



Universidad  
Nacional  
de Loja

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

**“Depresión posparto y funcionalidad familiar en mujeres  
del barrio Motupe de la ciudad de Loja”**

**Trabajo de Titulación Previo a la Obtención  
del Título de Médico General.**

**AUTOR:**

Gerardo Elian Castillo Espinosa

**DIRECTOR:**

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

Loja – Ecuador  
2024

## Certificación

Loja, 31 de Marzo del 2023

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

**DIRECTORA DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

**Certifico:**

Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración del Trabajo de integración curricular denominado: **Depresión posparto y funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja** de autoría del estudiante **Gerardo Elian Castillo Espinosa**, con cédula de identidad Nro. **1105762221** previa a la obtención del título de **Médico General**, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, apruebo y autorizo su presentación para los trámite de titulación.

Atentamente,

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

**DIRECTORA DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

## **Autoría**

Yo, **Gerardo Elían Castillo Espinosa**, declaro ser autor del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y 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:** 1105762221

**Fecha:** Loja, 28 de mayo del 2024

**Correo:** [gerardo.castillo@unl.edu.ec](mailto:gerardo.castillo@unl.edu.ec) / [gerardocastillo523@gmail.com](mailto:gerardocastillo523@gmail.com)

**Teléfono:** 0968883675

**Carta de autorización por parte del autor para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Integración Curricular**

Yo, Gerardo Elian Castillo Espinosa, declaro ser autor del Trabajo de Titulación denominado: **Depresión posparto y funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja**, como requisito para obtener el título 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 Institucional.

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

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de titulación que sea realizada por terceros.

Para constancia de esta titulación, en la ciudad de Loja el veintiocho de mayo del dos mil veinte y cuatro, firma su autor.

**Firma:**

**Autor:** Gerardo Elian Castillo Espinosa

**Cédula de identidad:** 1105762221

**Dirección:** Loja, La Pradera, Calle Arupos y Almendros.

**Correo electrónico:** [gerardo.castillo@unl.edu.ec](mailto:gerardo.castillo@unl.edu.ec) / [gerardocastillo523@gmail.com](mailto:gerardocastillo523@gmail.com)

**Teléfono:** 072103784

**Celular:** 0968883675

**Datos Complementarios**

**Director del trabajo de titulación:** Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

## **Dedicatoria**

A mis abuelos Jorge y Fanny por apoyarme y ser ejemplo de esfuerzo, constancia y superación, a mis padres y hermanos por brindarme apoyo y ayudarme a salir adelante en todo momento, sobre todo en los difíciles. Finalmente me gustaría dedicar este trabajo a mis amigos y maestros que me han acompañado en estos 6 años de formación y aprendizaje en donde hemos vivido momentos inolvidables que los llevo en mi corazón.

*Gerardo Elian Castillo Espinosa*

## **Agradecimientos**

A Dios por darme salud y fuerza durante toda la carrera, a mi familia que fueron motivo de inspiración para poder alcanzar esta meta. A los docentes que me han formado académicamente y ayudado a ser mejor persona en todo el transcurso de mi carrera, en especial agradezco a la Dra. Karina Calva, quién me ha guiado con paciencia y sabiduría para concluir mi trabajo de titulación. A mis compañeros de aula y amigos por las experiencias que compartimos en todos estos años de estudio y quienes estuvieron apoyándome siempre en todo momento. Finalmente quiero agradecer a todas las personas que estuvieron involucradas directa o indirectamente en mi desarrollo como profesional. ¡Muchas Gracias!

*Gerardo Elian Castillo Espinosa*

## Índice de Contenidos

Portada .....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de Autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimientos .....	vi
Índice de Contenidos .....	vii
Índice de Tablas.....	xi
Índice de Figuras .....	xii
Índice de Anexos.....	xiii
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.....	6
4.1.2 Clasificación .....	6
4.1.3 Epidemiología .....	6
4.1.4 Etiología.....	7

<i>4.1.4.1 Factores Biológicos</i> .....	7
<i>4.1.4.2 Factores Genéticos</i> .....	9
<i>4.1.4.3 Factores Psicosociales</i> .....	9
<b>4.1.5 Factores de Riesgo</b> .....	9
<i>4.1.5.1 Factores Personales</i> .....	9
<i>4.1.5.2 Factores Genéticos</i> .....	10
<i>4.1.5.3 Factores Cognitivos</i> .....	10
<i>4.1.5.4 Factores Familiares y Sociales</i> .....	10
<b>4.2 Puerperio</b> .....	11
<b>4.2.1 Definición</b> .....	11
<b>4.2.2 Clasificación</b> .....	11
<b>4.3 Depresión Posparto</b> .....	12
<b>4.3.1 Epidemiología</b> .....	14
<b>4.3.2 Etiología</b> .....	15
<i>4.3.2.1 Factores Genéticos</i> .....	15
<i>4.3.2.2 Factores Biológicos</i> .....	15
<i>4.3.2.3 Factores Psicológicos</i> .....	16
<i>4.3.2.4 Factores Psicosociales</i> .....	16
<b>4.3.3 Factores de Riesgo</b> .....	17
<b>4.3.4 Factores Protectores</b> .....	18
<b>4.3.5 Fisiopatología</b> .....	18
<i>4.3.5.1 Cambios Hormonales</i> .....	18



<b>4.3.6 Manifestaciones Clínicas</b> .....	<b>21</b>
<b>4.3.7 Diagnóstico</b> .....	<b>21</b>
<i>4.3.7.1 Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS)</i> .....	<b>25</b>
<i>4.3.7.2 Inventario de depresión de Beck (BDI-II)</i> .....	<b>26</b>
<b>4.3.8 Tratamiento</b> .....	<b>27</b>
<i>4.3.8.1 Depresión Posparto Leve – Moderada</i> .....	<b>28</b>
<i>4.3.8.2 Depresión Posparto Severa</i> .....	<b>29</b>
<b>4.3.9 Complicaciones</b> .....	<b>30</b>
<b>4.4 Familia</b> .....	<b>31</b>
<b>4.4.1 Tipos de Familia</b> .....	<b>32</b>
<b>4.4.2 Funcionalidad Familiar</b> .....	<b>33</b>
<b>4.4.3 Instrumento para Evaluar la Funcionalidad Familiar</b> .....	<b>34</b>
<i>4.4.3.1 Test de funcionamiento familiar (FF-SIL)</i> .....	<b>34</b>
<b>5. Metodología</b> .....	<b>36</b>
<b>5.1 Localización</b> .....	<b>36</b>
<b>5.2 Enfoque</b> .....	<b>36</b>
<b>5.3 Tipo de Estudio</b> .....	<b>36</b>
<b>5.4 Unidad de Estudio</b> .....	<b>36</b>
<b>5.5 Universo</b> .....	<b>36</b>
<b>5.6 Muestra</b> .....	<b>36</b>
<b>5.7 Criterios de Inclusión</b> .....	<b>37</b>
<b>5.8 Criterios de Exclusión</b> .....	<b>37</b>

<b>5.9 Técnica .....</b>	<b>37</b>
<b>5.10 Instrumentos .....</b>	<b>37</b>
<b>5.10.1 Consentimiento informado .....</b>	<b>37</b>
<b>5.10.2 Hoja de recolección de información biosociodemográfica.....</b>	<b>38</b>
<b>5.10.3 Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS ).....</b>	<b>38</b>
<b>5.10.4 Inventario de depresión de Beck (BDI-II).....</b>	<b>38</b>
<b>5.10.5 Test de funcionamiento familiar (FF-SIL).....</b>	<b>39</b>
<b>5.11 Procedimiento .....</b>	<b>39</b>
<b>5.12 Equipos y Materiales .....</b>	<b>40</b>
<b>5.13 Análisis Estadístico .....</b>	<b>40</b>
<b>6. Resultados .....</b>	<b>41</b>
<b>6.1 Resultado para el primer objetivo. ....</b>	<b>41</b>
<b>6.2 Resultado para el segundo objetivo. ....</b>	<b>45</b>
<b>6.3 Resultado para el tercer objetivo. ....</b>	<b>47</b>
<b>7. Discusión.....</b>	<b>48</b>
<b>8. Conclusiones.....</b>	<b>51</b>
<b>9. Recomendaciones.....</b>	<b>52</b>
<b>10. Bibliografía.....</b>	<b>53</b>
<b>11. Anexos.....</b>	<b>57</b>

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Criterios de diagnóstico de trastorno depresivo mayor según el DSM-5....	22
<b>Tabla 2.</b> Test de funcionamiento familiar (FF-SIL). .....	35
<b>Tabla 3.</b> Características sociodemográficas de las mujeres puérperas del barrio Motupe de la ciudad de Loja, periodo octubre 2022 – marzo 2023. ....	41
<b>Tabla 4.</b> Características ginecobstetricas de las mujeres puérperas del barrio Motupe de la ciudad de Loja, periodo octubre 2022 – marzo 2023. ....	43
<b>Tabla 5.</b> Prevalencia de depresión posparto en mujeres puérperas del barrio Motupe de la ciudad de Loja, periodo octubre 2022 – marzo 2023. ....	45
<b>Tabla 6.</b> Grado de depresión en mujeres puérperas del barrio Motupe de la ciudad de Loja, periodo octubre 2022 – marzo 2023.....	45
<b>Tabla 7.</b> Funcionalidad familiar en mujeres puérperas del barrio Motupe de la ciudad de Loja, periodo octubre 2022 – marzo 2023.....	46
<b>Tabla 8.</b> Relación entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar en las mujeres puérperas del barrio Motupe de la ciudad de Loja aplicando la prueba Chi 2, periodo octubre 2022 – marzo 2023.....	47

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Criterios de la clasificación internacional de enfermedades CIE-10 para el diagnóstico de depresión. ....	25
<b>Figura 2.</b> Grado de riesgo que representa para el feto/lactante el uso de algunos psicofármacos durante el embarazo/lactancia. ....	30
<b>Figura 3.</b> Ubicación del barrio Motupe de la ciudad de Loja.....	36

## Índice de Anexos

<b>Anexo 1.</b> Pertinencia del proyecto de investigación. ....	57
<b>Anexo 2.</b> Asignación del director de tesis. ....	58
<b>Anexo 3.</b> Oficio de recolección de datos. ....	59
<b>Anexo 4.</b> Autorización de modificaciones en el proyecto de integración curricular. ....	60
<b>Anexo 5.</b> Certificado de abstract. ....	63
<b>Anexo 6.</b> Consentimiento informado organización mundial de la salud (OMS). ....	64
<b>Anexo 7.</b> Hoja de recolección de información biosociodemográfica ....	67
<b>Anexo 8.</b> Escala de depresión posparto de Edimburgo. ....	69
<b>Anexo 9.</b> Test de percepción de funcionamiento familiar (FF-SIL). ....	71
<b>Anexo 10.</b> Inventario de depresión de Beck (BDI-II). ....	72
<b>Anexo 11.</b> Imágenes del proceso de recolección de datos. ....	76
<b>Anexo 12.</b> Proyecto de investigación de integración curricular o titulación. ....	78

## **1. Título**

Depresión posparto y funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja.

## 2. Resumen

La depresión posparto (DPP) es el trastorno mental más frecuente del puerperio que provoca resultados adversos en la salud materno-infantil y en el núcleo familiar, la presentación clínica se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo deprimido con pérdida del interés en las actividades cotidianas la mayor parte del tiempo durante dos semanas. La presente investigación se desarrolló con él con el objetivo de determinar la depresión posparto y la funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja para ello se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal en el que participaron 60 mujeres púerperas a las cuales se les aplicó una encuesta de recolección de información biosociodemográfica, la escala de depresión posparto de Edimburgo, el inventario de depresión de Beck y el test de funcionamiento familiar (FF-SIL). Los resultados obtenidos determinaron dentro de las características sociodemográficas que el 31.67% tiene una edad entre los 26-30 años, el 45% son casadas y el 71.67% tiene un nivel de instrucción secundaria. Las características ginecobstetricas demostraron que el 78.33% tuvo un parto vaginal, el 70% fueron multíparas y el 40% presento alguna enfermedad durante el embarazo destacando a la anemia como la enfermedad más prevalente con un 10%. La prevalencia de la depresión posparto fue del 16.67%, el grado de depresión fue mínimo en el 65% y las familias disfuncionales y severamente disfuncionales se presentaron en un 10% y un 3.33% respectivamente. Se estableció relación estadísticamente significativa entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar por medio de la prueba Chi cuadrado al obtenerse un valor de  $p=0.0005$ . Finalmente se concluyó que la funcionalidad familiar es la piedra angular en el desarrollo de la depresión posparto, la cual sigue siendo una enfermedad prevalente que no solamente afecta la salud materno-infantil sino también a todo el entorno familiar.

**Palabras claves:** Depresión, posparto, salud mental, puerperio, dinámica familiar.

## 2.1 Abstract

Postpartum depression (PPD) is the most frequent mental disorder of the puerperium that causes adverse results in maternal and child health and in the family nucleus, the clinical presentation is characterized by the presence of a depressed mood with loss of interest in daily activities most of the time during two weeks. The present research was developed with the objective of determining postpartum depression and family functioning in women from the Motupe neighborhood in the city of Loja. A quantitative, descriptive and cross-sectional study was carried out with the participation of 60 postpartum women who underwent a survey to collect biosocial-demographic information, the Edinburgh postpartum depression scale, the Beck depression inventory and the family functioning test (FF-SIL). The results obtained determined within the sociodemographic characteristics that 31.67% were aged between 26-30 years, 45% were married and 71.67% had a high school education. The gynecobstetric characteristics showed that 78.33% had a vaginal delivery, 70% were multiparous and 40% had some disease during pregnancy, with anemia standing out as the most prevalent disease with 10%. The prevalence of postpartum depression was 16.67%, the degree of depression was minimal in 65% and dysfunctional and severely dysfunctional families were present in 10% and 3.33% respectively. A statistically significant relationship was established between postpartum depression and family functionality by means of the Chi-square test with a value of  $p=0.0005$ . Finally, it was concluded that family functionality is the cornerstone in the development of postpartum depression, which continues to be a prevalent disease that not only affects maternal and child health but also the entire family environment.

**Key words:** Depression, postpartum, mental health, puerperium, family dynamics.



### 3. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 300 millones de personas en todo el mundo viven con depresión determinándola como un trastorno mental frecuente y siendo la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo, se puede presentar en cualquier etapa de la vida desde la infancia hasta la vejez incluyendo a las mujeres en edad reproductiva, sobre todo las que cursan el puerperio ya que constituyen un grupo susceptible debido a que durante este periodo se produce una serie de cambios anatómicos, hormonales, familiares y sociales que llegan a influir en el estado emocional de la mujer aumentando el riesgo de aparición de esta enfermedad, por ello la valoración y el cuidado de la puérpera debe incluir un enfoque holístico e integral tomando en consideración la salud mental, física y familiar. (Lara, 2018)

La Organización Panamericana de las Salud (2018) determinó que la depresión posparto tiene una incidencia del 15% en todo el mundo y hasta del 56% en Latinoamérica, región en la cual se ha observado una variación en la frecuencia de la enfermedad, en Chile se observa la más alta prevalencia con un 50.7%, Colombia con un 32.8% resultado similar al de México con un 32,8%, Perú con un 24.1% y Venezuela con un 22%. (Goyes & Rosero, 2022). En Ecuador en el año 2017 el Ministerio de Salud estimó una prevalencia de 13% estableciéndola como una de las más bajas de la región.

Por lo tanto, se puede afirmar que en Ecuador y en varios países de Latinoamérica, la depresión posparto es subdiagnosticada y poco valorada debido a la falta de la asistencia en los controles prenatales y la inexistente evaluación psicológica durante el puerperio inmediato constituyendo un problema de salud frecuente que altera la estabilidad familiar y el estado de salud de la madre y de sus hijos. (Meléndez, 2017)

Es de relevancia conocer sobre la depresión posparto ya que el contexto social, cultural, religioso, económico y de salud en el que viven la mayoría de las puérperas de los sectores pertenecientes al barrio Motupe de la ciudad de Loja es deficiente constituyendo factores de riesgo importantes que influyen en la génesis de la depresión posparto y que afecta de forma directa la salud materno-infantil y familiar, por lo que debe ser considerada un problema de salud relevante que debe ser abordado por las autoridades competentes con políticas de salud pública que contribuyan al desarrollo de actividades preventivas y de abordaje oportuno pudiendo no solo mejorar la calidad de vida de la madre, sino también mejorar el desarrollo funcional y adaptativo de todo el entorno familiar.

Al ser un problema frecuente, poco diagnosticado y dado que su tratamiento genera importantes beneficios para la salud materno-infantil y la estabilidad familiar, así como por ser competencia de los profesionales de la salud y teniendo en cuenta que actualmente existen escasos estudios sobre este problema de salud he realizado el presente estudio con el fin de determinar “La depresión posparto y la funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja”.

La presente investigación pretende contribuir con información relevante en el desarrollo de conocimiento sobre este problema de salud debido a que la disponibilidad de estudios de este tipo a nivel local es limitada, de igual forma tiene como objetivo servir de referencia a las próximas investigaciones desarrolladas por otros profesionales de salud. También se espera influir en el desarrollo de políticas de salud pública que actúen de forma eficaz en la atención de la depresión posparto y la funcionalidad familiar controlando los factores de riesgo y tratando la enfermedad, minimizando de esta forma sus repercusiones en la salud materno-infantil y familiar.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente se pretende determinar la depresión posparto y la funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja. Así como describir las características sociodemográficas y ginecobstetricas, identificar la prevalencia de la depresión posparto, grado de depresión, funcionalidad familiar y establecer la relación entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar.

El presente trabajo de investigación está ubicado dentro del tercer objetivo “Salud y Bienestar” del desarrollo sostenible establecido por la ONU. Así mismo, se encuentra dentro de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública (MSP) enmarcada en el área 11 que corresponde “Salud Mental y Trastornos del Comportamiento” cuya línea de investigación es la “Depresión y Distimia” y las sub-líneas: Perfil epidemiológico, Impacto psicosocial, Atención integral y familiar, Calidad de vida. También se encuentra dentro del sexto objetivo “Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad” del Plan de Creación de Oportunidades. Finalmente cabe destacar que pertenece a la segunda línea de investigación de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, que corresponde a Salud Enfermedad Materno-Infantil en la Región Sur del Ecuador o zona 7.

## **4. Marco Teórico**

### **4.1 Depresión**

#### **4.1.1 Definición**

La OMS define a la depresión como la presencia de sentimientos de tristeza, culpa, pérdida de energía, falta de autoestima, trastornos del sueño, cambios del apetito, sensación de cansancio, falta de concentración y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutan, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias e incluso pensamientos de autolesión o suicidio. Estos episodios abarcan la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas.

#### **4.1.2 Clasificación**

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) la depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo y se subdivide en las siguientes categorías:

- Trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastorno de depresión mayor.
- Trastorno depresivo persistente (distimia).
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Otro trastorno depresivo especificado.
- Otro trastorno depresivo no especificado (incluye la depresión periparto).  
(American Psychiatric Association, 2014)

#### **4.1.3 Epidemiología**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 300 millones de personas en el mundo viven con depresión afectando más a mujeres que a hombres, siendo la edad de 60 a 64 años los más afectados, de los cuales, más de la mitad no recibe tratamiento. Los principales obstáculos para una atención eficiente de este trastorno que tienen mayor realce son: la falta de recursos y de personal sanitario capacitado, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta en la consulta. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

Estas dificultades en el manejo de la depresión llegan a afectar la salud mental de las personas y han generado un incremento en la tasa de suicidios, siendo la depresión el principal factor de riesgo para la conducta suicida y para otras causas de morbi-mortalidad. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en términos de carga y prevalencia estima que la depresión es el trastorno mental más prevalente proyectándola hacia el 2030 como la segunda causa de carga de enfermedad a nivel mundial. Se estima que cerca de 50 millones de personas en la región de las Américas viven con depresión y para América Latina y el Caribe 21 millones de personas padecen este trastorno. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

En el Ecuador, las mujeres son las que se ven más afectadas por la depresión ya que según el registro del MSP de todas las atenciones ambulatorias el número de casos de ellas triplica a los de los hombres. En el 2015 hubo 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo de depresión, de los cuales 36.631 son mujeres y 13.748 son hombres. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

El Ministerio de Salud Pública en los últimos 10 años ha incrementado de manera considerable el número de profesionales de salud mental que prestan servicios en establecimientos de salud con el objetivo de contribuir al tratamiento de la depresión y otras enfermedades relacionadas con la salud mental. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

Actualmente el Ministerio de Salud Pública cuenta con 471 centros de salud con atención ambulatoria, 41 centros de salud con atención ambulatoria intensiva e integral y 22 unidades hospitalarias de salud mental, lo que ha contribuido a ampliar la cobertura de atención y tratamiento de todos los trastornos mentales con el objetivo de mejorar la salud en todo el país. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

#### **4.1.4 Etiología**

La depresión es un trastorno de etiología multifactorial. No se conoce la causa exacta de la depresión, sin embargo, existen 3 principales afluentes que convergen para desarrollar esta patología: los factores biológicos, genéticos y psicosociales. (Piñar, 2020)

##### **4.1.4.1 Factores Biológicos**

- **Aminas Biógenas:**

- a) **Serotonina:** es la más asociada con frecuencia en la depresión, la disminución de este neurotransmisor precipita su aparición. Entre sus principales funciones están el sueño, actividad motora, percepción sensorial, estado de ánimo,

comportamiento sexual, apetito y secreción de hormonas. Se ha determinado que la mayoría de los pacientes con depresión e intentos suicidas tienen concentraciones extremadamente bajas de los metabolitos de la serotonina y de sus receptores. (Piñar, 2020)

**b) Noradrenalina:** se presenta una regulación negativa o disminución de la sensibilidad de los receptores beta-adrenérgicos, esta vía está relacionada con los trastornos afectivos, la motivación, el estado de alerta-vigilia, el apetito, aprendizaje, recompensa, entre otros. (Piñar, 2020)

**c) Dopamina:** su concentración y actividad dopaminérgica se encuentra disminuida asociándose a la anhedonia que se considera por muchos el síntoma patognomónico del trastorno de depresión mayor. (Piñar, 2020)

- **Alteraciones de la Regulación Hormonal:**

Se cree también que existe una relación importante con el trastorno de depresión mayor y el estrés crónico, en esta hipótesis entran en juego las hormonas somatostatina y la corticoliberina (CRH), las cuales inhiben la secreción de serotonina, noradrenalina y dopamina. En diferentes estudios se ha demostrado que debido a una alteración en la regulación hormonal y plasticidad neuronal en pacientes con trastorno de depresión mayor se observa cómo esta alteración se refleja en un impacto negativo para el paciente ante cada evento estresante que se presente delante de él. (Piñar, 2020)

- **Trastornos Inflamatorios:**

Desde hace dos décadas, se han publicado estudios que hablan de la relación entre estados proinflamatorios y el estado de ánimo, al estudiarse la respuesta a medicamentos en pacientes con VIH/SIDA, Hepatitis B o Cáncer, en estos estudios se demostró como las citosinas inflamatorias producen una alteración de la plasticidad cerebral generando una alteración del estado de ánimo y predisponiendo al desarrollo del trastorno de depresión mayor. (Piñar, 2020)

- **Consideraciones Neuroanatómicas:**

Diferentes estudios imagenológicos estructurales y funcionales del cerebro muestran hiperintensidades anormales en las regiones periventriculares, subcorticales, ganglios basales y el tálamo, además también se puede observar una atrofia y reducción significativa hipocámpal en pacientes con depresión mayor.

Estudios como el PET sugieren que el trastorno de depresión mayor se caracteriza por anomalías del sistema límbico - cortical, con disminución de la corteza prefrontal y aumento de actividad de la amígdala. (Piñar, 2020)

#### ***4.1.4.2 Factores Genéticos***

- **Herencia Familiar:**

Si un progenitor padece algún trastorno de ánimo su hijo tiene un riesgo del 10 al 25% de presentarlo, si ambos padres lo presentan tiene el doble del riesgo de padecerlo. El trastorno de depresión mayor afecta en mayor proporción a mujeres que hombres, éstas lo presentan en un 40% mientras que los hombres en un 30%. (Piñar, 2020)

- **Genes:**

Existen casi 200 genes involucrados en la depresión, sin embargo los que se han asociado con más fuerza pueden llegar a producir alteraciones en las vías neuronales, vías hormonales e incluso pueden llegar a producir alteraciones anatómicas entre ellos están: el gen COMT afecta el volumen del hipocampo, alelo FKBP5 que afecta el eje Hipotálamo – Pituitaria – Adrenal que se relaciona con la hormona corticotropina (ACTH) y cortisol, gen BDNF que se relaciona con la severidad del trastorno de depresión mayor, gen 5-HTTLPR para el transportador de recaptura de serotonina, entre otros. (Piñar, 2020)

#### ***4.1.4.3 Factores Psicosociales***

- **Situaciones Vitales y Estrés Ambiental:**

El estrés que da un evento genera cambios de larga duración en la biología del cerebro, estados funcionales de varios neurotransmisores, pérdida de neuronas y reducción excesiva de los contactos sinápticos. En un estudio de mujeres con antecedentes de abuso físico o sexual en la infancia, abuso de drogas o intento autolíticos tenían un mayor riesgo de presentar trastornos de depresión y ansiedad, sin embargo, no todas las personas con eventos traumáticos y estresantes durante la niñez desarrollaran un trastorno de depresión mayor, ya que se ha visto como en aquellos casos donde hay una red de apoyo positiva tienen menor riesgo de presentarla. (Piñar, 2020)

#### **4.1.5 Factores de Riesgo**

Debido a los múltiples factores etiológicos que están presentes en el trastorno de depresión mayor, es complicado determinar exactamente cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de la patología, sin embargo, el Ministerio de Salud Pública los clasifica como: factores personales, genéticos, cognitivos, familiares y sociales. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

##### ***4.1.5.1 Factores Personales***

- Edad.

- Estado civil.
- Enfermedades crónicas.
- Consumo de tabaco.
- Embarazo.
- Puerperio.
- Menopausia.
- Trastornos de ansiedad.
- Estrés crónico.
- Eventos traumáticos o eventos vitales estresantes.
- Rasgos neuróticos de personalidad.
- Obesidad mórbida con IMC > 40.
- Acoso laboral.

#### ***4.1.5.2 Factores Genéticos***

- Familiares de primer grado de consanguinidad con trastorno depresivo mayor.
- Antecedentes familiares de depresión.
- Polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina.

#### ***4.1.5.3 Factores Cognitivos***

- Esquemas negativos de pensamientos.
- Pensamientos automáticos.
- Distorsiones cognitivas.
- Creencias disfuncionales.
- Reactividad cognitiva negativa.
- Estilos rumiativos de respuestas.

#### ***4.1.5.4 Factores Familiares y Sociales***

- Separación conyugal, viudez.
- Dificultad económica familiar.
- Fallecimiento de seres queridos.
- Violencia intrafamiliar.
- Desempleo.
- Educación.
- Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.

- Experiencias de discriminación.
- Ambiente y tensión laboral.
- Inseguridad laboral.
- Acoso laboral.

## 4.2 Puerperio

### 4.2.1 Definición

Etimológicamente, puerperio procede de los vocablos latinos puer (que significa niño) y peri (alrededor de). Esta expresión evoca precisamente el momento biológico que sucede tras el nacimiento. El puerperio puede definirse como el tiempo transcurrido desde la finalización del parto hasta un límite variable, generalmente 6 semanas, en que ocurre la primera menstruación y vuelve a la normalidad el organismo femenino. (Castello, 2019)

Una mujer con un antecedente de un embarazo previo presenta alteraciones fisiológicas las cuales desaparecen con el tiempo, sin embargo, este proceso nunca es completo, persistiendo pequeños cambios que nos permiten diferenciar a la nuligesta de la mujer que ya ha tenido algún embarazo o parto. La terminación del puerperio no es del todo precisa, para algunos autores estaría marcada por el retorno de la menstruación e incluso con la finalización de la lactancia. (Castello, 2019)

Durante el puerperio existen una serie de cambios biofísicos y fisiológicos en el aparato genital y en todo el cuerpo de la mujer, entre los que destaca una nueva función, la lactancia materna terminado con la aparición de la ovulación y menstruación. Además, existe una etapa de adaptación de la madre con su hijo al medio exterior y a todo el entorno familiar. Por ello tanto la madre como el recién nacido en la valoración y cuidado médico debe tener un enfoque integral que incluya el estado fisiológico y mental para contribuir de forma favorable a su desarrollo biopsicosocial. (Castello, 2019)

### 4.2.2 Clasificación

El puerperio se divide en 4 momentos evolutivos:

- **Puerperio Inmediato:** Representa las primeras 24 horas posteriores al parto.
- **Puerperio Precoz:** Engloba todos los momentos del 2 al 10 día posnatal.
- **Puerperio Alejado:** Comprende desde el día 11 hasta el día 42 posteriores al parto.
- **Puerperio Tardío:** Empieza desde el día 43 y se extiende hasta los 60 días posteriores al nacimiento. Sin embargo, según la Clasificación Internacional de



Enfermedades (CIE 10) este período se extiende hasta los 364 días debido a que no todos los órganos regresan a su estado base en los 60 días posparto. (Castello, 2019)

### 4.3 Depresión Posparto

La depresión posparto según el DSM-V se puede manifestar durante el periparto y la sintomatología de la depresión perinatal es similar a un episodio depresivo mayor, con la particularidad de que aparece en el embarazo o durante las primeras cuatro semanas posparto. (Lara, 2018)

En la vida de una mujer hay muchas transiciones, entre ellas, el embarazo, el parto y el puerperio, tres situaciones difíciles con gran vulnerabilidad emocional y psicológica. Posterior al parto el instinto materno fluctúa con múltiples emociones que se llegan a presentar y que por lo general son de amor, alegría, felicidad, entrega y agradecimiento por el nacimiento de su hijo. (Meléndez, 2017)

Sin embargo, en muchos de los casos no todas las mujeres culminan el parto de esta manera, ya que también pueden aparecer sentimientos adversos que repercuten de forma negativa en su ámbito familiar, psicológico y social afectando la calidad de vida no solamente de ella sino de todo su entorno familiar. (Meléndez, 2017)

En el Ecuador y en muchos países de América Latina, la depresión posparto es subdiagnosticada y poco valorada por la falta de la asistencia a la consulta posparto y la inexistente evaluación psicológica durante el puerperio inmediato constituyendo un problema frecuente que altera la estabilidad de la unidad familiar y el desarrollo de los hijos.

Es importante recalcar que durante el puerperio la mujer sufre una serie de cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos, que en el posparto se clasifican en:

- **Tristeza posparto, Tristeza por el recién nacido o “baby blues”:** se caracteriza por ser el trastorno del ánimo más frecuente en el puerperio llegando a padecerlo hasta el 60% de las mujeres durante el puerperio, se desarrolla entre el 2 y 3 día post parto pudiendo extenderse incluso hasta los primeros 7 días.

Los síntomas se manifiestan de forma leve llegando a aparecer sentimientos de tristeza, ansiedad, insomnio, irritabilidad, disminución de la concentración y labilidad emocional. Este trastorno no requiere tratamiento, ya que es autolimitado, pero es importante el apoyo familiar hacia la paciente ya que si

estos síntomas se prolongan más de una semana, puede llegar a sufrir depresión posparto. (Araya, 2020)

- **Depresión Posparto (DPP):** es la complicación mental más frecuente del posparto, afectando aproximadamente un 10 a 15%. El cuadro empieza entre las primeras 4 semanas y los primeros 6 meses después del parto y puede llegar a presentar una duración de semanas a meses.

Se puede asociar como principal factor de riesgo un antecedente de depresión y se estima que hasta el 70% de las mujeres con depresión posparto previa tendrán un episodio posterior, además se han identificado otros posibles factores tales como edad materna joven, diabetes gestacional, parto pretérmino y multiparidad, así como mujeres que han experimentado eventos adversos en su vida como abuso sexual, violencia familiar o falta de redes de apoyo, aumentando 3 veces más el riesgo de presentar esta patología en comparación a quienes no han sufrido estas situaciones.

Para el diagnóstico se debe cumplir con los criterios del DSM-V en donde se encuentra como Trastorno Depresivo Mayor con inicio en el periparto, y se establece que debe haber un ánimo deprimido y/o pérdida de interés o placer de las actividades cotidianas, casi todos los días, la mayor parte del tiempo durante al menos 2 semanas, además de 5 o más de los siguientes síntomas: pérdida de peso, pérdida de la concentración, retraso psicomotor, alteraciones del sueño, fatiga, sentimientos de culpa y pensamientos frecuentes de muerte o suicidio, también existe deterioro social o laboral y los síntomas no son atribuibles a patologías médicas de base, fármacos o sustancias que consuma la paciente. (Araya, 2020)

- **Psicosis Posparto:** la psicosis posparto se refiere a una alteración en la percepción individual de la realidad, la cual inicia en las primeras 4 semanas después de haber dado a luz. Es el trastorno afectivo más severo en el posparto, sin embargo, es poco frecuente ocurriendo aproximadamente uno o dos casos por cada 1000 partos.

Los principales factores de riesgo que destacan son el antecedente familiar o personal de presentar un trastorno mental. Otros factores de riesgo que destacan son pacientes primigestas, con poco apoyo familiar, inmigrantes y las que se encuentran en tratamiento con algún fármaco psicoactivo.

Suele tener un inicio insinuoso que suele empezar entre las primeras 48 a 72 horas posparto y hasta las primeras 2 semanas. Los síntomas prodrómicos que destacan son cambios en el estado de ánimos, dificultad para conciliar el sueño, cambios en el apetito, agitación psicomotriz, episodios de ansiedad y tristeza la mayor parte del tiempo. La psicosis puede incluir alucinaciones y delirios los cuales tienen contenido relacionado al bebé. La mayoría de los casos aparece de forma entrépita y en algunas ocasiones pueden llegar a ocurrir casos de auto o hetero agresión requiriendo tratamiento médico inmediato y hospitalización. (Araya, 2020)

#### **4.3.1 Epidemiología**

El puerperio constituye uno de los periodos de mayor vulnerabilidad y riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. La depresión posparto tiene una incidencia a nivel mundial del 15 % y se estima que 1 de cada 5 mujeres que viven en países subdesarrollados sufren de depresión posparto. (Malpartida, 2020)

En Estados Unidos 1 de cada 8 mujeres llega a presentar depresión posparto, esto significa que aproximadamente 1 millón de mujeres por año en este país pueden llegar a presentar este tipo de depresión. (Malpartida, 2020)

En Latinoamérica se ha observado una variación en la frecuencia de la enfermedad, en Chile se observa la más alta prevalencia con un 50.7%, Colombia con un 32.8% resultado similar al de México con un 32,8%, Perú con un 24.1% y Venezuela con un 22%. (Goyes & Rosero, 2022). En Ecuador en el año 2017 el Ministerio de Salud estimó una prevalencia de 13% siendo una de las más bajas de la región.

En general entre un 3% y 6% de las mujeres durante la etapa perinatal presentan un episodio de depresión mayor. La mitad de estos episodios de depresión mayor comienzan antes del parto y pueden llegar a presentarse en su mayoría durante todo el puerperio, llegando a denominar a estos episodios colectivamente como episodios depresivos del periparto. (Malpartida, 2020)

Diferentes estudios prospectivos han demostrado que los diferentes cambios emocionales incluyendo a la tristeza y ansiedad que se presentan durante el embarazo, así como el desánimo puerperal pueden llegar a aumentar exponencialmente el riesgo de un episodio de depresión mayor después del nacimiento de su hijo. (Malpartida, 2020)

### 4.3.2 Etiología

Debido a que existen una serie indefinida de factores asociados a la aparición de este trastorno no es posible distinguir una única causa específica que explique la génesis de la depresión posparto estableciendo su etiología como multifactorial. Existen diferentes grupos de factores etiológicos que predisponen a la aparición de este trastorno en los que destacamos a los factores genéticos, factores biológicos, factores psicológicos y factores psicosociales. (Malpartida, 2020)

#### 4.3.2.1 Factores Genéticos

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)

Otra hipótesis de la vulnerabilidad genética de la depresión posparto se basa en el triptófano, un aminoácido esencial que no lo fabrica nuestro organismo. Es el precursor de la serotonina, una hormona que cumple la función de neurotransmisor entre las células nerviosas. Si sus niveles disminuyen, como ocurre en el posparto por el declive de triptófano, se altera el estado anímico. (Prieto, 2020)

Las investigaciones sobre la relación familiar y hereditaria de la depresión posparto identificaron otras causas genéticas para explicar la enfermedad como los polimorfismos en el gen del transportador de serotonina (5HTTLPR) que conduce a la expresión baja de esta molécula. La alta expresión de este gen está vinculada con síntomas depresivos, particularmente cuando el precursor de serotonina, triptófano, está relativamente agotado. (Navas, 2013)

#### 4.3.2.2 Factores Biológicos

- **Hormonas Reproductivas:** después del parto existe un descenso de los niveles de las hormonas gonadales estableciendo una posible relación de esta disminución con los cambios en el estado de ánimo de las mujeres durante el puerperio. Mujeres con trastornos del sueño, irritabilidad y del estado de ánimo presentan niveles de estrógenos más altos en comparación con mujeres que cursan el embarazo en donde los niveles de estrógenos disminuyen exponencialmente. (Navas, 2013)

También se ha evidenciado una caída importante de los niveles de progesterona luego del parto en mujeres con depresión en comparación con puérperas que no presentan este trastorno. (Navas, 2013)

- **Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal:** diferentes estudios han demostrado una relación del estado de ánimo en el puerperio con los glucocorticoides, encontrándose niveles disminuidos de estas hormonas en saliva, sangre y orina en mujeres con depresión posparto en comparación con mujeres normales durante los primeros días del puerperio. (Navas, 2013)
- **Otros Factores:** se ha evidenciado presencia de niveles bajos de triptófano, beta-endorfina, ácido fólico y T3 libre durante el puerperio junto con niveles elevados en orina de AMP cíclico durante los primeros días del puerperio los cuales están implicados en la etiopatogenia de la depresión puerperal. (Navas, 2013)

#### ***4.3.2.3 Factores Psicológicos***

- **Formulaciones Psicodinámicas:** el embarazo es considerado una etapa de maduración y aprendizaje que puede llegar a revivir y plasmar conflictos infantiles, en donde existió modelos maternos inadecuados e incompetentes. Las actitudes negativas hacia la maternidad y una infancia conflictiva predisponen a la aparición de trastornos del ánimo en la madre en donde la depresión posparto es el ente principal de aparición generando conflictos internos en todo el entorno familiar. (Navas, 2013)
- **Personalidad:** resultados de diferentes estudios demostraron que los diferentes tipos de personalidades tienen una relación directa con la aparición de este trastorno entre las que destaca el mayor neuroticismo y menor extroversión con la aparición de la depresión posparto. (Navas, 2013)
- **Estilo Cognitivo:** en los años ochenta diferentes investigadores estudiaron la posible relación entre los aspectos cognitivos y de conducta con la depresión posparto, determinando la existencia de relación entre la aparición de la depresión y las conductas del trastorno del autocontrol, pensamientos negativos acerca del futuro, del mundo y de uno mismo. (Navas, 2013)

#### ***4.3.2.4 Factores Psicosociales***

Los factores psicosociales son uno de los principales responsables de la génesis de esta patología, destacando a los eventos traumáticos como la muerte de un ser amado, ruptura

amorosa, rechazo familiar, aislamiento social, viajes al extranjero y abandono. El profesional de salud debe englobar durante su evaluación inicial la presencia de alguno de estos factores durante los controles prenatales con el fin de poder hacer un seguimiento a las mujeres en riesgo, determinar un diagnóstico y brindar un tratamiento integral a todas las pacientes que lleguen a presentar un riesgo elevado de padecer esta enfermedad. (Navas, 2013)

#### **4.3.3 Factores de Riesgo**

Toda mujer es susceptible a presentar depresión posparto, sin embargo, aquellas que cumplen con ciertos factores de riesgo se han relacionado en distintos estudios con un aumento significativo en la aparición. Los factores de riesgo más fuertemente asociados a la aparición de depresión posparto son: (Mora, 2016)

- Antecedente de depresión y ansiedad.
- Presencia de ansiedad y no aceptación del embarazo durante la gestación.
- Complicaciones obstétricas durante la etapa perinatal como embarazos de alto riesgo, mal parto, complicaciones ginecobstetricas y experiencias negativas en el parto:
  1. Episiotomía
  2. Dolor durante el parto
  3. Cesárea.
  4. Contacto tardío entre la madre y el recién nacido.
- Embarazo no deseado.
- Falta de apoyo familiar y social.
- Situaciones estresantes.
- Problemas económicos.
- Antecedente de abuso físico, sexual y emocional
- Fallecimiento de un ser querido.
- Antecedente de abortos.
- Problemas con la lactancia materna.
- Problemas de salud con el recién nacido.
- Violencia intrafamiliar.
- Habitar en zona rural.
- Problemas maritales.
- Estrés en el cuidado del bebé. (Alba, 2017)

#### 4.3.4 Factores Protectores

Además de los factores de riesgo para la aparición y desarrollo de la depresión posparto, existen una serie de factores protectores asociados a la disminución del riesgo de la aparición de este trastorno como son:

- Pensamientos y actitudes positivas.
- Autoestima maternal elevado.
- Relación favorable con la pareja.
- Religión y fe en Dios.
- Red de apoyo familiar de calidad.
- Lactancia materna adecuada. (Alba, 2017)

#### 4.3.5 Fisiopatología

En el embarazo y el puerperio las mujeres atraviesan por cambios tanto biológicos, como psicológicos y sociales que hacen que esta sea más susceptible a la aparición de trastornos del estado del ánimo. La fisiopatología de la depresión posparto es desconocida, pero puede incluir una serie de cambios hormonales que ocurren durante este periodo de vulnerabilidad de la mujer y que condicionan a la aparición y desarrollo de esta patología. (Aumala, 2017)

##### 4.3.5.1 Cambios Hormonales

Durante el embarazo los niveles de progesterona y estrógenos presentan un aumento continuo durante toda la gestación debido a la producción placentaria de estas hormonas. Posteriormente cuando ocurre el parto existe un descenso brusco debido a la pérdida de la placenta alcanzando los niveles previos al embarazo hasta aproximadamente el 5 día del posparto.

Luego del parto esta fluctuación hormonal incide de forma directa en el estado de ánimo y del comportamiento generando una alteración en la mujer durante días, semanas e incluso meses. (Deleg, 2014)

- **Estrógenos:** las mujeres sufren dos veces más que los hombres de cualquier trastorno depresivo y esto se debe a las fluctuaciones de las concentraciones de estrógenos durante toda su vida reproductiva generando una serie de trastornos entre los cuales se encuentran el síndrome disfórico premenstrual, la depresión posparto y la depresión perimenopáusica.

Durante el embarazo la placenta es la encargada de producir estradiol y el estriol los cuales son las formas activas de los estrógenos aumentando entre 100 y 1.000 veces su cantidad durante toda la gestación. Diferentes estudios en animales demostraron una estrecha relación entre el estradiol y la serotonina en la que se determinó que aumenta su síntesis y disminuye su recaptación potenciando su acción neurotransmisora. La brusca disminución en los niveles de estradiol posterior al parto debido a la extracción de la placenta podría explicar teóricamente la génesis de la depresión posparto. (Deleg, 2014)

- **Progesterona:** la progesterona es una hormona sexual femenina que se produce en el cuerpo lúteo durante el ciclo menstrual y en la placenta durante el embarazo. La principal función de esta hormona es la reproductiva, sin embargo, esta hormona también es sintetizada por las células gliales en el sistema nervioso central y por las células de Schwann en el sistema nervioso periférico. (Deleg, 2014)

La progesterona actualmente es considerada un neuro-esteroide ya que se ha evidenciado que diferentes grupos neuronales del hipotálamo, amígdala, cuerpo estriado y de la corteza cerebral la sintetizan, influyendo de diversas maneras en patrones de conducta, del comportamiento y del estado de ánimo. (Deleg, 2014)

Se ha observado que la mejoría del estado de ánimo de las mujeres embarazadas coincide con niveles elevados de progesterona y de estrógenos. Por el contrario, en el puerperio, cuando los niveles de progesterona caen bruscamente es común que se presente alteraciones del estado de ánimo entre ellas la depresión posparto. (Deleg, 2014)

- **Hormonas Tiroideas:** la función tiroidea también se ve afectada por el embarazo ya que los efectos de la hormona gonadotropina coriónica en la glándula tiroidea pueden constituir un área de vulnerabilidad biológica para la depresión durante el embarazo o después del parto.

Algunos trabajos muestran que los anticuerpos tiroideos son un factor de riesgo para síntomas depresivos en el embarazo y después del parto, por lo tanto, se debe evaluar la función tiroidea mujeres embarazadas y puerperales con trastornos depresivos porque esto puede indicar disfunción tiroidea y pueden ayudar en el tratamiento de la depresión. (Aumala, 2017)

- **Hormonas Hipofisiarias:** los niveles de prolactina aumentan durante el embarazo y el puerperio inmediato. Diferentes estudios han demostrado que la prolactina juega un papel fundamental en la depresión posparto, ya que se demostró que mujeres no



embarazadas que llegaron a presentar síntomas de ansiedad y depresión se han encontrado con estados de hiperprolactinemia patológica. (Deleg, 2014)

Otra hormona fundamental que se eleva en el inicio de la lactancia materna es la oxitocina estimulada por la succión del pezón por parte del recién nacido desencadenando en la madre un efecto tranquilizador y de bienestar, razón por la cual se cree que es un factor protector en la aparición de la depresión posparto.

Las endorfinas también se liberan durante la lactancia materna por parte de la madre y son transferidas al recién nacido por medio de la leche generando síntomas de recompensa y creando un vínculo muy especial con la madre. (Deleg, 2014)

- **Cortisol:** los niveles de cortisol registran su pico máximo al final del embarazo debido a la producción placentaria de corticoliberina (CRH), niveles que caen bruscamente en el momento del parto, pudiendo llegar a generar una supresión de la glándula suprarrenal en donde si es sostenida por mucho tiempo puede contribuir a la aparición de cambios en el estado de ánimo y predisponer la aparición de depresión posparto. (Deleg, 2014)

El estrés crónico se relaciona directamente con alteraciones de las funciones tróficas que impiden la función adecuada de las neuronas y producen una alteración de la plasticidad neuronal por lo que se ha asumido como desencadenador de graves consecuencias cognitivas, lo cual puede propiciar en una serie de trastornos psiquiátricos como el estrés postraumático relacionado con el parto y la depresión mayor. (Deleg, 2014)

- **Gnrh:** cuando existen cambios en el estado reproductivo de una mujer es cuando existe mayor vulnerabilidad psicológica, durante estos cambios se puede llegar a producir una elevación o una caída rápida de esteroides ováricos como ocurre en: fase lútea, fases perimenstruales, primer trimestre del embarazo, posparto y menopausia. (Deleg, 2014)

Estas fluctuaciones son fisiológicas y es muy probable que la susceptibilidad a éstas dependa de factores genéticos y ambientales. El desarrollo de depresión posparto se ve relacionado con los niveles séricos de triptófano el cual es precursor de la serotonina que disminuye de forma gradual al final del embarazo e inicio del puerperio. (Deleg, 2014)

### 4.3.6 Manifestaciones Clínicas

Los síntomas de la depresión posparto son, en general, muy similares a los síntomas de los episodios de depresión que aparecen en otras épocas de la vida. Entre los más importantes tenemos:

- **Humor depresivo:** se presenta comúnmente entre el 4 y 5 día después del parto conocido como “babyblues”, que puede durar de horas a días, pero no sobrepasa las 2 semanas, si sobrepasa las 2 semanas se conoce entonces como depresión posparto. (Solís, 2019)
- **Falta de placer en la realización de actividades:** no suelen llegar a presentarse después del parto, cabe recalcar que se debe prestar atención ante la presencia de anhedonia, que es sugestivo de depresión posparto. (Solís, 2019)
- **Alteración del sueño:** es común debido a cuidados que se deben brindar al recién nacido. Pero la imposibilidad de conciliar el sueño cuando el recién nacido duerme o incapacidad de cuidar de él por consecuencia de hipersomnia, se debe sospechar de depresión posparto. (Solís, 2019)
- **Pérdida / falta de energía:** es común a causa de privación del sueño por cuidado del recién nacido, pero se debe sospechar si continua a pesar del adecuado sueño y siestas de la madre. (Solís, 2019)
- **Agitación o retraso psicomotor:** sospechar si hay enlentecimiento al hablar o incapacidad de permanecer sentada en un mismo lugar. (Solís, 2019)
- **Sentimientos excesivos de culpa:** es infrecuente posterior al parto, por lo que se debe sospechar de depresión posparto ante sentimientos de fracaso, decepción o culpa. (Solís, 2019)
- **Perdida de la concentración:** su génesis radica en la falta de sueño debido a los cuidados hacia el bebe durante las noches generando inhabilidad de toma de decisiones y pérdida de continuidad del pensamiento, casos en los que se debe sospechar de depresión posparto. (Solís, 2019)
- **Ideas suicidas:** pensamientos como, “desearía no despertar más” o “mi bebe estaría mucho mejor sin mí”, intentos, como también deseos o plan de terminar su vida. (Solís, 2019)

### 4.3.7 Diagnóstico

El diagnóstico oportuno de la depresión posparto abarca una serie de obstáculos entre los que destaca la poca atención de salud mental y el escaso reconocimiento de los diferentes

trastornos de ánimo durante el embarazo. El 50% de los cuadros que son diagnosticados durante el puerperio iniciaron o continuaron su curso durante el embarazo, por lo tanto, se resalta que el diagnóstico y tratamiento oportuno debería ser realizado durante la etapa de embarazo para disminuir la probabilidad de causar una depresión posnatal. (Dois, 2012)

Los criterios diagnósticos para la depresión posparto son los mismos criterios que se utilizan para diagnosticar la depresión mayor no puerperal. La depresión posparto no es un diagnóstico separado en el DSM-V, ya que a las pacientes se les diagnostica como depresión "con inicio periparto" son aquellas en que los episodios depresivos surgen dentro de las cuatro semanas posteriores al parto. (Viguera, 2021)

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) utiliza el diagnóstico de depresión posparto no especificado y alienta a los médicos a diagnosticar un episodio depresivo de acuerdo con el mismo criterio que se utilizan para los episodios no puerperales. (Viguera, 2021)

La mayoría de las veces es difícil determinar e identificar los síntomas de la depresión posparto, debido a que la mayor parte de los síntomas son tribuidos a cambios emocionales normales durante el puerperio, es por esta razón que se empezaron a emplear varias herramientas diagnósticas durante el embarazo y el puerperio para facilitar el diagnóstico. La Escala de Edimburgo (EPDS) es la más utilizada en la actualidad debido a su fácil uso y comprensión, se recomienda aplicarla a las 8 semanas y al 6 mes del posparto y consiste en 10 preguntas que engloba una serie de síntomas depresivos y excluye otros que suelen ser comunes en el puerperio volviéndola una herramienta muy específica en el diagnóstico de la depresión posparto. (Araya, 2020)

Otro instrumento que actualmente está en uso es el inventario de depresión de Beck (BDI-II), el cual tiene como objetivo detectar los síntomas depresivos y cuantificar su gravedad. Es importante recalcar que se lo utiliza como un instrumento complementario ya que abarca síntomas que se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV y en el CIE-10.

**Tabla 1. Criterios de diagnóstico de trastorno depresivo mayor según el DSM-5.**

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos 1 de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

**NOTA:** No incluya síntomas que sean claramente atribuibles a otra condición médica.

<p>1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, como lo indica el informe subjetivo (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o las observaciones realizadas por otros (p. ej., parece lloroso). (NOTA: En niños y adolescentes, puede haber estado de ánimo irritable.)</p>
<p>2) Interés o placer marcadamente disminuido en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (según lo indicado por el relato subjetivo o la observación).</p>
<p>3) Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (NOTA: en los niños, considere no lograr el aumento de peso esperado).</p>
<p>4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p>
<p>5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o ralentización).</p>
<p>6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p>
<p>7) Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente auto-reproche o culpa por estar enfermo).</p>
<p>8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por su relato subjetivo o según lo observado por otros).</p>
<p>9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.</p>
<p><b>B.</b> Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p><b>C.</b> El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a otra condición médica.</p>
<p><b>NOTA:</b> Los criterios A a C representan un episodio depresivo mayor.</p>
<p><b>NOTA:</b> Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina financiera, pérdidas por un desastre natural, una enfermedad médica grave o una discapacidad) pueden incluir sentimientos de tristeza intensa, rumiación sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa también debe considerarse</p>

cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

**D.** La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otros trastornos psicóticos.

**E.** Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

**NOTA:** Esta exclusión no se aplica si todos los episodios maníacos o hipomaníacos son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

*Especificar:*

Con angustia ansiosa

Con rasgos mixtos

Con rasgos melancólicos

Con rasgos atípicos

Con rasgos psicóticos

Con catatonía

Con inicio periparto

Con estampado de temporada

**Nota.** Criterios de Diagnóstico de trastorno depresivo mayor según el DSM-5. Tomada de UpToDate, 2021.

[https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PSYCH%2F89994&topicKey=PSYCH%2F1704&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PSYCH%2F89994&topicKey=PSYCH%2F1704&source=see_link).

**Figura 1. Criterios de la clasificación internacional de enfermedades CIE-10 para el diagnóstico de depresión.**

<b>A</b>	<b>Criterios generales para episodio depresivo</b>
	El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
	El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.
	No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco (F30) en ningún período de la vida del individuo.
<b>B</b>	<b>Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas</b>
	Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y persiste durante al menos dos semanas.
	Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad para disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
	Falta de vitalidad, disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.
<b>C</b>	<b>Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4</b>
	Pérdida de confianza y de la estimación de sí mismo, y sentimientos de inferioridad.
	Reproches desproporcionados hacia sí mismo y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
	Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio, o cualquier conducta suicida.
	Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
	Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
	Cualquier tipo de alteración del sueño.
	Cambios en el apetito (disminución o aumento), con la correspondiente modificación del peso.

**Nota.** Criterios diagnósticos para la depresión según el CIE10, Para el diagnóstico, deben cumplirse los criterios generales, al menos dos de los criterios B y al menos uno de los criterios C. Tomada de Ministerio de Salud Pública, 2017.

[https://www.salud.gov.ec/wpcontent/uploads/2019/02/61069\\_MSP\\_Gui%CC%81a\\_DEPRESION\\_20180228\\_D.pdf](https://www.salud.gov.ec/wpcontent/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf)

#### **4.3.7.1 Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS)**

La Escala de Depresión de Posparto de Edimburgo es el mejor instrumento de tamizaje por su gran capacidad de reconocer síntomas depresivos y excluir los síntomas comunes durante el puerperio. Es un instrumento que se creó para asistir a los profesionales de atención primaria para el diagnóstico oportuno de esta patología. Sus ítems se agrupan en base a 2 grandes corrientes: tristeza y ansiedad, demostrando un 100 % de sensibilidad y 80 % de especificidad. (Cox, 1987)

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo se caracteriza por medir intensidad sintomática, volviéndolo el método más confiable de evaluación del trastorno del ánimo durante el puerperio. Su uso adecuado engloba 2 grandes etapas en la que primero se hace uso para diagnosticar a las pacientes con riesgo y posteriormente derivarlas a especialistas para que completen un manejo integral.

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo es un instrumento que consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada una y diferentes puntajes que varían de 0 a 3 según la severidad sintomática. De todos los ítems de sus preguntas 5 se relacionan con

disforia, 2 con ansiedad, 1 con sentimientos de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultades de concentración. (Dois, 2012)

#### **Instrucciones:**

- La madre escoge la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
- Debe responder las diez preguntas.
- Se debe evitar que la madre hable de sus respuestas con otras personas.
- La madre debe responder la escala ella misma, sin embargo puede recibir ayuda si existe conocimientos limitados del español o problemas de analfabetismo.
- La EPDS se puede aplicar entre la semana 6 y 8 para evaluar a las mujeres en la etapa de posparto.

#### **Evaluación:**

Los ítems de las preguntas se les asignan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Las preguntas 2 y 4 se anotan los puntos en orden ascendente es decir desde el 0, 1, 2 y 3 mientras que para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden descendente 3, 2, 1, 0. Finalmente se deben sumar todos los puntos para dar la puntuación final. Una puntuación final de mayor o igual a 13 muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cabe recalcar que en la pregunta número 10 cualquier número que se escoja que no sea el “0” significara que se deben hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. (Cox, 1987)

#### **Interpretación:**

- **EPDS menor que 10:** sin riesgo de depresión posparto.
- **EPDS entre 10 y 12:** límite de riesgo de depresión posparto.
- **EPDS mayor o igual a 13:** probable depresión posparto, mostrando una sensibilidad del 85% y especificidad del 77%. (Torres, 2020)

#### **4.3.7.2 Inventario de depresión de Beck (BDI-II)**

El Inventario de Depresión de Beck se desarrolló en el año 1961 por los investigadores Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh con el objetivo de ofrecer una herramienta que logre una evaluación cuantitativa de la severidad de los cuadros depresivos entendiendo los mismos como síndromes más que como enfermedades. En la actualidad se han realizado traducciones a varios idiomas y su utilización está ampliamente difundida. (Miño, 2016)

Desde el inventario original se realizaron varias modificaciones hasta que en el año 2003 se presenta su última revisión bajo el título de segunda edición (BDI-II). Esta última adaptación permite una adecuación mejor a los criterios diagnósticos sintomáticos de los trastornos depresivos según el DSM IV. El objetivo de este instrumento es detectar los síntomas depresivos y cuantificar su gravedad, mas no realizar un diagnóstico definitivo. (Miño, 2016)

En varios trabajos publicados en los últimos años se plantea que esta escala supera notoriamente a la escala de Hamilton, la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D) y la escala de Zung para la valoración de la depresión. (Miño, 2016)

El cuestionario está conformado por 21 ítems que evalúan la intensidad de la depresión. Las respuestas tienen cuatro alternativas ordenadas de acuerdo con la gravedad del síntoma. El paciente deberá seleccionar la respuesta que más se aproxima a su estado de ánimo en la última semana. Cada opción de respuesta tiene un puntaje de 0-3 puntos de acuerdo con la intensidad de los síntomas. El puntaje total de la escala va de 0 a 63 puntos. (Miño, 2016)

De acuerdo al puntaje total objetivo se clasifica a los pacientes en 4 categorías:

- **Mínima Depresión:** 0-13.
- **Leve Depresión:** 14-19.
- **Moderada Depresión:** 20-28.
- **Severa Depresión:** 29-63.

#### **4.3.8 Tratamiento**

A lo largo del presente trabajo, se ha podido observar la relevancia y complejidad que tiene esta patología y cómo puede afectar a los distintos pilares de la salud, no sólo de la persona que la sufre sino del entorno que la rodea: hijo, pareja y resto de familiares. Por tanto, como profesionales sanitarios, tenemos que realizar un abordaje integral, holístico y multidisciplinario para conseguir resultados beneficiosos en las madres y en sus familias. (Solís, 2019)

El tratamiento de la depresión posparto empieza con una evaluación inicial de las mujeres puérperas con sospecha de la depresión mayor y suele empezar con la implementación de 2 etapas, en la primera etapa se realiza un abordaje multidisciplinario en el que no solamente participen los médicos de cabecera sino también las enfermeras, obstetras, psicólogos, psiquiatras, ginecólogos y trabajadores sociales. En la segunda etapa se brinda un soporte holístico e integral que abarca muchos ámbitos: personales, sociales, psicológicos y



biológicos. Todo con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la madre y su núcleo familiar. (Solís, 2019)

La evaluación inicial debes ser global e incluir todos los antecedentes médicos psicológicos y generales, el estado mental, el examen físico e inclusive se puede realizar exámenes de laboratorio complementarios que orienten hacia otra causa medica la génesis del cuadro depresivo. Los profesionales de salud deben de estar preparados para establecer un diagnóstico oportuno, intentando evitar sesgos en éste, ya que podría llevar resultados negativos del tratamiento. (Solís, 2019)

Una vez identificados los síntomas posparto mencionados anteriormente, el primer paso en el manejo de una mujer con depresión posparto; es una valoración para determinar la gravedad de su depresión y establecer un tratamiento específico dependiendo de la gravedad del cuadro: (Solís, 2019)

#### ***4.3.8.1 Depresión Posparto Leve – Moderada***

Las pacientes que llegan a presentar depresión posparto de leve a moderada no manifiestan deterioro o alteración del funcionamiento ni mucho menos desarrollan comportamientos suicidas o rasgos psicóticos. Por lo que en este grado de depresión se recomienda un tratamiento ambulatorio a base de psicoterapia sin llegar a utilizar antidepresivos. (Solís, 2019)

- **Psicoterapia:** la psicoterapia es la medida inicial para tratar la depresión mayor posparto, la cual ha brindado importantes resultados en la remisión de esta enfermedad. Se suele elegir la terapia cognitiva conductual o psicoterapia interpersonal como los pilares de esta medida, sin embargo, existen otros métodos alternativos como: la activación del comportamiento, el asesoramiento no directivo y la psicoterapia psicodinámica que ha obtenido resultados importantes. (Solís, 2019)
- **Terapia cognitivo – conductual:** esta terapia tiene un enfoque cognitivo que se encarga de modificar las creencias de la enfermedad y los pensamientos disfuncionales, además su enfoque conductual esta encaminado a disminuir conductas conflictivas y problemáticas que ocurren como respuesta a pensamientos negativos, estados depresivos y estímulos ambientales que afectan directamente la salud mental de las madres. (Solís, 2019)
- **Psicoterapia interpersonal:** esta terapia tiene como objetivo mejorar las relaciones interpersonales relacionadas en la génesis de la depresión posparto. Estos problemas interpersonales incluyen disputas de roles y transiciones de roles (por ejemplo,

convertirse en madre) este último es uno de los más importantes, ya que las mujeres experimentan cambios físicos, además de que adoptan nuevas responsabilidades en el hogar. (Solís, 2019)

- **Asesoramiento no directivo:** tiene como objetivo ayudar a las pacientes a comprender y aceptar sus sentimientos, valores y comportamiento. El médico estimula a la paciente a generar espacios de diálogo en lugar de proporcionar interpretaciones o explicaciones que tergiversen el contexto de la paciente. (Solís, 2019)
- **Psicoterapia psicodinámica:** esta terapia tiene como objetivo principal mejorar la comprensión y estimular una asimilación adecuada de los conflictos, sentimientos y comportamientos contraproducentes que pueden llegar a presentar, además estimula al paciente a generar herramientas de afrontamiento y mecanismos de defensa frente a estos hechos adversos.

La psicoterapia suele emplearse de forma individual, sin embargo, algunas psicoterapias entre ellas la terapia cognitivo - conductual y la psicoterapia interpersonal para el manejo y control de la depresión posparto se han adaptado con éxito de forma grupal. (Solís, 2019)

La terapia de grupo brinda resultados beneficiosos para las madres con depresión posparto ya que fomentan el desarrollo de nuevas habilidades de comunicación, resolución de problemas, empatía y solidaridad al tener conocimiento de otras madres que están experimentando problemas similares. (Solís, 2019)

#### ***4.3.8.2 Depresión Posparto Severa***

Las pacientes gravemente enfermas que presentan un grado severo de depresión suelen llegar a desarrollar ideas y comportamientos suicidas acompañados de un mal juicio y deterioro del funcionamiento colocando a la paciente y a todo su entorno incluyendo al recién nacido en riesgo de un daño inminente. (Solís, 2019)

Las pacientes con depresión severa deben ser manejadas por un especialista en psiquiatría y su tratamiento suele requerir un manejo intrahospitalario. La farmacoterapia es el pilar fundamental en este tipo de depresión utilizando principalmente a los antidepresivos como medida inicial y complementándola con la psicoterapia la cual sigue siendo utilizada en el manejo de este tipo de pacientes. (Solís, 2019)

- **Farmacoterapia:** la lactancia materna es un factor para tener en cuenta al momento del uso de medicamentos antidepresivos, sin embargo, se ha demostrado que los beneficios superan los riesgos potenciales para el bebé, considerando que son

típicamente bajos. Diferentes estudios demostraron que algunos antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores de la recaptación de norepinefrina (bupropión y mirtazapina) pueden ser utilizados con seguridad en la población de madres con depresión posparto que se encuentren dando de lactar. (Solís, 2019)

Dentro de los antidepresivos más usados y con mayor evidencia se encuentran los ISRS, de elección la paroxetina o sertralina para el tratamiento inicial debido a que los efectos adversos en los lactantes han demostrado ser más bajos ya que las concentraciones en sangre de los lactantes que se exponen por medio de la leche materna son prácticamente indetectables. (Solís, 2019)

A continuación, se muestran algunos medicamentos y su seguridad en el embarazo/lactancia según la FDA:

**Figura 2. Grado de riesgo que representa para el feto/lactante el uso de algunos psicofármacos durante el embarazo/lactancia.**

Fármacos		Riesgo en el embarazo según la FDA*	Riesgo en la lactancia según la AAP**	Fármacos		Riesgo en el embarazo según la FDA*	Riesgo en la lactancia según la AAP**
Antidepresivos				Antipsicóticos			
ISRS	Citalopram	C	ND	Atípicos	Aripiprazole	C	ND
	Escitalopram	C	ND		Clozapina	B	Desc mp
	Fluoxetina	C	Desc mp		Olanzapina	C	ND
	Paroxetina	D	Desc mp		Quetiapina	C	Desc mp
	Sertralina	C	Desc mp		Risperidona	C	ND
Tricíclicos y aminas secundarias	Amitriptilina	C	Desc mp	Convencionales	Clorpromazina	C	Desc mp
	Clomipramina	C	Desc mp		Haloperidol	C	Desc mp
	Desipramina	C	Desc mp		Flufenacina	C	ND
	Imipramina	C	Desc mp		Tioridacina	C	ND
Otros	Bupropion	B	Desc mp	Ansiolíticos			
	Duloxetina	C	ND	Benzodiazepinas	Alprazolam	D	Desc mp
	Mirtazapina	C	ND		Clordiazepóxido	D	ND
	Venlafaxina	C	ND		Clonazepam	D	ND
Estabilizadores del ánimo					Cloracepato	D	ND
	Carbamazepina	D	Compatible		Diazepam	D	Desc mp
	Carbonato de litio	D	Contraind		Lorazepam	D	Desc mp Desc mp
	Lamotrigina	C	ND		Oxazepam	D	ND
	Oxacarbazepina	C	ND				
	Ácido Valproico	D	Compatible				

\*FDA: Food and Drug Administration

C: La información disponible sobre su seguridad durante el embarazo es limitada y debe utilizarse únicamente cuando el posible beneficio para la madre justifique el riesgo para el feto.

D: Hay evidencia positiva de riesgo teratogénico o embriotóxico fetal humano, basados en datos obtenidos de experiencias o estudios en humanos. En cualquier caso habrá que sopesar los beneficios de uso en la gestante a pesar de los riesgos fetales (enfermedades graves en las que no hay otro tratamiento eficaz).

**Nota.** Grado de riesgo que representa para el feto/lactante el uso de algunos psicofármacos durante el embarazo/lactancia. Tomada de MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica TRATAMIENTO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN. Santiago: MINSAL, 2009. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>

### 4.3.9 Complicaciones

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

- **Maternas:** la principal complicación de la depresión mayor es que puede llegar a convertirse en un trastorno depresivo crónico. El tratamiento de la depresión posparto no siempre resulta favorable ya que en muchos de los casos la simple aparición de este trastorno aumenta el riesgo de futuros episodios. Otras complicaciones maternas son el suicidio y el filicidio. (Malpartida, 2020)
- **Paternas:** los padres en su mayoría se ven afectados por un aumento de la tensión emocional relacionado con la enfermedad de su esposa, aumentando el riesgo de que no solamente la madre presente episodios depresivos sino también el padre. (Malpartida, 2020)
- **Hijos:** los hijos de madres que padecen depresión posparto no tratada tienen altas probabilidades de desarrollar trastornos alimentarios, emocionales y del comportamiento durante toda su vida. La complicación con mayor relevancia es el infanticidio el cual se asocia con episodios psicóticos posparto y se caracterizan por presentar alucinaciones que ordenan matar o de hacerle daño al niño. (Malpartida, 2020)

#### 4.4 Familia

En el pasado la Organización Mundial de la Salud definía a la familia como un “grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado, por lo general a la cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos”, sin embargo, esta definición no englobaba a las diferentes estructuras familiares: nuclear, extensa, monogámica, poligámica, etc. Actualmente el término familia se define como un grupo social organizado y constituido por un número variable de miembros, que en su mayoría habitan en un mismo lugar y que están unidos por lazos sanguíneos, legales y de afinidad. (Malpartida, 2020)

En la familia existen varios pilares que pueden influir en el correcto funcionamiento de esta, entre ellos tenemos:

- **Salud de la familia:** se refiere al nivel de salud de cada una de las personas que componen la familia y se define como familia sana cuando todos sus miembros tienen buena salud y familia enferma cuando existe algún miembro de la familia enfermo. (Malpartida, 2020)
- **Salud familiar:** es considerada como la homeostasis biológica, psicológica, emocional, espiritual y social de todo el sistema familiar, cuando existe un funcionamiento familiar adecuado se denomina familia funcional, es decir todos los

miembros de la familia son capaces de cumplir funciones específicas y la familia disfuncional es cuando se es incapaz de realizar alguna función. (Malpartida, 2020)

- **Función familiar:** son todas aquellas actividades y tareas que deben realizar cada miembro de la familia, en función del rol que desempeñen en el sistema familiar con el fin de alcanzar objetivos favorables de salud, educación, cultura y economía. (Malpartida, 2020)
- **Homeostasis familiar:** es el equilibrio interno de una familia y se da por la interacción armónica entre todos los miembros de una familia. Una adecuada homeostasis familiar se da por una buena relación emocional, física y psicológica entre los miembros, potenciando el desarrollo de forma positiva de todos los integrantes. (Malpartida, 2020)

#### 4.4.1 Tipos de Familia

La clasificación de las familias según:

- **El parentesco:** está determinado por vínculos de afinidad, consanguinidad, adopción, confraternidad y matrimonio u otra relación de afectividad. (Malpartida, 2020)
- **La convivencia:** la convivencia en el hogar de todos los miembros de la familia ayuda a identificar el nexo epidemiológico en caso exista riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. (Malpartida, 2020)
- **Medios de subsistencia:** permite clasificar a las familias que dependen de la agricultura, comercio, pesca, industria, servicios. (Malpartida, 2020)
- **La integración familiar se clasifica en:**
  - a) **Familia integrada:** los cónyuges viven juntos y cumplen con sus funciones.
  - b) **Familia semi-integrada:** los cónyuges viven juntos, pero no cumplen satisfactoriamente sus funciones en el hogar.
  - c) **Familia desintegrada:** es por la ausencia de uno de los cónyuges, sea por muerte, divorcio, separación, abandono o la desintegración familiar por causas internas o externas. (Malpartida, 2020)
- **El número de miembros:**
  - a) **Familia nuclear:** conformada por dos adultos de sexo diferente que cumplen el papel de padres y tienen un número variable de hijos, por lo que solamente conviven 2 generaciones.

- b) **Familia extensa:** existe una agrupación numerosa de miembros dentro de la familia conformada por padres e hijos y adicionalmente se unen los abuelos, los tíos, los sobrinos, etc., englobando a dos o más generaciones.
- c) **Familia monoparental:** está conformada por el padre o la madre y sus hijos, y se presenta por causa del divorcio, fallecimiento, abandono del hogar o padres solteros. (Malpartida, 2020)
- **Clasificación según el desarrollo social:**
  - a) **Familia moderna:** es aquella familia en donde el padre o la madre trabaja fuera del hogar y altera los roles de cada integrante.
  - b) **Familia tradicional:** el padre es el principal generador y proveedor económico.
  - c) **Familia primitiva:** es aquella familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que trabajan. (Malpartida, 2020)

#### 4.4.2 Funcionalidad Familiar

La familia puede definirse como un sistema abierto, compuesto de elementos humanos, con una historia común que forma una unidad funcional y que está organizada por sus propias normas, las cuales mantiene un orden, estructura y función que permiten el cambio y desarrollo de sus miembros. (Juárez Montoya CL, 2016)

La funcionalidad familiar tiene un comportamiento sistémico en la que engloba un conjunto de características de cada uno de los individuos, por medio de las cuales se relacionan como un grupo humano. El conjunto de estas relaciones que forman parte de cada individuo le confieren identidad propia y permiten establecer determinadas características del sistema familiar: niveles de cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, emociones y vínculos.

En el pasado se establecía que una familia era funcional cuando realizaba de forma eficaz todas las funciones que la sociedad le asignaba, sin embargo, hoy en día este concepto se ha modificado y se ha generado un concepto mucho más integral que abarca todos los sistemas familiares y no solo toma en cuenta las necesidades personales. (Juárez Montoya CL, 2016)

El sistema familiar es funcional cuando logra resolver todo tipo de crisis que impiden el desarrollo familiar, esto lo logran mediante la colaboración y unión familiar además de la utilización de recursos funcionales y redes de apoyo alternativas. Las familias que no logran

resolver estas crisis a través de sus recursos se denominan familias disfuncionales las cuales tienen mayor probabilidad de una pérdida total de su equilibrio. (Juárez Montoya CL, 2016)

#### **4.4.3 Instrumento para Evaluar la Funcionalidad Familiar**

##### **4.4.3.1 Test de funcionamiento familiar (FF-SIL)**

Fue creado en Cuba por Isabel Lauro Bernal en 1999 y mide el funcionamiento familiar a través de la percepción de uno de los miembros. Es una prueba con una escala simple, de bajo costo, sencilla, de fácil comprensión y puede ser aplicada por cualquier profesional del área de salud. Esta conformado por 14 proposiciones y 7 categorías que determinan el funcionamiento familiar: (Alvarez, 2018)

- **Adaptabilidad:** representa la habilidad para adaptarse a los diferentes cambios de roles, reglas y estructuras de poder que llegan a ocurrir en una familia.
- **Cohesión:** es la unión familiar, el estado físico y emocional al enfrentar diferentes contextos y la capacidad de respuesta en conjunto frente a tareas cotidianas.
- **Comunicación:** corresponde a la capacidad de transmitir y comunicar sus experiencias y conocimientos de todos los integrantes de la familia.
- **Armonía:** busca un equilibrio emocional y espiritual positivo en la familia frente a intereses y necesidades individuales.
- **Rol:** cada miembro de la familia ocupa un lugar y tiene asignado un rol específico en el que debe cumplir con las responsabilidades y funciones asignadas por el núcleo familiar.
- **Afectividad:** los integrantes de la familia están en la capacidad de expresar sus sentimientos y emociones a los demás miembros de la familia.
- **Permeabilidad:** capacidad de compartir experiencias y enseñanzas con los miembros de otras familias. (Alvarez, 2018)

El test de funcionamiento familiar (FF-SIL) engloba una serie de situaciones que pueden ocurrir en la familia y está conformado por de 14 ítems, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento. El resultado final permite conocer el grado de funcionalidad familiar, los cuales se clasifican de la siguiente forma:

- Familia funcional.
- Familia moderadamente funcional.
- Familia disfuncional
- Familia severamente disfuncional. (Quintanilla, 2022)

**Tabla 2. Test de funcionamiento familiar (FF-SIL).**

Ítems	VARIABLES	ESCALA CUANTITATIVA	ESCALA CUALITATIVA	Puntuación	Resultados
1-8	Cohesión	1	Casi Nunca	70-57	Familia Funcional
2-13	Armonía	2	Pocas Veces	56-43	Familia Moderadamente Funcional
5-11	Comunicación	3	A Veces	42-28	Familia Disfuncional
7-12	Permeabilidad	4	Muchas Veces	27-14	Familia Severamente Disfuncional
4-14	Afectividad	5	Casi Siempre		
3-9	Roles				
6-10	Adaptabilidad				

**Nota.** Test de funcionamiento familiar FF-SIL. Tomada de PROPUESTA DE UN INSTRUMENTO PARA LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN FAMILIAS DISFUNCIONALES, Ortega, 1999.

<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v15n3/enf05399.pdf>

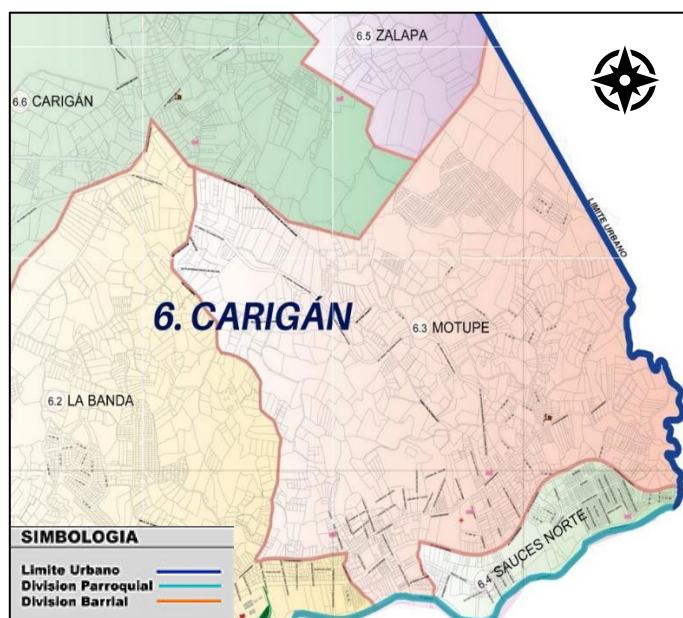


## 5. Metodología

### 5.1 Localización

El estudio se realizó en el barrio Motupe de la ciudad de Loja el cual se encuentra ubicado al Norte de la ciudad en las coordenadas -3.942262, -79227841. El barrio pertenece a la parroquia Carigan y limita al norte con la vía antigua a Cuenca, al este con el barrio Sauces Norte, al oeste con los barrios Zalapa y Carigan y al sur con el barrio La Banda.

**Figura 3. Ubicación del barrio Motupe de la ciudad de Loja.**



**Nota.** Localización geográfica del barrio Motupe. Tomada de Municipio de Loja, (2022). <https://www.loja.gob.ec/contenido/mapas-y-planos>

### 5.2 Enfoque

El enfoque de la investigación fue cuantitativo.

### 5.3 Tipo de Estudio

Se desarrollo un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal en el periodo octubre 2022 – marzo 2023.

### 5.4 Unidad de Estudio

La población de estudio estuvo constituida por las mujeres púérperas del barrio Motupe de la ciudad de Loja.

### 5.5 Universo

El universo estuvo conformado por 77 mujeres que cursaron el periodo del puerperio del barrio Motupe de la ciudad de Loja.

## **5.6 Muestra**

La muestra quedo conformada por 60 mujeres que cursaron el periodo del puerperio del barrio Motupe de la ciudad de Loja que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

## **5.7 Criterios de Inclusión**

- Mujeres puérperas que viven en el barrio Motupe de la ciudad de Loja.
- Mujeres puérperas que estén de acuerdo con participar en el estudio y que firmaron el consentimiento informado.
- Mujeres puérperas que llenaron todas las preguntas de la hoja de recolección de información biosociodemográfica, la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDE), el inventario de depresión de Beck (BDI-II) y el test de funcionamiento familiar (FF-SIL).

## **5.8 Criterios de Exclusión**

- Mujeres puérperas que no estén de acuerdo con participar en el estudio y que no firmaron el consentimiento informado.
- Mujeres puérperas que no llenaron por completo las encuestas.

## **5.9 Técnica**

La investigación del estudio se la realizo utilizando múltiples herramientas que ayudaron a obtener información eficiente y a cumplir con los objetivos planteados del estudio:

- Consentimiento informado.
- Hoja de recolección de información biosociodemográfica.
- Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS).
- Test de funcionamiento familiar (FF-SIL).
- Inventario de depresión de Beck (BDI-II).

## **5.10 Instrumentos**

### **5.10.1 Consentimiento informado**

La presente investigación se llevó a cabo mediante la estructuración del consentimiento informado el cual está elaborado según lo establecido por el comité de evaluación ética de la investigación (CEI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El consentimiento informado es un documento informativo en el cual se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio, así como también

permite que la información recolectada durante dicho estudio pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados.

El consentimiento informado contiene una introducción, propósito, tipo de intervención, selección de participantes, principio de voluntariedad, información sobre los instrumentos de recolección de datos, procedimiento, protocolo, descripción del proceso, duración del estudio, beneficios, confidencialidad, resultados, derecho de negarse o retirarse, y a quien contactarse en caso de algún inconveniente. (Anexo 4)

### **5.10.2 Hoja de recolección de información biosociodemográfica**

El investigador elaboro una hoja de recolección de información biosociodemográfica que permitió la recolección de información personal, en donde se enumeran las variables sociodemográficas, es decir: edad, instrucción, estado civil, grupo étnico y apoyo familiar. También abarca variables biológicas como: tipo de parto, paridad, enfermedad durante el embarazo y antecedente de depresión. (Anexo 5)

### **5.10.3 Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS)**

Esta prueba consiste en un registro de auto aplicación, que consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos. Según los resultados obtenidos, las puérperas se clasificaron en tres grupos:

**EPDS menor que 10:** sin riesgo de depresión posparto.

**EPDS entre 10 y 12:** puntaje límite para riesgo de depresión posparto.

**EPDS mayor o igual a 13:** probable depresión posparto. (Anexo 6)

### **5.10.4 Inventario de depresión de Beck (BDI-II)**

Este inventario es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías.

Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos:

- **Mínima Depresión:** 0-13.
- **Leve Depresión:** 14-19.
- **Moderada Depresión:** 20-28.
- **Severa Depresión:** 29-63. (Anexo 7)

#### **5.10.5 Test de funcionamiento familiar (FF-SIL)**

Este test consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14 ítems, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento. Con el resultado del test se logra conocer el grado de funcionalidad familiar los cuales pueden ser:

- Familia Funcional.
- Familia Moderadamente Funcional.
- Familia Disfuncional.
- Familia Severamente Disfuncional. (Anexo 8)

#### **5.11 Procedimiento**

Se elaboro el proyecto de investigación basado en los lineamientos de la Universidad Nacional de Loja con la tutoría de la Dra. Yadira Gavilanes docente de la materia de salud familiar y comunitaria II, luego se obtuvo la pertinencia del proyecto de investigación a través de un oficio dirigido a la directora académica de la carrera de medicina (Anexo 1); a continuación, se solicitó la designación del director de trabajo de titulación, una vez asignado el director por parte de la directora de la carrera (Anexo 2), se realizó los trámites pertinentes para obtener la autorización de recolección de datos de las mujeres púerperas del barrio Motupe de la ciudad de Loja (Anexo 3).

Con la autorización brindada se procedió a trabajar de acuerdo al cronograma y a las indicaciones dadas por la Dra. Karina Calva directora de tesis, posteriormente se obtuvo la información de las mujeres que se encuentran cursando el puerperio y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión mediante la aplicación de los instrumentos de recolección de información como son: el consentimiento informado, la hoja de recolección de información biosociodemográfica, la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS), el test funcionamiento familiar (FF-SIL) y el inventario de depresión de Beck (BDI-II).

Finalmente se recolectó la información a través de la aplicación los instrumentos nombrados y se realizó el análisis estadístico de la información obteniendo resultados que sirvieron para la construcción de las conclusiones y recomendaciones.

## **5.12 Equipos y Materiales**

- Anillados.
- Cd en blanco
- Material de escritorio (esferos, lápices, hojas de papel bond).
- Computadora portátil.
- Impresora.
- Teléfono celular.
- Flash memory.
- Calculadora.
- Uso de programas para la elaboración del proyecto de investigación.

## **5.13 Análisis Estadístico**

Una vez obtenida la información de las mujeres puérperas del barrio Motupe de la ciudad de Loja se elaboró una base de datos con el programa Microsoft Office Excel 2019 y se estableció cuadros estadísticos de frecuencia porcentual, en la que se presentan las variables del estudio y se procedió a determinar el grado de dependencia o asociación entre las variables mediante la prueba estadística del Chi Cuadrado ( $X^2$ ) con un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significancia  $p < 0,05$ . Estas pruebas estadísticas se realizaron de acuerdo con los objetivos planteados en el proyecto de investigación.

Finalmente, obtenidos los resultados de todas las pruebas estadísticas se los interpreto de forma adecuada en relación con los objetivos planteados, pudiendo determinar las características biosociodemográficas, la prevalencia de depresión posparto, grado de depresión, funcionalidad familiar y la relación entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar en las mujeres que viven en el barrio Motupe de la ciudad de Loja.

## 6. Resultados

### 6.1 Resultado para el primer objetivo.

Describir las características sociodemográficas y ginecobstetricas de las mujeres del barrio Motupe.

**Tabla 3. Características sociodemográficas de las mujeres puérperas del barrio Motupe de la ciudad de Loja, periodo octubre 2022 – marzo 2023.**

	Características Sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad</b>	15-20	8	13,33%
	21-25	12	20,00%
	26-30	19	31,67%
	31-35	15	25,00%
	36-40	6	10,00%
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>
<b>Estado Civil</b>	Soltera	20	33,33%
	Casada	27	45,00%
	Unión Libre	10	16,67%
	Divorciada	3	5,00%
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>
<b>Instrucción</b>	Primaria	10	16,67%
	Secundaria	43	71,67%
	Superior	7	11,67%
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>
<b>Grupo Étnico</b>	Mestiza	60	100,00%
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>
<b>Apoyo Familiar</b>	Si	52	86,67%
	No	8	13,33%
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>

*Fuente:* Base de datos.

*Autor:* Castillo Espinosa Gerardo Elian.

**Análisis:** La variable edad muestra que la mayor parte de la población se encuentra en el rango de 26-30 años con un 31.67% (n=19), mientras que el rango de 36-40 años abarca el menor porcentaje poblacional con un 10.00% (n=6). Estos datos muestran que la mayor parte de las mujeres del barrio Motupe que cursan el puerperio lo realizan cuando son adultas jóvenes, periodo ideal para tener a un hijo y formar una familia.

La variable estado civil muestra que la mayor parte de la población son casadas con un 45.00% (n=27), mientras que la minoría poblacional se encuentra divorciada con 5.00% (n=3). Estos datos muestran que la mayor parte de mujeres están casadas permitiendo el

fortalecimiento de amor entre los padres e influyendo de forma positiva en el desarrollo de un buen ambiente familiar.

La variable instrucción denota que la mayor parte de la población tiene un nivel de instrucción secundaria con un 71.67% (n=43), mientras que la menor parte de la población tiene un nivel de instrucción superior con un 11.67% (n=7). Estos datos muestran que la mayoría no han completado sus estudios por completo teniendo un nivel académico medio.

La variable grupo étnico muestra que la totalidad de las mujeres del barrio Motupe que cursan el puerperio son mestizas con un 100.00% (n=60).

La variable apoyo familiar nos muestra que la mayor parte de la población si tiene apoyo familiar con un 86.67% (n=52), mientras la menor parte de la población no tiene apoyo familiar con un 13.33% (n=8). Estos datos demuestran que la mayoría si tienen apoyo familiar, permitiendo un desarrollo afectivo ideal con todos los miembros de la familia permitiendo de esta forma el fortalecimiento de la unidad familiar.

**Tabla 4. Características ginecobstétricas de las mujeres puérperas del barrio Motupe de la ciudad de Loja, periodo octubre 2022 – marzo 2023.**

Características Ginecobstétricas		Frecuencia	Porcentaje	
	Ninguna	36	60,00%	
	Diabetes	1	1,67%	
	Preeclampsia	2	3,33%	
	Anemia	6	10,00%	
	Placenta Previa	1	1,67%	
	Restricción Del Crecimiento Intra Uterino	1	1,67%	
	Covid 19	2	3,33%	
<b>Enfermedad Asociada Durante el Embarazo</b>	HTA Gestacional	1	1,67%	
	Infección Vaginal	2	3,33%	
	Infección De Vías Urinarias	2	3,33%	
	Ruptura Prematura De Membranas	1	1,67%	
	Hipertiroidismo	1	1,67%	
	Colelitiasis	1	1,67%	
	Oligohidramnios	1	1,67%	
	Amenaza De Aborto	2	3,33%	
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	
	<b>Tipo de Parto</b>	Vaginal	47	78,33%
		Cesárea	13	21,67%
<b>Total</b>		<b>60</b>	<b>100,00</b>	
<b>Paridad</b>	Primípara	18	30,00%	
	Múltipara	42	70,00%	
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	

*Fuente: Base de datos.*

*Autor: Castillo Espinosa Gerardo Elian.*

**Análisis:** La variable Enfermedad Asociada Durante el Embarazo nos muestra que la mayor parte de la población no presentó ninguna enfermedad con un 60.00% (n=36), mientras que el 40% sí presentó alguna enfermedad destacando a la anemia como la enfermedad más prevalente afectando al 10.00% (n=6) de la población, otras enfermedades que se presentaron fueron la amenaza de aborto, infecciones vaginales, infección de vías urinarias, preeclampsia y la covid 19 todas con un 3.33% (n=2). Estos datos demuestran que la mayor parte de las mujeres del barrio Motupe que cursan el puerperio lo realizan de forma sana sin ninguna complicación, sin embargo, se debe resaltar a la anemia como una enfermedad prevalente que puede seguir ganando más terreno en el periodo gestacional y traer consecuencias materno-infantiles graves.



La variable Tipo de Parto muestra que la mayor parte de la población tuvo un parto vaginal con un 78.33% (n=47), mientras que la menor parte de la población tuvo un parto por cesárea con un 21.67% (n=13).

La variable Paridad muestra que la mayor parte de la población es multípara con 70.00% (n=42), mientras que la menor parte de la población es primípara con un 30.00% (n=18). Estos datos demuestran que la mayoría han tenido un hijo o más previamente, por lo tanto, tienen experiencia con el manejo de los cambios fisiológicos, sociales, culturales y familiares que este evento representa.

## 6.2 Resultado para el segundo objetivo.

Identificar la prevalencia de depresión posparto, grado de depresión y funcionalidad familiar en las mujeres del barrio Motupe.

**Tabla 5. Prevalencia de depresión posparto en mujeres puérperas del barrio Motupe de la ciudad de Loja, periodo octubre 2022 – marzo 2023.**

Depresión Posparto	Frecuencia	Prevalencia
Presenta	10	16,67%
No Presenta	50	83,33%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>

*Fuente:* Base de datos.

*Autor:* Castillo Espinosa Gerardo Elian.

**Análisis:** La prevalencia de depresión posparto en mujeres del barrio Motupe es del 16.67% (n=10), representando a la minoría poblacional demostrando que no han tenido estabilidad emocional durante este periodo, aumentando el riesgo de traer consecuencias negativas en la salud materno – infantil y en el funcionamiento familiar.

**Tabla 6. Grado de depresión en mujeres puérperas del barrio Motupe de la ciudad de Loja, periodo octubre 2022 – marzo 2023.**

Grado De Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Mínima Depresión	39	65,00%
Depresión Leve	15	25,00%
Depresión Moderada	6	10,00%
Depresión Severa	-	-
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>

*Fuente:* Base de datos.

*Autor:* Castillo Espinosa Gerardo Elian.

**Análisis:** La mayor parte de la población obtuvo un grado de depresión mínima con un 65.00% (n=39), mientras que la menor parte de la población tuvo un grado de depresión moderada con un 10,00% (n=6), de igual forma cabe resaltar que no se presentaron casos de depresión severa. Estos datos muestran que la minoría presentó una moderada depresión, generada por el contexto emocional, biológico, social, cultural y económico en el que viven las puérperas y sus familias.

**Tabla 7. Funcionalidad familiar en mujeres puérperas del barrio Motupe de la ciudad de Loja, periodo octubre 2022 – marzo 2023.**

<b>Funcionalidad Familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Familia Funcional</b>	23	38,33%
<b>Familia Moderadamente Funcional</b>	29	48,33%
<b>Familia Disfuncional</b>	6	10,00%
<b>Familia Severamente Disfuncional</b>	2	3,33%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>

*Fuente:* Base de datos.

*Autor:* Castillo Espinosa Gerardo Elian.

**Análisis:** La mayor parte de la población tiene una familia moderadamente funcional con un 48.33% (n=29), mientras que el 38.33% (n=23) tienen una familia funcional dejando a tan solo un 10.00% (n=6) y un 3.33% (n=2) con una familia disfuncional y familia severamente disfuncional respectivamente. Estos datos resaltan que las mujeres del barrio Motupe que cursan el puerperio en su minoría presentan familias disfuncionales y severamente disfuncionales, que si bien son pocos casos, se generan ambientes muy negativos que perjudica de forma exponencial la relación materno-infantil y la salud familiar.

### 6.3 Resultado para el tercer objetivo.

Establecer la relación entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar en las mujeres del barrio Motupe.

**Tabla 8. Relación entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar en las mujeres puérperas del barrio Motupe de la ciudad de Loja aplicando la prueba Chi 2, periodo octubre 2022 – marzo 2023.**

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	17,485
Grados de Libertad	3
Valor de p	0,0005

*Fuente:* Base de datos.

*Autor:* Castillo Espinosa Gerardo Elian.

**Análisis:** Con un Chi cuadrado de 17.485 y un valor de  $p=0.0005$  podemos afirmar con un grado de significancia del 95% que si existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar. Esta relación demuestra que los diferentes ambientes en el que se desarrollan las familias influyen directamente en el estado emocional de las mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja que se encuentran cursando el puerperio.

## 7. Discusión

El presente estudio tuvo la finalidad de determinar la depresión posparto y la funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja en el periodo octubre 2022 – marzo 2023. En el estudio participaron 60 mujeres que se encontraban cursando el puerperio las cuales fueron caracterizadas sociodemográficamente determinando que la mayor parte de la población tiene un rango de edad entre los 26-30 años con un 31.67%, además fueron casadas con un 45.00% y tuvieron un nivel de instrucción secundaria con un 71.67%, resultados cercanos a los obtenidos en el estudio realizado por (Macias, 2020) en el que participaron 411 mujeres atendidas en la consulta externa del Hospital Juárez de México obteniendo un rango de edad entre 15 y 45 años y destacando que en la mayoría se trataba de mujeres casadas con un 44.8 % y contaban con educación secundaria en un 60.8 %.

El apoyo familiar estuvo presente en la mayoría de la población con un 86,67%, resultado similar al obtenido en el estudio realizado por (Urdaneta, 2011) en el que participaron 100 puérperas atendidas en la Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza" del Hospital Universitario de Maracaibo obteniendo que el 96.00% de la población si recibió apoyo familiar y catalogándolo como un factor protector en la aparición de la depresión posparto.

Las características ginecobstetricas obtenidas en el presente estudio demostró la mayor parte de la población fueron multíparas con un 70.00%, además de que el 78.33% tuvo un parto vaginal, discrepando levemente al resultado obtenido en el estudio realizado por (Urdaneta, 2011) en el que se determinó que el 50% de la población fueron multíparas y el 64% tuvieron un parto vaginal, cabe destacar que la paridad es un factor determinante en la depresión posparto ya que las madres multíparas cuentan con mayor experiencia en la crianza de sus hijos y en la adaptabilidad de su nuevo rol en el núcleo familiar.

Las enfermedades asociadas durante el embarazo represento un 40.00% y el antecedente de depresión un 13.33% resultados que tienen discrepancias a los obtenidos en el estudio realizado por (Urdaneta, 2011) en donde el 16% presento trastornos médicos durante la gestación y el 55% tuvo antecedentes de depresión mayor. Otro estudio en el que existen similitudes es el realizado por (Molero, 2014) en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital "Dr. Manuel Noriega Trigo", en San Francisco, Estado Zulia, Venezuela en donde participaron 100 mujeres en etapa del puerperio y determino que el 48.50% presentaron trastornos médicos durante la gestación, catalogándolo como uno de los principales factores de riesgo biológicos para depresión posparto.

Luego de la aplicar el tamizaje de la escala de Edimburgo (EPDS) se determinó una prevalencia del 16,67% de depresión posparto en la población de estudio. En el ámbito local este resultado se asemeja al obtenido en el estudio realizado por (Deleg, 2014) en el participaron 120 mujeres del Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja determinando una prevalencia de depresión posparto del 20%. Un estudio en el cual se difiere es al elaborado por (Leon, 2022) en donde se tomó en cuenta a 62 mujeres de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja y determinó que el 34% presento depresión posparto.

En el ámbito nacional un estudio realizado en la ciudad de Quito por (Aumala, 2017) en el que participaron 182 pacientes atendidas en la maternidad de corta estancia del centro de salud de Conocoto y el hospital San Francisco de Quito obtuvo una prevalencia de 18.1% de depresión posparto, resultado muy similar al obtenido en el presente estudio.

En el contexto internacional la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) determino que la incidencia a nivel mundial es del 15%, mientras (Goyes & Rosero, 2022) afirma que en algunos países de América del Sur como Chile la prevalencia de depresión posparto es del 50.7%, Colombia tiene una prevalencia del 32.8% y Venezuela una del 22%, hallazgos que difieren con la prevalencia obtenida en el presente estudio pero que no existe una marcada diferencia en cuanto en el porcentaje.

El grado de depresión se valoró mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck (BDI-II) obteniendo que el 65% de la población obtuvo un grado mínimo de depresión, el 25% tuvo un grado de depresión leve, mientras que el 10% tuvo un grado de depresión moderada además cabe resaltar que no se encontraron casos de depresión severa, estos resultados difieren a los obtenidos por (Macias, 2020) ya que el 22.8% tiene una depresión mínima, el 39.2% una depresión leve, el 24% una depresión moderada y el 13.9% tiene una depresión severa.

La funcionalidad familiar en el presente estudio se obtuvo mediante la aplicación del test de funcionamiento familiar (FF-SIL) en donde la mayoría de la población tuvo familias funcionales con un 86.67% y la minoría familias disfuncionales con un 13.33% resultados que se acobijan a los obtenidos por (Aumala, 2017) en donde la mayoría de las púerperas tuvo familias funcionales con el 68,13% mientras que la minoría tuvo familias disfuncionales con un 31,87%.

La relación entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar en el presente estudio se determinó a través de la prueba Chi cuadrado obteniendo un valor de  $\chi^2=17.485$  y  $p=0.0005$ , pudiendo afirmar con un 95% que si existe una relación estadísticamente

significativa, resultado que se relaciona al obtenido en el estudio realizado por (Contreras, 2017) en el que participaron 76 mujeres puérperas atendidas en un centro de atención familiar del nivel primario de la comuna de Concepción, Chile, en donde al relacionar la funcionalidad y la depresión posparto se obtuvo un valor de  $p=0.0001$ , además (Aumala, 2017) también concuerda con esta relación ya que en su estudio realizado en la ciudad de Quito, Ecuador obtuvo un valor de  $p= 0.0001$  demostrando que la depresión posparto se asocia en la mayor parte de los casos a familias disfuncionales.

## **8. Conclusiones**

La caracterización biosociodemográfica de las mujeres puérperas del barrio Motupe demostró que la mayoría son adultas jóvenes con una edad entre los 26-30 años, mestizas, casadas, con un nivel de instrucción secundaria y cuentan con apoyo familiar. Además, se determinó que las pacientes en su mayoría son multíparas, tuvieron un parto vaginal y no presentaron ninguna enfermedad durante el embarazo.

La depresión posparto es una enfermedad prevalente en las mujeres puérperas del barrio Motupe constituyendo un verdadero problema de salud pública. En cuanto al grado de depresión y funcionalidad familiar la mayoría de las mujeres puérperas presentaron un grado de depresión mínimo y tienen familias funcionales.

Se estableció relación estadísticamente significativa entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar determinado que la unidad familiar influye directamente en la salud mental de las mujeres puérperas.



## **9. Recomendaciones**

Al ser la depresión posparto una enfermedad prevalente que afecta de forma negativa a la salud de todo el núcleo familiar se recomienda al ministerio de salud pública la creación de una guía de práctica clínica de detección y manejo de la depresión posparto, además de la generación de nuevas políticas de salud enfocadas al cuidado de la salud mental durante el puerperio por medio del fortalecimiento de la prevención de la enfermedad, promoción de la salud, la curación, recuperación, rehabilitación y reinserción de las pacientes a la sociedad.

Al centro de salud Motupe de la ciudad de Loja, se les recomienda el fortalecimiento de la salud mental en las mujeres puérperas mediante la creación de clubes perinatales, campañas de salud mental, utilización de las redes sociales y la realización de actividades en la comunidad en las cuales se involucre a toda la familia y no solamente a la madre con la finalidad de fortalecer la unidad familiar.

A las mujeres puérperas del barrio Motupe de la ciudad de Loja, se les recomienda incentivar la búsqueda de ayuda con profesionales de la salud cuando perciban la presencia de alteraciones familiares y emocionales con el objetivo de ser tratadas de forma oportuna y así evitar el desarrollo de la disfuncionalidad familiar y de la depresión posparto.

## 10. Bibliografía

- Alba, B. (2017). Actualización en depresión postparto. *Revista Oficial de la Asociación Española de Enfermería y Salud*, 1(3). Obtenido de <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/50#:~:text=Resultados%3A%20La%20depresi%C3%B3n%20postparto%20se,Edimburgo%20espec%C3%ADfica%20para%20el%20puerperio>.
- Alvarez, V. (2018). VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR – FF-SIL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA Y PRIVADA DE LIMA. *UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL*. Obtenido de [https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/2870/UNFV\\_FP\\_Alvarez\\_Machuca\\_Militza\\_Carmen\\_Virginia\\_Segunda\\_especialidad.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/2870/UNFV_FP_Alvarez_Machuca_Militza_Carmen_Virginia_Segunda_especialidad.pdf?sequence=6&isAllowed=y)
- American Psychiatric Association. (2014). *MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-5*. EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA.
- Araya, S. (2020). Trastornos psiquiátricos frecuentes en el periodo posparto. *Revista Medica Sinergia*, 5. doi:<https://doi.org/10.31434/rms.v5i12.618>
- Aumala, T. (2017). LA DEPRESIÓN POSPARTO Y SU ASOCIACIÓN A ESTRÉS MATERNO A CAUSA DE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN MUJERES QUE CURSAN EL PUERPERIO POSPARTO INMEDIATO ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL CENTRO DE SALUD DE CONOCOTO Y EL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO D. *PUCE*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13969/TESIS%20DEPRESI%C3%93N%20%20CESTRES%20Y%20FUNCI%C3%93N%20FAMILIAR%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castello, I. (2019). PUERPERIO NORMAL: ATENCIÓN POSTPARTO INMEDIATO Y PRECOZ, CONTROL DEL PUERPERIO TARDIO. *Formacurae*. Obtenido de <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-17-PUERPERIO-NORMAL-OPE-2019-REVISADA.pdf>




- Contreras, Y. (2017). Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Scielo*. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v43n1/gin06117.pdf>
- Cox, J. (1987). Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo. *Obtenido de la British Journal of Psychiatry*. Obtenido de [https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale\\_sp.pdf](https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf)
- Deleg, D. (2014). “DEPRESION POSTPARTO EN PRIMIPARAS Y MULTIPARAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 3 DE LA CIUDAD DE LOJA. UNL. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13482/1/DAYANA%20DELEG.pdf>
- Dois, A. (2012). Actualizaciones en depresión posparto. *Scielo*, 38(4). Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n4/gin16412.pdf>
- Goyes, M. B., & Rosero, S. F. (2022). Prevalencia de depresión en el embarazo y puerperio. Diferencia entre multíparas y primigestas. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA*.
- Juárez Montoya CL. (2016). Clasificación clínica de la familia en estadios funcionales: propuesta de un instrumento para su estudio. *Medigraphic*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2016/amf163c.pdf>
- Lara, A. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*. Obtenido de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2-depresionpostparto.pdf>
- Leon, J. (2022). Incidencia de depresión posparto de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja. *Universidad Nacional de Loja*. Obtenido de [https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/25741/1/JanethVeronica\\_LeonAlberca.pdf](https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/25741/1/JanethVeronica_LeonAlberca.pdf)
- Macias, E. (2020). Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. *Gaceta Medica de Mexico*. doi:<https://doi.org/10.24875/gmm.19005424>
- Malpartida, M. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*. doi:<https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.355>
- Malpartida, M. (2020). Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(9). doi:<https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.543>

- Meléndez, M. (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo. *Redalyc*, 21(3). Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375955679003.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). Diagnostico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069\\_MSP\\_Gui%CC%81a\\_DEPRESION\\_20180228\\_D.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Salud.gob.ec*. Recuperado el 9 de Agosto de 2022, de <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>
- Miño, D. A. (2016). VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK COMO PRUEBA DE TAMIZAJE PARA LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES CURSANDO EL PUERPERIO TARDÍO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2015 – ENERO 2016. *PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR*.
- Molero, K. (2014). Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adultas. *Scielo*. Obtenido de [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262014000400008](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000400008)
- Mora, M. (2016). DEPRESIÓN POSTPARTO Y TRATAMIENTO. *Medigraphic*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163q.pdf>
- Navas, W. (2013). DEPRESIÓN POSTPARTO. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX*. Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>
- OPS. (2018). *Organizacion Panamericana de la Salud*. Obtenido de *Organizacion Panamericana de la Salud*: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49117/v42e972018.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Ortega, T. (1999). PROPUESTA DE UN INSTRUMENTO PARA LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN FAMILIAS DISFUNCIONALES. *Revista Cubana de Enfermería*. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v15n3/enf05399.pdf>
- Piñar, G. (2020). Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Medica Sinergia*, 5(12). Obtenido de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/610/1057>

- Prieto, C. (2020). DEPRESIÓN POSPARTO: REVISIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO. *Universidad de Salamanca*. Obtenido de [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/143522/TFG\\_PrietoGarcia\\_DepresionPosparto.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/143522/TFG_PrietoGarcia_DepresionPosparto.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Quintanilla, M. (2022). Ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de la carrera Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja. *Universidad Nacional de Loja*. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/25157/1/Marivy%20Alexandra%20Quintanilla%20Barba.pdf>
- Solís, M. (2019). Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, 4(6). doi:<https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.2478>
- Torres, K. (2020). RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN GESTANTES. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL VENUS DE VALDIVIA LA LIBERTAD, 2020. *UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA*. Obtenido de <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/5581/1/UPSE-TEN-2020-0042.pdf>
- Urdaneta, J. (2011). Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Scielo*. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000200007>
- Viguera, A. (2021). Depresión mayor unipolar posparto: epidemiología, características clínicas, evaluación y diagnóstico. *UpToDate*. Recuperado el 9 de Agosto de 2022, de [https://www.uptodate.com/contents/postpartum-unipolar-major-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?source=history\\_widget](https://www.uptodate.com/contents/postpartum-unipolar-major-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?source=history_widget)

## 11. Anexos

### Anexo 1. Pertinencia del proyecto de investigación.

 1859		Universidad Nacional de Loja	Facultad de la Salud Humana
<b>Oficio Nro. 1938-D-CMH-FSH-UNL</b> Loja, 30 de septiembre del 2022			
<p>Sr. Gerardo Elian Castillo Espinosa <b>ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA</b> Ciudad.</p>			
<p>De mi consideración:</p>			
<p>Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: <b>“DEPRESIÓN POSPARTO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA”</b>, de su autoría; de acuerdo al informe de fecha 14 de septiembre del 2022 suscrito por la Dra. Karina Calva Jirón docente de la Carrera de Medicina Humana, quien indica que una vez revisado y corregido, considera <b>aprobado y pertinente</b> su proyecto de tesis, estableciendo el tema: <b>“DEPRESIÓN POSPARTO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA”</b>; puede continuar con el trámite respectivo.</p>			
<p>Atentamente,</p>			
 <small>Firmado digitalmente por:</small> <b>TANIA VERONICA CABRERA PARRA</b>			
<p>Dra. Tania Verónica Cabrera Parra <b>DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA</b> Documento adjunto: Informe de fecha 14 de septiembre del 2022 suscrito por la Dra. Karina Calva Jirón. (Digital)</p>			
<p>C.c.- Archivo, Secretaría.</p>			
<p>Elaborado por:</p>			
<p>Firmado digitalmente por ANA CRISTINA LOJAN GUZMAN Fecha: 2022-09-30 09:20:05:00</p>			
<p>Ing. Ana Cristina Loján Guzmán Secretaría de la Carrera de Medicina</p>			
<p>Calle Manuel Monteros tras el Hospital Isidro Ayora · Loja · Ecuador 072 -57 1379 Ext. 102</p>			

## Anexo 2. Asignación del director de tesis.



**UNL**

Universidad  
Nacional  
de Loja

Facultad  
de la Salud  
Humana

Oficio Nro. 2033-D-CMH-FSH-UNL  
Loja, 14 de octubre del 2022

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón  
**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 Director/a de tesis del tema: titulado **Depresión posparto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Motupe de la ciudad de Loja.**, autoría de Gerardo Elian Castillo Espinosa.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Firmado digitalmente por  
**TANIA VERONICA  
CABRERA PARRA**

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

C.c.- Archivo, Secretaría, Estudiante Gerardo Elian Castillo Espinosa.

Elaborado por:

Firmado digitalmente por ANA  
CRISTINA LOJAN GUZMAN  
Fecha: 2022-10-14 12:49:05:00

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

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

### Anexo 3. Oficio de recolección de datos.



**unl**

Universidad  
Nacional  
de Loja

Facultad  
de la Salud  
Humana

Oficio Nro. 2389-D-CMH-FSH-UNL  
Loja, 24 de noviembre del 2022

Sr. Gerardo Elian Castillo Espinosa  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA**  
Ciudad.

De mi consideración:

De acuerdo a lo solicitado y una vez cumplida con toda la documentación para el desarrollo de su proyecto de investigación titulado: **Depresión posparto y funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja.**, esta Dirección autoriza para que proceda con la recolección de los datos mediante consentimiento informado en el barrio Motupe de la ciudad de Loja.

Atentamente,



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

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

C.c.- Archivo, Secretaría

Elaborado por:

Firmado digitalmente por: ANA  
**CRISTINA LOJAN GUZMAN**  
Fecha: 2022-11-24 12:43:05:00

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

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



## Anexo 4. Autorización de modificaciones en el proyecto de integración curricular.



UNL

Universidad  
Nacional  
de Loja

Facultad  
de la Salud  
Humana

Oficio Nro. 2386-D-CMH-FSH-UNL  
Loja, 24 de noviembre del 2022

Sr. Gerardo Elian Castillo Espinosa  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
Ciudad. –

De mi consideración:

A través de un cordial y respetuoso saludo me dirijo a usted, y me permito informarle sobre el proyecto de investigación denominado: **“DEPRESIÓN POSPARTO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA”**, de su autoría; de acuerdo a la comunicación de fecha 18 de noviembre del 2022 suscrita por su persona y por la **Dra. Karina Yesenia Calva Jirón**, docente de la carrera de medicina, quien en calidad de director de tesis, propone *los siguientes cambios*:

#### Actualización del Título

- **Título Antigo:** Depresión posparto y funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Motupe de la ciudad de Loja.
- **Título Nuevo:** Depresión posparto y funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja.

#### Actualización de Objetivos

##### • **Objetivos Antiguos:**

###### - **Objetivo General:**

1. Determinar la depresión posparto y la funcionalidad familiar en pacientes atendidas en el Centro de Salud Motupe de la ciudad de Loja en el periodo octubre 2022 – marzo 2023.

###### - **Objetivos Específicos:**

1. Describir las características sociodemográficas y ginecobstetricas de las pacientes atendidas en el Centro de Salud Motupe.
2. Identificar la prevalencia, grado de depresión y funcionalidad familiar en las pacientes atendidas en el Centro de Salud Motupe.
3. Establecer la relación entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar en mujeres atendidas en el Centro de Salud Motupe.

##### • **Objetivos Nuevos:**

###### - **Objetivo General:**

1. Determinar la depresión posparto y la funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja en el periodo octubre 2022 – marzo 2023.

###### - **Objetivos Específicos:**

1. Describir las características sociodemográficas y ginecobstetricas de las mujeres del barrio Motupe.

#### Actualización de Metodología

##### • **Localización Antigua:**

-El estudio se realizará en el centro de salud Motupe de la ciudad de Loja.

##### • **Tipo de Investigación Antigua:**

-El estudio que se va a investigar será de tipo descriptivo, de cohorte transversal, observacional y prospectivo.

##### • **Población y Muestra Antigua:**



UNL

Universidad  
Nacional  
de Loja

Facultad  
de la Salud  
Humana

1859

-La población de estudio estará constituida por todas las pacientes atendidas en el Centro de Salud de Motupe de la ciudad de Loja en el periodo octubre 2022 - marzo 2023 que cumplan criterios de inclusión y exclusión.

• **Criterios de Inclusión Antiguos:**

-Pacientes púerperas que son atendidas en el Centro de Salud de Motupe en el periodo octubre 2022 – marzo 2023.

-Paciente púerperas primíparas, multiparas, con parto normal o con cesárea que firmaron el consentimiento informado.

-Pacientes púerperas que llenen todos los datos de las encuestas.

• **Criterios de Exclusión Antiguos:**

-Pacientes púerperas que no estén de acuerdo a participar en el estudio.

-Pacientes púerperas que no contestaron todas las preguntas de la EPDE.

-Pacientes púerperas con trastornos mentales (esquizofrenia, trastorno bipolar).

-Pacientes púerperas que no desean realizar la prueba de funcionamiento familiar (FF- SIL).

• **Procedimiento Antiguo:**

-Una vez asignado el director, se harán los trámites pertinentes dirigidos al director del Centro de Salud "Motupe", para obtener la autorización de recolección de datos y acceso a la información de las pacientes del centro de salud. Con la autorización brindada por la autoridad pertinente del Centro de Salud en mención, se procederá a trabajar de acuerdo al cronograma y a las indicaciones dadas por el tutor de tesis, de igual forma se trabajara con las pacientes que se encuentran cursando el puerperio y que hayan cumplido los criterios de inclusión, mediante la aplicación de los instrumentos de recolección de datos como son: la hoja de recolección de datos de la paciente, la escala de Edimburgo para depresión posparto (EPDS) y la prueba de funcionamiento familiar (FF- SIL).

• **Instrumentos Antiguos:**

-Consentimiento informado.

-Hoja de recolección de datos.

-Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS).

-Prueba de funcionamiento familiar (FF- SIL).

• **Localización Nueva:**

-El estudio se realizará en el barrio Motupe de la ciudad de Loja.

• **Tipo de Investigación Nueva:**

-El estudio que se va a investigar será de tipo descriptivo, prospectivo y de cohorte transversal.

• **Población y Muestra Nueva:**

-La población de estudio estará constituida por todas las mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja en el periodo octubre 2022 - marzo 2023 que cumplan criterios de inclusión y exclusión.

• **Criterios de Inclusión Nuevos:**

-Mujeres púerperas que viven en el barrio Motupe de la ciudad de Loja durante el periodo octubre 2022 – marzo 2023.

-Mujeres púerperas que estén de acuerdo con participar en el estudio y que firmaron el consentimiento informado.

-Mujeres púerperas que llenaron la hoja de recolección de información biosociodemografica.

-Mujeres púerperas que contestaron todas las preguntas de la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDE).

-Mujeres púerperas que contestaron todas las preguntas del inventario de depresión de Beck (BDI - II).

-Mujeres púerperas que realizaron la prueba de funcionamiento familiar (FF- SIL).

• **Criterios de Exclusión Nuevos:**



UNL

Universidad  
Nacional  
de Loja

Facultad  
de la Salud  
Humana

1859 -Mujeres puérperas que no estén de acuerdo con participar en el estudio y que no firmaron el consentimiento informado.

-Mujeres puérperas que no llenaron la hoja de recolección de información biosociodemografica.

-Mujeres puérperas que no contestaron todas las preguntas de la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDE).

-Mujeres puérperas que no contestaron todas las preguntas del inventario de depresión de Beck (BDI - II).

-Mujeres puérperas que no desean realizar la prueba de funcionamiento familiar (FF- SIL).

- **Procedimiento Nuevo:**

-Una vez asignado el director, se harán los trámites pertinentes para obtener la autorización de recolección de datos y acceso a la información de las mujeres puérperas del barrio Motupe. Con la autorización brindada se procederá a trabajar de acuerdo al cronograma y a las indicaciones dadas por el director de tesis, posteriormente se obtendrá la información de las mujeres que se encuentran cursando el puerperio y que hayan cumplido los criterios de inclusión y exclusión mediante la aplicación de los instrumentos de recolección de datos como son: el consentimiento informado, la hoja de recolección de información biosociodemografica, la escala de Edimburgo para depresión posparto (EPDS), la prueba de funcionamiento familiar (FF - SIL) y el inventario de depresión de Beck (BDI - II), con el objetivo de obtener la información necesaria para aplicar los diferentes estudios estadísticos y así obtener conclusiones pertinentes relacionadas con el estudio en cuestión.

- **Instrumentos Nuevos:**

-Consentimiento informado.

-Hoja de recolección de información biosociodemografica.

-Escala de Edimburgo para depresión posparto (EPDS).

-Prueba de funcionamiento familiar (FF - SIL).

-Inventario de depresión de Beck (BDI - II).

Esta Dirección, en vista de lo solicitado y expuesto, procede a autorizar **la modificación de TITULO, OBJETIVOS** y lo descrito en cada uno de los ítems dentro de la **METODOLOGÍA**; puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



Firmado digitalmente por  
**TANIA VERONICA  
CABRERA PARRA**

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

**Elaborado por:**

Firmado digitalmente por ANA  
CRISTINA LOJAN GUZMAN  
Fecha: 2022-11-24 12:11:05:00

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

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

## Anexo 5. Certificación del abstract.

CERTF. N° 10.0 – 2024  
Loja, 27 de mayo del 2024

El suscrito Franco Guillermo Abrigo Guarnizo.  
**Lcdo. En Ciencias de la Educación Mencion Idioma Inglés**

A petición de la parte interesada y en forma legal.

### **CERTIFICA:**

Que **Gerardo Elian Castillo Espinosa** con cédula de identidad número **Cedula: 1105762221**, estudiante de la Carrera de Medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, completó satisfactoriamente la presente traducción de español a inglés del Trabajo de Integración Curricular denominado **Depresión posparto y funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja**.

Traducción que fue guiada y revisada minuciosamente por mi persona. En consecuencia, se da validez a la presentación de la misma. Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo el interesado hacer uso del presente documento en lo que estimare conveniente.

Atentamente,



.....  
Franco Guillermo Abrigo Guarnizo

**Lcdo. En Ciencias de la Educación Mención Idioma Inglés**

Número de Registro Senescyt: 1008-2021-2368808

Cédula: 1104492127

email: [franco.abrigo@hotmail.com](mailto:franco.abrigo@hotmail.com)

celular:0990447198

## Anexo 6. Consentimiento informado de la organización mundial de la salud (OMS).



Universidad  
Nacional  
de Loja

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

#### Consentimiento Informado

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a las mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja, a quienes se las invita a participar en el estudio denominado: **“Depresión posparto y funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja”**.

Yo Gerardo Elian Castillo Espinosa, estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja me encuentro realizando esta investigación. A continuación, le pongo a su disposición toda la información y a su vez le invito a participar en el estudio. Si presenta alguna duda responderé cada una de ellas.

#### Propósito:

- Determinar la depresión posparto y la funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja en el periodo octubre 2022 – marzo 2023.

#### Tipo de intervención de la investigación:

Esta investigación incluirá datos biosociodemográficos y la aplicación de encuestas validadas a nivel internacional.

#### Selección de participantes:

Las personas que han sido seleccionadas son las mujeres que cursan el puerperio que viven en el barrio Motupe de la ciudad de Loja.

#### Confidencialidad:

Toda la información obtenida será manejada con absoluta confidencialidad. Los datos obtenidos de la población en estudio serán utilizados, exclusivamente, para garantizar la veracidad de los mismos y obtener los resultados de la investigación, además a estos solo tendrán acceso los organismos evaluadores de la Universidad Nacional de Loja

**Derecho a negarse o retirarse:**

Si ha leído el presente documento y ha decidido participar en el presente estudio, entiéndase que su participación es voluntaria y que usted tiene derecho de abstenerse del estudio en cualquier momento sin ningún tipo de penalidad. Tiene del mismo modo derecho a no contestar alguna pregunta en particular, si así lo considera.

**A quien contactar:**

- Gerardo Elian Castillo Espinosa
- Correo: [gerardo.castillo@unl.edu.ec](mailto:gerardo.castillo@unl.edu.ec)
- Celular: 0968883675

## CONSENTIMIENTO

He sido informada clara y oportunamente sobre el estudio en el que he sido invitada a participar voluntariamente para la investigación del estudiante Gerardo Elian Castillo Espinosa con número de cedula CI: 1105762221 y entiendo que tendré que responder con absoluta sinceridad todas las encuestas a utilizar en la investigación.

Se que no se me recompensará económicamente y se me ha proporcionado el nombre del investigador que puede ser fácilmente contactado mediante la dirección electrónica y su número celular, información brindada con anterioridad.

Entiendo que estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos, sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. Soy consciente de los beneficios que se obtendrá con la aportación en este proyecto. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente la participación en el estudio para la extracción necesaria en la investigación de la que se me ha informado.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Cedula del participante: \_\_\_\_\_

Fecha (Día /Mes/Año): \_\_\_\_\_

## Anexo 7. Hoja de recolección de información biosociodemográfica.



Universidad  
Nacional  
de Loja

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

#### Hoja De Recolección De Información Biosociodemográfica

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Estimada Participante.

El presente cuestionario tiene como propósito recabar información biosociodemográfica de cada participante. Al leer cada uno de los ítems, centre su atención de manera que la respuesta que emita sea fidedigna y confiable. La respuesta a elegir está marcada por diferentes literales encierre en un círculo la que considere pertinente.

La información que se recabe tiene por objeto la realización de un proyecto investigativo relacionado con la depresión posparto. ¡Muchas gracias, por su valiosa colaboración!

#### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**Edad (años):** \_\_\_\_\_

**Estado civil:**

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Divorciada
- d) Viuda
- e) Unión libre

**Instrucción:**

- a) Sin instrucción
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

**Grupo Étnico:**

- a) Mestiza
- b) Indígena
- c) Blanca
- d) Afroecuatoriana
- e) Otro: \_\_\_\_\_



**Apoyo Familiar:**

- a) Si
- b) No

**DATOS GINECO-OBSTÉTRICOS**

**Enfermedad Asociada Durante el Embarazo:**

- a) Ninguna
- b) Diabetes
- c) Preeclampsia
- d) Eclampsia
- e) Depresión
- f) Otra: \_\_\_\_\_

**Tipo de Parto:**

- a) Vaginal
- b) Cesárea

**Paridad:**

- a) Primípara
- b) Multípara

**ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD PSIQUIATRÍA O MENTAL**

**Antecedente de Depresión:**

- a) Si
- b) No

## Anexo 8. Escala de depresión posparto de Edimburgo.



Universidad  
Nacional  
de Loja

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

### **Escala de Depresion Posparto de Edimburgo**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento de su hijo/a:** \_\_\_\_\_

A continuación, encontrara 10 preguntas de opción múltiple con cuatro literales cada una. Por favor marque la respuesta que más se acerque a como se ha sentido en los últimos 7 días, no solamente como se sienta hoy.

¡Muchas gracias, por su valiosa colaboración!

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

- 0 Tanto como siempre
- 1 No tanto ahora
- 2 Mucho menos
- 3 No, no he podido

**2. He mirado el futuro con placer.**

- 0 Tanto como siempre
- 1 Algo menos de lo que solía hacer
- 2 Definitivamente menos
- 3 No, nada

**3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien.**

- 3 Si, la mayoría de las veces
- 2 Si, algunas veces
- 1 No muy a menudo
- 0 No. Nunca

**4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno.**

- 0 No, para nada
- 1 Casi nada
- 2 Si, a veces
- 3 Sí, no mucho

**5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.**

- 3 Si, bastante
- 2 Si, a veces
- 1 No, no mucho
- 0 No, nada

**6. Las cosas me oprimen o agobian.**

- 3 Si, la mayoría de las veces
- 2 Si, a veces
- 1 No, casi nunca
- 0 No, nada

**7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.**

- 3 Si, la mayoría de las veces
- 2 Si, a veces
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nada

**8. Me he sentido triste y desgraciada.**

- 3 Si, casi siempre
- 2 Si, bastante a menudo
- 1 No, muy a menudo
- 0 No, nada

**9. He sido tan infeliz que he estado llorando.**

- 3 Si, casi siempre
- 2 Si, bastante a menudo
- 1 Solo en ocasiones
- 0 No, nunca

**10. He pensado en hacerme daño a mí misma.**

- 3 Si, bastante a menudo
- 2 A veces
- 1 Casi nunca
- 0 No, nunca

**INTERPRETACIÓN**

PUNTUACIÓN	RESULTADOS
< 10	Sin Riesgo de Depresión Posparto
10 - 12	Riesgo de Depresión Posparto
≥ 13	Depresión Posparto

## Anexo 9. Test de percepción de funcionamiento familiar (FF-SIL).



Universidad  
Nacional  
de Loja

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

### Test de Percepción de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

Fecha: \_\_\_\_\_

A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuye las tareas de forma que nadie está sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

#### INTERPRETACIÓN

PUNTUACIÓN	RESULTADOS
70-57	Familia Funcional
56-43	Familia Moderadamente Funcional
42-28	Familia Disfuncional
27-14	Familia Severamente Disfuncional

## Anexo 10. Inventario de depresión de Beck (BDI-II).



Universidad  
Nacional  
de Loja

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

**Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS INCLUYENDO EL DIA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

**1. TRISTEZA**

- 0 No me siento triste habitualmente.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste continuamente.
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

**2. PESIMISMO**

- 0 No estoy desanimado sobre mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas me salgan bien.
- 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

**3. SENTIMIENTOS DE FRACASO**

- 0 No me siento fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que debería.
- 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

**4. PERDIDA DE PLACER**

- 0 Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.

- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

#### **5. SENTIMIENTOS DE CULPA**

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable constantemente.

#### **6. SENTIMIENTOS DE CASTIGO**

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Siento que puedo ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

#### **7. INSATISFACCIÓN CON UNO MISMO**

- 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
- 1 He perdido confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta.

#### **8. AUTOCRITICAS**

- 0 No me critico o me culpo más que antes.
- 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- 2 Me critico por todos mis defectos.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

#### **9. PENSAMIENTOS O DESEOS DE SUICIDIO**

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
- 2 Me gustaría suicidarme.
- 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

#### **10. LLANTO**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier cosa.
- 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

#### **11. AGITACIÓN**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

## **12. PERDIDA DE INTERÉS**

- 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3 Me resulta difícil interesarme en algo.

## **13. INDECISIÓN**

- 0 Tomo decisiones como siempre.
- 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

## **14. INUTILIDAD**

- 0 No me siento inútil.
- 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- 2 Me siento inútil en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inútil.

## **15. PERDIDA DE ENERGÍA**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

## **16. CAMBIOS EN EL PATRÓN DE SUEÑO**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón
- 1a Duermo algo más de lo habitual.
- 1b Duermo algo menos de lo habitual.
- 2a Duermo mucho más de lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos de lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1 ó 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

## **17. IRRITABILIDAD**

- 0 No estoy más irritable de lo habitual.
- 1 Estoy más irritable de lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- 3 Estoy irritable continuamente.

## **18. CAMBIOS EN EL APETITO**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.
- 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que antes.
- 3a He perdido completamente el apetito.
- 3b Tengo ganas de comer continuamente.

### **19. DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3 No puedo concentrarme en nada.

### **20. CANSANCIO O FATIGA**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

### **21. PERDIDA DE INTERÉS POR EL SEXO**

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo.

#### **INTERPRETACIÓN**

<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>RESULTADOS</b>
0-13	Mínima Depresión
14-19	Leve Depresión
20-28	Moderada Depresión
29-63	Severa Depresión



**Anexo 11. Imágenes del proceso de recolección de datos.**

**Foto 1. Recolección de datos.**



**Foto 2. Recolección de datos.**



**Foto 3. Recolección de datos.**



**Foto 4. Recolección de datos.**



**Foto 5. Recolección de datos.**



**Foto 6. Recolección de datos.**



**Anexo 12. Proyecto de investigación de integración curricular o titulación.**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TÍTULO DEL PROYECTO:** Depresión posparto y funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja.

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** Gerardo Elian Castillo Espinosa

**DIRECTOR:** Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

**LOJA-ECUADOR**

**AGOSTO - 2022**

## **1. TÍTULO**

**DEPRESIÓN POSPARTO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES DEL  
BARRIO MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA**

## 2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente y es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas en todo el mundo viven con depresión.

Los trastornos depresivos son un grupo heterogéneo de enfermedades frecuentes en la población general y que pueden llevar a consecuencias catastróficas, estos trastornos se pueden presentar en cualquier etapa de la vida desde la infancia hasta la vejez incluyendo a las mujeres en edad reproductiva, sobre todo las que cursan el embarazo y el puerperio.

Las mujeres que cursan el puerperio constituyen un grupo susceptible a presentar depresión, ya que el puerperio al ser un periodo en el que se produce una serie de cambios anatómicos, hormonales, familiares y sociales, llegan a influir en el estado emocional de la madre aumentando el riesgo de aparición de depresión, por ello la valoración y el cuidado de la puérpera debe incluir un enfoque holístico tomando en consideración la salud física, mental y familiar.

La depresión posparto ha sido denominada la complicación obstétrica más común, y con frecuencia pasa inadvertida, afectando a una de cada cinco mujeres en Latinoamérica, de las cuales del 20% al 40% pertenecen a países en desarrollo. Se ha observado una variación en la frecuencia de la enfermedad, según varias publicaciones, como el estudio realizado en el Hospital Universitario de Brasilia, Brasil, en el cual se determinó una prevalencia de 22.2%; otro estudio realizado en un centro de atención primaria en el sur de Chile en el año 2008, determinó una prevalencia de depresión posparto del 50.7%, mientras que en Ecuador un estudio realizado en la Maternidad Isidro Ayora de la Ciudad de Quito, estimó una prevalencia de depresión posparto en adolescentes de un 23.2%.

Por lo tanto, se puede afirmar que en Ecuador y en muchos países de la región, la depresión posparto es subdiagnosticada y poco valorada por la falta de la asistencia a la consulta posparto y la inexistente evaluación psicológica durante el puerperio inmediato constituyendo un problema frecuente que altera la estabilidad de la unidad familiar y el estado de salud de la madre y sus hijos.

Es de relevancia conocer sobre la depresión posparto ya que en nuestro medio la situación social, cultural, religiosa, económica y de salud en la que la mayoría de las puérperas viven en los sectores pertenecientes al barrio Motupe de la ciudad de Loja es muy deficiente constituyendo factores de riesgo importantes que influyen en la génesis de la

depresión posparto y que afecta de forma directa la salud materno-infantil, por lo que debe ser considerada un grave problema de salud de relevancia el cual debe ser abordado por las autoridades competentes con políticas de salud pública.

Finalmente teniendo en consideración la problemática surge la importancia de investigar:

La depresión posparto y la funcionalidad familiar ¿Qué factores influyen? ¿Cuál es la prevalencia de depresión posparto? ¿Cuál es el grado de depresión y funcionalidad familiar? ¿Existe relación?

### 3. JUSTIFICACIÓN

La depresión posparto es un trastorno común, pero es muy subdiagnosticada debido a la similitud con algunos síntomas propios del puerperio, por esto, es importante realizar un abordaje integral durante esta etapa, debido a que este trastorno puede generar cambios conductuales como el abandono infantil, lactancia materna inadecuada, el deterioro del autocuidado tanto materna como infantil, mala adherencia a las indicaciones médicas y el posible abuso de tabaco, alcohol y drogas.

Por ser un problema frecuente, poco diagnosticado, y dado que su tratamiento genera importantes beneficios para la salud materno-infantil y estabilidad de la unidad familiar, así como por ser competencia, de los profesionales de la salud y yo como futuro médico me he planteado realizar el presente estudio con el fin de determinar la depresión posparto y la funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja, teniendo en cuenta que actualmente en nuestro medio existen escasos estudios sobre la depresión posparto y la funcionalidad familiar.

Los resultados obtenidos con la presente investigación pretenden contribuir con información relevante en el desarrollo de conocimiento sobre este problema de salud con el objetivo de influir en el desarrollo de políticas de salud pública que actúen de forma eficaz en la atención de esta patología minimizando sus repercusiones en el núcleo familiar y en la salud materno-infantil. Así también, se espera que el presente estudio pueda servir de referencia a las próximas investigaciones desarrolladas por otros profesionales de salud.

El presente trabajo de investigación está ubicado dentro del tercer objetivo “Salud y Bienestar” del desarrollo sostenible establecido por la ONU. Así mismo, se encuentra dentro de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública (MSP) enmarcada en el área 11 que corresponde “Salud Mental y Trastornos del Comportamiento” cuya línea de investigación es la “Depresión y Distimia” y las sub-líneas: Perfil epidemiológico, Impacto psicosocial, Atención integral y familiar, Calidad de vida. También pertenece a la segunda línea de investigación de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, que corresponde a Salud Enfermedad Materno-Infantil en la Región Sur del Ecuador o zona 7.

## **4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **4.1 Objetivo General:**

- Determinar la depresión posparto y la funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja en el periodo octubre 2022 – marzo 2023.

### **4.2 Objetivos Específicos:**

- Describir las características sociodemográficas y ginecobstetricas de las mujeres del barrio Motupe.
- Identificar la prevalencia de depresión posparto, grado de depresión y funcionalidad familiar en las mujeres del barrio Motupe.
- Establecer la relación entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar en las mujeres del barrio Motupe.



## **5. ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO**

### **5.1. Depresión Concepto**

### **5.2. Epidemiología**

### **5.3. Etiología**

#### *5.3.1. Factores Biológicos*

#### *5.3.2. Factores Genéticos*

#### *5.3.3. Factores Psicosociales*

### **5.4. Factores de Riesgo**

#### *5.4.1. Factores Personales*

#### *5.4.2. Factores Genéticos*

#### *5.4.3. Factores Cognitivos*

#### *5.4.4. Factores Familiares y Sociales*

### **5.5. Puerperio**

### **5.6. Depresión Posparto**

### **5.7. Epidemiología**

### **5.8. Etiología**

#### *5.8.1. Factores Biológicos*

#### *5.8.2. Factores Psicológicos*

#### *5.8.3. Factores Psicosociales*

### **5.9. Factores De Riesgo**

### **5.10. Factores Protectores**

### **5.11. Fisiopatología**

#### *5.11.1. Cambios Hormonales*

#### *5.11.2. Susceptibilidad Genética*

### **5.12. Manifestaciones Clínicas**

### **5.13. Diagnostico**

*5.13.1. Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS)*

*5.13.2. Inventario de depresión de Beck (BDI-II)*

### **5.14. Tratamiento**

*5.14.1. Depresión Posparto Leve – Moderada*

*5.14.2. Depresión Posparto Severa*

### **5.15. Complicaciones:**

### **5.16. Familia**

### **5.17. Tipos De Familia**

### **5.18. Funcionalidad Familiar**

### **5.19. Instrumentos para Evaluar la Funcionalidad Familiar**

*5.19.1. Test de funcionamiento familiar (FF-SIL)*

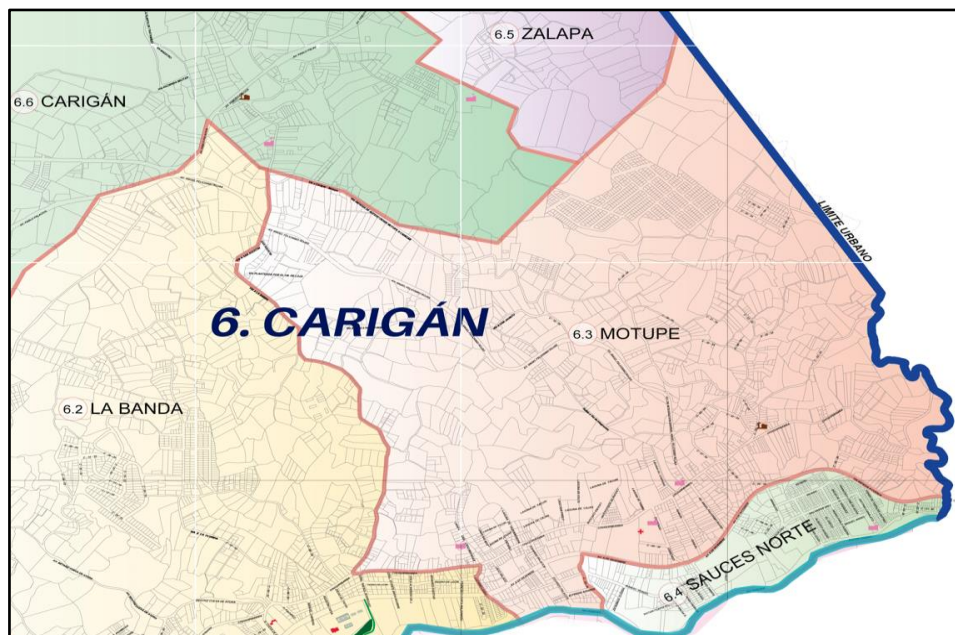
*5.19.2 Aplicación*

## 6. METODOLOGÍA

### 6.1. Localización

El estudio se realizará en el barrio Motupe de la ciudad de Loja el cual se encuentra ubicado al Norte de la ciudad, el barrio pertenece a la parroquia Carigan y limita al norte con la vía antigua a Cuenca, al este con el barrio Saucés Norte, al oeste con los barrios Zalapa y Carigan y al sur con el barrio La Banda. El barrio Motupe se encuentra a unos 7 Km y 18 minutos en automóvil del centro de la ciudad teniendo a la avenida 8 de diciembre como principal mecanismo de acceso, además encontramos puntos de referencia como: el Centro de Salud Motupe, Ite, la Iglesia Católica Cristo Sacerdote de Motupe, la Unidad Marieta de Veintimilla y la Cooperativa de Ahorro y Crédito Cristo Rey.

**Figura 1: Ubicación del barrio Motupe de la ciudad de Loja.**



**Nota:** Localización geográfica del barrio Motupe. Obtenida de Municipio de Loja, (2022).

### 6.2. Método de Estudio

Se desarrollará la investigación utilizando el método analítico el cual es un proceso que consiste en descomponer un objeto de estudio separando cada una de las partes del todo para estudiarlas en forma individual.

### 6.3. Enfoque de la Investigación

El enfoque de la investigación será cuantitativo.

#### **6.4. Tipo de Investigación**

El estudio que se va a investigar será de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

#### **6.5. Población y Muestra**

La población de estudio estará constituida por todas las mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja en el periodo octubre 2022 - marzo 2023 que cumplan criterios de inclusión y exclusión.

#### **6.6. Criterios de Inclusión**

- Mujeres puérperas que viven en el barrio Motupe de la ciudad de Loja durante el periodo octubre 2022 – marzo 2023.
- Mujeres puérperas que estén de acuerdo con participar en el estudio y que firmaron el consentimiento informado.
- Mujeres puérperas que llenaron la hoja de recolección de información biosociodemográfica.
- Mujeres puérperas que contestaron todas las preguntas de la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDE).
- Mujeres puérperas que contestaron todas las preguntas del inventario de depresión de Beck (BDI-II).
- Mujeres puérperas que realizaron el test de funcionamiento familiar (FF-SIL).

#### **6.7. Criterios de Exclusión**

- Mujeres puérperas que no estén de acuerdo con participar en el estudio y que no firmaron el consentimiento informado.
- Mujeres puérperas que no llenaron la hoja de recolección de información biosociodemográfica.
- Mujeres puérperas que no contestaron todas las preguntas de la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDE).
- Mujeres puérperas que no contestaron todas las preguntas del inventario de depresión de Beck (BDI-II).
- Mujeres puérperas que no desean realizar el test de funcionamiento familiar (FF-SIL).

## 6.8. Operacionalización de las Variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Se define como un principio universal y de organización de la vida, que valora el tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Biológico	Edad actual	-15 - 20 años. -21 - 25 años. -26 - 30 años. -31 - 35 años. -36 - 40 años.
Estado Civil	El estado civil es el conjunto de condiciones de una persona física, que determinan su situación jurídica y le otorgan un conjunto de derechos y obligaciones.	Jurídico	Estado civil actual	-Soltero. -Casado. -Divorciado. -Viudo. -Unión libre.
Instrucción	La instrucción es el caudal de conocimientos adquiridos y el curso que sigue un proceso que se está instruyendo.	Académico	Nivel de instrucción	-Sin Instrucción. -Primaria. -Secundaria. -Superior.
Grupo Étnico	Grupo de personas que comparten una cultura similar, idioma, religión, antepasados y otras características que a menudo pasan de una generación a la siguiente.	Social	Grupo étnico con el que se identifica	-Mestiza. -Indígena. -Afroecuatoriana -Blanca. -Otro.
Apoyo Familiar	Hace alusión a la unión, comunicación, confianza, convivencia y soporte que existe entre los miembros de la familia, incluyendo a los padres, los hermanos, la pareja y los hijos.	Social	Apoyo familiar	-Si. -No.
Enfermedad Asociada Durante el Embarazo	Son problemas de salud que llegan aparecer durante el embarazo por susceptibilidad generada por el embarazo o por causas biológicas propias del individuo.	Biológico	Enfermedad asociada durante el embarazo	-Ninguna. -Diabetes. -Preeclampsia. -Eclampsia. -Depresión. -Otras.
Tipo de Parto	Es el método por el cual la madre concibe a su hijo ya sea por parto vaginal o por cesárea.	Biológico	Tipo de parto de su última gesta	-Vaginal. -Cesárea.
Paridad	Paridad es el número de partos, tanto antes como después de las 20 semanas de gestación, e incluye cuatro componentes:	Biológico	Paridad actual	-Primípara. -Multípara.

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nacimientos a término.</li> <li>2. Nacimientos prematuros.</li> <li>3. Abortos.</li> <li>4. Hijos vivos.</li> </ol>			
Antecedente de Depresión	Antecedente personal de haber sido diagnosticada de un trastorno depresivo mayor.	Biológico	Antecedente de depresión	-Si. -No.
Depresión Posparto	Es la complicación más común del posparto e inicia ente las primeras 4 semanas y los primeros 6 meses posparto y presenta una duración de semanas a meses.	Biológico	Depresión posparto según el resultado de la EPDS	-EPDS <10: sin riesgo de depresión posparto. -EPDS 10-12: riesgo de depresión posparto. -EPDS ≥13: depresión posparto.
Funcionalidad Familiar	Mide las relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.	Social	Grado de funcionalidad familiar	-Familia Funcional: 70-57. -Familia Moderadamente Funcional: 56-43. -Familia Disfuncional: 42-28. -Familia Severamente Disfuncional: 27-14.
Grado de Depresión	Hace referencia al grado de depresión estandarizando en niveles la enfermedad generando dificultades significativas en la vida cotidiana.	Biológico	Grado de depresión	-Mínima Depresión: 0-13. -Leve Depresión: 14-19. -Moderada Depresión: 20-28. -Severa Depresión: 29-63.

## 6.9. Procedimiento

Se planteará un proyecto de investigación basado en los lineamientos de la Universidad Nacional de Loja con la tutoría del docente de la facultad, el mismo que se llevará a cabo luego de la aprobación y emisión de la pertinencia del proyecto de investigación por parte de la Gestora Académica de la Carrera de Medicina, posteriormente se solicitará la asignación del director de tesis. Una vez asignado el director, se harán los trámites pertinentes para obtener la autorización de recolección de datos y acceso a la información de las mujeres púerperas del barrio Motupe.

Con la autorización brindada se procederá a trabajar de acuerdo al cronograma y a las indicaciones dadas por el director de tesis, posteriormente se obtendrá la información de las

mujeres que se encuentran cursando el puerperio y que hayan cumplido los criterios de inclusión y exclusión mediante la aplicación de los instrumentos de recolección de datos como son: el consentimiento informado, la hoja de recolección de información biosociodemográfica, la escala de Edimburgo para depresión posparto (EPDS), el test de funcionamiento familiar (FF-SIL) y el inventario de depresión de Beck (BDI-II), con el objetivo de obtener la información necesaria para aplicar los diferentes estudios estadísticos y así obtener conclusiones pertinentes relacionadas con el estudio en cuestión.

#### **6.10. Técnica**

La investigación del estudio se la realizará utilizando múltiples herramientas que ayudaran a obtener información eficiente y ayudara a cumplir con los objetivos planteados del estudio en cuestión, entre ellas tenemos:

- Se aplicará el consentimiento informado a las mujeres puérperas que viven en el barrio Motupe de la Ciudad de Loja.
- Se utilizará la hoja de recolección de información biosociodemográfica.
- Se aplicará la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS).
- Se aplicará el test de funcionamiento familiar (FF-SIL).
- Se aplicará el inventario de depresión de Beck (BDI-II).

#### **6.11. Insumos**

- Hoja de consentimiento informado.
- Hoja de recolección de información biosociodemográfica.
- Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS).
- Test de funcionamiento familiar (FF-SIL).
- Inventario de depresión de Beck (BDI-II)
- Uso de programas para la elaboración del proyecto de investigación.
- Movilización.
- Alimentación.
- Internet.
- Empastados.
- Anillados.
- Cd en blanco.
- Material de escritorio (esferos, lápices, hojas de papel bond).

## **6.12. Equipos**

- Computadora portátil.
- Impresora.
- Teléfono celular.
- Flash memory.
- Calculadora.

## **6.13. Instrumentos**

El presente proyecto de investigación se llevará a cabo mediante la estructuración del consentimiento informado el cual estará elaborado según lo establecido por el comité de evaluación de ética de la investigación (CEI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), mismo que contiene una introducción, propósito, tipo de intervención, selección de participantes, principio de voluntariedad, información sobre los instrumentos de recolección de datos, procedimiento, protocolo, descripción del proceso, duración del estudio, beneficios, confidencialidad, resultados, derecho de negarse o retirarse, y a quien contactarse en caso de algún inconveniente.

Además, se procederá a la recolección de información mediante la hoja de recolección de información biosociodemográfica en donde se enumeran las variables sociodemográficas como los datos de identificación, es decir: edad, instrucción, estado civil, grupo étnico y apoyo familiar. También la hoja de recolección de información biosociodemográfica contara con variables biológicas como: tipo de parto, paridad, enfermedad asociada durante el embarazo y antecedente de depresión.

De igual forma se aplicará la Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS) a las mujeres puérperas que viven en el barrio Motupe de la Ciudad de Loja. Esta prueba consiste en un registro de auto aplicación, que consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos. Según los resultados obtenidos, las puérperas se clasificaron en tres grupos:

- EPDS menor que 10: sin riesgo de depresión posparto.
- EPDS entre 10 y 12: puntaje límite para riesgo de depresión posparto.
- EPDS mayor o igual a 13: puntaje indicador de depresión posparto, puntaje indicador de depresión posparto, mostrando una sensibilidad del 85% y especificidad del 77%.



También se aplicará el inventario de depresión de Beck (BDI-II) a las mujeres puérperas del barrio Motupe de la ciudad de Loja, este inventario es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías.

Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos:

- Mínima Depresión: 0-13.
- Leve Depresión: 14-19.
- Moderada Depresión: 20-28.
- Severa Depresión: 29-63.

Finalmente se aplicará el test de funcionamiento familiar (FF-SIL), la cual consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14 ítems, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento. Con el resultado del test se logra conocer el grado de funcionalidad familiar los cuales pueden ser:

- Familia Funcional.
- Familia Moderadamente Funcional.
- Familia Disfuncional.
- Familia Severamente Disfuncional.

#### **6.14. Tratamiento, Análisis y Presentación de los Datos Recolectados**

Para la realización del presente trabajo se realizará una base de datos con la información recolectada, la misma que será analizada mediante los programas informáticos Word y Excel descritos a continuación:

- Para recabar los datos requeridos usamos una hoja de recolección información biosociodemográfica en la que se incluyen variable sociodemográficas y biológicas, elaborada por el investigador. De igual forma se aplicará la Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS), el inventario de depresión de Beck (BDI-II) y el test de funcionamiento familiar (FF-SIL).

- Para el manejo de los datos crearemos una hoja de cálculo en Excel que servirá para la tabulación de los datos.
- Para el análisis estadístico usaremos un paquete de Software estadístico de utilidad ampliamente aceptada como lo es Excel.
- Se utilizará como medidas estadísticas descriptivas la distribución de frecuencias y porcentaje.
- Con los datos obtenidos, luego de ser tabulados mediante el uso de una base de datos en una hoja de cálculo de Excel, se elaborarán cuadros estadísticos de frecuencia porcentual, en la que se relacionan las variables de estudio. Y para determinar el grado de dependencia o asociación entre las variables, se utilizará la prueba estadística del Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ). Para todas las pruebas se usará un intervalo de confianza del 95% con un nivel de significancia  $p < 0,05$ .

Finalmente se obtendrán los resultados de todas las pruebas estadísticas y se los interpretará de forma adecuada en relación con los objetivos planteados, pudiendo determinar la depresión posparto y la funcionalidad familiar, describir las características biosociodemográficas, identificar la prevalencia de depresión posparto, grado de depresión y funcionalidad familiar, además establecer la relación entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar en las mujeres que viven en el barrio Motupe de la ciudad de Loja.

## 7. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	Año 2022																Año 2023																			
	Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo			
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del tema																																				
Revisión bibliográfica																																				
Elaboración del proyecto de tesis																																				
Proceso de aprobación del proyecto de tesis																																				
Elaboración de los insumos para la investigación																																				
Recopilación de la información																																				
Análisis de datos recolectados																																				
Redacción del primer informe																																				
Revisión y corrección de informe final																																				
Presentación de informe final																																				

## 8. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

CONCEPTO	Unidad	Cantidad	Costo unitario (USD)	Costo Total (USD)
Movilización	Galón de ECO	100	2.40	240.00
	Pasaje bus	20	0.30	6.00
	Taxi	15	1.50	22.50
<b>MATERIALES Y SUMINISTROS</b>				
Hojas de papel bond	Resmas	5	5.00	25.00
Esferos y lápices	Unidad	40	0.35	14.00
Impresiones a blanco/negro	Hojas	500	0.04	20.00
Impresiones a colores	Hojas	100	0.25	25.00
CD en blanco	Unidad	5	1.00	5.00
Anillados	Unidad	5	1.00	5.00
Empastados	Unidad	2	15.00	30.00
Mascarillas	Caja	10	5.00	50.00
Flash Memory	Unidad	1	25.00	25.00
<b>CAPACITACIÓN</b>				
Curso en Word	Unidad	1	30.00	30.00
Curso en Excel	Unidad	1	30.00	30.00
<b>EQUIPOS</b>				
Computador	Equipo	1	1400.00	1400.00
Impresora	Equipo	1	400.00	400.00
Internet	Mes	12	29.00	348.00
Toner	Frasco	10	10.00	100.00
<b>Subtotal</b>				<b>2375.50</b>
<b>(Imprevistos 20%)</b>				<b>475.00</b>
<b>TOTAL</b>				<b>2850.70</b>