



Universidad
Nacional
de Loja

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Incidencia de depresión posparto de la Clínica
Hospital Municipal “Julia Esther González
Delgado” de la ciudad de Loja

Trabajo de Titulación
previa a la obtención del
título de médico general

AUTORA:
Janeth Verónica León Alberca.

DIRECTOR:
Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

LOJA – ECUADOR

2022

ii. CERTIFICACIÓN

Loja, 26 de septiembre del 2022

Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifico:

Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración del trabajo de Titulación del grado titulado: INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO DE LA CLÍNICA HOSPITAL MUNICIPAL “JULIA ESTHER GONZÁLEZ DELGADO” DE LA CIUDAD DE LOJA.” de autoría de la Srta. Janeth Verónica León Alberca, previa a la obtención del título de Médico General, ha sido realizado bajo mi asesoramiento, dirección y supervisión, por lo que, al cumplir con los requisitos una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva, sustentación y defensa.

Loja, 26 de septiembre del 2022

Firma.



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

**Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova
DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

iii. AUTORÍA

Yo, Janeth Verónica León Alberca, 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 del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi trabajo de titulación en el Repositorio Digital Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma.

Cédula de identidad: 1150210811

Fecha: 21 de noviembre del 2022

Correo electrónico: janeth.leon@unl.edu.ec

Teléfono: 0996407383

iv. CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Janeth Verónica León Alberca, declaro ser autora del trabajo de titulación titulado: **INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO DE LA CLÍNICA HOSPITAL MUNICIPAL “JULIA ESTHER GONZÁLEZ DELGADO” DE LA CIUDAD DE LOJA.** Como requisito para optar el grado de Médico 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 Digital Institucional.

Los usuarios pueden buscar y consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Digital 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 21 días del mes de noviembre del dos mil veinte y dos.

Autora: Janeth Verónica León Alberca.

Cédula: 1150210811

Dirección: Urb. Estancia Norte, calles Antonio Hidalgo y Vicente Rojas, Loja, Ecuador.

Correo electrónico: janeth.leon@unl.edu.ec

Teléfono: 2615260-0996407383

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora del trabajo de titulación: Dra, Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

Tribunal de Grado: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza (Presidenta del tribunal)

Dra. Celsa Beatriz Carrión Berrú (Miembro del tribunal)

Dr. Cesar Edinson Palacios Soto (Miembro del tribunal)

v. DEDICATORIA

Dedico la presente con todo mi amor.

Primeramente, a Dios por ser mi guía en cada paso que he dado y por permitirme cumplir cada una de las metas que me he propuesto.

A mis padres Fernando y Piedad, por ser mi mayor ejemplo, sostén y fortaleza a lo largo de mi vida y por ser mi principal y tan necesario apoyo durante todos estos años de carrera.

A mis hermanos Tatiana y Fernando, por estar a mi lado siempre que los necesito, a mi abuelita Teresa, porque desde siempre ha estado alentándome, aconsejándome y apoyándome para que sea un buen ser humano y ahora una profesional que ayude a los demás, no solo a través de sus conocimientos, sino también a través de la empatía. Así mismo a mi familia en general, porque desde el inicio de este camino han estado animándome para que siga adelante.

Este trabajo se lo dedico a ustedes, porque sin su apoyo y cariño esto no sería posible.

Janeth Verónica León Alberca

vi. AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios por guiarme, darme fortaleza y las herramientas necesarias para haber recorrido este hermoso pero tortuoso camino. A mis padres, hermanos, familia y amigos que han estado presentes en cada uno de mis logros, pero que también han estado para acompañarme en los momentos más complicados y confusos de mi vida.

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, a la planta docente, a los miembros del Centro de Apoyo Social Municipal de Loja “CASMUL” y al personal de Salud de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado”.

De manera especial extiendo un agradecimiento a la Dra. Ximena Carrión, ya que con su asesoría y dirección pude finalizar mi trabajo de investigación. De la misma forma agradezco al Dr. Marco Medina por ser quien dirigió y planteó las bases de este trabajo.

Gracias de corazón.

Janeth Verónica León Alberca.

vii. Índice de contenidos

ii. CERTIFICACIÓN.....	ii
iii. AUTORÍA.....	iii
iv. CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
v. DEDICATORIA.....	v
vi. AGRADECIMIENTO.....	vi
vii. Índice de contenidos.....	vii
1. TÍTULO:.....	1
2. RESUMEN.....	2
2.1 ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. MARCO TEÓRICO.....	6
4.1 Depresión.....	6
4.1.1 Definición de la depresión.....	6
4.1.2 Fisiopatología de la depresión.....	6
4.1.3 Factores de riesgo de la depresión.....	7
4.1.4 Clasificación de la depresión.....	7
4.2 Posparto.....	8
4.2.1 Etapas del posparto.....	8
4.2.2 Cambios emocionales en el posparto.....	8
4.2.3 Trastornos mentales en el posparto.....	9
4.3 Depresión posparto.....	10
4.3.1 Etiología de depresión posparto.....	11
4.3.2 Epidemiología de la depresión posparto.....	13
4.3.3 Fisiopatología de la depresión postparto.....	13
4.3.4 Diagnóstico de depresión posparto.....	14
4.3.5 Diagnóstico diferencial de la depresión posparto.....	16
4.3.6 Prevención de la depresión posparto.....	17
4.3.7 Tratamiento de depresión posparto.....	17
5. METODOLOGÍA.....	20
5.1 Enfoque.....	20
5.2 Tipo de diseño utilizado.....	20
5.3 Unidad de estudio.....	20
5.4 Universo y Muestra.....	20
5.5 Criterios de inclusión.....	20
5.6 Criterios de exclusión.....	20
5.7 Técnicas.....	21
5.8 Instrumentos.....	21
5.9 Procedimiento.....	22

5.10	Equipo y Materiales.....	22
5.11	Análisis estadístico.	23
6.	RESULTADOS	24
7.	DISCUSIÓN	32
8.	CONCLUSIONES.....	34
9.	RECOMENDACIONES.....	35
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	36
11.	ANEXOS.....	39

Índice de tablas

Tabla 1.	Factores etiopatogénicos de la depresión posparto.....	12
Tabla 2.	Síntomas de la Depresión Mayor.....	15
Tabla 3.	Frecuencia de pacientes con depresión posparto según la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la Ciudad de Loja.	24
Tabla 4.	Edad de las pacientes de la Clínica Hospital Municipal "Julia Esther González Delgado" de la ciudad de Loja, con depresión posparto.....	24
Tabla 5.	Estado Civil de las pacientes de la Clínica Hospital Municipal "Julia Esther González Delgado" de la ciudad de Loja, con depresión posparto.....	25
Tabla 6.	Procedencia de las pacientes de la Clínica Hospital Municipal "Julia Esther González Delgado" de la ciudad de Loja, con depresión posparto.....	25
Tabla 7.	Nivel de Escolaridad de las pacientes de la Clínica Hospital Municipal "Julia Esther González Delgado" de la ciudad de Loja, con depresión posparto.....	26
Tabla 8.	Número de Hijos de las pacientes de la Clínica Hospital Municipal "Julia Esther González Delgado" de la ciudad de Loja, con depresión posparto.....	26
Tabla 9.	Ocupación de las pacientes de la Clínica Hospital Municipal "Julia Esther González Delgado" de la ciudad de Loja, con depresión posparto.....	26
Tabla 10.	Relación entre la presencia de depresión posparto y la edad en las pacientes de la Clínica Hospital Municipal "Julia Esther González Delgado" de la ciudad de Loja.....	27
Tabla 11.	Relación entre la presencia de Depresión Posparto y el estado civil en las pacientes de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja.....	28
Tabla 12.	Relación entre la presencia de Depresión Posparto y la procedencia en las pacientes de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja.....	28
Tabla 13.	Relación entre la presencia de depresión posparto y la escolaridad en las pacientes de la	

Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja.....	29
Tabla 14. Relación entre la presencia de depresión posparto y el número de hijos en las pacientes de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja.	30
Tabla 15. Relación entre la presencia de depresión posparto y la ocupación en las pacientes de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja.....	30

Tabla de anexos

Anexo N°1. Aprobación de Tema del trabajo de titulación	39
Anexo N°2. Pertinencia del proyecto.....	40
Anexo N°3. Asignación del Director de trabajo de titulación.....	41
Anexo N°4. Autorización para modificación de tema.....	42
Anexo N°5. Autorización para recolección de datos-CASMUL.....	43
Anexo N°6. Autorización ampliación de cronograma.....	44
Anexo N°7. Reasignación de director del trabajo de titulación	45
Anexo N°8. Autorización de segunda ampliación de cronograma.....	46
Anexo N°9. Certificación de Abstract.....	47
Anexo N°10. Certificación del Tribunal de Grado	48
Anexo N°11. Consentimiento Informado.....	49
Anexo N°12. Fecha de recolección de información sociodemográfica.....	51
Anexo N°13. Test de Edimburgo.....	53
Anexo N°14. Proyecto de trabajo de titulación.....	55

1. TÍTULO:

Incidencia de depresión posparto de la Clínica Hospital Municipal
“Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja.

2. RESUMEN

La depresión posparto (DPP) es una enfermedad mental grave que involucra el cerebro y afecta el comportamiento y salud física de la mujer. Consiste en la presencia de síntomas depresivos que duran más de 2 semanas después del parto y que interfieren con las actividades de la vida diaria. Para la elaboración de la presente investigación se realizó un estudio descriptivo cuantitativo, tipo observacional, de cohorte transversal en la “Clínica Hospital Municipal Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja. Se contó con una población total de 62 puérperas, cuyo parto se produjo entre los meses de septiembre 2020 y abril 2021.

Con el fin de determinar la incidencia de Depresión Posparto en dicha casa de salud, se aplicó el Test de depresión posparto de Edimburgo a las pacientes que se encontraban en el área de hospitalización y consulta externa. De la población estudiada, el 32% de ellas fueron calificadas con probable DPP a través del test nombrado previamente. Para caracterizar sociodemográficamente a la población con probable depresión posparto según el Test de Edimburgo, se aplicó una ficha de datos sociodemográficos elaborada por la autora. Entre los resultados obtenidos se evidenció que, del total de pacientes con depresión posparto según la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, la mayor parte de ellas (86%) tienen de 1 a 3 hijos, además el 62% son de procedencia urbana.

Palabras clave: Depresión posparto; diagnóstico de depresión posparto, posparto; test de Edimburgo; tratamiento de depresión posparto.

2.1 ABSTRACT

Postpartum depression (PPD) is a serious mental illness that involves the brain and affects a woman's behavior and their physical health. It consists of the presence of depressive symptoms which last more than 2 weeks after a child's birth and that interfere with activities of a common daily-live. To carry out this research, a descriptive study, with a quantitative approach, observational type, prospective cross-sectional cohort was carried out at "Julia Esther González Delgado Municipal Hospital Clinic" in Loja city. There was a total population of 62 puerperal women, whose delivery occurred between the months of September 2020 and April 2021.

To determine the incidence of Postpartum Depression in said health home, the Edinburgh Postpartum Depression Test was applied to patients who were in the hospitalization and outpatient area. Of the population studied, 32% of them were qualified with probable PPD through the previously mentioned test. In order to socio-demographically characterize the population with probable postpartum depression according to the Edinburgh Test, a Sociodemographic Data Sheet prepared by the author was applied. Among the results obtained, it was evidenced that the sample of patients with postpartum depression according to the Edinburgh Postpartum Depression Scale, 86% have 1 to 3 children. Moreover, 62% are from urban origin.

Keywords: Postpartum depression; diagnosis of postpartum depression, postpartum; Edinburgh test; postpartum depression treatment.

3. INTRODUCCIÓN.

El periodo posparto o puerperio, según Solís, Pineda, & Chacón (2019), se define como: “El periodo posterior al parto de seis semanas aproximadamente, es el tiempo de adaptación después del parto cuando se revierten los cambios anatómicos, fisiológicos y el cuerpo de la madre regresa al estado previo. Por lo que durante este periodo ocurren diversos cambios a nivel neuroendocrino y psicosocial” (p. 91).

Por lo tanto, como consecuencia de los diversos cambios ocurridos durante este periodo, Mora (2018) sugiere que “Los cuadros afectivos relacionados con el periodo postparto, se pueden clasificar en tres grupos principales según la literatura: tristeza posparto, depresión posparto y psicosis posparto” (p. 512), siendo la depresión posparto el trastorno del ánimo más prevalente asociado al nacimiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que aproximadamente 350 millones de personas en el mundo son afectadas por depresión posparto y de ellas un promedio del 20% son mujeres adolescentes.

Aproximadamente el 56% de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos se ven afectadas por la depresión posparto durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé. Su incidencia mundial es del 15%, y 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 el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal (Caparros, Romero y Peralta, 2018,

p. 1)

A nivel local, una investigación realizada en el Hospital Isidro Ayora por Froilán (2014) refiere que, en un total de 90 púerperas, se encontró que 31.11% correspondiente a 28 pacientes se encontraban con criterios suficientes para catalogarse como depresión posparto, mientras que el 69.89% correspondiente a 62 pacientes no demostraron ninguna alteración psicológica de depresión.

El objetivo general del presente trabajo está enfocado en determinar la incidencia de pacientes con depresión posparto en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja a través de la aplicación del Test de depresión posparto de Edimburgo, mediante el cumplimiento de tres objetivos específicos, que consistieron en determinar la incidencia de la depresión posparto en una población aleatoria de pacientes posparto atendidas en dicha institución, caracterizar sociodemográficamente a las pacientes y por último, establecer una relación entre la incidencia de depresión posparto y las características sociodemográficas, manteniendo la siguiente pregunta de investigación a lo largo del proceso

: ¿Cuál es la incidencia de depresión posparto en las pacientes que acuden a control postnatal en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja?.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Depresión

4.1.1 Definición de la depresión.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria (Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f.).

Freud como se citó en (Corea Del Cid, 2021) piensa que la depresión es “Una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y rebaja en el sentimiento de sí, se exterioriza en auto reproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo” (p.47).

4.1.2 Fisiopatología de la depresión.

(Gaitán Gómez & Aristizábal Hoyos, 2016) refieren que la corteza prefrontal humana se caracteriza por estar compuesta por una serie de áreas asociativas, localizadas en el lóbulo frontal, anterior al surco central, dada su ubicación es el resultado de dos patrones de organización cortical, que se unen en la cara dorsolateral. Esta es una zona cortical extensa a la cual se le han adjudicado muchas de las funciones mentales superiores que el ser humano ha desarrollado y que evolutivamente le ha otorgado ventaja.

La heterogénea sintomatología de la depresión sugiere la participación de distintas áreas cerebrales. Por citar sólo dos, la disfunción de la corteza prefrontal dorsolateral estaría afectando funciones cognitivas como el razonamiento, la planeación y la toma de decisiones. Por su parte, las áreas orbitofrontal y medial de la corteza prefrontal, al participar en la regulación de la experiencia emocional, contribuirían al componente afectivo del síndrome. (Hernández, Coronel, Aguilar, & Rodríguez, 2016).

La depresión es un trastorno multifactorial, ya que su desarrollo es dependiente de diversas causas que interaccionan entre sí. Aproximadamente un tercio del riesgo de desarrollar depresión es heredado y dos tercios ambiental. El mecanismo por el cual estas experiencias tempranas aumentan el riesgo de depresión incluye no solo procesos psiquiátricos, sino también constructos psicosociales que convierten una experiencia traumática transitoria en una vulnerabilidad a largo plazo. (Dávila Hernández, González González, Liangxiao, & Xin, 2016) (Dávila Hernández et al., 2016) proponen que los factores nombrados interaccionan provocando disfunción en las redes neuronales y en sistemas de neurotransmisores como el serotoninérgico, el noradrenérgico y el dopaminérgico, ya que se ha demostrado que en pacientes deprimidos

están disminuidas las concentraciones de noradrenalina (NA), serotonina(5HT) y dopamina (DA), así como de sus metabolitos, además de los transportadores y precursores en el caso de la serotonina.

Se ha propuesto que las disfunciones presentadas son mediadas de manera importante por la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA), que en algunos sujetos se encuentra alterado. El eje HHA, al liberar la hormona liberadora de corticotropina (CRH) del núcleo paraventricular del hipotálamo, proporciona la mayor respuesta fisiológica al estrés para estimular la liberación de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) de la hipófisis, la cual a su vez desencadena la liberación de glucocorticoides (GC) desde la corteza adrenal a la circulación sanguínea. Los glucocorticoides ejercen efecto de retroalimentación negativa hacia el hipotálamo y la hipófisis que limita el grado de activación del eje, además promueven la activación de la amígdala, que a su vez ejerce un control excitador sobre el hipotálamo. En cambio, el hipocampo ejerce un control inhibitor sobre el eje; lo cual es crucial para limitar su activación. (Dávila Hernández et al., 2016)

Estos efectos del estrés tienen consecuencias morfológicas. Se ha demostrado una disminución del volumen del hipocampo en pacientes con depresión mayor; los efectos varían en gravedad en diferentes regiones del hipocampo e incrementa a través de los episodios de depresión. En pacientes con un inicio tardío de depresión, la disminución del volumen del hipocampo se correlacionó con la pérdida de memoria. Se cree que el mayor factor en estos cambios volumétricos se debe a cambios en la morfología y a pérdida de dendritas más que pérdida celular. (Dávila Hernández et al., 2016)

4.1.3 Factores de riesgo de la depresión.

Se resaltan factores de riesgo comunes, por lo que se pueden rescatar al menos de mayor importancia los siguientes: enfermedad médica concomitante, medicamentos (glucocorticoides), enfermedad psiquiátrica concomitante, eventos de vida adversos, rasgos de personalidad, estatus económico bajo, estado civil (separado, viudo, divorciado), fumador o exfumador, antecedente de enfermedad mental, conflictos en la infancia con los cuidadores (Piñar Sancho, Suárez Brenes, & de La Cruz Villalobos, 2020).

Además, (Piñar Sancho et al., 2020) mencionan ciertos factores protectores, tales como: creencias religiosas, soporte social, embarazo y tener hijos.

4.1.4 Clasificación de la depresión.

La CIE-10 (como se citó en Guía de Práctica Clínica Sobre El Manejo de La Depresión En El Adulto, 2014) clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en episodios, como los siguientes: depresivo leve,

depresivo moderado, depresivo grave sin síntomas psicóticos, depresivo grave con síntomas psicóticos, depresivo no especificado y otros episodios depresivos.

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad (*Guía de Práctica Clínica Sobre El Manejo de La Depresión En El Adulto*, 2014).

4.1.4.1 Clasificación en función de la etiología.

(Alarcón Terroso, Gea Serrano, Martínez Maurandi, Pedreño Planes, & Pujalte Martínez, s/f) mencionan que la depresión clásicamente se ha clasificado según su etiología en: a) Endógena: aquella cuya causa no se conoce, pero se considera ligada a una predisposición constitucional biológica del sujeto; b) Psicógena: asociada a la personalidad o reactiva a acontecimientos vitales; c) Orgánica: secundaria a un fármaco o enfermedad médica por un mecanismo fisiológico.

4.2 Posparto

El posparto o puerperio es el periodo después del parto. La palabra puerperio se deriva del latín “puer” niño, y “parus”, dar a luz. Actualmente se define como el intervalo en el cual los cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo regresan al estado basal antes de la gravidez. Tiene una duración de aproximadamente cuatro a seis semanas. A pesar de ser un proceso mucho menos complejo que el embarazo, tiene una serie de cambios apreciables, algunos de los cuales son molestos o preocupantes para la nueva madre. Cunningham et al., (2015) *Obstetricia de Williams*. EE. UU, Mc Graw Hill Education.

Es importante señalar que en ocasiones aparecen complicaciones, algunas de las cuales llegan a ser graves. El puerperio puede ser un momento de intensa ansiedad para muchas mujeres. Algunas pacientes pueden sentir cierto desamparo después del parto, dado que ahora la atención se concentra en el lactante. (Cunningham et al., 2015)

4.2.1 Etapas del posparto.

(Anido et al., 2021) afirma que desde el punto de vista clínico el puerperio se divide en diferentes momentos evolutivos del puerperio: Inmediato, el cual comprende las primeras 24 horas posteriores al nacimiento; precoz, abarca del segundo al décimo día posnatales; alejado, se extiende desde el día 11 hasta los 42 días luego del parto; tardío, aquel que transcurre entre el día 43 hasta los 60 días posteriores al nacimiento.

4.2.2 Cambios emocionales en el posparto.

Los cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que implica el posparto hacen que las

mujeres sean más vulnerables a cambios en su estado de ánimo. “Después del parto, la mujer puede expresar una amplia variabilidad de estados emocionales (sobre o sub excitación, labilidad afectiva, hiper o hiposensibilidad, alegría, irritabilidad, propensión al llanto, entre otros)” (Ahumada et al., 2015). La mujer experimenta una serie de cambios que ocurren en su cuerpo, su mente, con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales.

Además, (Ahumada et al., 2015) argumenta que pueden intervenir diversos factores, entre ellos:

- Vivencia del proceso de gestación y maternidad.
- Vivencia del proceso de parto y nacimiento.
 - Percepción de sentirse apoyada, comprendida y contenida por su acompañante y por el equipo de salud.
- Impacto de los cambios hormonales asociados al parto y puerperio.

4.2.3 Trastornos mentales en el posparto.

Los trastornos del estado de ánimo en el postparto acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y comportan considerables repercusiones tanto para la propia mujer, que ve mermado su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares, sin olvidar las consecuencias económicas que conllevan las bajas laborales de las mujeres (Carro, Sierra, Hernández, Ladrón, & Antolín,s/f).

4.2.3.1 Trastornos afectivos.

4.2.3.1.1 Depresión posparto leve o Maternity Blues.

Es un síndrome leve, transitorio, que se presenta aproximadamente en un 20-80% de las madres. Ocurre alrededor de los 2-4 días después del parto y desaparece sin secuelas, de forma espontánea, en un plazo de dos semanas. El cortejo sintomático se caracteriza por ansiedad, insomnio, irritabilidad, labilidad emocional, cefaleas, cambios del apetito y sentimiento de minusvalía (Carro et al., s/f).

Su abordaje es de psicoeducación, en la que se debe explicar a la mujer que es un cuadro autolimitado. Ministerio de Salud Gobierno de Chile (2015) refiere:

Es importante considerar que, pese a ser un cuadro autolimitado, aproximadamente el 25% de las mujeres que lo presentan pueden desarrollar depresión posparto, por lo que es importante considerar los tiempos e intensidad de la sintomatología presente, para diferenciarlo de una depresión posparto (p.213).

Este síndrome puede ocurrir habitualmente en relación a los cambios hormonales propios de este período.

4.2.3.1.2 Depresión mayor posparto.

Carro et al. (s.f.) manifiestan que puede manifestarse en forma de episodio maníaco que luego evoluciona a depresivo, aunque la forma de inicio más característica es la de una depresión melancólica, con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad total de hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia en relación con el afecto por éste (p.454)

La depresión materna constituye una variable gatillante de estrés tóxico en el bebé, que puede impactar de manera significativa el funcionamiento y estructura de su cerebro en formación. “No tratar la depresión en el posparto puede implicar efectos adversos de largo plazo para la mujer, como que este episodio puede constituirse en un precursor de depresión recurrente. Y puede tener también consecuencias negativas para el vínculo madre-hijo” (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015, p.214). Las intervenciones precoces de apoyo a la crianza y rol materno, previenen el estrés parental y con ello la aparición de sintomatología depresiva posparto y/o en la evolución de la misma.

4.2.3.1.3 Psicosis posparto.

Este trastorno, habitualmente se desarrolla entre el día 3 y 15 del posparto. Si se trata de mujeres con trastorno bipolar, la presentación de este cuadro puede darse desde el mismo día del parto. Constituye una emergencia psiquiátrica que puede tener consecuencias graves sobre la seguridad de la vida de la madre y/o del bebé (riesgo de infanticidio y/o suicidio materno) ((Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015, p.223).

La psicosis postparto es una enfermedad aguda y grave que ocurre en 1-2 de cada 1.000 nacimientos. Carro et al. (s.f.) sostienen que “su aparición clínica comporta labilidad del humor, agitación grave, confusión, incapacidad para dormir, pensamiento desorganizado y alucinaciones que implican al niño” (p.454). Las primigestas son doblemente vulnerables a la psicosis.

4.3 Depresión posparto

Se define como la depresión que inicia dentro de los primeros 12 meses posterior al parto, presentando síntomas diarios por al menos 2 semanas, cumpliendo los mismos criterios diagnósticos que la depresión que la paciente no embarazada ni en posparto (Villegas Loaiza, Paniagua Dachner, & Vargas Morales, 2019).

La depresión posparto es un trastorno mental afectivo severo, asociado a suicidio y filicidio, y el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal (Caparros, Romero, & Peralta, 2018).

Se considera que esta alteración surge en el periodo puerperio, como respuesta a

cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales (Acuña, Ramírez, & Azofeifa, 2021).

4.3.1 Etiología de depresión posparto.

Como en toda alteración física o emocional, siempre hay factores de riesgo que pueden propiciar su desarrollo y la depresión posparto no es la excepción. Carabobo Venezuela et al., (2017), manifiestan:

La depresión posparto es una problemática bastante frecuente y poco diagnosticada que ha venido en ascenso en los últimos años, quizá debido a los cambios psicosocioculturales que enfrenta la sociedad hoy en día, como el embarazo adolescente, aunado a la inexistente atención psicológica durante el embarazo, el parto y el puerperio, la disminución de la asistencia a la consulta posparto y múltiples factores de riesgo sociales (p.11).

El pilar o la base del control de depresión posparto y sus consecuencias son la determinación de la relación de esta patología con los factores de riesgo.

El puerperio representa para la mujer una etapa de mayor vulnerabilidad debido a los cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales, lo que predispone a la aparición de trastornos psíquicos. Es una etapa con una mayor susceptibilidad al estrés psicológico debido a la adquisición de nuevas responsabilidades, dudas en la capacidad personal para hacer frente a esa nueva situación que favorece una mayor vulnerabilidad en la aparición de ansiedad y trastornos depresivos (Alba et al., 2017).

Tabla N°1

Factores etiopatogénicos de la depresión posparto

Factores de riesgo de depresión posparto	Características
Factores psicológicos	El modelo de madre ideal, abnegada, sacrificada y entregada a su hijo, provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer.
Factores psicosociales	La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos, ya sea en la realización de tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, ya sea por parte de familiares o de su pareja, supone un incremento en el riesgo de estos trastornos
Factores sociodemográficos	La edad temprana o tardía de la madre, el estado civil, el nivel de estudios, la situación económica, y la situación laboral de ambos cónyuges son otras variables que se han estudiado en relación a este problema
Factores de morbilidad	<u>-La morbilidad materna:</u> existencia de problemas de fertilidad en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre. <u>-La morbilidad del recién nacido:</u> presencia de anomalías o enfermedades, como problemas respiratorios, infecciosos, prematuridad, bajo peso, ictericia, problemas traumatológicos, muerte neonatal y otros.

Fuente: (Carro et al, s.f.)

Elaboración: Janeth Verónica León Alberca.

4.3.1.1 Factores psicosociales.

El posparto está influenciado por una serie de factores hormonales que se desencadenan de manera muy rápida y muy brusca., haciendo que la mujer se encuentre más vulnerable. No solamente son los factores hormonales los que influyen en este proceso sino también todos los factores psicosociales que rodean la vida de la mujer (González Luis, s.f.).

El puerperio puede ser un momento de intensa ansiedad para muchas mujeres. Algunas pacientes pueden sentir cierto desamparo después del parto, dado que ahora la atención se concentra en el lactante. (Williams Obstetricia, 2015, p.668).

Algunos autores sostienen que el modo en que la madre viviera su infancia puede tomar parte en la gestación. Sastre (2015) afirma:

Muchos hechos que acontecen en la vida cotidiana de la mujer también pueden predisponerla a sufrir una alteración del estado de ánimo. Nos referimos a la pérdida de un ser querido,

problemas económicos, influencia del embarazo en su situación laboral (pérdida del puesto de trabajo, no disponibilidad de baja maternal o de paternidad) o el simple hecho de que los hábitos de ocio se vean modificados (p.7).

4.3.2 Epidemiología de la depresión posparto.

La OMS afirma que 20 a 40% de mujeres padecen depresión durante el embarazo o postparto en países en desarrollo. La depresión postparto en los últimos años ha tomado gran protagonismo, aproximadamente 13% de las mujeres en Latinoamérica la padecen después del parto (Carabobo Venezuela et al., 2017,p.7).

Una de cada cinco mujeres que viven en países de ingresos medios y bajos sufren de depresión posparto. Las consecuencias de esta sobre el funcionamiento materno, neurodesarrollo y desempeño conductual en los infantes, junto a las dificultades de los profesionales de la atención primaria de salud (APS) para detectarla, hacen de esta patología un desafío para la salud pública (Rojas, Guajardo, Martínez, & Fritsch, 2018, p.1001).

En diferentes regiones de México se han reportado cifras de esta patología, en un estudio realizado en este país se encontró una prevalencia de 21.7% de sintomatología depresiva en el último trimestre de gestación. En Latinoamérica se han realizado diversos estudios y se han encontrado datos de 22% de depresión postparto en Chile y hasta un 57% de sintomatología depresiva reportada en Colombia (Romero, Orozco, Ybarra, & Gracia, 2017).

Existen varios métodos que permiten identificar este trastorno de manera oportuna para mejorar así el estado de salud de las embarazadas y puérperas. (Castro & Borrero, 2017) postulan:

Un estudio realizado en Ecuador sobre depresión posparto en la ciudad de Cuenca, en madres atendidas en el hospital José Carrasco Arteaga en el 2014, por Santacruz, et al, donde se halló una frecuencia de DPP de 34,3% según la EDPE. Resultados muy semejantes a los realizados en Latinoamérica, sin embargo, por encima del porcentaje descrito a nivel mundial (p.13).

4.3.3 Fisiopatología de la depresión postparto

El parto es considerado como un estresor neurohormonal e inmunológico, y la transición a la maternidad como un estresor psicosocial, ambos procesos requieren una adaptación por parte del organismo que puede interaccionar negativamente con la depresión posparto (Prieto, 2020, p.10).

4.3.3.1 Vulnerabilidad genética.

Una mujer con antecedentes familiares de depresión, hereda la variable de susceptibilidad para desarrollar el trastorno, y junto con determinados factores, como las alteraciones del embarazo y puerperio, pueden exceder el umbral manifestándose la patología.

Se especula, por tanto, que las mujeres con antecedentes familiares de depresión, tienen una mayor vulnerabilidad de padecer depresión posparto (Prieto, 2020, p.10).

4.3.3.2 Vulnerabilidad neurohormonal.

4.3.3.2.1 Estrógenos y progesterona.

Los estrógenos y progesterona son hormonas sexuales esteroideas. La síntesis de ambos durante el embarazo es alta, pero durante los primeros días posparto descienden bruscamente. El descenso de progesterona conlleva a una desregulación y disminución de la síntesis de estrógenos. Esta deflación de estrógenos puede provocar una alteración en los sistemas de neurotransmisión, como el aumento de la hormona monoaminooxidasa. Esta hormona degrada las monoaminas del Sistema Nervioso Central (SNC), como la serotonina y noradrenalina, contribuyendo a la aparición de síntomas depresivos (Prieto, 2020,p.11).

4.3.3.2.2 Cortisol.

La producción de esta hormona depende del eje Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal. Ante un estímulo estresante el hipotálamo genera la hormona liberadora de corticotropina (CRH), esta favorece la formación en la adenohipófisis de la hormona liberadora de adrenocorticotropina (ACTH), desencadenando la síntesis de cortisol en la corteza suprarrenal. La placenta de una mujer embarazada produce 100 veces más CRH que el hipotálamo. Estos niveles afectan al sistema endocrino favoreciendo alteraciones en el estado mental y anímico (Prieto, 2020, p.11).

4.3.4 Diagnóstico de depresión posparto.

Los episodios del estado de ánimo pueden iniciar durante el embarazo o en el post parto. (Malpartida, 2020) menciona “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” (parr.4). Los profesionales de la salud pueden hacer uso de la escala de Edimburgo.

4.3.4.1 Cuadro clínico de depresión posparto.

La detección temprana de la DPP permite plantear intervenciones que permitan un control del caso y la prevención de las complicaciones ocasionadas por el incorrecto cuidado del niño en busca de la calidad de vida y bienestar del bebé. Se caracteriza por presentar ánimo deprimido y anhedonia con angustia significativa y/o alteración del funcionamiento personal (Alba et al., 2017).

El cuadro inicia entre las primeras 4 semanas y los primeros 6 meses posparto y presenta una duración de semanas a meses. Para el diagnóstico se debe cumplir con los criterios de depresión mayor del DSM IV, los síntomas deben persistir por más de 2 semanas e interferir

con las funciones de la madre. Los síntomas de depresión postparto, son similares a los ocurridos en una depresión fuera de esta etapa de la vida, sin embargo presentan mayor agitación y culpabilidad, con mayor repercusión clínica para el niño y su desarrollo, la madre y la familia en general (Delgado, 2016).

Esta patología es una problemática bastante frecuente, pero poco diagnosticada e investigada. Las principales manifestaciones clínicas que se presentan son la tristeza, el llanto, el rechazo hacia el recién nacido, la poca expresividad, el rechazo familiar e incluso ideas suicidas u homicidas. Es importante mencionar que la madre no siempre ha de presentar una depresión franca, sino que puede iniciar con una melancolía postparto o tristeza inexplicada (Carabobo Venezuela et al., 2017). Si el problema persiste podrían presentarse una variedad de conflictos en la vida de la madre y su entorno.

Tabla N°2

Síntomas de la Depresión Mayor

Síntomas de la Depresión Mayor
<ul style="list-style-type: none"> ● Ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas ● Pérdida de interés en, o de la capacidad de gozar de, actividades que la persona habitualmente disfruta <p>Otros síntomas que pueden presentarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fatiga o falta de energía ● Inquietud o sensación de enlentecimiento ● Sentimientos de culpa o minusvalía ● Dificultades para concentrarse ● Alteraciones del sueño ● Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Fuente: Jadresic M., (2017)

Elaborada por: Janeth Verónica León Alberca

- Depresión posparto y vínculo madre-hijo(a):

Se ha evidenciado que hay consecuencias negativas a nivel del vínculo madre-hijo(a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos “Como consecuencia de la DPP, 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” (Jadresic M., 2017, p.875). En la actualidad se cuenta con múltiples estudios en los que se han documentado los numerosos efectos adversos asociados a la depresión materna posparto.

La depresión materna pone a los hijos de todas las edades en un alto riesgo para desarrollar psicopatología y particularmente en un alto riesgo de desarrollar episodios depresivos. El grado de riesgo de estas alteraciones en los niños está directamente relacionado con la severidad y duración de la depresión postparto de la madre. Asimismo, se han documentado efectos

adversos de la depresión materna en niños mayores, tales como dificultades escolares y con su grupo de pares, una baja autoestima y mayores problemas conductuales (Krauskopf & Valenzuela, 2020).

- Complicaciones de la depresión posparto:

Las complicaciones de un diagnóstico tardío son muchas, y abarcan a toda la familia, teniendo como eje posibles problemas entre el vínculo entre madre, padre e hijo. Malpartida (2020) expresa las complicaciones en los siguientes niveles:

- **Maternas:** se asocia a suicidio y filicidio, y el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal.
- **Paternas:** la depresión posparto puede tener un efecto dominó, y causar tensión emocional en los padres. El factor de riesgo para que el padre pueda desarrollar DPP es que la madre lo tenga.
- **Hijos:** hijos de madres que han experimentado DPP no tratada tienen más probabilidades de tener problemas emocionales, alimentarios y de comportamiento. El infanticidio se asocia la mayoría de las veces a episodios psicóticos posparto que se caracterizan por alucinaciones que ordenan matar al niño o delirios de que el niño está poseído, pero los síntomas psicóticos también pueden aparecer en episodios graves del estado de ánimo posparto sin estos delirios o alucinaciones específicas.

4.3.4.2 Test de Edimburgo.

A menudo, la DPP no es diagnosticada. De allí que puede resultar útil recurrir a instrumentos de tamizaje, cuyo empleo es obligatorio en algunas latitudes (por ejemplo, en algunos estados de los EE.UU.). En la actualidad, el instrumento de tamizaje más usado para detectar probables casos de DPP es la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS (Jadresic M., 2017).

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo se desarrolló en los años 80 como un instrumento específico para la evaluación de la sintomatología depresiva en el postparto y viene siendo desde entonces la herramienta más utilizada internacionalmente con esta finalidad. La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo es un cuestionario de autoinforme breve de 10 ítems, que no incluye síntomas somáticos y que ha sido traducida a más de 60 idiomas (Vázquez & Mínguez, 2019).

4.3.5 Diagnóstico diferencial de la depresión posparto.

Solís, Pineda, & Chacón (2019) afirman “El principal diagnóstico diferencial es la tristeza o melancolía posparto, la cual se caracteriza por síntomas transitorios de depresión. También se debe diferenciar del síndrome confusional, el cual se distingue por un grado de conciencia o atención fluctuante” (p.93).

Es importante, además, tomar en cuenta diagnósticos de tipo orgánico, podrían ser causas subyacentes del desarrollo de depresión postparto, como los siguientes: Alteraciones en metabolismo de hormonas tiroideas y el hipotiroidismo, cambios en funciones de neurotransmisores y reducción de algunas citoquinas inflamatorias, como la interleucina 2 en la deficiencia de hierro (Solís et al., 2019, p.93).

4.3.6 Prevención de la depresión posparto.

La prevención y detección temprana de patologías o problemas asociados, son tareas que cuando se desempeñan correctamente se traducen de forma directa en una mejor calidad de vida de los pacientes, al actuar antes de que el problema potencial se instaure de lleno en su vida, con todo lo que ello supone (Martín, 2021, p.5).

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 posparto. Así se podrá iniciar un abordaje personalizado. 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 (Malpartida, 2020).

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

Malpartida (2020) postula los siguientes:

- 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 del nacimiento: Es importante el seguimiento en la fase postparto, así se puede identificar de manera precoz los síntomas.

4.3.7 Tratamiento de depresión posparto.

Existen alternativas farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento de la depresión postparto, las cuales dependen entre otros factores de la severidad del cuadro. Krauskopf & Valenzuela (2020) refieren que los factores a considerar para el tratamiento durante el puerperio son los siguientes:

- El puerperio es un período de especial vulnerabilidad psíquica.
- Puede ser el momento de inicio o descompensación de un trastorno mental.
- El bienestar materno es fundamental para el adecuado desarrollo del bebé.
- La lactancia favorece el bienestar materno y la salud del lactante.
- El estado mental materno es el factor determinante para recomendar el inicio de un tratamiento farmacológico.

- La mayoría de los psicofármacos son seguros para la lactancia.
- Una adecuada monitorización (observación) minimizaría los posibles efectos adversos.
- Para el adecuado tratamiento de la diada madre-bebé es necesario un equipo multidisciplinario.

4.3.7.1 Medidas generales.

Para las mujeres con síntomas leves de DPP, se recomiendan medidas de orden general, como la psicoeducación. Consiste, básicamente, en explicarle a la madre y a la familia, la naturaleza del trastorno que aqueja a la paciente, haciendo hincapié en que se trata de una enfermedad y no de derrota o fracaso personal. Es fundamental perturbar lo menos posible los ritmos circadianos y, de ser necesario, se deben tratar en forma oportuna las perturbaciones del sueño, ya que con frecuencia esto logra evitar el desarrollo de trastornos depresivos puerperales en mujeres de alto riesgo. Es recomendable asistir (o relevar) a la madre en el cuidado nocturno del niño ya que ello puede ser muy beneficioso a través de favorecer el descanso (Jadresic M., 2017).

4.3.7.2 Psicoterapia.

Se utilizan en mujeres con depresiones leves a moderadas, que se encuentran en lactancia y no desean usar fármacos. Se recomienda psicoterapia cognitivo conductual o psicoterapia interpersonal (individual o grupal). (Krauskopf & Valenzuela, 2020)

Estrategias como psicoeducación tanto para la madre como para sus redes de apoyo y/o terapias grupales de apoyo también son de utilidad. Se fomentan técnicas de autocuidado para la madre (sueño y alimentación) y fomentar redes de apoyo a las cuales pueda recurrir en búsqueda de ayuda. (Krauskopf & Valenzuela, 2020)

En casos severos de depresión postparto especialmente las que tienen ideación suicida activa debe considerarse la hospitalización y la Terapia Electro Convulsiva (TEC), siendo una técnica eficaz, rápida y segura. (Krauskopf & Valenzuela, 2020)

4.3.7.3 Farmacoterapia de depresión posparto.

La lactancia posee ciertos beneficios claros tanto para la madre como para el niño(a), por lo que, la decisión de si usar o no un antidepresivo mientras se amamanta debe ser sustentada en un estricto análisis de los riesgos y los beneficios. Es conocido que todos los fármacos pasan al niño a través de la leche materna y que, solamente el 1 a 2% de la dosis materna de cualquier fármaco aparecerán en la leche. Este traspaso es mucho menor que en la situación intrauterina y, en la práctica, en lo que se refiere a los antidepresivos, no se traduce en problemas clínicos para el neonato en la gran mayoría de los casos. Sin embargo, si un niño(a) desarrolla síntomas anormales, y se sospecha que se relacionan a la ingesta del antidepresivo por parte de la madre,

se debe suspender la lactancia inmediatamente (Jadresic M.,2017).

Es importante contar con una evaluación del hijo por el pediatra previo al inicio del tratamiento con mayor atención del ciclo sueño vigilia, irritabilidad, psicomotricidad y aspectos neurológicos debido a que estas áreas pueden verse comprometidas frente a la eventualidad de una intoxicación farmacológica, especial atención en casos de comorbilidad del hijo o prematuridad. (Krauskopf & Valenzuela, 2020)

Los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) son el tratamiento de primera línea en el manejo de depresión postparto: sertralina, fluoxetina, escitalopram, citalopram. Se han reportado algunos casos en que durante el tratamiento con fluoxetina 20mg: el bebé presentó llanto excesivo, irritabilidad y alteraciones del sueño y apetito, estos efectos secundarios no revisten gravedad y ceden al suspender el tratamiento. Con citalopram 20mg hay reporte de un caso de un lactante de cuatro semanas que presentó alteración del sueño y cedió al bajar dosis a la mitad, y escitalopram 10mg con el cual no se reportaron efectos secundarios en el bebé. (Krauskopf & Valenzuela, 2020)

Diversos autores coinciden que el tratamiento de primera elección en el tratamiento de depresión postparto durante la lactancia es la sertralina; publicaciones con 50 y 100mg de sertralina en tratamiento de depresión durante la lactancia muestran ausencia de efectos sobre el sistema nervioso central del lactante. (Krauskopf & Valenzuela, 2020).

5. METODOLOGÍA

5.1 Enfoque

La investigación realizada tuvo un enfoque cuantitativo.

5.2 Tipo de diseño utilizado

La presente investigación es un estudio descriptivo, cuantitativo, de cohorte transversal.

5.3 Unidad de estudio

La Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la Ciudad de Loja, ubicada en la Avenida Manuel Agustín Aguirre y Chile.

5.4 Universo y Muestra

El universo es de 82 pacientes de las cuales se encuestó a 62 mujeres posparto hospitalizadas y que acudieron a control posnatal a la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la Ciudad de Loja, así como aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión

. El estudio se realizó en el periodo comprendido entre el mes de septiembre del año 2020 hasta el mes de abril del año 2021 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

5.5 Criterios de inclusión

- Pacientes de sexo femenino que acudieron a control postnatal a la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la Ciudad de Loja en el periodo de estudio y que llenaron completamente el consentimiento informado.
- Pacientes de sexo femenino que acuden a control postnatal a la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la Ciudad de Loja, en el periodo de estudio que llenaron el test de Edimburgo en su totalidad, así mismo aquellas que dieron su consentimiento para colaborar en el estudio por medio de vía telefónica.

5.6 Criterios de exclusión

- Pacientes de sexo femenino que asistieron a control postnatal en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la Ciudad de Loja, durante el periodo de estudio y que no llenaron el consentimiento informado o que lo hagan de manera incompleta, así como aquellas que no llenaron el test de Edimburgo completamente.
- Aquellas pacientes de sexo femenino que dieron a luz en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la Ciudad de Loja, en el periodo de estudio y que no dieron su consentimiento para colaborar en el estudio por medio de vía telefónica.

5.7 Técnicas.

Se aplicó el consentimiento informado, y se recopiló información de manera minuciosa y ordenada a través de la ficha de recolección de datos sociodemográficos y el test de depresión postparto de “Edimburgo” a través de la comunicación con las pacientes por medio de vía telefónica y en otros casos de manera presencial.

5.8 Instrumentos.

* **Consentimiento informado: (Ver Anexo N°11)**

Es un proceso mediante el cual un sujeto confirma voluntariamente su deseo de participar en un estudio en particular después de haber sido informado sobre todos los aspectos de éste que sean relevantes para que tome la decisión de participar. El mismo se documenta por medio de un formulario de consentimiento informado escrito, firmado y fechado.

Consta de dos partes: Información para el Sujeto de Investigación y formulario de consentimiento informado para la firma.

* **Ficha de recolección de datos sociodemográficos (Ver Anexo N°12):**

Consiste en una ficha diseñada por los investigadores, en la que se recolecta la información de la población estudiada y consta de 9 ítems que las pacientes deberán llenar.

* **Test de Edimburgo (Ver Anexo N°13)**

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es una buena herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos del posparto, fácil de aplicar, breve y cuyo uso se ha extendido en muchas partes. A pesar de que su objetivo inicial fue la detección de cuadros depresivos en el posparto, se ha comenzado a usar para la identificación de episodios depresivos en el embarazo. La EPDS ha sido ampliamente probada, traducida y utilizada en más de 23 países para identificar a las mujeres que podrían estar cursando una depresión en el posparto.

Requiere aproximadamente 5 minutos para completar. Cuando los resultados no son concluyentes, la prueba se puede volver a administrar después de 2 semanas. La EPDS tiene una puntuación máxima de 30. Muestra una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5% para depresión perinatal.

Es una encuesta auto administrada, desarrollada por Cox y colaboradores en 1987. Fue diseñada específicamente para detectar síntomas depresivos en mujeres que hayan dado a luz recientemente. Consta de 10 preguntas de selección múltiple, con 4 alternativas cada una, puntuadas de 0 a 3, en grado creciente de gravedad de los síntomas. Para el posparto se recomienda usar el punto de corte 9/10 (Puntaje ≥ 10 = probable depresión posparto). En el embarazo se sugiere usar el punto de corte 12/13 (Puntaje ≥ 13 = probable depresión en el

embarazo). A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la severidad creciente del síntoma. A los ítems marcados con un asterisco (*) se les da un puntaje en orden inverso (3, 2, 1 y 0). El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

5.9 Procedimiento.

Para el desarrollo de esta investigación, se realizó el diseño del proyecto y la correspondiente búsqueda bibliográfica, posteriormente se solicitó aprobación de proyecto de investigación a la gestora académica de la carrera de Medicina Humana. A la misma dignidad se le pidió la pertinencia del proyecto de investigación y luego se procedió a solicitarle la designación del Director/a de trabajo de titulación.

Para continuar con el proceso, se gestionó el permiso al Centro de Apoyo Social Municipal de Loja “CASMUL”, por parte de la Carrera de Medicina Humana, después se socializó la investigación a las autoridades de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la Ciudad de Loja, para proseguir con la aplicación del consentimiento informado, el Test de Edimburgo y la ficha de recolección de datos sociodemográficos, tanto a las pacientes posparto hospitalizadas como a las que acuden a control postnatal, este proceso se realizó a través de comunicación por vía telefónica en algunos casos y en otros de manera presencial.

Con la información recolectada se elaboró una base de datos, identificando la frecuencia de pacientes con depresión posparto y caracterizándolas sociodemográficamente, con el fin de establecer la relación entre la frecuencia de depresión posparto y las características sociodemográficas, a continuación se realizó la tabulación de la información y un análisis estadístico, por último, se elaboró el informe final del trabajo de titulación.

5.10 Equipo y Materiales

- Aspirante: Janeth Verónica León Alberca
- Directora de Trabajo de titulación: Dra. Ximena Carrión
- Computador portátil
- Conexión a internet
- Microsoft (Excel, Word y powerpoint)
- Copias de encuestas.

5.11 Análisis estadístico.

Se realizó una base de datos en el programa informático Excel y luego la misma fue analizada en el mismo programa.

6. RESULTADOS

Durante el periodo del estudio comprendido entre septiembre del 2020 a abril del año 2021, realizado en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja, en donde se estudió la incidencia de la depresión posparto en varias mujeres, a las cuales se les aplicó el Test de Depresión Posparto de Edimburgo, además de una ficha con el fin de realizar una caracterización sociodemográfica.

6.1 Resultados para el primer objetivo

Determinar incidencia de pacientes con depresión posparto en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja

Tabla N°3

Frecuencia de pacientes con depresión posparto según la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la Ciudad de Loja.

	Frecuencia	%
Sin depresión	41	66%
Probable depresión	21	34%
Total	62	100%

*Fuente: Test de Escala de Depresión Posparto de Edimburgo.
Elaborada por: Janeth Verónica León Alberca.*

Del total de pacientes posparto, se ha evidenciado según la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, que el 34% tiene depresión posparto, mientras que el 66% no la padece. Por lo tanto, en las pacientes diagnosticadas a través de este test se necesita de intervención psicológica, entendiéndose que la misma es útil para restablecer la estabilidad personal a nivel emocional, físico, cognitivo y conductual.

6.2 Resultados para el segundo objetivo

Caracterizar sociodemográficamente a las pacientes con depresión posparto en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado”.

Tabla N°4

Edad de las pacientes de la Clínica Hospital Municipal "Julia Esther González Delgado" de la ciudad de Loja, con depresión posparto.

EDAD	Frecuencia	%
15-20	1	5%
21-26	6	29%
27-32	9	43%
33-38	5	24%
Total	21	100%

*Fuente: Ficha de recolección de datos sociodemográficos.
Elaborada por: Janeth Verónica León Alberca.*

Del total de pacientes con Depresión Posparto según la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, el 43% de ellas se encuentran en el rango de edad que oscila entre 27 y 32 años, mientras que solamente el 5% corresponde al grupo etario entre 15 y 20 años. Por lo que, en este estudio evidenciamos que hay una menor frecuencia de depresión posparto en aquellas pacientes más jóvenes, notándose un mayor grado de resiliencia o una mayor capacidad de hacer frente a los retos diarios.

Tabla N°5

Estado Civil de las pacientes de la Clínica Hospital Municipal "Julia Esther GonzálezDelgado" de la ciudad de Loja, con depresión posparto

ESTADO CIVIL	Frecuencia	%
Soltera	6	29%
Casada	4	19%
Unión libre	10	48%
Divorciada	1	5%
Viuda	0	0%
TOTAL	21	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos sociodemográficos.

Elaborada por: Janeth Verónica León Alberca.

Del total de pacientes con Depresión Posparto según la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, el 48% se encuentran en unión libre con sus parejas, el 28% son solteras, el 19% son casadas y solamente el 5% se encuentran divorciadas. Teniendo en cuenta que el estado civil puede ser bien un factor protector como un factor de riesgo psicosocial, en el presente estudio se demuestra que el mayor porcentaje de pacientes con depresión posparto se encuentran en unión libre.

Tabla N°6

Procedencia de las pacientes de la Clínica Hospital Municipal "Julia Esther GonzálezDelgado" de la ciudad de Loja, con depresión posparto

PROCEDENCIA	Frecuencia	%
RURAL	8	38%
URBANO	13	62%
TOTAL	21	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos sociodemográficos.

Elaborada por: Janeth Verónica León Alberca.

De todas las pacientes con depresión posparto según la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, se ha evidenciado que el 62% de ellas pertenecen al sector urbano, frente a un 38% que proceden del sector rural.

Tabla N°7

Nivel de Escolaridad de las pacientes de la Clínica Hospital Municipal "Julia EstherGonzález Delgado" de la ciudad de Loja, con depresión posparto

ESCOLARIDAD	Frecuencia	%
Educación básica	3	14%
Bachillerato	10	48%
Tercer Nivel	8	38%
Cuarto Nivel	0	0%
Total	21	100%

*Fuente: Ficha de recolección de datos sociodemográficos
Elaborada por: Janeth Verónica León Alberca.*

En las pacientes diagnosticadas con depresión posparto según la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, el 48% de ella tiene un nivel de escolaridad correspondiente al bachillerato, mientras que solamente el 14% poseen un nivel de educación básica.

Tabla N°8

Número de Hijos de las pacientes de la Clínica Hospital Municipal "Julia EstherGonzález Delgado" de la ciudad de Loja, con depresión posparto.

Nº DE HIJOS	Frecuencia	%
1 a 3	18	86%
4 a 6	3	14%
7 a 9	0	0
TOTAL	21	100%

*Fuente: Ficha de recolección de datos sociodemográficos.
Elaborada por: Janeth Verónica León Alberca.*

De acuerdo a los resultados obtenidos en la ficha de datos sociodemográficos aplicada, de todas las pacientes con depresión posparto según la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, el 86% tienen un número de hijos que oscila entre 1 a 3, mientras que solamente el 14% tienen un número de hijos que corresponde al rango de entre 4 a 6.

Tabla N°9

Ocupación de las pacientes de la Clínica Hospital Municipal "Julia Esther GonzálezDelgado" de la ciudad de Loja, con depresión posparto.

OCUPACIÓN	Frecuencia	%
Trabajo remunerado	3	14%
Quehaceresdomésticos	13	62%
Estudiante	2	10%
Trabaja y es ama de casa	3	14%
TOTAL	21	100%

*Fuente: Ficha de recolección de datos sociodemográficos.
Elaborada Por: Janeth Verónica León Alberca.*

Según la ficha de datos sociodemográficos aplicada, de las pacientes con depresión posparto, el 62% se dedica a los quehaceres domésticos, mientras que solamente el 10% de la totalidad es estudiante. Es decir, se constata que la mayor parte de mujeres con depresión posparto son amas de casa y no cuentan con un trabajo remunerado.

6.3 Resultados para el tercer objetivo

Establecer relación entre depresión postparto y factores sociodemográficos en las pacientes de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja.

Tabla N°10

Relación entre la presencia de depresión posparto y la edad en las pacientes de la Clínica Hospital Municipal "Julia Esther González Delgado" de la ciudad de Loja.

Diagnóstico de depresión posparto	Rangos de edad										TOTAL	
	15-20		21-26		27-32		33-38		39-44		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sin depresión	5	8,06	17	27,41	11	17,74	7	11,29	1	1,61	41	66,13
Probable depresión	1	1,61	6	9,67	9	14,52	5	8,06	0	0	21	33,87
Total	6	9,67	23	37,08	20	32,25	12	19,35	1	1,61	62	100

Fuente: Ficha de recolección de datos sociodemográficos.

Elaborada por: Janeth Verónica León Alberca.

A través de la aplicación del Test de Edimburgo y la ficha de recolección de datos sociodemográficos se determina que la depresión posparto se presenta en los diferentes rangos de edad con los siguientes porcentajes; el 1.61% (n=1) en el rango comprendido entre 15 a 20 años; el 9.67% (n=6) entre los 21 y 26 años; el 14.52% (n=9) entre los 27 y 32 años, correspondiendo a la edad con mayor presencia de depresión posparto; el 8.06% (n=5) entre los 33 y 38 años, mientras que en el rango de edad comprendido entre los 39 y 44 años no hay la presencia de pacientes con depresión posparto.

Se realiza una prueba estadística de Chi cuadrado con un nivel de confianza del 95% (p=0.05) obteniendo un valor de 3.35, el cual tiene tendencia hacia la izquierda o que no tiene significancia estadística, por lo que se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre la Depresión Posparto y el rango de edad en el que se encuentran las pacientes atendidas en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther Delgado” de la ciudad de Loja.

Tabla N°11

Relación entre la presencia de Depresión Posparto y el estado civil en laspacientes de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja.

Diagnóstico de depresión posparto	Estado Civil										TOTAL	
	Soltera		Casada		Unión libre		Divorciada		Viuda		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Sin depresión	19	30,65	15	24,19	6	9,68	1	1,61	0	0	41	66,13
Probable depresión	6	9,68	4	6,45	10	16,13	1	1,61	0	0	21	33,87
Total	25	40,33	19	30,64	20	25,81	2	3,22	0	0	62	100

Fuente: Ficha de recolección de datos sociodemográficos y Escala de Depresión Posparto de Edimburgo.

Elaborada por: Janeth Verónica León Alberca

Para establecer una relación entre la presencia de depresión posparto y el estado civil en las pacientes de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja se aplicó el Test de Edimburgo y una ficha de recolección de datos sociodemográficos, a través de la cual se determinó que la depresión posparto se presenta en un 9.68% (n=6) en pacientes solteras; en pacientes casadas se presenta en un 6.45% (n=4); el estado civil con mayor presencia de pacientes con depresión posparto corresponde a aquellas que se encuentran en unión libre con un 16.13% (n=10); mientras que las pacientes divorciadas con depresión posparto corresponden al 1.61% (n=1); además, cabe que mencionar que hay la presencia de pacientes viudas.

Se realiza una prueba estadística de Chi cuadrado con un nivel de confianza del 95% (p=0.05) obteniendo un valor de 8.2, el cual tiene tendencia hacia la izquierda o que no tiene significancia estadística, por lo que se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre la Depresión Posparto y el estado civil en el que se encuentran las pacientes atendidas en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther Delgado” de la ciudad de Loja.

Tabla N °12

Relación entre la presencia de Depresión Posparto y la procedencia en laspacientes de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja

Diagnóstico de depresión posparto	Procedencia				TOTAL	
	Rural		Urbano		f	%
	f	%	f	%		
Sin depresión	14	22,58	27	43,55	41	66,13
Probable depresión	8	12,90	13	20,97	21	33,87
Total	22	35,48	40	64,51	62	100

Fuente: Ficha de recolección de datos sociodemográficos y Escala de Depresión Posparto de Edimburgo.

Elaborada por: Janeth Verónica León Alberca

A través de la aplicación del Test de Edimburgo y una ficha de recolección de datos sociodemográficos se establece que la relación entre el lugar de procedencia y la presencia de depresión posparto en pacientes atendidas en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja es la siguiente; en lo que respecta a la población rural el 12.90% de pacientes (n=8) presentan depresión posparto, mientras que el 20.97% (n=13) de pacientes con depresión posparto pertenecen al área urbana, tomando en consideración además que del total de pacientes encuestadas el 64,51% (n=62) pertenecen al área urbana.

Se realiza una prueba estadística de Chi cuadrado con un nivel de confianza del 95% (p=0.05) obteniendo un valor de 0.12, el cual tiene tendencia hacia la izquierda o que no tiene significancia estadística, por lo que se concluye que no existe relación significativamente estadística entre la Depresión Posparto y el lugar dedonde proceden las pacientes atendidas en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther Delgado” de la ciudad de Loja.

Tabla N °13

Relación entre la presencia de depresión posparto y la escolaridad en laspacientes de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja

Diagnóstico de depresión posparto	Escolaridad									
	Educación básica		Bachillerato		Tercer nivel		Cuarto nivel		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sin depresión	3	4,84	15	24,19	23	37,1	0	0	41	66,13
Probable depresión	3	4,84	10	16,13	8	12,90	0	0	21	33,87
Total	6	9,68	25	40,32	31	50	0	0	62	100

Fuente: Ficha de recolección de datos sociodemográficos y Escala de Depresión Posparto de Edimburgo.

Elaborada por: Janeth Verónica León Alberca.

Dentro del presente estudio se ha determinado que la relación entre presencia de depresión posparto y la escolaridad en las pacientes atendidas en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja es la siguiente; del total de 62 pacientes (100%), el 9.68% (n=6) tiene depresión posparto y corresponde a la población con escolaridad básica; mientras que el 40.32% (n=25) de las pacientes con probable diagnóstico son bachilleres, además el 12.90% (n=8) tiene una educación de tercer nivel; por último se determinó que ninguna paciente posee educación de cuarto nivel.

Por lo tanto, el mayor porcentaje de pacientes con depresión posparto son bachilleres.

Se realiza una prueba estadística de Chi cuadrado con un nivel de confianza del 95% (p=0.05) obteniendo un valor de 1.89, el cual tiene tendencia hacia la izquierda o que no tiene significancia estadística, por lo que se concluye que no existe elación estadísticamente significativa entre la Depresión Posparto y el nivel de la escolaridad de las pacientes atendidas en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther Delgado” dela ciudad de Loja.

Tabla N °14

Relación entre la presencia de depresión posparto y el número de hijos en las pacientes de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja.

Diagnóstico de depresión posparto	Número de hijos					
	1 a 3		4 a 6		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Sin depresión	40	64,52	1	1,61	41	66,13
Probable depresión	18	29,03	3	4,84	21	33,87
Total	58	93,55	4	6,45	62	100

Elaborada por: Janeth Verónica León Alberca

Análisis: A través de la aplicación del Test de Edimburgo y una ficha de recolección de datos sociodemográficos se demuestra que las pacientes de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja con depresión posparto tienen de 1 a 3 hijos en un 29,03% (n=18), mientras que el 4.84% (n=3) tiene de 4 a 6 hijos.

Se realiza una prueba estadística de Chi cuadrado con un nivel de confianza del 95% (p=0.05) obteniendo un valor de 3.26, el cual tiene tendencia hacia la izquierda o que no tiene significancia estadística, por lo que se concluye que no existe asociación entre la Depresión Posparto y el número de hijos que tienen las pacientes atendidas en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther Delgado” de la ciudad de Loja.

Tabla N °15

Relación entre la presencia de depresión posparto y la ocupación en las pacientes de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja.

Diagnóstico de depresión posparto	Ocupación								TOTAL	
	Trabajo remunerado		Que haceres domésticos		Estudiante		Trabaja y es ama de casa		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Sin depresión	7	11,29	18	29,03	9	14,52	7	11,29	41	66,13
Probable depresión	1	1,61	3	4,84	2	3,23	1	1,61	7	11,29
Total	10	16,13	31	50	11	17,74	10	16,13	62	100

Fuente: Ficha de recolección de datos sociodemográficos y Escala de Depresión Posparto de Edimburgo.

Elaborada por: Janeth Verónica León Alberca

A través de la aplicación del Test de Edimburgo y una ficha de recolección de datos sociodemográficos se estableció relación entre la ocupación y la incidencia de depresión posparto en las pacientes de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja, se determina que de las 62 pacientes encuestadas (100%), el 4.84% (n=3) con depresión posparto tienen un trabajo remunerado; las pacientes dedicadas a los quehaceres domésticos con el probable diagnóstico corresponde al 20.97% (n=13); el 3.23% (n=2) son estudiantes y el 4.84% (n=3) trabajan y son amas de casa.

Se realiza una prueba estadística de Chi cuadrado con un nivel de confianza del 95% ($p=0.05$) obteniendo un valor de 2.23, el cual tiene tendencia hacia la izquierda o que no tiene significancia estadística, por lo que se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre la Depresión Posparto y la ocupación de las pacientes atendidas en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther Delgado” de la ciudad de Loja

7. DISCUSIÓN

En la presente investigación se determinó que la incidencia de depresión posparto a través de la aplicación del Test de Edimburgo en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja corresponde al 34% de la población estudiada. Lo que se asemeja al 30%, resultado obtenido en un estudio realizado en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja, elaborado por (Deleg, 2014). Resultados que contrastan con el 72,1% porcentaje que obtuvo Pinos (2019) en su investigación elaborada en el Hospital Darío Machuca Palacios del Cantón La Troncal.

Evidenciamos que la relación entre las características sociodemográficas y la depresión posparto varían en los diferentes estudios realizados. Es así que en la presente investigación se encontró que en las características más frecuentes en las pacientes con depresión posparto son el número de hijos de 1 a 3, la procedencia urbana y los quehaceres domésticos. En comparación con el estudio llevado a cabo en el Hospital Darío Machuca Palacios del Cantón La Troncal por Pinos (2019), que encontró una relación estadísticamente significativa entre depresión posparto y variables sociodemográficas como: las madres con edades iguales o menores a 24 años y las pacientes en unión libre.

Además, se observa que, en un estudio realizado en Perú, en el “Hospital María Auxiliadora” por Choque (s.f). las pacientes con grado de instrucción primario y secundario estaban más propensas a desarrollar depresión posparto. Así también lo demostró Vera (2020); las pacientes con instrucción no superior estaban 3 veces más propensas a desarrollar depresión posparto sobre la población con instrucción superior.

La identificación temprana de madres con depresión posparto permitirá intervenir desde uno de los pilares fundamentales; el apoyo psicológico, con el objetivo de lograr un control del caso y prevenir consecuentes complicaciones, por esta razón, es crucial, que como personal de salud se eduque al entorno familiar de la paciente sobre primeros auxilios psicológicos, útiles sobre todo en aquellos estados temporales de trastorno y desorganización que desencadenan en disminución de la funcionalidad del individuo.

En el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis de cualquier índole que no se haya podido resolver de manera eficiente es eficaz la llamada “Intervención en crisis”, cuyo objetivo es ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes de la crisis, la restauración del equilibrio emocional y una mejora en cuanto a su conceptualización de lo sucedido para apoyar en la activación de los recursos de afrontamiento que se requiere (Bezanilla, 2017).

Así mismo, en este estudio se ha podido observar que en este tipo de trastorno existen factores protectores para la paciente, específicamente es sumamente importante la red de apoyo con la

que cuente la misma, ya que las relaciones interpersonales siempre y cuando sean firmes y basadas en seguridad y confianza contribuyen a desarrollar mayores grados de resiliencia, la cual ayuda a que un individuo pueda afrontar una determinada situación adversa.

8. CONCLUSIONES

- Del total de pacientes posparto encuestadas de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado”, a las que se les aplicó el Test de Depresión Posparto de Edimburgo, la tercera parte fueron calificadas con probable depresión según el mismo, por lo que es necesario que en aquellas se realice intervención psicológica de manera oportuna
- De todas las pacientes con depresión posparto según el Test de Edimburgo, la mayor parte tiene una edad comprendida en 27 a 32 años, se encuentran en unión libre con sus parejas, pertenecen al sector urbano, tienen un nivel de escolaridad correspondiente al bachillerato, tienen entre 1 a 3 hijos y se dedican a los quehaceres domésticos.
- En el presente estudio no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la Depresión Posparto y las diferentes características sociodemográficas planteadas.

9. RECOMENDACIONES

- Es esencial la participación multidisciplinaria y constante de los profesionales de salud para crear la sinergia adecuada con el fin de diagnosticar tempranamente esta patología e implementar la aplicación rutinaria de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, para la detección precoz, así como la participación activa de un psicólogo con el objetivo de incurrir al tratamiento correspondiente.
- Es importante la educación de la paciente por parte de la institución de la salud y de sus familiares con respecto a la depresión posparto, con la finalidad de conocer sobre el tema para provocar un autocuidado y apoyo para lograr grados de resiliencias más rápidos.
- Realizar por parte del personal médico de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther Gonzalez Delgado” un seguimiento a las pacientes que han sido diagnosticadas de depresión posparto para valorar su evolución y apoyar consecuentemente su recuperación.
- .

10. BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, A., Ramírez, E., & Azofeifa, M. (2021). Depresión postparto . *María Fabiola Azofeifa Zumbado E712*, 6(9), 712. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i9.712>
- Ahumada, M., Bustos, R., Borghero, F., Burgos, S., Carrillo, C., Manzi, D., ... Cuevas, R. (2015). *Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio*. Alarcón Terroso, Ricardo., Gea Serrano, Amor., Martínez Maurandi, J. M., Pedreño Planes, J. J., & Pujalte Martínez, M. Luisa. (s/f). *Guía de práctica clínica de lostrastornos depresivos*.
- Alba, B., López, V., Merino, M., Fernández, P., Alonso del Rivero, V., & Fernández, mARÍA. (2017). Actualización en depresión posparto. *Revista Oficial de La Asociación Española de Enfermería y Salud*. Recuperado a partir de <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/50/38>
- Anido, P., Daricco, M., Leguiza, M., Otero, C., Presta, E., & Samaniego, L. (2021). Puerperio Normal y Patológico. *Guía de Práctica Clínica*, 9.
- Caparros, R., Romero, B., & Peralta, M. (2018). Depresión posparto, un problema desalud pública mundial. *Pan American Journal of Public Health*. Recuperado a partir de <https://www.mendeley.com/reference-manager/reader/473388bc-ec65-310f-87f0-89076c93c66b/122c825d-6f6a-ed2f-2c34-1a785587e341>
- Carabobo Venezuela, V., Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., ... Corbino, J. (2017). *Depresión postparto y los factores de riesgo*. 21, 25–36.
- Carro, T., Sierra, M., Hernández, M., Ladrón, E., & Antolín, E. (s/f). *Trastornos de estado de ánimo en el postparto*. Recuperado a partir de <http://semg.info/mgyf/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf>
- Castro, S., & Borrero, I. (2017). *FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA-ECUADOR. 2017*. Recuperado a partir de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28274/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Corea Del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(Supl.1), 46–52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89isupl.1.12047>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., ... Sheffield, J. (2015). *Williams OBSTETRICIA*.
- Dávila Hernández, A., González González, R., Liangxiao, M., & Xin, N. (2016, enero 1). Sinomedical study of the pathophysiology of depression. *Revista Internacional de Acupuntura*, Vol. 10, pp. 9–15. Ediciones Doyma, S.L. <https://doi.org/10.1016/j.acu.2016.01.003>
- Deleg, D. (2014). *Depresión postparto en primiparas y multíparas en el centro de salud N°3 de la ciudad de Loja*. Loja. Recuperado a partir de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13482/1/DAYANA%20DELEG.pdf>
- Delgado, M. M. (2016). *Depresión postparto y tratamiento*. Recuperado a partir de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163q.pdf>
- edad | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE. (2021). Recuperado el 17 de septiembre de 2022, a partir de <https://dle.rae.es/edad?m=form>
- escolaridad | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE. (s/f). Recuperado el 17 de septiembre de 2022, a partir de <https://dle.rae.es/escolaridad?m=form>

- Gaitán Gómez, O. L., & Aristizábal Hoyos, G. P. (2016). Corteza prefrontal: sustrato de las funciones mentales superiores. *Revista CuidArte*, 5(9), 45. <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2016.5.9.69123>
- Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. (2014). Recuperado a partir de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- Hernández, H. C., Coronel, P. L., Aguilar, J. C., & Rodríguez, E. C. (2016). Neurobiology of major depression and its pharmacological treatment. *SaludMental*, 39(1), 47–58. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.067>
- Jadresic M., E. (2017). DEPRESIÓN POSPARTO EN EL CONTEXTO DEL HOSPITAL GENERAL. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 874–880. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2017.10.007>
- Krauskopf, V., & Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139–149. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2020.01.004>
- Malpartida, M. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(2), 2020. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.355>
- Martín, R. (2021). Detección del riesgo y prevención frente a la depresión postparto. . Recuperado el 17 de septiembre de 2022, a partir de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/54181/TFG-H2466.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Piñar Sancho, G., Suárez Brenes, G., & de La Cruz Villalobos, N. (2020). Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Medica Sinergia*. Recuperado a partir de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/610/1057>
- Pinos, E. (2019). *Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en el Hospital Darío Machuca Palacios del Cantón La Troncal, 2017- 2018*. Recuperado a partir de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32251/1/Tesis.pdf>
- Prieto, C. (2020). *Depresión posparto: Revisión de los factores de riesgo* (Universidad de Salamanca). Universidad de Salamanca, Salamanca. Recuperado a partir de https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/143522/TFG_PrietoGarcia_DepresionPostparto.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- RAE. (2021). hijo, hija | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE. Recuperado el 17 de septiembre de 2022, a partir de <https://dle.rae.es/hijo>
- Rojas, G., Guajardo, V., Martínez, P., & Fritsch, R. (2018). Depresión posparto: tamizaje, uso de servicios y barreras para su tratamiento en centros de atención primaria Screening and barriers for treatment of postpartum depression in Chilean public primary health care centers. *ARTÍCULO INVESTIGACIÓN Rev Med Chile*, 146, 1001–1007. Recuperado a partir de <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v146n9/0717-6163-rmc-146-09-1001.pdf>
- Romero, D., Orozco, L. A., Ybarra, L., & Gracia, B. I. (2017). Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 82(2). Recuperado a partir de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhog/v82n2/art09.pdf>
- sexo | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE. (2021). Recuperado el 17 de septiembre de 2022, a partir de <https://dle.rae.es/sexo>
- Solís, M., Pineda, A., & Chacón, J. (2019). *Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto*. 4(6). Recuperado a partir de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/248/553>
- Vázquez, M., & Mínguez, M. (2019). *Libro de capítulos*. 47. Recuperado a partir de <https://www.cop.es/pdf/LIBRO-CAPITULOS-ALAVA2019.pdf#page=52>
- Vera, P. (2020). Depresión postparto en madres que asisten al Centro de Salud No. 1 Pumapungo - Cuenca y su relación con las variables sociodemográficas.

Recuperado el 18 de septiembre de 2022, a partir de
<https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/9925/1/15555.pdf>
Villegas Loaiza, N., Paniagua Dachner, A., & Vargas Morales, J. A. (2019).
Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Medica Sinergia*,4(7), e261.
<https://doi.org/10.31434/rms.v4i7.261>

11. ANEXOS

Anexo N°1: Aprobación del tema del trabajo de titulación



UNL

Universidad
Nacional

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud

MEMORÁNDUM Nro.0059 CCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Janeth Verónica León Alberca.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 22 de julio de 2020

ASUNTO: APROBACIÓN DE TEMA DE PROYECTO DE TESIS

En atención a la comunicación presentada en esta Dirección de la **Srta. Janeth Verónica León Alberca**, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se **aprueba el TEMA** del proyecto de tesis denominado: **Incidencia de depresión posparto en pacientes atendidas en el Centro Materno Infantil "Julia Esther González" de la ciudad de Loja.**, por consiguiente el estudiante deberá presentar el perfil de proyecto de investigación y solicitar su pertinencia.

Atentamente,

Dra. Tania Cabrera.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

C.c.- Archivo; Estudiante;.

/Bcastillo.

Anexo N°2: Pertinencia del proyecto



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA

Loja, 29 de Enero de 2021

Dra. Tania Cabrera Parra.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA FSH – UNL.
Ciudad.-

Por medio de la presente me permito informar a usted que una vez que he revidado el proyecto de tesis titulado "Incidencia de depresión posparto en pacientes atendidas en el Centro Materno Infantil Julia Esther González de la ciudad de Loja, de autoría de la Srta. Janeth Verónica León Alberca, lo encuentro pertinente y factible de realizar, por lo que autorizo a la estudiante a proseguir con el proceso que corresponda.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente:

Dr. Marco Medina Sarmiento.
DOCENTE DE GINECOLOGÍA DE INTERNADO ROTATIVO FSH – UNL

Dr. Marco Medina Sarmiento
GINECÓLOGO OBSTETRA
MSP. Libro 3B Folio 89 N°.262

Anexo N°3: Asignación del Director de trabajo de titulación



UNL

Universidad
Nacional

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud

MEMORÁNDUM Nro.0482 DCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Marco Medina.
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA.

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

FECHA: 03 de febrero de 2021

ASUNTO: DESIGNACIÓN DE DIRECTOR DE TESIS

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designada como **directora** de tesis del tema: **"Incidencia de depresión posparto en pacientes atendidas en el Centro Materno Infantil "Julia Esther González" de la ciudad de Loja."**, autoría de la Srta. Janeth Verónica León Alberca.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dra. Tania Cabrera.
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**
C.c.- Archivo; Director de tesis; estudiante.

/B.castillo.

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja · Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

Anexo N°4: Aprobación modificación de tema.



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0127 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Janeth Verónica León Alberca
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

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

FECHA: 03 de marzo de 2021

ASUNTO: **AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACION DEL TEMA DEL PROYECTO
DE INVESTIGACIÓN**

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, **"Incidencia de depresión posparto en pacientes atendidas en el Centro Materno Infantil "Julia Esther González" de la ciudad de Loja"**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el Dr. Marco Medina, Docente de la Carrera y en calidad de director de tesis, con fecha 03 de marzo de 2021, donde propone la modificación del tema del proyecto de investigación debido a que cambió la denominación de la Institución quedando tema de la siguiente manera: **"Incidencia de depresión posparto de la Clínica Hospital Municipal "Julia Esther González Delgado" de la ciudad de Loja"**.

Esta Dirección en vista de lo solicitado y expuesto, procede **autorizar la modificación del tema** del proyecto, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



TANIA VERÓNICA
CARRERA DE MEDICINA

Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**
C.e.- Archivo, Director de Tesis.
NOT

Anexo N°5: Autorización para recolección de datos-CASMUL.



Municipio de Loja



Casmul

Memorando N° 144-CT-CASMUL-2021-M
Loja, 11 de Marzo de 2021

PARA: Dr. Cesar Romero Benavides
COORDINADOR MEDICO DE LA CLINICA HOSPITAL "JEGD"

ASUNTO: EN EL TEXTO

En atención al Memorando N° CM-CHM"JEGD"CASMUL-2021-11 adjunto el Memorando firmado por la Encargada de la Gestión Académica de la Carrera de Medicina de la UNL en el cual consta sumilla de la Sra Presidenta del Casmul para continuar con el trámite correspondiente y se realice la aplicación del Test de depresión post parto de Edimburgo y ficha de datos sociograficos por parte de la estudiante Janeth Verónica León Alberca con el compromiso de que al final del trabajo se deje una copia para conocer el resultado final. Para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente

Lic. Adriana Jaramillo Vélez. Mg. Sc.
COORDINADORA TÉCNICA
DEL CASMUL

AJ/

Recibido
del UTA
12-10-2021
B 9H00

Anexo N°6: Autorización ampliación de cronograma



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0201 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Janeth Verónica León Alberca
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

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

FECHA: 09 de abril de 2021

ASUNTO: AUTORIZAR AMPLIACIÓN DEL CRONOGRAMA

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: **"Incidencia de depresión posparto de la Clínica Hospital Municipal "Julia Esther González Delgado" de la ciudad de Loja"**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el **Dr. Marco Medina**, Docente de la Carrera y en calidad de director de tesis, con fecha 26 de marzo de 2021, enviado el 09 de abril, donde propone solicitar autorización para ampliación del cronograma, debido a que los permisos otorgados por la Institución tomo más tiempo del establecido..

Esta Dirección en vista de lo solicitado y expuesto, procede **autoriza la ampliación del cronograma** hasta el 31 de mayo de 2021, puede continuar con el trámite respectivo.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CABRERA PARRA

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

C.c.- Archivo, Director de Tesis

NOT

Anexo N°7: Reasignación de director del trabajo de titulación



1851

unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio Nro. 1894-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 21 de septiembre del 2022

Dra. Ximena Patricia Canión Rulova
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Ciudad.

De mi consideración:

A través de un cordial y respetuoso saludo me dirijo a usted, a la vez me permito comunicarle que ha sido designado/a como nueva Director/a de tesis del tema: titulado **Incidencia de depresión posparto en pacientes de la Clínica Hospital Municipal "Julia Esther González Delgado" de la ciudad de Loja, autoría de Janeth Verónica León Alberca.**

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



creado y autenticado por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Verónica Cabrera Parra
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

C.c. - Archivo, Secretaria, Estudiante Janeth Verónica León Alberca.

Elaborado por:

Firmado digitalmente por ANA
CRISTINA LOJAN GUZMAN
Fecha: 2022-09-21 12:44:08-02

Ing. Ana Cristina Loján Guzmán
Secretaría de la Carrera de Medicina

Anexo N°8: Autorización de segunda ampliación de cronograma



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio Nro. 1995-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 6 de octubre del 2022

Srta. Janeth Verónica León Alberca
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Ciudad.

De mi consideración:

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: **“Incidencia de Depresión Posparto en pacientes de la Clínica Hospital Julia Esther González Delgado de la ciudad de Loja”**, de su autoría; de acuerdo a la comunicación de fecha 23 de septiembre del 2022 suscrita por la **Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova** docente de la carrera y en calidad de directora de tesis, donde propone la autorización para ampliación del cronograma, en vista que le ha tomado más tiempo del planificado para concluir con el trabajo, contando con el 75% de avances del informe final.

Esta Dirección, en vista de lo solicitado y expuesto, **autoriza la ampliación del cronograma** hasta el 4 de noviembre de 2022, recordándole además que de acuerdo a la Disposición Tercera del Reglamento de Régimen Académico Consejo de Educación Superior en las Disposiciones Generales dice: *“Aquellos estudiantes que no hayan culminado y aprobado la opción de titulación escogida en el periodo académico de culminación de estudios (es decir aquel en el que el estudiante se matriculó en todas las actividades académicas que requiera aprobar para concluir su carrera o programa), lo podrán desarrollar en un plazo adicional que no excederá el equivalente a 2 periodos académicos ordinarios, para lo cual, deberán solicitar a la autoridad académica pertinente la correspondiente prórroga, el primer periodo adicional no requerirá de pago por concepto de matrícula o arancel, ni valor similar. De hacer uso del segundo periodo requerirá de pago por concepto de matrícula o arancel.”*.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,



TANIA VERÓNICA
CARRERA PARRA

Dra. Tania Verónica Cabrera Parra
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA
C.c.- Archivo, Secretaria.

Elaborada por:

Firmado digitalmente por
CRISTINA LOJAN GILMAN
Fecha: 2022.10.07 13:34:05.00

Ing. Ana Cristina Loján Guzmán
Secretaria de la Carrera de Medicina.

Anexo N° 9: Certificación de Abstract.

CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN.

Lcdo. Carlos Andrés Orellana Jimbo

CERTIFICO:

Que he realizado la traducción de español al idioma inglés del resumen derivado de la tesis denominada **“Incidencia de depresión posparto en pacientes de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja”** de autoría de Janeth Verónica León Alberca, portadora de cédula de identidad 1150210811, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, la misma que se encuentra bajo la dirección de la Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, previo a la obtención del título de médico general.

Es todo en cuanto puedo certificar al honor de la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente en lo que considere conveniente.

Loja, Ecuador 16 de noviembre del 2022

CARLOS ANDRES
ORELLANA
JIMBO

Firmado digitalmente por
CARLOS ANDRES ORELLANA
JIMBO
Fecha: 2022.11.16 11:29:34
-05'00'

Lcdo. Carlos Andrés Orellana Jimbo
Docente del Instituto de Idiomas de la Universidad Nacional de Loja.
Registro SENESCYT Nro. 1031-12-1133052

Anexo N°10: Certificación del Tribunal de Grado



CERTIFICADO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 14 de noviembre de 2022

En calidad de tribunal calificador del trabajo de titulación denominado **“Incidencia de depresión posparto en pacientes de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja.”**, de la autoría de la Srta. Janeth Verónica León Alberca, portadora de la cédula de identificación Nro. 1150210811 previo a la obtención del título de Médico 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

CIPJC

**Dra. Ana Catalina Puertas Azanza
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO.**

Bea Berru

**Dra. Celsa Beatriz Carrión Berrú.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE
GRADO**

Palacios

**Dr. Cesar Edinson Palacios Soto.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE
GRADO**

Anexo N°11: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO



TEMA: Incidencia de depresión posparto de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la Ciudad de Loja.

Introducción:

Yo, Janeth Verónica León Alberca, estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja. Me encuentro realizando un estudio que busca determinar la incidencia de pacientes con depresión posparto en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado”, mediante la aplicación del test de Edimburgo y la ficha de datos sociodemográficos. Mismos que serán aplicados en las pacientes que acuden al control postnatal de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado”.

Si presenta alguna duda estoy dispuesta a responder a cada una de ellas.

Tipo de intervención de la investigación:

Esta investigación incluye la aplicación de una encuesta denominada *ficha de recolección de información sociodemográfica* para registrar datos como nombres, apellidos, edad, estado civil, procedencia, escolaridad, número de hijos y ocupación. Además se aplicará un test, la *Escala de Edimburgo*, que consta de 10 preguntas. A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma.

Participación voluntaria:

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, usted puede elegir o no hacerlo.

Confidencialidad:

Toda la información obtenida de los participantes será manejada con absoluta confidencialidad por parte de la investigadora. Los datos de filiación que usted proporcione son únicamente con el fin de garantizar la veracidad de los mismos y a estos solo tendrán acceso el investigador y los organismos de evaluación de la Universidad Nacional de Loja.

A quien contactar

Si tiene alguna inquietud o duda puede expresarla en este momento, o cuando usted considere pertinente, lo puede hacer a través del siguiente correo electrónico janeth.leon@unl.edu.ec o al teléfono 0996407383.

Anexo N°11 (Continuación)

Declaración del consentimiento informado:

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Fecha _____ **Día/mes/año**

Firma

Anexo N°12:



FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA:

1. Nombres:	
2. Apellidos:	
3. Cédula:	
4. Edad (años cumplidos)	
5. Estado civil:	Soltera () Casada () Unión libre () Divorciada () Viuda ()
6. Procedencia:	Rural () Urbana ()
7. Escolaridad:	Educación básica () Bachillerato () Primer nivel () Segundo nivel () Tercer nivel ()
8. Número de hijos	_____

Anexo N°12 (Continuación)

9. Ocupación:	Trabajo remunerado () Quehaceres domésticos () Estudiante () Trabaja y es ama de casa ()
----------------------	---

Anexo N°13: Test de Edimburgo

ESCALA DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

- 1) *He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:*
Tanto como siempre.
No tanto Ahora.
Mucho menos ahora.
No, nada.
- 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

Anexo N°13 (Continuación)

- * 9) *He sido tan infeliz que he estado llorando*
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo Sólo
en ocasiones No, nunca
- * 10) *He pensado en hacerme daño a mí misma*
Sí, bastante a menudo A
veces
Casi nunca
Nunca

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la severidad creciente del síntoma. A los ítems marcados con un asterisco () se les da un puntaje en orden inverso(3, 2, 1 y 0).*

Anexo N°14: Proyecto de trabajo de titulación



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

Proyecto de Tesis

Tema:

**Incidencia de depresión posparto en pacientes atendidas
en el Centro Materno Infantil “Julia Esther González”
de la ciudad de Loja.**

Autor:

Janeth Verónica León Alberca.

Loja – Ecuador

Año: 2020

1. Tema

Incidencia de depresión posparto en pacientes atendidas
en el Centro Materno Infantil “Julia Esther González”
de la ciudad de Loja.

2. Problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

El puerperio es un período de mayor vulnerabilidad psíquica y la depresión posparto (DPP) es la complicación obstétrica más común. (Jadresic, 2017)

La depresión posparto es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 56% de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé. Su incidencia mundial es del 15%, y 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 el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal. (Caparros, Romero y Peralta, 2018, p.1).

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) este problema tiene una incidencia del 13% en países con ingresos altos, mientras que en naciones con ingresos bajos y medios -como México- se calcula que el 20% de las mujeres embarazadas o con hijos son tres veces más susceptibles de presentar depresión que en otra etapa de su vida.

Se observa un incremento significativo de síntomas depresivos posteriores al parto en Latinoamérica y el mundo, aproximadamente 13% de las mujeres presentan dicha sintomatología lo cual nos indica que es una problemática bastante frecuente pero poco diagnosticada e investigada. (Meléndez, Redalyc, 2017)

En Ecuador, en la ciudad de Cuenca según el estudio titulado "Depresión posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014" realizado por María Fernanda Santacruz Fernandez existe una prevalencia de 34,3% de Depresion Posparto y las madres con mayor riesgo son aquellas que no se encuentran en edad reproductiva ideal, no recibieron apoyo familiar durante su embarazo y sufrieron violencia intrafamiliar durante el mismo.

En la ciudad de Quito, según el estudio titulado "Depresion Postparto en madres de neonatos

hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) y no hospitalizados, en los hospitales un Canto a la vida y maternidad nueva aurora, un seguimiento desde la etapa gestacional” realizado por Isaac Hernán Casillas Peña y Paola Lorena Tite Mallitasig en el año 2017, se concluyó que la incidencia de depresión en el embarazo fue del 42% (n=63) en tanto que el restante 58% (n=87) no presentó dicha patología.

A nivel local, según un estudio titulado “Factores determinantes de depresión en el puerperio en pacientes del Hospital regional Isidro Ayora.” realizado por Rudy Froilan Carrión Ruiz en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el año 2014 a un total de 90 puérperas, se encontró que 31.11% correspondiente a 28 pacientes se encontraban con criterios suficientes para catalogarse como depresión post parto, mientras que el 69.89% correspondiente a 62 pacientes no demostraron ninguna alteración psicológica de depresión.

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es una buena herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos del posparto, fácil de aplicar, breve y cuyo uso se ha extendido en muchas partes. A pesar de que su objetivo inicial fue la detección de cuadros depresivos en el posparto, se ha comenzado a usar para la identificación de episodios depresivos en el embarazo. La EPDS ha sido ampliamente probada, traducida y utilizada en más de 23 países para identificar a las mujeres que podrían estar cursando una depresión en el posparto.

Por lo tanto nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la incidencia de depresión posparto en las pacientes que acuden a control postnatal en el Centro Materno Infantil “Julia Esther González” de la ciudad de Loja?

3. Justificación

La presente investigación tiene importancia por la frecuencia con la que se presenta la depresión y el grado de afección que implica, ya que es uno de los trastornos mentales más frecuentes a nivel mundial y dificulta de gran manera el desempeño de la persona en el ámbito laboral, académico, social y en general en su vida diaria, lo que disminuye la calidad de vida de la persona afectada y en los peores casos puede conducir incluso al suicidio.

Dentro de las distintas clases de depresión, existe una que se presenta específicamente en el periodo de puerperio y afecta severamente a la reciente madre. Es relevante investigar acerca de esta condición conocida como depresión posparto, porque es el trastorno de ánimo más frecuente asociado al puerperio, relacionado con los distintos cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que hacen que la mujer sea susceptible a esta afección, en la mayoría de los casos durante los tres primeros meses posparto, provocando una deficiente interacción en la relación madre-hijo(a), lo que genera impacto en el desarrollo del niño(a), esto puede desencadenar apegos inseguros y alteraciones en el desarrollo psicomotor. En la presencia de este trastorno se presentan distintas dificultades para afrontar la maternidad y todo lo que ello implica, como dificultades y dudas sobre su capacidad para poder alimentar al bebé y lograr mantener una lactancia exitosa, con lo que va a existir un cese temprano de la lactancia materna.

Los resultados de la investigación beneficiarán a madres puérperas, hijos y familias de usuarias que acuden al Centro Materno Infantil “Julia Esther González” de la ciudad de Loja.

El presente proyecto se encuentra dentro de la primera línea de investigación de la carrera de Medicina Humana: Salud enfermedad materno infantil.

4. Objetivos.

4.1 Objetivo general:

Determinar incidencia de pacientes con depresión postparto en el Centro Materno Infantil “Julia Esther González” de la ciudad de Loja en el período abril 2020-marzo 2021.

4.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar sociodemográficamente a las pacientes con depresión postparto en el Centro Materno Infantil “Julia Esther González” de la ciudad de Loja.
- Determinar incidencia de pacientes con depresión postparto en el Centro Materno Infantil “Julia Esther González” de la ciudad de Loja.
- Establecer relación entre depresión postparto y factores sociodemográficos en las pacientes del Centro Materno Infantil “Julia Esther González” de la ciudad de Loja.

Esquema del marco teórico

1. Tema	2
2. Problemática	3
3. Justificación.....	5
4. Objetivos.	6
4.1 Objetivo general:.....	6
4.2 Objetivos específicos:.....	6
5. Marco teórico	9
5.1 Depresión	9
5.1.1 Definición de depresión.	9
5.1.2 Epidemiología de depresión.	9
5.1.3 Etiología de depresión.....	9
5.1.4. Factores de riesgo de la depresión.....	11
5.1.5 Clasificación de las depresiones.	11
5.1.6 Diagnóstico de depresión.	12
5.2 Depresión posparto	14
5.2.1 Introducción.	14
5.2.2 Generalidades.	14
5.2.3. Definición.	15
5.2.4. Epidemiología.	15
5.2.5. Etiología.	16
5.2.6 Factores de riesgo.....	17
5.2.7. Depresión posparto y vínculo madre-hijo(a).....	18
5.2.8. Diagnóstico de depresión posparto.....	19
5.2.9. Tratamiento de depresión posparto.	20
6. Metodología	23
6.1 Tipo de estudio	23
6.2 Área de estudio.....	23
6.3 Período	24
6.4 Universo y Muestra.....	24
6.5 Criterios de inclusión.....	24
6.6 Criterios de exclusión	24
6.7 Métodos e instrumentos de recolección:	26
6.7.1 Métodos.....	26

6.7.2 Técnicas.....	27
6.7.3 Instrumentos.....	27
6.7.4 Procedimiento.....	28
6.7.5 Plan de tabulación y análisis.	29
6.7.6 Plan de presentación de información.	29
6.7.7 Recursos humanos.	29
6.7.8 Materiales.	29
7. Cronograma.....	30
8. Presupuesto.....	31

5. Marco teórico

5.1 Depresión

5.1.1 Definición de depresión. En la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se describe la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo aparece marcadamente deprimido y predominan los sentimientos de tristeza e infelicidad. Se considera una especial propensión a la recurrencia (Martines Gras, 2014).

5.1.2 Epidemiología de depresión. Los trastornos depresivos son las alteraciones más prevalentes tanto en la población general como en la atención primaria. Se estima que la prevalencia de estos trastornos en la población general es del 5% y que el riesgo a lo largo de la vida es del 9%. (Martines Gras, 2014).

La depresión es el trastorno mental más frecuente en el ámbito mundial y suele asociarse con diversos desenlaces adversos como discapacidad, disminución en la calidad de vida, comorbilidades diversas e incluso mortalidad. (Rodríguez, 2013)

El riesgo extremo de la depresión es el suicidio. Se estima que 800 mil personas se suicidan anualmente. Los jóvenes de entre 15 y 29 años son los más afectados, situación que profundiza los efectos sociales y económicos de la enfermedad. La depresión es, de hecho, la principal causa de discapacidad, lo cual genera una importante carga de morbilidad y mortalidad en los países y una presión adicional significativa para los sistemas de salud. (Fuhrmann, 2017).

La depresión es tan importante como cualquier otra patología médica y constituye la cuarta causa de discapacidad en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde, aproximadamente, 121 millones de personas se ven afectadas y es responsable de al menos 850 mil muertes cada año, principalmente suicidios. La OMS afirma que las mujeres tienen mayor probabilidad (20-25%) que los hombres (7-12%) de presentar un episodio depresivo durante su vida. (Meléndez, y otros, 2017)

5.1.3 Etiología de depresión. El término “depresión” surgió a mediados del siglo XIX,

para referirse a una alteración primaria de las emociones cuyos rasgos más sobresalientes reflejaban menoscabo, inhibición y deterioro funcional. (Bottto, 2014)

(Acuña, 2014) afirma “En el origen de la depresión interactúan factores genéticos y ambientales. Su heredabilidad se ha estimado en estudios de gemelos entre 31-42% con una contribución ambiental de 58-67%”.

5.1.3.1 Factores genéticos de depresión. “Los factores genéticos actúan modificando la vulnerabilidad para sufrir estos trastornos” (Valladolid, 2014).

Diversos estudios tratan de exponer la implicación que tienen los factores genéticos en la depresión; así como el papel que juegan para explicar las diferencias de género en la incidencia del trastorno. Estos se basan fundamentalmente en estudios de familias y gemelos con la enfermedad (Machado, 2013)

Kornstein y colaboradores encontraron que las mujeres que padecen TDM tienen con una frecuencia superior a los hombres familiares con trastornos afectivos. Szatkowski (citando lo informado por otros autores) señala que la participación genética puede basarse específicamente en el papel de las mitocondrias como modelo genético, el cual predispone a la persona a sufrir el efecto de diversos estresores ambientales. Es decir los genes específicos hacen más vulnerable a las mujeres a los eventos vitales, lo que determina la aparición de los síntomas depresivos y su expresión diferente con respecto a los hombres (Machado, 2013).

5.1.3.2 Factores hormonales de depresión. Una de las teorías que trata de explicar la mayor incidencia de depresión en las mujeres es la referida al papel de las hormonas sexuales. Estudios epidemiológicos señalan que antes de la adolescencia la depresión es más frecuente en varones; otros que en esta etapa tanto las niñas como los niños tienen igual probabilidad de presentar trastornos depresivos; cuando ocurre la primera menstruación se incrementa la depresión en mujeres superando los varones; esta inversión en la razón por sexos estaría

determinada por el influjo hormonal propio de esta edad (Machado, 2013).

5.1.4. Factores de riesgo de la depresión.

Tabla 1

Factores riesgo de los trastornos depresivos.
Antecedentes personales de episodios depresivos.
Historia familiar de trastornos depresivos.
Antecedentes de tentativas de suicidio.
Ser mujer.
Edad de comienzo de los síntomas antes de los 40 años.
Postparto.
Patologías médicas comórbidas.
Ausencia de apoyo social.
Acontecimientos vitales estresantes.
Consumo de alcohol o de otras drogas de abuso.

Fuente: *Psiquiatría Bases científicas para el manejo clínico*
 Autor: (Alamo, 2014)

5.1.5 Clasificación de las depresiones.

5.1.5.1 Depresión primaria frente a secundaria. La depresión primaria engloba síntomas psíquicos y somáticos, y constituye una clara entidad nosológica que ha sido llamada enfermedad afectiva, psicosis afectiva, ciclotimia, melancolía, depresión endógena y psicosis maníaco depresiva (Bagney Lifante, 2014).

La depresión secundaria es un síndrome más incompleto que se da en relación a otro cuadro del cual se supone dependiente, como una enfermedad física, un trastorno del sistema nervioso central, efectos secundarios de alguna droga u otra patología psiquiátrica. (Bagney Lifante, 2014)

5.1.5.2 Depresión endógena frente a reactiva. La depresión endógena se refiere a un

cuadro donde no es posible determinar la situación externa desencadenante y que, por tanto, se debe a factores internos o psicobiológicos que se presuponen una alteración o cambio estructural en la bioquímica cerebral. La depresión reactiva es aquella en la que existe una relación evidente entre la situación desencadenante y la reacción depresiva, constituyendo esta situación desencadenante el núcleo central del contenido depresivo. (Bagney Lifante, 2014)

5.1.5.3 Depresión melancólica frente a neurótica. La depresión melancólica se caracteriza por ausencia de desencadenantes, ausencia de alteraciones de la personalidad, predominio de la tristeza, despertar precoz, variaciones diurnas y estacionales (mejor por las tardes y recaídas en primavera y otoño), ideas deliroides, curso fásico y buena respuesta a los tratamientos biológicos. La depresión neurótica se caracteriza por lo opuesto a lo anterior (Bagney Lifante, 2014).

5.1.5.4 Depresión unipolar frente a bipolar. La depresión unipolar es el trastorno depresivo más común en el cual puede haber uno o más episodios depresivos mayores, La depresión bipolar es la propia del paciente con trastorno bipolar, donde se alternan episodios depresivos y maníacos. Los cuadros de ambas depresiones pueden cursar con los mismos síntomas, pero la bipolar se pone de manifiesto antes o después de un episodio maníaco y la unipolar carece de estos episodios (Bagney Lifante, 2014).

5.1.5.5 Depresión mayor frente a distimia. Principalmente se diferencian por la intensidad y la duración. La distimia es de larga duración (crónica) y menos discapacitante en virtud de una menor gravedad de los síntomas (Bagney Lifante, 2014).

5.1.6 Diagnóstico de depresión.

5.1.6.1. Manifestaciones clínicas. Las manifestaciones clínicas observadas en los pacientes con depresión pueden dividirse en cuatro dimensiones: alteraciones del humor, disfunción cognitiva, síntomas relacionados con las alteraciones del ritmo circadiano y síntomas motores. (Blanco Martos, 2014)

5.1.6.2.1 Síntomas fundamentales (alteraciones del humor). Todo trastorno depresivo se caracteriza por tener un estado de ánimo bajo o triste. En las depresiones más graves puede

darse una falta total de reactividad ante las cosas de alrededor (anestesia afectiva o sentimiento de falta de sentimientos) en la que el individuo vive con un gran sufrimiento, como si no fuera capaz de sentir nada. (Bagny Lifante, 2014)

Tabla 2.

Criterios diagnósticos del DSM-IV para el episodio de depresión mayor.
<p>A. Al menos cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de 2 semanas y representa un cambio con respecto al funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas tiene que ser un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o de capacidad para el placer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo deprimido, durante la mayor parte del día, casi todos los días. 2. Una notable disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades. 3. Pérdida significativa del peso, sin seguir una dieta, o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso en un mes) o aumento o disminución del apetito casi todos los días). 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor (observable por los demás) casi todos los días. 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (casi todos los días). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días. 9. Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio o un intento de suicidio. <p>B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.</p> <p>C. Los síntomas causan un malestar o deterioro clínicamente significativo en el</p>

funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.

D. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o a una enfermedad médica.

E. Los síntomas no se explican mejor por el duelo (por ejemplo, después de la muerte de un ser querido, los síntomas persisten más de dos meses o se caracterizan por un notable deterioro funcional, una preocupación mórbida con la inutilidad, ideas suicidas, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor).

Fuente: Psicología conductual
Autor: Elisardo Becoña

5.2 Depresión posparto

5.2.1 Introducción. En las últimas décadas el conocimiento en torno a la depresión que se presenta durante el período grávido/puerperal ha experimentado, sin duda, progresos importantes. Si bien desde la antigüedad se sabe que el puerperio es un período de mayor vulnerabilidad psíquica, no están lejanos los años en que prevalecía, aún entre los profesionales de la salud, la idea errónea de que el embarazo inmunizaba contra la enfermedad mental. Dicha creencia constituyó un verdadero mito, que empezó a ser cuestionado a mediados de la década de 1980, primero a partir de los resultados de investigaciones realizadas en el hemisferio norte y luego, a través de estudios en diversos países del hemisferio sur. Aunque los primeros de esos estudios sugirieron que las mujeres presentaban trastornos depresivos del embarazo o del posparto, pero rara vez ambos tipos de trastornos, estudios posteriores han mostrado que existe continuidad en la sintomatología anímica perinatal. En la actualidad se sabe que alrededor del 50% de los episodios de depresión posparto comienza en realidad en el embarazo. (Jadresic, 2017)

5.2.2 Generalidades.

Aunque la maternidad es un período que se percibe como una etapa positiva, muchas mujeres experimentan serios problemas psicológicos durante el embarazo y el puerperio. (Rodríguez Muñoz, Olivares, Izquierdo, Soto, & Huynh-Nhu, 2016)

La depresión posparto (DPP) es la complicación psiquiátrica más frecuente del postnatal y, dadas sus potenciales repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé, su

correcto abordaje debe constituir una prioridad en Salud Pública. (Mendoza & Saldivia, 2015)

La depresión postparto es una problemática bastante frecuente y poco diagnosticada que ha venido en ascenso en los últimos años, quizá debido a los cambios psicosocioculturales que enfrenta la sociedad hoy en día, como el embarazo adolescente, aunado a la inexistente atención psicológica durante el embarazo, el parto y el puerperio, la disminución de la asistencia a la consulta postparto y múltiples factores de riesgo sociales. (Díaz, Meléndez, Bohorjas, Cabaña, & Casas, 2017).

La aplicación de medidas preventivas en torno a la depresión posparto 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. (Caparros Gonzalez, Romero Gonzalez, & Peralta Ramirez, Depresión posparto, un problema de salud pública, 2018)

En relación a la salud mental de las puérperas, no siempre es fácil diferenciar el posparto normal del posparto asociado a sintomatología depresiva. La razón es que dentro del puerperio normal se pueden encontrar cambios en el patrón de sueño, apetito, libido, fatiga y preocupaciones diversas, los cuales también pueden hallarse en presencia de depresión. (Jadresic, 2017)

5.2.3. Definición. “Posparto” significa después del parto. La depresión posparto es una enfermedad mental grave que involucra el cerebro y afecta el comportamiento y salud física de la mujer. (Office on women's health, 2019)

La depresión posparto es la presencia de síntomas depresivos que duran > 2 semanas después del parto y que interfieren con las actividades de la vida diaria. (Moldenhauer, 2018)

5.2.4. Epidemiología. La depresión posparto es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 56% de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé. Su incidencia mundial es del 15%, y 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 el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal. (Caparros Gonzalez, Romero Gonzales, & Peralta Ramírez, 2018)

En primíparas la incidencia puede ser aún mayor (12 a 25%) y en algunos grupos de riesgo puede llegar al 35%. (Krauskopf & Valenzuela, 2020)

La DPP ha sido denominada la complicación obstétrica más común. En la actualidad se sabe que, al igual que en otros países, al menos el 40% de las madres chilenas sufre de síntomas depresivo-ansiosos inespecíficos durante el puerperio y un 10-15% desarrolla un episodio depresivo mayor. (Jadresic, 2017)

Aún cuando la tasa de depresión postparto no difiere significativamente de la tasa de depresión en la población adulta general, la depresión materna puede tener repercusiones tanto en la vida de la mujer como en la de su hijo, con un mayor riesgo de desarrollo de depresión en los próximos cinco años con una tasa de recurrencia de un 60% a 80% posterior al primer episodio depresivo postparto. (Krauskopf & Valenzuela, 2020)

5.2.5. Etiología. En la actualidad no se conocen causas concretas que desencadenen la depresión durante el posparto sino que más bien se trata de una relación multifactorial entre la asociación de factores biológicos-hereditarios, psicológicos y sociales. Específicamente, tiene un papel primordial en esta etapa el Modelo de vulnerabilidad. Dicho modelo explica los trastornos psicológicos como resultado de una interacción entre vulnerabilidad genética o predisposición (diátesis “innata”) y experiencias vitales (estresantes “adquiridos”), de manera que cuando se supera el umbral de tolerancia al estrés aparece dicho trastorno. (Orri, 2015)

Según un estudio titulado “Factores psicosociales predisponentes de depresión puerperal. Hospital Tito Villar Cabeza. Bambamarca. 2016” realizado por César Eduardo

Huamán Aguilar en la ciudad de Cajamarca, Perú; los factores sociales que predisponen a la Depresión Puerperal son la ocupación de la puérpera, lugar de procedencia, la paridad y el ingreso económico, mientras que los factores psicológicos son el autoestima y la violencia familiar. (Aguilar, 2016)

5.2.6 Factores de riesgo. A diferencia de otros trastornos psiquiátricos del postparto como la psicosis puerperal, que ha mostrado una mayor relación con aspectos biológicos, los factores que han mostrado una mayor asociación con la DPP son de tipo psicosocial. (Mendoza & Saldivia, 2015)

El mayor factor de riesgo para el desarrollo de una depresión postparto es la depresión en el embarazo, aunque hay otros factores de riesgo a considerar. (Krauskopf & Valenzuela, 2020)

(Mendoza & Saldivia, 2015) afirman que dentro de los predictores más fuertes están:

- Antecedente personal de depresión.
- Sintomatología depresiva o ansiosa durante el embarazo.
- Pobre apoyo social y familiar.
- Eventos vitales perturbadores.

(Mendoza & Saldivia, 2015) refieren que los factores de riesgo con efecto del tamaño moderado son:

- Estrés cotidiano.
- Problemas de pareja.
- Estrés en el cuidado del bebé.
- Temperamento o conducta del bebé.
- Baja autoestima.
- Disforia posparto.

Según (Mendoza & Saldivia, 2015) los predictores con una menor asociación son:

- Ausencia de pareja.
- Dificultades socioeconómicas.
- Complicaciones obstétricas.
- Embarazo no deseado o no planeado.

Además, (Ravello, 2018) afirma que la gestación no planificada abarcó al 98.2% de pacientes con depresión puerperal en su estudio realizado en el año 2018 en la ciudad de Trujillo, Perú.

5.2.7. Depresión posparto y vínculo madre-hijo(a). Como consecuencia de la DPP, 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. (Jadresic, 2017)

Posee características similares a los cuadros depresivos que se presentan en otras etapas del ciclo vital, pero difiere en las consecuencias emocionales que puede tener no sólo sobre la madre sino también sobre el hijo, sobre el apego y sobre el vínculo madre/hijo que se establece. La depresión materna pone a los hijos de todas las edades en un alto riesgo para desarrollar psicopatología y particularmente en un alto riesgo de desarrollar episodios depresivos. Se ha demostrado que los hijos de madres deprimidas presentan déficit en su desarrollo social y cognitivo incluso desde los tres meses de edad, lo que los pone en mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos en una edad temprana, los cuales se manifestarían en su interacción con los demás, sus conductas y su temperamento. El grado de riesgo de estas alteraciones en los niños está directamente relacionado con la severidad y duración de la depresión posparto de la madre. Asimismo, se han documentado efectos adversos de la depresión materna en niños mayores, tales como dificultades escolares y con su grupo de pares, una baja autoestima y mayores problemas

conductuales. (Krauskopf & Valenzuela, 2020)

5.2.8. Diagnóstico de depresión posparto.

5.2.8.1. Cuadro clínico. El cuadro inicia entre las primeras 4 semanas y los primeros 6 meses posparto y presenta una duración de semanas a meses. Para el diagnóstico se debe cumplir con los criterios de depresión mayor del DSM IV, los síntomas deben persistir por más de 2 semanas e interferir con las funciones de la madre. Los síntomas de depresión posparto, son similares a los ocurridos en una depresión fuera de ésta etapa de la vida, sin embargo presentan mayor agitación y culpabilidad, con mayor repercusión clínica para el niño y su desarrollo, la madre y la familia en general. (Delgado, 2016)

5.2.8.1.1 Síntomas. La depresión posparto se relaciona con síntomas psicológicos y alteración de patrones biológicos, entre los que están un estado emocional triste, 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 posteriormente desarrollan depresión posparto presentan síntomas psicológicos durante el embarazo (somatización, depresión, ansiedad y estrés específico del embarazo) y mayores niveles de cortisol desde el primer trimestre. (Caparros Gonzalez, Romero Gonzalez, & Peralta Ramirez, Depresión posparto, un problema de salud pública, 2018)

Con frecuencia la depresión del ánimo coexiste con bastante angustia o bien con síntomas obsesivos. La mujer puede presentar fantasías o temor de hacerle daño al bebé, vivencias que a menudo no se atreve a verbalizar. En casos más graves puede mostrar indiferencia por el hijo, más rara vez, rechazo. Claramente, los síntomas perturban el nivel de funcionamiento materno en distintos ámbitos. (Jadresic, 2017)

Por lo general, se presenta durante el primer mes posterior al parto, alcanzando una intensidad máxima entre las 8 y 12 semanas posterior al nacimiento. (Krauskopf & Valenzuela, 2020)

5.2.8.2. Test de Edimburgo. A menudo, la DPP no es diagnosticada. De allí que puede resultar útil recurrir a instrumentos de tamizaje, cuyo empleo es obligatorio en algunas latitudes (por ejemplo, en algunos estados de los EE.UU.). En la actualidad, el instrumento de tamizaje más usado para detectar probables casos de DPP es la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS). (Jadresic, 2017)

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es una buena herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos del posparto, fácil de aplicar, breve y cuyo uso se ha extendido en muchas partes. A pesar de que su objetivo inicial fue la detección de cuadros depresivos en el posparto, se ha comenzado a usar para la identificación de episodios depresivos en el embarazo. La EPDS ha sido ampliamente probada, traducida y utilizada en más de 23 países para identificar a las mujeres que podrían estar cursando una depresión en el posparto.

Es una escala de 10 ítems, que requiere aproximadamente 5 minutos para completar. Cuando los resultados no son concluyentes, la prueba se puede volver a administrar después de 2 semanas. LA EPDS tiene una puntuación máxima de 30. Muestra una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5% para depresión perinatal.

Una puntuación de 12 o más indica una posible depresión, de diversa gravedad. Es un instrumento muy fiable para las evaluaciones secuenciales de síntomas depresivos en el embarazo y en particular, para el tamizaje de un trastorno depresivo mayor.

Ha sido validada para su uso en el embarazo por Murray & Cox, con un punto de corte de 14/15 para probable depresión.

5.2.9. Tratamiento de depresión posparto. Existen alternativas farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento de la depresión posparto, las cuales dependen entre otros factores de la severidad del cuadro.

(Krauskopf & Valenzuela, 2020) refieres que los factores a considerar para el

tratamiento durante el puerperio son los siguientes:

- El puerperio es un período de especial vulnerabilidad psíquica. Puede ser el momento de inicio o descompensación de un trastorno mental.
- El bienestar materno es fundamental para el adecuado desarrollo del bebé.
- La lactancia favorece el bienestar materno y la salud del lactante.
- El estado mental materno es el factor determinante para recomendar el inicio de un tratamiento farmacológico.
- La mayoría de los psicofármacos son seguros para la lactancia.
- Una adecuada monitorización (observación) minimizaría los posibles efectos adversos.

Para el adecuado tratamiento de la diada madre-bebé es necesario un equipo multidisciplinario.

5.2.9.1. Medidas generales. Para las mujeres con síntomas leves de DPP, se recomiendan medidas de orden general, como la psicoeducación. Consiste, básicamente, en explicarle a la madre y a la familia, la naturaleza del trastorno que aqueja a la paciente, haciendo hincapié en que se trata de una enfermedad y no de derrota o fracaso personal. Es fundamental perturbar lo menos posible los ritmos circadianos y, de ser necesario, se deben tratar en forma oportuna las perturbaciones del sueño, ya que con frecuencia esto logra evitar el desarrollo de trastornos depresivos puerperales en mujeres de alto riesgo. Es recomendable asistir (o relevar) a la madre en el cuidado nocturno del niño ya que ello puede ser muy beneficioso a través de favorecer el descanso. (Jadresic, 2017)

5.2.9.2. Psicoterapia. Se utilizan en mujeres con depresiones leves a moderadas, que se encuentran en lactancia y no desean usar fármacos. Se recomienda psicoterapia cognitivo conductual o psicoterapia interpersonal (individual o grupal). (Krauskopf & Valenzuela, 2020)

Estrategias como psicoeducación tanto para la madre como para sus redes de apoyo y/o terapias grupales de apoyo también son de utilidad. Se fomentan técnicas de autocuidado

para la madre (sueño y alimentación) y fomentar redes de apoyo a las cuales pueda recurrir en búsqueda de ayuda. (Krauskopf & Valenzuela, 2020)

En casos severos de depresión postparto especialmente las que tienen ideación suicida activa debe considerarse la hospitalización y la Terapia Electro Convulsiva (TEC), siendo una técnica eficaz, rápida y segura. (Krauskopf & Valenzuela, 2020)

5.2.9.2. Farmacoterapia de depresión postparto. La lactancia tiene claros beneficios para la madre y el niño(a) y, por cierto, la decisión de si usar o no un antidepresivo mientras se amamanta debe sustentarse en un análisis riguroso de los riesgos y los beneficios. Se sabe que todos los fármacos pasan al niño a través de la leche materna y que, en general, sólo el 1 a 2% de la dosis materna de cualquier fármaco aparecerá en la leche. Este traspaso es significativamente menor que en la situación intrauterina y, en la práctica, en lo que se refiere a los antidepresivos, no se traduce en problemas clínicos para el neonato en la gran mayoría de los casos. Sin embargo, si un niño(a) desarrolla síntomas anormales, y se sospecha de que se relacionan a la ingesta del antidepresivo por parte de la madre, se debe suspender la lactancia de inmediato. (Jadresic, 2017)

Es importante contar con una evaluación del hijo por el pediatra previo al inicio del tratamiento con mayor atención del ciclo sueño vigilia, irritabilidad, psicomotricidad y aspectos neurológicos debido a que estas áreas pueden verse comprometidas frente a la eventualidad de una intoxicación farmacológica, especial atención en casos de comorbilidad del hijo o prematuridad. (Krauskopf & Valenzuela, 2020)

Los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) son el tratamiento de primera línea en el manejo de depresión postparto: sertralina, fluoxetina, escitalopram, citalopram. Se han reportado algunos casos en que durante el tratamiento con fluoxetina 20mg el bebé presentó llanto excesivo, irritabilidad y alteraciones del sueño y apetito, estos efectos secundarios no revisten gravedad y ceden al suspender el tratamiento. Con

citalopram 20mg hay reporte de un caso de un lactante de cuatro semanas que presentó alteración del sueño y cedió al bajar dosis a la mitad, y escitalopram 10mg con el cual no se reportaron efectos secundarios en el bebé. (Krauskopf & Valenzuela, 2020)

Diversos autores coinciden que el tratamiento de primera elección en el tratamiento de depresión postparto durante la lactancia es la sertralina; publicaciones con 50 y 100mg de sertralina en tratamiento de depresión durante la lactancia muestran ausencia de efectos sobre el sistema nervioso central del lactante. (Krauskopf & Valenzuela, 2020)

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio

Se realizará un estudio descriptivo, de enfoque cuantitativo, tipo observacional, de cohorte transversal prospectivo.

6.2 Área de estudio

Centro Materno Infantil “Julia Esther González” de la Ciudad de Loja, Av. Manuel

Agustín Aguirre y Chile.

6.3 Período

Comprende el mes de abril del año 2020 hasta el mes de marzo del año 2021.

6.4 Universo y Muestra

Quedará constituido por todas las pacientes que acuden a control postnatal en el Centro Materno Infantil “Julia Esther González” de la Ciudad de Loja,

6.5 Criterios de inclusión

- Pacientes de sexo femenino que acuden a control postnatal en el Centro Materno Infantil “Julia Esther González” de la Ciudad de Loja en el periodo comprendido entre el mes de abril del año 2020 hasta el mes de marzo del año 2021.
- Pacientes de sexo femenino que acuden a control postnatal al Centro Materno Infantil “Julia Esther González” de la Ciudad de Loja, en el periodo de estudio y que llenen completamente el consentimiento informado.
- Pacientes de sexo femenino que acuden a control postnatal Centro Materno Infantil “Julia Esther González” de la Ciudad de Loja, en el periodo de estudio que llenen el test de Edimburgo en su totalidad.

6.6 Criterios de exclusión

- Pacientes de sexo femenino que asisten a control postnatal en el Centro Materno Infantil “Julia Esther González” de la Ciudad de Loja, durante el periodo de estudio y que no llenen el consentimiento informado o que lo hagan de manera incompleta.
- Pacientes de sexo femenino que asisten a control postnatal en el Centro Materno Infantil “Julia Esther González” de la Ciudad de Loja, durante el periodo de estudio y que no llenen el test de Edimburgo de forma completa.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN N	INDICADOR	ESCALA
----------	------------	----------------	-----------	--------

Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (R.A.E, 2019)	Biológica	Años cumplidos	15-20 21-26 27-32 33-38 39-44 45-49
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. (R.A.E, 2019)	Biológica	Femenino	menino.
Hijos	Así se denomina a un animal o a un ser humano respecto de sus progenitores. (Pérez Porto & Merino, 2018)	Biológica	Número de hijos vivos.	agrupa en escala de tres en tres.
Procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo (R.A.E, 2019).	Social	Sector rural Sector urbano	<ul style="list-style-type: none"> • Sector rural. • Sector urbano.
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente (R.A.E, 2019)	Social	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Educación básica. • Bachillerato. • Primer nivel. • Segundo nivel. • Tercer nivel.
Ocupación	Acción y efecto de ocupar y ocuparse. Trabajo, empleo, oficio. (R.A.E, 2019)	Social	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo remunerado • Que haceres domésticos • Estudiante • Trabaja y es ama de casa.

Estado civil.	Condición de una persona en relación con sus nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales, (R.A.E, 2019)	Social	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera. • Casada. • Divorciada. • Viuda. • Unión libre.
Depresión posparto	Es una depresión de moderada a intensa en una mujer después de que ha dado a luz y se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde. (Medline plus, 2018)	Salud	Test de Edimburgo.	<ul style="list-style-type: none"> • Probable depresión. • Depresión poco probable.

6.7 Métodos e instrumentos de recolección:

6.7.1 Métodos. Deductivo

Este método es una forma de razonar y explicar la realidad partiendo de leyes o teorías generales hacia casos particulares. Parte de lo general a lo particular. (Arrieta, 2017)

El método se caracteriza por:

- Establecer conclusiones a partir de generalizaciones.
- En lógica, la conclusión de un razonamiento está incluida en las premisas.
- Es útil cuando no se pueden observar las causas de un fenómeno.
- Sus conclusiones son rigurosas y válidas.

- No genera por sí mismo nuevo conocimiento,
- ya que parte de verificar conocimiento previo.

6.7.2 *Técnicas.* Se aplicará el consentimiento informado, ficha de recolección de datos sociodemográficos y el test de depresión postparto de “Edimburgo”.

6.7.3 *Instrumentos.*

- * Consentimiento informado: (Ver Anexo N°1)

El Consentimiento Informado es un proceso mediante el cual un sujeto confirma voluntariamente su deseo de participar en un estudio en particular después de haber sido informado sobre todos los aspectos de éste que sean relevantes para que tome la decisión de participar. El consentimiento informado se documenta por medio de un formulario de consentimiento informado escrito, firmado y fechado.

Consta de dos partes: Información para el Sujeto de Investigación y formulario de consentimiento informado para la firma.

- * Ficha de recolección de datos sociodemográficos (Ver Anexo N°2):

Consiste en una ficha diseñada por los investigadores, en la que se recolectará la información de la población estudiada y consta de 9 ítems que las pacientes deberán llenar.

- * Test de Edimburgo (Ver Anexo N°3)

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es una buena herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos del posparto, fácil de aplicar, breve y cuyo uso se ha extendido en muchas partes. A pesar de que su objetivo inicial fue la detección de cuadros depresivos en el posparto, se ha comenzado a usar para la identificación de episodios depresivos en el embarazo. La EPDS ha sido ampliamente probada, traducida y utilizada en más de 23 países para identificar a las mujeres que podrían estar cursando una depresión en el posparto.

Requiere aproximadamente 5 minutos para completar. Cuando los resultados no son concluyentes, la prueba se puede volver a administrar después de 2 semanas. LA EPDS tiene

una puntuación máxima de 30. Muestra una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5% para depresión perinatal.

Es una encuesta autoadministrada, desarrollada por Cox y colaboradores en 1987. Fue diseñada específicamente para detectar síntomas depresivos en mujeres que hayan dado a luz recientemente. Consta de 10 preguntas de selección múltiple, con 4 alternativas cada una, puntuadas de 0 a 3, en grado creciente de gravedad de los síntomas. Para el posparto se recomienda usar el punto de corte 9/10 (Puntaje ≥ 10 = probable depresión posparto). En el embarazo se sugiere usar el punto de corte 12/13 (Puntaje ≥ 13 = probable depresión en el embarazo). A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la severidad creciente del síntoma. A los ítems marcados con un asterisco (*) se les da un puntaje en orden inverso (3, 2, 1 y 0). El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

6.7.4 Procedimiento.

- 1.- Realizar diseño del proyecto de investigación.
- 2.- Búsqueda de bibliografía
- 3.-Solicitar aprobación de proyecto de investigación a la gestora académica de la carrera de Medicina Humana.
- 4.- Solicitar pertinencia del tema.
- 5.- Solicitar designación de director/a de tesis.
- 6.-Solicitar permiso al Centro Materno Infantil “Julia Esther González” de la Ciudad de Loja, por parte de la Carrera de Medicina Humana.
- 7.-Socializar la investigación a las autoridades del Centro Materno Infantil “Julia Esther González” de la Ciudad de Loja, de la ciudad de Loja.
- 8.-Aplicación del test de Edimburgo.
- 9.-Aplicación de ficha de recolección de datos sociodemográficos.
- 10.- Recolección de información.

11.- Elaboración de base de datos.

12.-Tabulación de la información.

13-Elaboración del informe final de tesis, con los resultados del estudio.

6.7.5 Plan de tabulación y análisis. Se realizará una base de datos la en el programa informático Excel y luego la misma será analizada en el mismo programa.

6.7.6 Plan de presentación de información. Una vez que la información ha sido analizada se presentará la información en tablas de frecuencias y porcentajes.

Para establecer la relación entre incidencia de depresión posparto y factores sociodemográficos la herramienta estadística a utilizar será el coeficiente de correlación de Pearson.

6.7.7 Recursos humanos.

-Director/a de tesis.

-Tesisista.

6.7.8 Materiales. Los materiales que se usarán en la presente investigación serán computadora, impresora, tonner, hojas de papel bond, esferos, test de Edimburgo.

8. Presupuesto

CONCEPTO	Unidad	Cantidad	Costo unitario (USD)	Costo Total (USD)
Movilización	Gasolina	20	1.80	36.00
Movilización	Pasaje bus	60	0.30	18.00
Movilización	Taxi	15	2.00	30.00
MATERIALES Y SUMINISTROS				
Hojas de papel bond	Resmas	5	4.00	20.00
Esferos y lápices	Caja.	4	3.00	12.00
Internet	Mes	12	40	480.00
Anillados	Anillados	4	3.00	12.00
Empastados	Empastados	1	10.00	10.00
EQUIPOS				
Tonner	frasco	4	50.00	200.00
Computadora	Unidad	1	1000.00	100.000
Sub total				1918.00
(imprevistos de 20%)				383.00
TOTAL				2301.00