de Salud de Motupe los resultados de la investigación, los mismos que servirán como insumo para la toma de decisiones sobre el tema.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Santo Domingo de los Colorados entre Riobamba y Machala
Loja – Ecuador • Código Postal: 110150 •
Teléfono: 593-7-2570584 • www.salud.gob.ec

Lenin



GOBIERNO DE TODOS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Coordinación Zonal 7 – SALUD

Oficio Nro. MSP-CZ7-S-2021-0581-O

Loja, 20 de abril de 2021

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Obstra. Alfredo Isaias Vera Barzola
COORDINADOR ZONAL 7 - SALUD

Referencias:

- MSP-CZ7-DZAF-2021-0578-E

Copia:

Señora Doctora
Rosa Emerita Guarnizo Correa
Servidor Público 9 de la Salud-médico General / Responsable Zonal de Provisión de Servicios de Salud

Señorita Magíster
Livia Gladys Pineda Lopez
Medico General/Provisión de Servicios de Salud

Señor Doctor
Angel Gabriel Acaro Loaiza
Médico Especialista en Medicina Familiar del Centro de Salud Motupe / RESPONSABLE

Señorita
Cristina Marisol Ramon Ordoñez
Recepcionista Zonal

lp/rg



Firmado electrónicamente por:
**ALFREDO
ISAIAS VERA
BARZOLA**

Santo Domingo de los Colorados entre Riobamba y Machala
Loja – Ecuador • Código Postal: 110150 •
Teléfono: 593-7-2570584 • www.salud.gob.ec

Lenin



GOBIERNO DE TODOS

11.4. Anexo 4. Certificación del tribunal de grado



CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 16 de Noviembre del 2022

En calidad del tribunal calificador del trabajo de titulación o de integración curricular titulado "**Depresión postparto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja**", de la autoría de la Srta. **María Belén González Salinas** portador/a de la cédula de identidad Nro. **1104137862** previo a la obtención del título de Médica General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.

APROBADO



Firmado electrónicamente por:
**KARINA
YESENIA**

**Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.
PRESIDENTE**



Firmado electrónicamente por:
**SANDRA
KATERINE MEJIA
MICHAY**




**Méd. Sandra Katerine Mejia Michay, Mgs.
VOCAL PRINCIPAL 1**



Firmado electrónicamente por:
**XIMENA PATRICIA
CARRION RUILOVA**

**Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova Esp.
VOCAL PRINCIPAL 2**

11.5. Anexo 5. Certificación de Inglés

		BRYAN DARIO RUIZ QUEZADA - PERITO ACREDITADO POR EL CONSEJO DE LA JUDICATURA PARA EL IDIOMA INGLÉS	
---	---	---	---

Loja 11 de Octubre de 2022

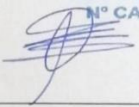
A quien corresponda. –

Yo, Bryan Darío Ruiz Quezada, con numero de cedula 1104343064, en mi calidad de Perito Acreditado por el Consejo de la Judicatura para el idioma Inglés, certifico que he traducido el resumen del trabajo de investigación denominado “Depresión postparto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja”, perteneciente a la Srta. María Belén González Salinas.

Además, dejo sentado que, de ser necesario, puedo ser contactado posteriormente en caso de necesitar cualquier aclaración respecto del presente documento.

Atentamente:

Ing. Mgs. Bryan Ruiz Q.
PERITO TRADUCTOR ACREDITADO
N° CAL: 1258631



Ing. Mgs. Bryan Ruiz Q.
PERITO ACREDITADO
CALIFICACION N° 1258631

Telf: 0993740174 - 2109667 email: bryan_d1990@hotmail.com

11.6. Anexo 6. Consentimiento informado



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

Consentimiento Informado Organización Mundial de la Salud (OMS)

Este formulario de Consentimiento Informado está dirigido a las mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe con la finalidad de invitarles a participar del proyecto orientado a identificar el riesgo de depresión postparto y funcionalidad familiar en pacientes atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja Tesista: María Belén González Salinas

Director del trabajo de titulación: Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp.

Introducción

Yo, María Belén González Salinas portadora de la CI: 1104137862, estudiante de la Universidad Nacional de Loja, me encuentro realizando un estudio que determinara el riesgo de depresión postparto y el estado de funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja

Tipo de intervención de la investigación

Para el presente proyecto se plantea aplicar el cuestionario sobre Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) y la Escala de funcionalidad familiar (FF-SIL).

Selección de participantes

Se realiza la invitación a todos los en los moradores del Barrio Motupe de la ciudad de Loja, de género femenino a participar en la investigación sobre “Depresión postparto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja”

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, esto no la perjudicara de ninguna forma. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar.

Confidencialidad

Esta investigación se realizará en las mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja que hayan aceptado participar.

La información recopilada durante la investigación referente a datos personales no asociados a la investigación no se encontrará disponible para otras personas y será solo de conocimiento del investigador.

Compartiendo resultados

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja

A quien contactar

Cualquier otra duda que no haya sido despejada le invito cordialmente a contactarme y realizarla a través de los siguientes medios:

Correo: mbgonzalezs@unl.edu.ec Cel.: 0999741162



Consentimiento Informado

Yoestoy de acuerdo en participar en la investigación: “Depresión postparto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja”, con responsabilidad de la estudiante María Belén González Salinas, perteneciente a la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja. He sido informado sobre el propósito del cuestionario.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación por lo cual y para que así conste firmo este consentimiento informado.

11.7. Anexo 7. Cuestionario de Depresión Posnatal de Edimburgo



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

Cuestionario Sobre Depresión Posnatal Edimburgo (EPDS)

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. 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. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

Nombre:

Dirección:

Su fecha de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento del Bebé:

Teléfono:

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	
	Solo en ocasiones	
	No, nunca	
10. He pensado en hacerme daño a mí misma	Sí, bastante a menudo	
	A veces	
	Casi nunca	
	No, nunca	

Taken from the British Journal of Psychiatry

June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

11.8. Anexo 8. Escala de funcionalidad familiar



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

Escala de funcionalidad familiar (FF-SIL)

Instrumento diseñado por De la Cuesta Freijomil, D., Pérez González, E., & Louro Bernal, I., en el año de 1994 y validado en Cuba. Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia. Cada situación es respondida por el usuario mediante unacruz (x), tomando como valores de referencia que casi nunca = 1; pocas veces = 2; algunas veces = 3; muchas veces = 4 y casi siempre = 5 según su percepción como miembro familiar.

#	Preguntas	1	2	3	4	5
1	Se toma decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobre llevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferente					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9	Se distribuye las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son representados por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					
Puntaje Total						

11.9. Anexo 9. Base de Datos

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)					Escala de funcionabilidad familiar (FF-SIL)	
#	Edad	Fecha de nacimiento del neonato	Puntaje	Clasificación	Puntaje	Clasificación
1	17	27/09/2020	10	Con riesgo	62	Funcional
2	20	22/09/2020	10	Con riesgo	44	Moderadamente funcional
3	36	11/06/2020	3	Sin riesgo	66	Funcional
4	32	02/11/2020	11	Con riesgo	62	Funcional
5	22	30/10/2020	7	Sin riesgo	61	Funcional
6	26	20/10/2020	20	Con riesgo	51	Moderadamente funcional
7	35	07/11/2020	12	Con riesgo	35	Disfuncional
8	15	22/11/2020	8	Sin riesgo	43	Moderadamente funcional
9	30	26/11/2020	2	Sin riesgo	56	Moderadamente funcional
10	25	09/11/2020	13	Con riesgo	35	Disfuncional
11	31	12/12/2020	4	Sin riesgo	62	Funcional
12	24	23/11/2020	12	Con riesgo	30	Disfuncional
13	33	04/12/2020	9	Sin riesgo	69	Funcional
14	20	22/10/2020	4	Sin riesgo	49	Moderadamente funcional
15	22	30/10/2020	5	Sin riesgo	51	Moderadamente funcional
16	28	24/09/2020	12	Con riesgo	56	Moderadamente funcional
17	40	12/09/2020	13	Con riesgo	54	Moderadamente funcional
18	24	30/01/2020	13	Con riesgo	59	Moderadamente funcional
19	26	29/09/2020	3	Sin riesgo	45	Moderadamente funcional
20	35	20/04/2020	14	Con riesgo	50	Moderadamente funcional
21	34	17/03/2020	13	Con riesgo	56	Moderadamente funcional
22	21	03/06/2020	7	Sin riesgo	56	Moderadamente funcional
23	35	20/06/2020	7	Sin riesgo	59	Moderadamente funcional

24	26	04/04/2020	12	Con riesgo	52	Moderadamente funcional
25	23	27/02/2020	13	Con riesgo	30	Disfuncional
26	26	12/05/2020	21	Con riesgo	30	Disfuncional
27	25	26/03/2020	5	Sin riesgo	59	Moderadamente funcional
28	19	29/07/2020	1	Sin riesgo	34	Disfuncional
29	28	17/08/2020	5	Sin riesgo	62	Funcional
30	25	27/02/2020	3	Sin riesgo	56	Moderadamente funcional
31	29	04/08/2020	1	Sin riesgo	70	Funcional
32	27	10/07/2020	8	Sin riesgo	58	Funcional
33	20	19/05/2020	5	Sin riesgo	58	Funcional
34	31	08/01/2020	8	Sin riesgo	54	Moderadamente funcional
35	39	16/01/2020	0	Sin riesgo	70	Funcional
36	21	26/03/2020	9	Sin riesgo	67	Funcional
37	28	02/06/2020	3	Sin riesgo	58	Funcional
38	26	03/12/2019	8	Sin riesgo	58	Funcional
39	21	02/09/2020	7	Sin riesgo	67	Funcional
40	24	16/12/2019	5	Sin riesgo	59	Funcional
41	19	12/02/2020	13	Con riesgo	50	Moderadamente funcional
42	31	10/08/2020	3	Sin riesgo	51	Moderadamente funcional
43	37	07/08/2020	4	Sin riesgo	61	Funcional
44	27	28/03/2020	13	Con riesgo	58	Funcional
45	28	11/11/2020	2	Sin riesgo	62	Funcional
46	28	24/03/2020	9	Sin riesgo	64	Funcional
47	28	10/06/2019	8	Sin riesgo	64	Funcional
48	29	01/03/2020	6	Sin riesgo	61	Funcional
49	34	03/06/2020	9	Sin riesgo	47	Moderadamente funcional
50	18	14/02/2021	4	Sin riesgo	67	Funcional
51	18	08/10/2020	15	Con riesgo	29	Disfuncional
52	32	11/01/2021	0	Sin riesgo	63	Funcional
53	34	16/04/2021	3	Sin riesgo	68	Funcional
54	30	06/01/2021	3	Sin riesgo	69	Funcional
55	29	12/09/2021	2	Sin riesgo	70	Funcional
56	25	30/12/2020	9	Sin riesgo	65	Funcional
57	30	17/06/2020	0	Sin riesgo	65	Funcional
58	22	10/03/2021	0	Sin riesgo	60	Funcional
59	34	03/06/2020	9	Sin riesgo	47	Moderadamente funcional
60	19	25/10/2020	5	Sin riesgo	58	Funcional
61	19	03/04/2021	7	Sin riesgo	68	Funcional

62	25	04/01/2021	0	Sin riesgo	66	Funcional
63	26	02/02/2021	3	Sin riesgo	70	Funcional
64	25	21/01/2021	0	Sin riesgo	54	Moderadamente funcional
65	36	22/02/2020	5	Sin riesgo	65	Moderadamente funcional
66	40	05/05/2021	0	Sin riesgo	69	Funcional
67	33	17/01/2021	0	Sin riesgo	61	Funcional
68	32	17/01/2021	1	Sin riesgo	66	Funcional
69	21	21/08/2021	0	Sin riesgo	70	Funcional
70	19	15/05/2021	2	Sin riesgo	63	Funcional
71	21	16/02/2021	2	Sin riesgo	65	Funcional
72	38	28/04/2021	0	Sin riesgo	59	Funcional
73	34	24/01/2021	10	Con riesgo	56	Moderadamente funcional
74	18	14/05/2021	4	Sin riesgo	64	Funcional
75	23	02/01/2021	2	Sin riesgo	58	Funcional
76	29	29/09/2020	4	Sin riesgo	46	Moderadamente funcional
77	27	08/05/2021	3	Sin riesgo	59	Funcional
78	26	15/01/2021	2	Sin riesgo	64	Funcional
79	23	27/02/2020	1	Sin riesgo	59	Funcional
80	36	30/04/2021	6	Sin riesgo	65	Funcional
81	30	31/08/2020	7	Sin riesgo	60	Funcional
82	27	11/04/2021	0	Sin riesgo	67	Funcional
83	23	23/01/2020	0	Sin riesgo	63	Funcional
84	21	12/03/2021	6	Sin riesgo	59	Funcional
85	30	05/03/2021	3	Sin riesgo	62	Funcional
86	25	14/11/2019	2	Sin riesgo	64	Funcional
87	34	10/02/2021	10	Con riesgo	66	Funcional
88	16	19/03/2020	2	Sin riesgo	57	Funcional
89	19	14/04/2020	8	Sin riesgo	63	Funcional
90	24	15/02/2021	1	Sin riesgo	70	Funcional
91	18	12/03/2021	7	Sin riesgo	70	Funcional
92	33	28/01/2021	2	Sin riesgo	48	Moderadamente funcional
93	32	15/02/2021	6	Sin riesgo	64	Funcional
94	33	16/12/2020	0	Sin riesgo	60	Funcional
95	33	22/05/2021	0	Sin riesgo	70	Funcional
96	22	21/07/2020	0	Sin riesgo	63	Funcional
97	26	19/01/2021	0	Sin riesgo	62	Funcional
98	27	16/03/2020	1	Sin riesgo	60	Funcional
99	19	18/11/2020	4	Sin riesgo	59	Funcional

11.10. Anexo 10. Proyecto de investigación



Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

Proyecto de investigación

Tema: Depresión postparto y funcionalidad
familiar en mujeres atendidas en el Centro de
Salud Universitario de Motupe en la ciudad de
Loja

Autor: María Belén González Salinas

Loja – Ecuador

2020

Tema

Depresión postparto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja

Problemática

La salud mental se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Los trastornos depresivos afectan a la población femenina en mayor proporción (5,1%) que en los hombres (3,6%). Es la causa más importante dentro de la carga de morbilidad en la población femenina que se haya en edad reproductiva de 15 a 44 años y en mujeres adultas entre los 20 a 59 años, tanto en los países de ingresos altos, como en los de ingresos bajos. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El parto y el postparto se consideran momentos de gran impacto sobre el estado físico, hormonal y mental de la mujer. Los cambios que se producen aumentan su vulnerabilidad y hacen que sean más susceptibles de padecer este tipo de alteraciones. (Rebolledo & Parada, 2018)

Está incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) bajo la denominación de “trastorno depresivo durante el período perinatal”. Se asocia a suicidio y filicidio, y es el primero entre las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2018) su incidencia mundial es del 15%, y del 56% en puérperas provenientes de Latinoamérica durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé, el desarrollo de actividades preventivas y abordaje oportuno podría no solo mejorar la calidad de vida de la madre, sino también el desarrollo funcional y adaptativo de su bebé.

La depresión postparto se relaciona con síntomas psicológicos y alteración de patrones biológicos, entre los que están un estado emocional de tristeza, altos niveles de cansancio, trastornos del sueño y afectación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, responsable de la secreción de la hormona cortisol, necesaria para hacer frente a situaciones de estrés. Aunque los síntomas suelen aparecer tras el nacimiento del bebé, las mujeres que desarrollan depresión postparto presentan síntomas durante el embarazo siguiente

(somatización, depresión, ansiedad y estrés específico del embarazo) y mayores niveles de cortisol desde el primer trimestre. (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

Esta etapa se ha definido como una crisis normativa en la vida de las personas, ya que los nuevos padres deben balancear no sólo las demandas de su vida personal, laboral, social, sino también las presiones económicas y necesidades emocionales de la familia

Por lo tanto, si bien existe la posibilidad de seguir creciendo y desarrollándose como individuos y como familia, también existe el peligro potencial de que la demanda sobrepase los recursos existentes y que aumenten por lo tanto significativamente los niveles de estrés, ansiedad y sintomatología depresiva en ambos miembros de la pareja, lo que incide negativamente a nivel personal, familiar y en el desarrollo de los niños (Perez C. & Braham M., 2017)

Acorde a la falta de información estadística actual referente al riesgo y funcionalidad familiar de la depresión postparto se considera necesario plantear el siguiente cuestionamiento: ¿Cuál es nivel de riesgo y estado de la funcionalidad familiar en el desarrollo de la depresión postparto que predominan en las puérperas atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja?

Justificación

Las altas tasas de depresión postparto hacen necesaria la creación de estrategias para apoyar y facilitar el acceso de este grupo de riesgo a los servicios de salud mental. A este problema se suma que las mujeres buscan menos ayuda psicológica y médica durante el embarazo y el puerperio, por ese motivo tienen menos información sobre las vías de ayuda que otros grupos de mujeres. Además, durante el período perinatal existe un bajo reconocimiento de la efectividad de los servicios de salud mental. (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

La aplicación de medidas preventivas en torno a la depresión postparto desde la perspectiva de la salud pública mejorará la salud de las mujeres durante el embarazo y el puerperio, y fortalecerán la salud y el desarrollo fetal e infantil.

Resulta entonces pertinente ampliar la mirada diádica madre-hijo y considerar también al entorno familiar, entendiendo así que la salud mental no existe en forma aislada, sino que es fundamentalmente un fenómeno contextual y relacional. En este contexto, los pediatras, y médicos familiares que ven niños tienen un rol fundamental en reconocer la importancia de incorporar a los padres como figuras relevantes en la salud y desarrollo de sus hijos. (Perez C. & Braham M., 2017)

La presente investigación pretende beneficiar a la ciudadanía de Loja a contribuir al conocimiento de la patología, resaltando su riesgo, importancia, y su relación con la funcionalidad familiar en su desarrollo, sirviendo de sustento para la población de estudio, madres, neonatos y su entorno familiar, futuros proyectos y posiblemente impulsar más medidas preventivas por parte de agentes sanitarios.

El estudio responde a la línea de investigación “Salud Enfermedad Materno Infantil de la zona 7 o Región Sur” de la Facultad de Salud Humana de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja; dentro de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública (MSP), se encuentra en el área de investigación de Salud mental y trastornos del comportamiento, en la línea depresión y distimia, en la sublínea de grupos vulnerables.

Objetivos

Objetivo General

Identificar el riesgo de depresión postparto y la funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja durante el periodo Octubre 2020 a Agosto 2021

Objetivos Específicos

- Conocer el riesgo de depresión postparto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja
- Determinar la funcionalidad familiar en la etapa posnatal de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja
- Analizar la relación existente entre el nivel de riesgo y la funcionalidad familiar en el desarrollo de depresión postparto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en la ciudad de Loja

Esquema de la Revisión de Literatura

5.1 Puerperio

5.1.1 Fisiología del puerperio

5.1.1.1 Cambios genitales

5.1.1.1.1 Involución miometrial

5.1.1.1.2 Trombosis vascular e hialinización de las arterias espirales

5.1.1.1.3 Regeneración del endometrio

5.1.1.1.4 Involución del sitio placentario

5.1.1.1.5 Cambios cervicales

5.1.1.1.6 Canal del parto

5.1.1.1.7 Aspectos clínicos.

5.1.1.2 Cambios extragenitales.

5.1.1.2.1 Tracto urinario

5.1.1.2.2 Peritoneo y pared abdominal

5.1.1.2.3 Cambios hematológicos y de coagulación

5.1.1.2.4 Diuresis y Peso

5.1.1.2.5 Mamas

5.1.2 Etapas del Puerperio

5.2 Depresión postparto (DPP)

5.2.1 Definiciones

5.2.2 Etiología

5.2.3 Diagnostico

5.2.4 Prevención

5.2.5 Tratamiento

5.2.5.1 Manejo no farmacológico en el embarazo

5.2.5.2 Manejo farmacológico en el embarazo

5.2.5.3 Manejo farmacológico en el postparto

5.2.5.4 Manejo farmacológico durante la lactancia

5.2.5.5 Manejo con terapia electroconvulsiva (TEC)

5.2.6 Métodos para evaluar el riesgo de desarrollar depresión postparto

5.2.6.1 Cuestionario Sobre Depresión Posnatal Edimburgo (EPDS)

5.3 Funcionalidad familiar

5.3.1 Definición de familia

5.3.2 Salud familiar

5.3.2.1 Familia normofuncional

5.3.2.2 Familia disfuncional

5.3.2.3 Homeostasis familiar

5.3.2.3.1 Retroalimentación negativa

5.3.2.3.2 Cierre de las fronteras familiares

5.3.3 Desarrollo familiar

Metodología

Operalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido de vida en un individuo contando desde su nacimiento.	Biológica	Fecha de nacimiento. Se aplicaron intervalos cada 11	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 18 • 19-29 • 30-40
Depresión postparto	Trastorno mental en la mujer después de haber dado a luz, se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde.	Perceptiva	Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE)	<ul style="list-style-type: none"> • Sin riesgo a depresión postparto: <10 • Con riesgo a depresión postparto: ≥ 10
Funcionalidad familiar	Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Perceptiva	Escala de funcionalidad familiar (FF-SIL).	<ul style="list-style-type: none"> • Familia funcional: 70 a 57 • Familia moderadamente funcional: 56 a 43 • Familia disfuncional: 42 a 28 • Familia severamente disfuncional: 27 a 14

Presupuesto

Concepto	Unidad	Cantidad	Costo unitario (USD)	Costo Total (USD)
MATERIALES Y SUMINISTROS				
Hojas de papel bond	Resmas de 250	5	5,00	25,00
Esferos y lápices	Caja de 6 unidades	1	2,50	2,50
Impresiones a blanco/negro	Unidad	1000	0,05	50,00
Impresiones a colores	Unidad	1000	0,10	100,00
Internet	Mes	12	30,00	360,00
Anillados	Unidad	4	3,00	6,00
Empastados	Unidad	1	15,00	15,00
CD	Unidad	4		7,50
RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS Y SOFTWARE				
SPSS		1	0	0
CAPACITACIÓN				
Curso estadístico SPSS	0	0	0	0
EQUIPOS				
Computador	Equipo	1	700.00	700.00
Impresora	Equipo	1	300.00	300.00
Tonner	Frasco	3	50,00	100,00
Sub total				1666,00
(Imprevistos 10%)				478,25
TOTAL				2144.25