



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: “DEPRESIÓN POSTPARTO, CONOCIMIENTOS Y PREVENCIÓN EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, 2021”

Trabajo de grado, previo a la obtención de título de Licenciatura en
Enfermería

AUTOR: Cinthya Denisse Almeida Rogel.

DOCENTE: Msc. Geovanna Narciza de Jesús Altamira Zabala.

Ibarra-Ecuador 2022

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de directora de la tesis de grado TITULADA “DEPRESIÓN POSTPARTO, CONOCIMIENTOS Y PREVENCIÓN EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO,2021”. De autoría de ALMEIDA ROGEL CINTHYA DENISSE, para obtener el Título de Licenciada en enfermería, doy fe que dicho reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 18 días del mes de abril del 2022.

Lo certifico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Geovanna Altamirano", is written over a horizontal dotted line.

Msc. Geovanna Altamirano

C.C: 180184708-6

DIRECTORA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100410954 – 0		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Almeida Rogel Cinthya Denisse		
DIRECCIÓN:	Ibarra, Arturo Hidalgo – La Tacunga 2-64		
EMAIL:	f.laka123@hotmail.es		
TELÉFONO FIJO:	062547-197	TELÉFONO MÓVIL:	0978965222
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	DEPRESIÓN POSTPARTO, CONOCIMIENTOS, PREVENCIÓN EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, 2021.		
AUTOR (ES):	Almeida Rogel Cinthya Denisse		
FECHA:	18 de Abril del 2022		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO	<input type="checkbox"/> POSGRADO	
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	Msc. Geovanna Narciza de Jesús Altamira Zabala.		

2. CONSTANCIA

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrollo, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de tercero.

En la ciudad de Ibarra, a los 12 días del mes de mayo del 2022.

LA AUTORA



.....

Almeida Rogel Cinthya Denisse

C.C: 100410954-0

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra, 18 de abril del 2022.

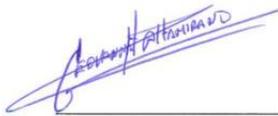
“Determinar el nivel de conocimiento sobre depresión postparto, en madres postparto del servicio de ginecología del hospital San Luis de Otavalo, 2021”.

DIRECTORA: Msc. GEOVAANA ALTAMIRANO

El principal objetivo de la presente investigación fue determinar el nivel de conocimiento, prevención de depresión postparto en el servicio de ginecología en el hospital San Luis de Otavalo, 2021.

- Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre depresión postparto, en madres postparto del servicio de ginecología.
- Analizar la percepción de madres postparto, en relación a si se brindó información sobre depresión postparto.
- Diseñar y socializar una infografía idioma español-kichwa sobre depresión postparto a las madres hospitalizadas en el servicio de ginecología y realizar una intervención educativa de depresión postparto.

Fecha: Ibarra, 18 de abril del 2022



Msc. Geovanna Altamirano
DIRECTORA



Cinthya Denisse Almeida Rogel
AUTOR

AGRADECIMIENTO

A mis padres y hermanos por todo su apoyo incondicional a pesar de las decisiones que he tomado, las situaciones que han pasado me han ayudado y han estado para mí siempre.

A mi abuelita María López y mis tías que siempre han estado pendientes en darme una mano para seguir con mis estudios a pesar de las diferencias estoy agradecida por su ayuda desde el primer día de universidad.

A las personas que empezaron conmigo esta etapa universitaria y llevo presente me ayudaron en su momento con todo su apoyo, amor y cariño.

A mi tutora, Geovanna Altamirano por ayudarme aclarar mis dudas en mi investigación, por su conocimiento y aporte profesional para guiar mi tesis de una manera paciente y firme.

A mis docentes por impartir sus conocimientos y quienes llevo presente por ser excelentes profesionales en enfermería y medicina.

A mis compañeros, especialmente a Evelyn por hacer los años de universidad más gratos y divertidos a quien tengo mucho respeto y amor por compartir estos años de estudio junto a mi espero tu vida sea llena de éxitos gracias por todo.

Cinthy Denisse Almeida Rogel

DEDICATORIA

A mis padres, Marianita López y Enrique Almeida a mis hermanos Carlos, Johanna, Josué, David y Daniela quienes han estado junto a mí en toda mi formación como estudiante ayudándome en lo que han podido para salir adelante, especialmente a mi madre que siempre me guía de la manera más honesta y humana para realizar todos mis propósitos con transparencia y humildad.

A Jhampol, quién desde que llegó a mi vida se ha convertido en mi motivación para seguir adelante y ser buena profesional.

Cinthy Denisse Almeida Rogel

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
INDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT	xiii
TEMA	xiv
CAPÍTULO I.....	15
1. El Problema de la Investigación.....	15
1.1. Planteamiento del problema.....	15
1.2. Formulación de problema	17
1.3. Justificación	18
1.4. Objetivos.....	20
1.4.1. Objetivo general	20
1.4.2. Objetivos específicos	20
1.5. Preguntas de investigación.....	20
CAPÍTULO II	21
2. Marco Teórico.....	21
2.1. Marco Referencial.....	21
2.2. Marco Contextual	25
2.2.1. Reseña Histórica del hospital San Luis de Otavalo.....	25
2.2.2. Ubicación del hospital San Luis de Otavalo.....	26
2.2.3. Misión del hospital San Luis de Otavalo.....	26

2.2.4.	Visión del hospital San Luis de Otavalo	26
2.2.5.	Organigrama del hospital San Luis de Otavalo.....	26
2.2.6.	Servicios que ofrece el hospital San Luis de Otavalo	27
2.3.	Marco Conceptual.....	27
2.3.1.	Antecedentes de trastornos depresivos postparto.....	27
2.3.2.	Concepto principal y definición.....	28
2.3.2.2.	Evidencia de la práctica clínica de la depresión postparto.....	29
2.3.3.	Tipos de depresión postparto según gravedad.....	30
2.3.4.	Causas de depresión postparto.....	31
2.3.5.	Importancia del cribado y/o tamizaje de la depresión postparto.....	33
2.3.6.	Indicios signos y síntomas de depresión postparto.....	35
2.3.7.	Consecuencias de trastorno depresivo postparto.....	35
2.3.8.	Intervenciones preventivas.....	37
2.3.8.1.	Prevención en el puerperio	37
2.3.9.	El problema del desconocimiento	38
2.3.10.	Conocimiento y diversidad cultural	38
2.3.11.	Teorías de enfermería.....	39
2.3.11.	Proceso de atención de enfermería.....	41
2.3.11.1.	Principales etapas del proceso de atención enfermería	41
2.3.12.	Cuidados de Enfermería.....	41
2.3.13.	Acciones de Enfermería independientes	42
2.4.	Marco Legal y Ético	43
2.4.1.	Marco Legal	43
2.4.1.1.	Constitución de la república del Ecuador.....	43
2.4.1.2.	Ley Orgánica de la Salud	43
2.4.1.3.	Ley de Maternidad gratuita y Atención en la Infancia	44
2.4.1.4.	Plan de creación de oportunidades 2021 – 2025 de Ecuador.....	44
2.4.2.	Marco ético.....	45
2.4.2.2.	Código deontológico	45
CAPÍTULO III		47

3. Metodología de la investigación.....	47
3.1. Diseño de la investigación	47
3.2. Tipo de la investigación	48
3.3. Localización y ubicación del estudio.....	48
3.4. Población	48
3.4.1. Universo	48
3.4.2. Muestra.....	49
3.4.3. Criterios de inclusión	49
3.4.4. Criterios de exclusión.....	50
3.5. Operalización de variables.....	50
3.6. Métodos de recolección de información	56
3.6.1. Técnica	56
3.6.2. Instrumento de recolección de datos	56
3.7. Análisis de datos	57
CAPÍTULO IV	58
4. Presentación de resultados y análisis.....	58
4.1. Características sociodemográficas	58
4.2. Conocimiento de la población en estudio.	59
4.3. Prevención de depresión postparto	65
CAPÍTULO V	70
5. Conclusiones y Recomendaciones	70
5.1. Conclusiones.....	70
5.2. Recomendaciones	71
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	81
Anexo 1. Instrumento utilizado en la investigación.	81
Anexo 2. Autorización para aplicación de instrumento en el HSLO.	86
Anexo 3. Oficios para validación de instrumento de investigación	87
Anexo 4. Archivos fotográficos	93
Anexo 5: Propuesta infografía idioma español – kichwa.....	95

Anexo 6: Análisis de Urkund	96
Anexo 7. Aprobación Abstract	97

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Presentación de las escalas, ordenadas por su importancia y utilización.....	34
Tabla 2. Características sociodemográficas de la población de estudio.....	58
Tabla 3 Conocimiento de la población en estudio.	59
Tabla 4. Asociación entre conocimientos de síntomas de depresión postparto en relación a la edad.	62
Tabla 5 Asociación entre conocimientos de factores de depresión postparto en relación al nivel de educación.....	63
Tabla 6. Percepción de la prevención sobre DPP en relación a Etnia.....	65
Tabla 7 Asociación entre la actuación de las madres ante sospecha de depresión postparto según Etnia.	66
Tabla 8 Síntomas más referidos según las madres.....	67

RESUMEN

Depresión postparto, conocimientos y prevención en el servicio de ginecología del hospital San Luis de Otavalo, 2021.

Autor: Cinthya Denisse Almeida Rogel

cdalmeidar@tn.edu.ec

En la evidencia científica la depresión postparto es real, pero al respecto existe brechas de evidencia para cumplir con los criterios de un trastorno depresivo, la falta de información impide que las mujeres comprendan cómo funcionan los trastornos del estado de ánimo postparto y como el profesional puede orientar a la población. El **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre depresión postparto, en madres postparto del servicio de ginecología del hospital San Luis de Otavalo. **Metodología:** se trató de un estudio con enfoque cuantitativo, no experimental, transversal, de tipo descriptivo, de campo; como instrumento para la recolección de datos fue un cuestionario creado por el investigador y validado por un comité de expertos, para su aplicación se tomó una muestra de 239 mujeres en postparto. **Resultados:** la población de estudio estuvo constituida en un rango de edad 25 -29 años, con predominio de etnia indígena, nivel de instrucción secundaria, número de hijos entre 1 – 2, controles de embarazo 2 -3. Se encontró falta de conocimiento sobre depresión postparto con un 97.5 % en toda la población estudiada, así como también la falta de prevención por parte de enfermería sobre el tema depresión postparto referido por las madres que estuvieron hospitalizadas en el servicio de ginecología haciendo énfasis la desventaja del idioma kichwa de la población. **Conclusión:** el desconocimiento sobre depresión postparto se vió manifestado en porcentajes muy elevados por la población de estudio. **Recomendación:** al profesional de enfermería fortalecer estrategias educativas de prevención sobre depresión postparto y desarrollar estrategias de comunicación kichwa para la población indígena.

Palabras clave: Depresión Postparto (PPD), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS-5), Código Internacional de Enfermedades (CIE).

ABSTRACT

Postpartum depression, knowledge and prevention in the gynecology service of the hospital San Luis de Otavalo, 2021.

Author: Cinthya Denisse Almeida Rogel

cdalmeidar@tn.edu.ec

Postpartum depression is genuine, according to scientific data, there are evidentiary gaps in meeting the criteria for a depressive disorder. In addition, a lack of knowledge stops women from knowing how postpartum mood disorders work and how experts can assist the population. **Objective:** To determine the knowledge and prevention of postpartum depression in the gynecology service at the San Luis de Otavalo hospital. Methodology: this was a quantitative, non-experimental, cross-sectional, descriptive, field study; a questionnaire created by the researcher and validated by a committee of experts was used as an instrument for data collection; a sample of 239 postpartum women was taken for its application. **Results:** the study population was constituted in an age range of 25 -29 years, with a predominance of indigenous ethnicity, secondary education level, number of children between 1 - 2, pregnancy controls 2 -3. Lack of knowledge about postpartum depression was found with 97.5% in the entire population studied, as well as the lack of prevention by nurses on the subject of postpartum depression referred by the mothers who were hospitalized in the gynecology service, emphasizing the disadvantage of the Kichwa language of the population. **Conclusion:** the lack of knowledge about postpartum depression was manifested in very high percentages by the study population. **Recommendation:** nursing professionals should strengthen educational strategies for prevention of postpartum depression and develop Kichwa communication strategies for the indigenous population

Keywords: Postpartum Depression (PPD), Diagnostic and Statistical Manual of Disorders Mental (DMS-5), International Code of Diseases (ICD).

TEMA

DEPRESIÓN POSTPARTO, CONOCIMIENTOS Y PREVENCIÓN EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, 2021.

CAPÍTULO I

1. El Problema de la Investigación.

1.1. Planteamiento del problema.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión postparto es un fenómeno real, pero existen muchos conceptos erróneos al respecto, la falta de información impide que las madres comprendan cómo funcionan los trastornos del estado de ánimo postparto, esta problemática continúa siendo un problema de salud pública pues se caracteriza por un periodo prolongado de alteración emocional tras el parto. Conlleva consecuencias importantes en la madre, familia y su entorno.

Alrededor de 300 millones de mujeres en el mundo son afectadas por la depresión (1) , especialmente la población femenina, y alrededor del 20% al 40% de mujeres desarrollan depresión durante el embarazo, o en el postparto; se ve alterada por los diferentes signos y síntomas que pueden llegar a presentar como sentimientos de tristeza, pérdida de interés, ideas suicidas, desapego con el recién nacido, problemas en el sueño, disminución o perdido del apetito, descuido o cuidado excesivo para el recién nacido (1).

Por otro lado, actualmente la sociedad estigmatiza las situaciones y las emociones que los trastornos mentales como la depresión puede producir en la madre, a pesar de que una de cada siete mujeres sufre depresión postparto y de que es la segunda causa más común de morbilidad en la mujer tras el parto, sigue siendo la condición maternal más estigmatizada socialmente; aunque en muchas ocasiones esta patología es infra-diagnosticada pues, para muchos profesionales este trastorno pasa por desapercibida y/o no poseen la capacidad para detectarla (2).

Como ejemplo de una intervención para disminuir la carga de la enfermedad ha sido desarrollado en Australia un programa educativo para incrementar la conciencia sobre la depresión, reducir el estigma que hay alrededor de ella y destruir las barreras sociales que evitan la participación completa de personas con depresión. La intervención ha aminorado la carga de la enfermedad en ese país (3).

En Latinoamérica cifras recientes, muestran que la depresión postparto tiene una prevalencia del 20% después del parto (3), igualmente un 17% en Colombia, el 35,2% en Chile, de manera similar entre el 10,8% y 20,7% en Brasil, donde síntomas clínicos como tristeza, llantos, angustias, dificultad para entablar vínculos con su hijo son durante los meses posteriores al parto, en este contexto, los problemas depresivos se han vuelto una complicación en salud pública teniendo esta gran prevalencia en los países en desarrollo (4).

En estudios como tesis posgrado concuerdan en su incidencia, en la identificación de los principales factores de riesgo, dentro de estos los más usuales: antecedentes personales de depresión, aislamiento social, maltrato físico, emocional o sexual, factores sociodemográficos, el nivel socioeconómico, embarazo no deseado, diferencias conyugales, problemas familiares, patologías gineco-obstétricas de la mujer, enfermedad del recién nacido, el tipo de parto (normal o cesárea) (5) así mismo, se han asociado a conductas poco saludables como no acudir a controles prenatales, al uso de sustancias; contribuyendo a factores de riesgo más graves como intentos de suicidios o situaciones de maltrato (6).

En el Ecuador, son pocos los reportes sobre prevención de depresión postparto dependiendo del estudio, área geográfica y método en que se han investigado; en Cuenca en un estudio realizado por Castro (7) muestra prevalencia de un 49,8%, así mismo, en Ibarra con un 55% (8), de igual forma en Otavalo con un 31%. (9)

Actualmente, en el hospital San Luis de Otavalo no se han realizado investigaciones acerca de la depresión postparto, y se dispone de poco material para que las madres adquieran conocimientos acerca del desarrollo de la depresión postparto por ello que se plantea esta problemática para aumentar los conocimientos sobre temas de salud mental como la depresión postparto.

1.2. Formulación de problema

¿Cómo contribuir al conocimiento y prevención de depresión posparto en madres atendidas en el servicio de ginecología hospital San Luis de Otavalo, 2021?

1.3. Justificación

La depresión postparto es una de las enfermedades de salud mental que todavía está asociada a un cierto desconocimiento, además, las líneas de investigación que existen en torno a ella son todavía deficitarias en su seguimiento si se contrasta con los índices de prevalencia que se genera en las madres, así mismo, la estigmatización y prejuicio social sobre la depresión posparto que niega a la madre estrategias para afrontarla, aceptarla y tratarla.

La presente investigación tiene como finalidad determinar el nivel de conocimiento sobre depresión postparto, en las madres postparto del servicio de ginecología del hospital San Luis de Otavalo y a partir de los resultados adoptar medidas de prevención para sensibilizar a las madres y solventar dudas que incrementen sus conocimientos y así prevenir síntomas que agraven y pongan en riesgo la salud y vida de la madre, recién nacido y su familia.

En la evidencia científica, el país muestra aun escasa producción científica en temas de salud mental, más aún en el tema específico sobre depresión postparto; de ahí la importancia de investigar un tema poco explorado y socializado en la actividad científica nacional. Por otra parte, este estudio trata de profundizar una problemática que en algunas ocasiones ha sido subestimado en el ámbito sanitario, razón por la cual se ha perdido oportunidades valiosas de intervención oportuna y adecuada.

Por lo tanto, una de las aportaciones teóricas del estudio está encaminada a lograr mayor profundización para las madres y actualización de los conocimientos sobre la detección precoz de signos y síntomas, así como también, de identificar factores de riesgo; favoreciendo de esta forma a minimizar el riesgo a corto y largo plazo entorno a la salud mental lo cual resultaría como consecuencias negativas para el conjunto de la familia y sobre todo para la sociedad, ya que ser madre puede plantear numerosos desafíos y dificultades, especialmente a lo largo del período postparto, durante el cual se pone a prueba la resistencia emocional de la madre en los trastornos depresivos postparto y debido a esto, pues la falta de estudios que aporten a la prevención es escasa de ahí pues, el propósito de diseñar una infografía favoreciendo al conocimiento de depresión postparto para la madre durante su postparto.

El valor social de esta investigación está dado por el aporte de los resultados de la investigación en el mejoramiento de la calidad de la atención a las madres postparto que se encuentren en el servicio de ginecología del hospital San Luis de Otavalo. Por otro lado, el beneficiario indirecto de este estudio los profesionales de enfermería, lo cual contribuye en el fortalecimiento de las competencias cognitivas y la aplicación práctica de estrategias educativas para su prevención.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento sobre depresión postparto, en madres postparto del servicio de ginecología del hospital San Luis de Otavalo, 2021.

1.4.2. Objetivos específicos

- ◆ Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.
- ◆ Identificar el nivel de conocimiento sobre depresión postparto, en madres postparto del servicio de ginecología.
- ◆ Analizar la percepción de madres postparto, en relación a si se brindó información sobre depresión postparto.
- ◆ Diseñar y socializar una infografía idioma español-kichwa sobre depresión postparto a las madres hospitalizadas en el servicio de ginecología y realizar una intervención educativa de depresión postparto.

1.5. Preguntas de investigación

- ◆ ¿Cuáles son las caracterizar socio demográficamente a la población en estudio?
- ◆ ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre depresión postparto, en las madres postparto del servicio de ginecología del hospital San Luis de Otavalo?
- ◆ ¿Cuál es la percepción de madres postparto, en relación a si se brindó información sobre depresión postparto?
- ◆ ¿Cómo aporta el material educativo elaborado para las madres del servicio de ginecología sobre depresión postparto?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

A continuación, se presenta algunos estudios referentes a la madre en periodo de postparto diagnosticadas con trastornos depresivos y estrategias de prevención.

1. Colta et al. (9) en el año 2019 en su investigación denominado: Implementación de la estrategia de pensamiento saludable en mujeres del centro de salud anidado Otavalo diagnosticadas de depresión perinatal leve.

Tuvo como objetivo estimar el efecto de la implementación de la estrategia en la frecuencia de síntomas depresivos en mujeres, el estudio se conformó por 325 mujeres, se empleó la escala depresión Edimburgo presentaron 11,88% de depresión, los resultados del estudio muestra que la estrategia utilizada como intervención psicológica que está basada en la aplicación de terapia cognitivo conductual como tratamiento de primera línea para la depresión obteniendo una evidencia significativa en cuanto a la disminución de la frecuencia de síntomas depresivos valorados con el HADS.

2. La investigación por Bai et al (10) en el año 2021 denominado: Bibliometría y Análisis Visual del Estado de Investigación y Tendencias de la Depresión Posparto Desde 2000 hasta 2020.

El propósito del estudio fue evaluar la producción científica internacional sobre la investigación de la depresión posparto a través de un análisis bibliométrico y explorar puntos críticos, fronteras y tendencias de investigación en el campo de la depresión posparto se recopiló los datos por año, revista y país. Estados Unidos tuvo la mayor cantidad de artículos publicados, la prevalencia internacionalmente reconocida de

depresión postparto fue del 20% al 45%, menciona en que los resultados de la investigación son inciertos. Por ejemplo, no se han establecido los criterios de diagnóstico para la DPP, la intervención prenatal para la DPP y el manejo sistemático de la DPP. Ahora, hay una falta de análisis sobre estas direcciones de investigación relacionadas, profundidad de investigación, sin embargo, la totalidad de los estudios muestras presencia significativa de depresión postparto en toda la población estudiada.

3. Otra investigación de Castro (11) en el año 2019 denominada: programa educativo para disminuir el trastorno depresivo en el postparto.

Como objetivo elaboró un programa educativo sobre depresión postparto, su resultado obtuvo que madres primerizas son más propensas a sufrir una depresión postparto comprendidas entre los 26 y 35 años de edad con un 58%; se manifestó un 78% de desconocimiento sobre DPP; como conclusión de su investigación elaboró un plan educativo en donde la participación de las madres postparto tomó gran relevancia al identificar directamente signos, síntomas y factores de riesgo en la prevención y tratamiento de depresión postparto.

4. La investigación denominada: prevención de la depresión postparto en madres adolescentes atendidas en el hospital general Ambato de Gómez et al (7) realizada en el año 2019.

Tuvo como objetivo diseñar una estrategia que contribuya a la prevención de la depresión postparto; como resultado del estudio se obtuvo que las madres adolescentes entre 17 – 19 años son más propensas a sufrir una depresión postparto con el 58%, estos resultados están entrelazados con la presencia de factores como violencia física y psicológica intrafamiliar con una representación del 48% de prevalencia, en relación al desconocimiento se evidenció que el 98% no conocía sobre la depresión postparto; como conclusión, las acciones realizadas por enfermería fueron: (entrega de trípticos, conversatorio, charla

educativa, debate, taller educativo) las cuales se vieron utilizadas como estrategias de información por el personal de enfermería para este grupo de población.

5. En la investigación por Córdoba et al (12) en el año 2020 denominado: “Factores relacionados con la búsqueda de ayuda para la depresión postparto”

Sus hallazgos resaltan la necesidad de aumentar la conciencia entre las mujeres embarazadas y postparto sobre la importancia de la depresión postparto para que puedan buscar ayuda, el estudio tuvo la participación de 2729 de mujeres que han dado a luz. Su estudio concluyó que el 18,1% de mujeres buscan ayuda por un profesional sanitario, así también se encontró que el pedir ayuda depende de las características sociodemográficas de la población y de presentar depresión desde antes de su embarazo.

6. La investigación de Vallecampo (13) en el año 2021 denominado: Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico.

Su objetivo determinar la relación entre el riesgo y factores asociados a depresión postparto, el estudio se realizó a una muestra de 180 mujeres en el puerperio, se utilizó un cuestionario de factores de riesgo donde se evidencio que se determinó una prevalencia de riesgo de depresión postparto del 44.4%. Además, se determinó que existe correlación significativa entre riesgo de depresión postparto y violencia intrafamiliar, estado civil, escolaridad, redes de apoyos.

7. En el año 2022 Tsuno (14) publicó su estudio denominado: El efecto de las restricciones sociales, la pérdida de apoyo social y la pérdida de autonomía materna en la depresión posparto en mujeres posparto 1 a 12 meses durante la pandemia de COVID-19.

Cuyo objetivo fue revelar las consecuencias para la salud mental de las restricciones sociales, la pérdida de apoyo social y la pérdida de autonomía como resultados encontró que hubo restricciones sociales por parte de profesionales de la salud, pérdida de apoyo durante el embarazo o después del parto, incluida la pérdida de oportunidades para consultar con profesionales de la salud o amigos y cancelación de visitas de padres u otros miembros de la familia a el apoyo y la pérdida de autonomía sobre el parto o la lactancia se asociaron con la depresión posparto como conclusión al menos el 13 % de las mujeres que dieron a luz y criaron bebés durante la pandemia de COVID-19 tenían síntomas de depresión posparto. Las restricciones sociales relacionadas con COVID-19 y la pérdida de apoyo social de profesionales de la salud, familiares y amigos se asociaron significativamente con la depresión posparto.

A este problema se le suma que las mujeres buscan menos ayuda psicológica y médica durante el embarazo y el puerperio. Además, durante el período postparto existe un bajo reconocimiento de la efectividad que brindan los servicios de salud mental, así como también falta de educación e intervenciones por enfermería para disminuir trastornos depresivos postparto (15).

2.2. Marco Contextual

Gráfico 1: Hospital San Luis de Otavalo



Fuente: Creada por el investigador

2.2.1. Reseña Histórica del hospital San Luis de Otavalo.

Este centro hospitalario inició en 1922 cuando, un grupo de otavaleños y otavaleñas, conformaron la Asociación Liga de la Caridad, con el fin de recaudar fondos y empezar la construcción de lo que sería ahora el hospital cantonal. Luego de transcurridos 30 años, el hospital San Luis de Otavalo al fin se convirtió en una realidad, por lo que el presidente en esa época, José María Velasco Ibarra, en 1953 el 6 de septiembre, lo inauguró. Con el transcurso de los años, el aumento de la población en el cantón obligó a las autoridades a agrandar las instalaciones de modo que puedan recibir un número mayor de pacientes, esto inició en 1967. Pese a que la ciudad y la provincia se vieron abatidas por el devastador terremoto de 1987, lo novedoso fue que la estructura antigua del hospital no se vio afectada. (16)

2.2.2. Ubicación del hospital San Luis de Otavalo

Pertenece al Ministerio de Salud Pública específicamente al distrito de salud 10D02, está ubicado en el cantón Otavalo provincia de Imbabura misma que está ubicada en la Sierra Norte del Ecuador; su ubicación esta entre las calles Sucre y Quito; se encuentra limitado: al norte con los cantones Cotacachi, Antonio Ante e Ibarra; al sur limita con el cantón Quito (Pichincha); al este con los cantones Ibarra y Cayambe (Pichincha) y al oeste con los cantones Quito y Cotacachi.

2.2.3. Misión del hospital San Luis de Otavalo

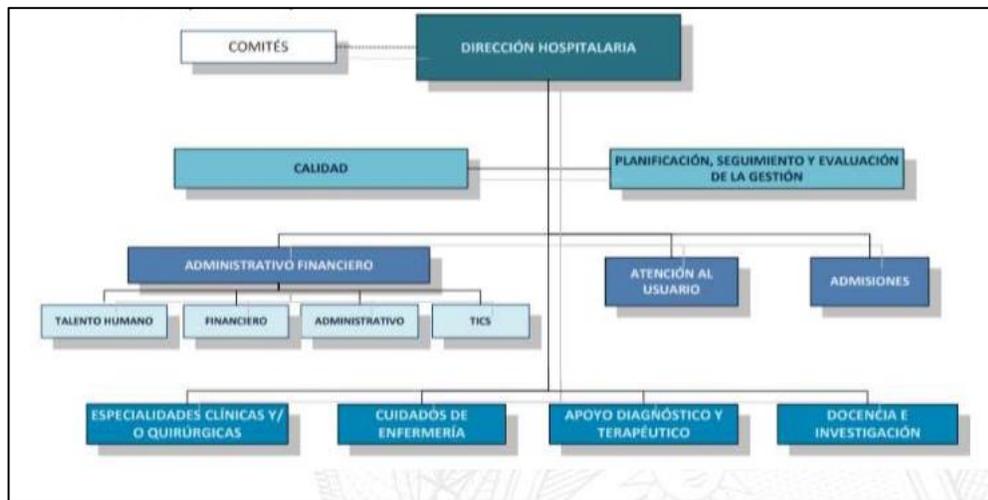
“Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud”.

2.2.4. Visión del hospital San Luis de Otavalo

“El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad”. (16)

2.2.5. Organigrama del hospital San Luis de Otavalo

Ilustración 1 Estructura Organiza del Hospital San Luis de Otavalo



2.2.6. Servicios que ofrece el hospital San Luis de Otavalo

En su cartera de servicios cuenta con las especialidades de: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Traumatología, Psiquiatría, Psicología, Fisiatría, Rehabilitación, Odontología Salud Intercultural. Su estructura actual cuenta con servicio de internación, consulta externa, sala de parto y quirófanos (16).

Servicios con los que cuenta; área quirúrgica con especialidades en cirugía general, traumatología y anestesiología; materno infantil con especialidades de pediatría, ginecología y obstetricia, así como también partera; área clínica con especialidades de medicina interna, psiquiatría, fisiatría, psicología y odontología; cuidados críticos con especialidad de emergencia; diagnóstico y tratamiento con especialidades Imagenología, Laboratorio Clínico, Rayos X, Farmacia, Rehabilitación, Transfusión Sanguínea, Trabajo Social, Ropería (16) (17).

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Antecedentes de trastornos depresivos postparto

En el año 1551 João Rodríguez de Castelo Branco (Amatus Lusitanus) médico portugués que trabajaba en Roma, describió la melancolía puerperal, Luis de Mercado en 1614, médico de los reyes Felipe II y Felipe III de España, describió un caso de psicosis post ecláptica (18).

Desde los finales del siglo XVI y en el siglo XVII, los expertos alemanes en Rechtsmedizin (medicina legal) produjeron múltiples estudios sobre el escabroso tema del neonaticidio, tan prevalente en Europa durante varios siglos. En el año 1757 un médico inglés describió en los Proceedings of the Royal Society, obsesiones de infanticidio. Esta fue la primera mención de un grupo de trastornos de ansiedad que ahora incluyen la tocofobia, el pánico puerperal, fobia hacia el bebé, miedo patológico de muerte súbita del niño, dismorfofobia pre y post-parto, el trastorno por estrés post-traumático (18).

Así mismo, en el año 1797 el obstetra alemán Osiander describió la manía puerperal. En los siglos XIX y XX, se han descrito otras quince formas más de psicosis, que ocurren durante el embarazo, parto o el puerperio, terminando con la descripción japonesa de la psicosis hiperamonémica en el año 1980 (18).

2.3.2. Concepto principal y definición.

La depresión se define como “una alteración patológica en el estado de ánimo, con descenso del humor y tristeza, acompañada de síntomas vegetativos emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales, que persisten por lo menos dos semanas”.

Por contraparte, situándonos en un contexto futuro, la OMS, en sus proyecciones hacia 2020, incluye a la depresión como una de las condiciones que se estiman pueden acarrear problemas de salud pública. Entre las poblaciones de mayor riesgo, para desarrollar cuadros depresivos, se encuentran las mujeres ubicadas durante el periodo postparto, pues los cambios hormonales (bajos niveles de estrógeno) y la escasez de recursos psicológicos

para enfrentar los eventos psicosociales desencadenantes de estrés, favorecen la aparición de dicha patología (4).

2.3.2.2. Evidencia de la práctica clínica de la depresión postparto.

La clasificación internacional de enfermedades, en su décima versión (CIE -10), define de la siguiente manera el episodio depresivo, con código F32:

“En los episodios depresivos típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se haya perturbado, disminuye el apetito. Casi siempre decae la autoestima, confianza en sí mismo, ya menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida de interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación, pérdida de peso y de la libido (19)”.

La CIE - 10 va creando sus códigos para el episodio depresivo según su gravedad y recurrencia, pero ninguna de estas clasificaciones del mismo hace directamente referencia a un episodio depresivo postparto. Sin embargo, en el código F53 se encuentran los “trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte”. Una de las razones que se expone en CIE para la no inclusión en otros apartados del manual, es la falta o escasez de información además de ciertas características que no permiten su inclusión en estos (23).

Por otra parte, el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su quinta edición (DMS-5), define aquí a la depresión posparto como un episodio depresivo mayor con inicio en el periodo del periparto. Este lapsus temporal citado en el DMS-5 dice: alcanza desde el embarazo hasta la cuarta semana después del parto (20).

Los síntomas característicos están desde dificultad para dormir, dificultades en la concentración, sentimientos de inutilidad y culpa hacia la maternidad, él bebe o las circunstancias. Para destacar que alguno de los síntomas somáticos de la depresión (perturbación en el sueño, pérdida de energía o problemas con la alimentación) pueden pasar desapercibidos a los profesionales, y que incluso las propias mujeres los confunden al considerarlos como síntomas propios del embarazo o el posparto. Por esta razón, un cribado sistemático de la población discriminaría objetivamente que gestantes requerían de atención a este problema de salud (21) (22).

Para recalcar que en algunos de los casos teóricamente cuando la mujer no cumple con todos los criterios para un trastorno/episodio depresivo, pero presenta síntomas significativos e incapacitantes, la estricta clasificación de ambos compendios puede llegar a dificultar su detección.

Sin embargo, muchas madres, por falta de información pueden suponer que sus síntomas son parte de un proceso transitorio debido al parto, procedimiento o situación que se haya generado con su estado y asociarlo a una sintomatología común y normal. Se analiza también que la familia o los amigos puede llegar a manipular directa o indirectamente los criterios propios de este grupo para que no verbalicen sus sentimientos negativos, lo cual se ve reforzado por algunas actitudes sociales de idealizar esta etapa.

2.3.3. Tipos de depresión posparto según gravedad.

- **Ansiedad o estrés posparto:** El 1% en las primeras 48 horas, tras un parto dificultoso o traumático refiere nerviosismo, dificultad en el sueño, e imágenes

recurrentes acerca de la experiencia traumática de su parto. No precisa tratamiento farmacológico y se benefician del apoyo psicológico de los familiares y personal sanitario (24).

- **Tristeza puerperal o baby blues:** es leve y transitorio se presenta a los dos o cuatro días tras el parto afectando al 20 – 80% de las puérperas. Desaparece de forma espontánea y sin secuelas en una o dos semanas. La sintomatología que presenta es: llanto fácil, insomnio, irritabilidad, tristeza, tensión emocional (25).
- **Depresión postparto con Psicosis:** cuadro grave, se ve afectación entre un 1 -2 % de las mujeres. Se manifiesta de forma brusca después de los días de las ocho semanas. En ocasiones es imprescindible la separación del niño de la madre. Puede aparecer ideas auto o heteroagresivas, necesitando hospitalización (24).

2.3.4. Causas de depresión postparto.

En la investigación científica, la frecuencia de depresión puede ser aún mucho mayor en mujeres que están expuestas a más factores de riesgo, por ejemplo, con mujeres que viven en condiciones de pobreza, que tienen ya otros hijos y son madres solteras, encuentran una frecuencia más alta de la mencionada. Lo mismo se ha encontrado en algunos países del tercer mundo donde hay una prevalencia endémicamente alta de pobreza y muchos factores de riesgo adicionales que generarían una depresión postparto (26).

La causa en sí de la depresión posparto sigue siendo incierta, y la mayoría de las investigaciones sugieren una etiología multifactorial es decir puede ser provocado por muchos factores en concreto, incluyendo una serie de variables biológicas, psicológicas y socioculturales para la madre, estos factores interactúan para producir una vulnerabilidad a la depresión posparto, y las causas o factores "desencadenantes" de la depresión posparto variarían con exactitud de una mujer a otra. La depresión es la consecuencia de diferentes

tipos de vulnerabilidad a la que una persona está rodeada, vienen dadas por diversas vías (27) :

- **Vulnerabilidad genética:** se han implicado genes relacionados con la serotonina, con la respuesta al estrés, y con receptores estrogénicos (27).
- **Vulnerabilidad cognitiva:** el impacto de las experiencias perinatales es diferente según los rasgos de personalidad, el estilo cognitivo y las estrategias de afrontamiento utilizadas y apoyo familiar, social y logístico (27).
- **Vulnerabilidad psicosocial:** los cambios en la transición y en la compaginación de roles junto con otros factores psicosociales pueden afectar al estado anímico durante este periodo: cambios físicos y de autoimagen, pérdida de estatus laboral, penalización de la vida profesional o laboral, soledad o aislamiento social, falta de tiempo y pérdida de autonomía (27).
- **Historia de enfermedad previa:** es el factor que ha demostrado un mayor riesgo de desarrollar una depresión posparto en el embarazo, en posparto previos o en depresiones en otros momentos de la vida. Juntamente con la historia familiar de enfermedad depresiva y, especialmente, depresión en el posparto en madres y hermanas (27).
- **Síndrome premenstrual:** Las mujeres con este síndrome son vulnerables a presentar sintomatología depresiva ante los cambios en las hormonas reproductivas que se producen en el posparto (27).
- **Experimentar acontecimientos vitales estresantes:** Durante el embarazo como, por ejemplo, una enfermedad, muerte o el sufrimiento de un ser querido, un parto difícil o de emergencia, no haber planificado el embarazo o tener sentimientos

contradictorios, o bien situaciones estresantes crónicas, como falta o problemas de vivienda, económicos o estar al cargo del cuidado de familiares (27).

- **Situaciones de abuso o violencia:** el trato irrespetuoso y ofensivo que recibían muchas mujeres durante el parto. Entre las situaciones de violencia que experimentan las mujeres durante la atención obstétrica, se encuentran:
 - Maltrato físico
 - Humillación y abuso verbal
 - Procedimientos autoritarios para imponer un método anticonceptivo a las mujeres o para realizar una cesárea
 - Violación a la confidencialidad
 - Violación a la privacidad
 - Obtención de consentimiento de forma involuntaria o con deficiencia en la información
 - Negación al tratamiento
 - Detención de las mujeres y los recién nacidos en las instalaciones debido a la imposibilidad para pagar (27).

- **Traumas en el parto:** Del 1 al 6% de las mujeres experimentan este trastorno después del nacimiento del bebé. Los síntomas típicos incluyen: experiencia traumática del parto con una repetición del trauma vivido (a través de sueños, pensamientos, etc.), rechazo de estímulos relacionados con el evento (pensamientos, sentimientos, personas, lugares, detalles del evento, etc.), y un incremento persistente de sensibilidad (irritabilidad, dificultad para dormir, hipervigilancia). (28)

2.3.5. Importancia del cribado y/o tamizaje de la depresión postparto.

En diferentes instituciones internacionales han reconocido la eficacia de realizar evaluaciones de la población en este periodo. En este sentido, en una investigación el

Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos ha publicado revisiones en las que reconocen los beneficios del cribado, y recomiendan que este se lleve a cabo junto al resto de pruebas obstétricas. En la misma línea, la Academia de pediatría americana también mantiene la necesidad de hacer cribados en la población (29).

En el caso de las escalas que van a ser analizadas citan algunas las cuales sirven para identificar la depresión postparto como EPDS, PHQ y PDSS, las cuales, al poder ser utilizadas dan la oportunidad de reconocer la sintomatología del postparto identificar a las mujeres que la sufren y realizar en estos casos un seguimiento más exhaustivo y poder detectar trastornos mayores de manera precoz con el apoyo del sistema de salud.

Tabla 1: Presentación de las escalas, ordenadas por su importancia y utilización

Escala	Evaluación	Número de artículos	Nivel de evidencia
EPDS	Depresión postparto	15	15 revisiones sistemáticas 4 revisiones sistemáticas
PDSS	Depresión postparto	4	1 revisión sistemática
PHQ	Depresión postparto	3	2 ensayos clínicos aleatorios
KENNERLEY	Depresión postparto	1	1 ensayo clínico aleatorio
STEIN	Depresión postparto	1	1 ensayo clínico aleatorio
HANDLEY	Depresión postparto	1	1 ensayo clínico aleatorio
EBLM	Depresión postparto	2	1 ensayo clínico aleatorio 1 ensayo clínico aleatorio

Fuente: Perez LB. 2016. Analisis de escalas diagnosticas para la identificacion del postparto blues.

Autor: Cinthya Almeida.

El resto de las escalas analizadas EBML, Stein Blues Scale, Handley Blues Criteria y Blues Questionnaire Kennerley sirven para la identificación del blues materno, medir su sintomatología y ayudar a un profesional de la salud a identificarla y diagnosticarla (30).

2.3.6. Indicios signos y síntomas de depresión postparto.

Algunas mujeres pueden experimentar unos pocos síntomas de trastorno depresivo postparto mientras que otras pueden tener varios. Algunos de los síntomas más frecuentes de la depresión postparto incluyen:

- Estado de ánimo triste, ansioso o “vacío” persistente;
- Irritabilidad;
- Sentimientos de culpa, nulidad, falta de esperanza o impotencia;
- Pérdida de interés o de placer en pasatiempos y actividades;
- Fatiga o disminución anormal de energía;
- Sentirse inquieto o tener problemas para quedarse quieto,
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones;
- Dificultad para dormir (incluso cuando el bebé está durmiendo),
- Despertarse temprano en la mañana o dormir demasiado;
- Apetito anormal, cambios de peso o ambos;
- Molestias o dolores corporales, dolores de cabeza, calambres o problemas
- Digestivos sin una causa física clara o que no se alivian aun con el tratamiento;
- Problemas para crear un vínculo emocional con el nuevo bebé;
- Dudas constantes sobre su capacidad de cuidar al nuevo bebé;
- Pensamientos sobre la muerte, el suicidio, o hacerse daño a sí misma al bebé (31)
(32).

Solo un profesional de atención médica puede ayudar a una mujer a determinar si los síntomas que siente se deben a un trastorno depresivo postparto.

2.3.7. Consecuencias de trastorno depresivo postparto

Este trastorno puede tener implicaciones negativas en el desarrollo de los recién nacidos y en el estilo de vida emocional de la madre, así como en la futura relación entre madre, hijo y sociedad, como por ejemplo, las madres deprimidas muchas veces informan niveles

bajos de auto-eficacia (creencias sobre su capacidad y rendimiento como madres) en relación a las que no están deprimidas, las mujeres deprimidas tienden a ser menos positivas y a interactuar menos con sus bebés o actividades que generen proactividad en su día a día (33).

De esta manera los bebés terminan siendo menos reactivos en evidencia de investigación relaciones a las consecuencias directamente proporcional con el desarrollo del recién nacido en estas investigaciones se cita que; evitan la mirada y presentan un menor número de destrezas durante el tiempo que están interactuando con sus madres. También se ha identificado que los hijos de madres deprimidas tienen un peor rendimiento durante su escolarización e incluso dificultades en el área social a largo plazo, pudiendo continuar estos problemas, aunque la madre mejore (34).

La depresión en una madre embarazada puede traducirse en cambios conductuales como el abandono en la responsabilidad con los controles prenatales, el deterioro del autocuidado, la mala adherencia a las indicaciones médicas o la constancia en ellas, el abuso de sustancias tales como tabaco, drogas y alcohol todo aquello que pueda afectar el desenlace obstétrico. En una consecuencia más extrema el suicidio, o los intentos de suicidio, son infrecuentes en las gestantes deprimidas (31).

La depresión postparto sin tratar o sin una buena consejería podría afectar la capacidad de ser madre, es posible que se genere actitudes o aptitudes como:

- No tener energía suficiente
- Tener problemas para centrarse en las necesidades del bebé o en las propias.
- Sentirse malhumorada.
- No poder cuidar al bebé.
- Tener mayor riesgo de cometer suicidio.
- Sentirse una mala madre puede empeorar la depresión.
- Retrasos en el desarrollo del lenguaje y problemas de aprendizaje
- Problemas con el vínculo madre-hijo

- Problemas de conducta
- Más llanto o agitación
- Menos altura y mayor riesgo de obesidad en niños de preescolar.
- Problemas para lidiar con el estrés y adaptarse a la escuela y las situaciones sociales (18) (35)

2.3.8. Intervenciones preventivas

Para llevar a cabo unas intervenciones efectivas es necesario e imprescindible tener muy en claro el contexto donde se trabaja, los conocimientos previos y el punto de vista de las mujeres; de este modo el impacto y la utilización de las intervenciones es mayor cuando se tiene como pilar principal de trabajo la visión del paciente (36).

2.3.8.1. Prevención en el puerperio

- La lactancia materna la cual facilita la unión psicológica, la autoestima de la mujer en su papel de madre es particularmente crítico ya que el periodo de puerperio inmediato requiere de gran apoyo y acompañamiento del personal de salud, especialmente de enfermería. (37)
- Promover que la pareja y sus familiares cercanos se involucren y apoyen a la madre en el cuidado del menor, intentando que la madre perciba esta ayuda como auxiliadora, sin intrusión de su intimidad.
- Fomentar el contacto piel con piel. En un estudio analítico prospectivo evaluó que el contacto piel con piel entre la madre y el hijo, se asocia a la disminución de síntomas depresivos postparto. (38)
- Establecer comunicación y escucha activa con la mujer y su entorno. En una herramienta de prevención como se propone en la investigación de Brazil et al, (2016) (39) indicaron que el control y apoyo son los elementos básicos simbólicos de como las mujeres y las familias manejan la experiencia desde el inicio de los síntomas hasta la confirmación del diagnóstico; en parte las dificultades relacionadas consigo misma hace que la mujer comience a verse perdiendo el

control de sí misma, dificultando su comportamiento y de esa manera las formas de apoyarla y controlar.

- Informar a las madres sobre grupos de apoyo al postparto y a la lactancia, estos encuentros pretenderán ser un punto de reunión entre los nuevos padres y desde el apoyo profesional se pretende escuchar y dar herramientas para la adaptación a esta nueva etapa.(40)

2.3.9. El problema del desconocimiento

El desafío para el profesional de salud es transmitir un mensaje con gran cuidado y sensibilidad para que de ese modo se reduzca la carga del peso de la culpabilidad que padecen este grupo significativo de madres. Algunos estudios proponen que informar a la madre y sus familias sobre la depresión postparto durante el tercer trimestre de gestación puede reducir la intensidad de la sintomatología de depresiva, logrando aportar información sobre esta condición y que las madres tomen decisiones en torno a su cuidado (41).

2.3.10. Conocimiento y diversidad cultural

Ecuador se considera un país con diversidad étnica debido a nacionalidades y pueblos que mantienen sus rasgos culturales. La diversidad étnica y regional del país se debe a la presencia de mestizos, indígenas, afro ecuatoriano y desentiendes españoles. Según el Consejo de Nacionalidades y Pueblos del Ecuador (CODENPE) se encuentran reconocidos actualmente 14 nacionalidades y 18 pueblos indígenas, su presencia determina el carácter pluricultural y multiétnico del país.

Sn embargo, el aporte de esta investigación frente a las comunidades de pueblos indígenas radica en que esta población siente la imposición de prácticas ajenas a sus tradiciones y creencias en cuestión de salud, lo que puede interpretarse como una agresión a sus derechos constitucionales con respeto a sus tradiciones. En este sentido pues el avance médico en el país frente al escenario de la maternidad ha cambiado especialmente en el hospital san Luis de Otavalo institución que

maneja el parto culturalmente adecuado hacia los pueblos indígenas en donde se respeta y promueve la libertad de escoger la posición del parto, el acompañamiento de la partera durante todo el proceso del embarazo, dar a luz en un ambiente de intimidad y familiaridad, y el acompañamiento de personas de confianza durante el alumbramiento, a pesar de esta oportunidad el 65% de las mujeres opta por el parto culturalmente adecuado o partos tradicionales en el hogar, con la presencia y ayuda de parteras, dentro del contexto de depresión postparto pues, esto representa una problemática en los casos que se presentan complicación propias del proceso de parto, que pueden incluso poner en peligro la vida de la madre y el recién nacido generando así pues emociones negativas en la madre y familia (42).

2.3.11. Teorías de enfermería

a) Teoría de Cheryl Tatano Beck

Cheryl Tatano Beck completó sus estudios en 1970 en la Western Connecticut State University con una licenciatura en enfermería, Durante su primera rotación clínica se dio cuenta de que la enfermería obstétrica iba a ser la especialidad que desarrollaría a lo largo de su vida. Tras su graduación, Beck trabajo como enfermera titulada en el Yale New Haven hospital, en la unidad de enfermería de posparto y recién nacidos. En 1972 completo un master en enfermería materna y del recién nacido en la universidad de Yale y obtuvo su certificado como comadrona. En 1982 completo su doctorado en ciencias de la enfermería en la universidad de Boston (43).

La teoría de Cheryl Beck se basa en los 4 meta paradigmas de enfermería, los cuales describe los siguientes:

- **Persona:** la persona tiene contextos de familia y comunidad, por lo tanto, se la describe como un todo, conformada por sus esferas tantas biológicas, sociológicas y psicológicas (43).
- **Cuidado y enfermería:** Cheryl Beck, describe a la enfermería como una profesión de cuidados integrales hacia las personas, explica que para alcanzar los

objetivos de salud es importante la relación que existe entre los pacientes y el enfermero/a (43).

- **Salud:** Beck describe que hay que entender los contextos de la salud para poder entender la salud como tal, para ello incluye las definiciones tradicionales de salud tanto mental, como física (43).
- **Entorno:** Describe que el entorno tiene varios elementos como los acontecimientos, cultura, aspectos físicos, ecosistemas y sistema sociopolíticos; además que la mujer de periodo fértil, recibe cuidados en su sistema de salud fundamentados en el criterio médico y con una ideología patriarcal (43).

b) Teoría de Nola Pender

Licenciada en enfermería de la Universidad de Michigan; es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteo que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identifico los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad (43).

El modelo de promoción de la salud propuesta por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos – perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud (43).

2.3.11. Proceso de atención de enfermería

El proceso de atención de enfermería consiste en la aplicación del método científico en la asistencia del profesional hacia la persona, la cual permite a los profesionales dedicados a la enfermería prestar al paciente los cuidados que necesita de una forma estructurada, lógica y siguiendo un determinado sistema. Los cuidados de enfermería han evolucionado mucho a lo largo de los años y actualmente se basan en determinados protocolos muy estructurados y en planes, para tener una homogeneidad. Su objetivo: es identificar el estado de salud de los seres humanos desde lo real o potencial, individual, familiar o comunitario (44).

2.3.11.1. Principales etapas del proceso de atención enfermería

- **Valoración:** recogida de datos en relación al paciente para conocer su situación.
- **Diagnóstico:** El diagnóstico de enfermería puede ser distinto del diagnóstico médico.
- **Planeación:** se establecen los cuidados de enfermería que se van a realizar.
- **Ejecución:** se ejecutan los cuidados que se ha decidido aplicar.
- **Evaluación:** se valora si la evolución es correcta o se deben introducir cambios en las decisiones tomadas (45).

2.3.12. Cuidados de Enfermería.

La enfermería identifica como objeto de estudio de su disciplina al cuidado, el cual es a la vez ciencia y arte que exige conocimientos y actitudes especiales.

“[...] el cuidado recíproco, interactivo e integrativo, en donde las vivencias vividas y trascendentes completan la interacción entre personas totales con sus sentimientos, pensamientos y expresiones. Las actitudes son producto de antecedentes familiares que influyen en la historia de vida de cada ser, por tal

razón el ser es único e irrepetible y la oportunidad de interacción intersubjetiva posibilita la integración y la aceptación de sí mismo. Interacción reciproca significa un encuentro de seres humanos diferentes con sabidurías y mentalidades que cada uno ofrece en el encuentro donde la persona del enfermo brinda su ser total, sus conocimientos, observación y percepciones, consiste en la percepción de su ser humano susceptible y vulnerable al momento. Gracias a las actividades auténticas, conocimiento, reflexión, técnicas del cuidado y momento especial del mismo en la interacción, la persona ofrece su confianza y abandono de su experiencia de vida, así como su interés por que se reestructure e integre como persona digna de consideración, respeto y afecto. El ambiente de cuidado es favorecedor de la privacidad, el pudor, y la unicidad de cada ser humano, sujeto reconocido del encuentro (46)”.

Enfermería se centra fuertemente en la relación enfermera – paciente, coloca a la profesión en un lugar de privilegio para desarrollar y potenciar la seguridad emocional de los pacientes, se puede decir que una madre que tenga un indicio de trastorno depresivo postparto puede que no hable mucho con otras personas, pero enfermería puede ser la única persona con quien ella comparta sus sentimientos; este cuidado se concreta en la asistencia, en la ayuda e intervención 40.

2.3.13. Acciones de Enfermería independientes

Nuñez (47) define a las acciones independientes de enfermería como aquellos procedimientos o modos de actuar, que se ejecutan de forma independiente, sin orden médica; y añade: “... que en el autónomo y científico accionar de enfermería (...) sus funciones cobran valores humanos.”

Aquí el personal de Enfermería debe tomar medidas preventivas para evitar o minimizar los trastornos depresivos, cuando este ya se evidencia con signos y síntomas, el

profesional de enfermería tiene un papel fundamental en la detección de signos y síntomas y la madre puede que desconozca que su tristeza está ligada a la depresión. Y más importante, que ignore que esos sentimientos pueden ser tratados (48).

2.4. Marco Legal y Ético

La siguiente investigación se basó en las siguientes normas legales, éticas

2.4.1. Marco Legal

2.4.1.1. Constitución de la república del Ecuador.

Constitución Art. 32

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

Artículo 43.-

“El estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto” (49).

2.4.1.2. Ley Orgánica de la Salud

Capítulo III: Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud.

Artículo. 7.- “Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud”.

Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna (50).

2.4.1.3. Ley de Maternidad gratuita y Atención en la Infancia

Art. 1.- Toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños- niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.

Art. 2.- La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones:

- a) Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal (51).*

2.4.1.4. Plan de creación de oportunidades 2021 – 2025 de Ecuador.

Es la máxima directriz política y administrativa para el diseño y aplicación de la política pública del Ecuador, enfatiza el acceso al derecho a la salud integral, gratuita y de calidad.

Eje Social: Punto salud gratuita y de calidad.

En el Ecuador, el limitado acceso a servicios de salud inclusivos y de calidad reflejan en el bienestar de la sociedad, observándose problemáticas asociadas falta de controles prenatales de calidad, deficiente atención medica al paciente. Esta atención debe contemplar todas las dimensiones del derecho a la salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles (52).

2.4.2. Marco ético

2.4.2.1. Código de Helsinki

Principios generales para toda investigación médica.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales (53).

12.La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes (53)..

Privacidad y confidencialidad

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información (53).

2.4.2.2. Código deontológico

Hace referencia a los deberes principales de la práctica de enfermería los cuales son: prevenir la enfermedad, promover la salud, aliviar el sufrimiento, contribuir a la restauración de la salud; también incluye el demostrar respeto para con los derechos humanos, culturales y derecho a la vida (54).

Dentro del código deontológico del CIE para la profesión de enfermería en el punto número 1: la enfermera y las personas, se encuentra que.

“La enfermera demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad 48)”.

Número 2: La enfermera y la práctica.

“La enfermera tratará de fomentar y mantener una cultura de la práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto (54)”.

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

3.1. Diseño de la investigación

La presente investigación responde a un enfoque cuantitativo, no experimental, transversal.

- **Cuantitativo:** Utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación. (55)
- Es una investigación que busca recopilar datos acerca del conocimiento que existe sobre el tema a investigar, así como también la intervención de personal de enfermería mediante técnicas como la encuesta, con el fin de comprobar posibles interrogantes en el proceso de interpretación.
- **No experimental:** es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad.
- Es estudio no experimental debido a que se limitará a observar el conocimiento presente en las pacientes del servicio de ginecología, en el Hospital San Luis de Otavalo, sin manipular las variables existentes.
- **Transaccional o transversal:** En este tipo de diseño se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (56). Su propósito esencial es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

3.2. Tipo de la investigación

- **Descriptivo:** es que concibe lo social como una realidad construida que se genera a través de articulaciones con distintas dimensiones sociales, es decir, por una diversidad cultural sistematizada, cuyas propiedades son muy diferentes a las de las leyes naturales. (57)
- La investigación es de tipo descriptivo debido a que estudia a un grupo social determinado para determinar la realidad del tema a investigar.
- **De campo:** Es la recopilación de datos nuevos de fuentes primarias para un propósito específico, encaminado a comprender, observar e interactuar con las personas en su entorno natural. (58)
- La investigación se realizará con el propósito de responder a un problema específico al que está expuesta la población estudiada, a través de la recolección de datos e información.

3.3. Localización y ubicación del estudio

El presente estudio de investigación se realizará en el Hospital San Luis de Otavalo.

3.4. Población

3.4.1. Universo

En esta investigación se tomará como universo a todas las pacientes que se encuentran internadas en el servicio de ginecología y será conformado por aquellas pacientes que se encuentren en periodo postparto.

3.4.2. Muestra

En esta investigación se tomará como universo a todas las pacientes que se encuentran internadas en el servicio de ginecología durante el mes de mayo 2020 hasta junio 2021; el cual se tomó en cuenta cifras obtenidas del área de estadística del lugar de investigación el Hospital San Luis de Otavalo, el cual abarca un total de 1400 pacientes atendidas en el servicio de ginecología, definiendo como un número grande de pacientes, se decidió reducir esta cifra de acuerdo a pacientes que únicamente se encuentren en periodo postparto con un total 624 pacientes, se decide hacer el cálculo mediante la aplicación de muestra finitas la cual se evidencia en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N}{1 + \frac{z^2 pq}{N-1}}$$
$$n = \frac{624}{1 + \frac{1.96^2 (0.5)(0.5)}{624 - 1}}$$
$$n = 239$$

N: (total de la población) z^2

p: (nivel de confianza)

q: (probabilidad de éxito)

e: (probabilidad de fracaso)

Error de muestra de 1 al 5 %

3.4.3. Criterios de inclusión

- Usuarías que se encuentran en el servicio de ginecología tras tener un parto fisiológico normal o por cesárea.
- Usuarías que se encuentran en el servicio de ginecología tras tener un parto fisiológico normal o por cesárea y que aceptaron participar en la investigación previo “consentimiento informado”.

3.4.4. Criterios de exclusión

- Usuarías que ingresaron al servicio de ginecología que hayan presentado alguna complicación obstétrica.
- Aquellas pacientes que no aceptaron participar en la investigación.

3.5. Operalización de variables

Objetivo 1. Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.

Objetivo 2: Identificar el nivel de conocimiento sobre depresión postparto, en las madres postparto del servicio de ginecología.

Objetivo 3: • Analizar la percepción de madres postparto, en relación a si se brindó información sobre depresión postparto.

Objetivo 1. Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio

Variable	Definición	Indicador	Dimensión	Tipo de variable	Escala	Instrumento
Características sociodemográficas	Las características demográficas pueden hacer referencia a la edad, sexo, lugar de residencia, religión, nivel educativo, estado civil, etc. Las características sociológicas son los rasgos más objetivos, como la pertenencia a organizaciones, posición en el hogar, los intereses, los valores y los grupos sociales. (59)	Edad	Años cumplidos	Cuantitativa Intervalo	18 años a 24 años 25 años a 29 años 30 años a 35 años 36 años o más	Encuesta
		Etnia	Auto identificación	Cualitativa Nominal	Mestizo Indígena Blanco Afro ecuatoriano	Encuesta
		Educación	Nivel educativo	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Superior Ninguna	Encuesta
		Hijos	Número de hijos	Cuantitativa Intervalo	1 o 2 3 o 4 4 o más	Encuesta
		Controles de embarazo	Número de controles de embarazo	Cuantitativa Intervalo	Ninguno 1 o 2 3 o 4 4 o más	Encuesta

Objetivo 2: Identificar el nivel de conocimiento sobre depresión postparto, en las madres postparto del servicio de ginecología.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento
Nivel de conocimiento	Hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación la comprensión teórica o practica de un asunto referente a la realidad. (60)	Conocimiento y prevalencia.	¿ La depresión postparto es un sentimiento de tristeza?	Totalmente de acuerdo. De acuerdo. En desacuerdo.	Encuesta
			¿La depresión postparto es un problema que aparece en todas las mujeres?	Totalmente de acuerdo. De acuerdo. En desacuerdo.	Encuesta
			¿ La depresión postparto es un problema médico que requiere asesoría psicológica.	Totalmente de acuerdo. De acuerdo. En desacuerdo.	Encuesta
		Conocimiento síntomas	No poder dormir o dormir demasiado.	Totalmente de acuerdo. De acuerdo. En desacuerdo.	Encuesta
			Sentir miedo	Totalmente de acuerdo. De acuerdo. En desacuerdo.	Encuesta
			Estar intranquila	Totalmente de acuerdo. De acuerdo. En desacuerdo.	Encuesta
			Tener falta de concentración.	Totalmente de acuerdo.	Encuesta

				De acuerdo. En desacuerdo.	
			Dificultad para recordar cosas, escribir o encontrar palabras.	Totalmente de acuerdo. De acuerdo. En desacuerdo.	Encuesta
			Sentir culpa y vergüenza.	Totalmente de acuerdo. De acuerdo. En desacuerdo.	Encuesta
			Tener pensamientos de querer hacerse daño.	Totalmente de acuerdo. De acuerdo. En desacuerdo.	Encuesta
		Conocimiento factores de riesgo	Tener depresión en el embarazo.	Totalmente de acuerdo. De acuerdo. En desacuerdo.	Encuesta
			No tener apoyo de la familia, pareja o amigos.	Totalmente de acuerdo. De acuerdo. En desacuerdo.	Encuesta
			Vivir eventos de violencia intrafamiliar en el hogar.	Totalmente de acuerdo. De acuerdo. En desacuerdo.	Encuesta
			Tener adicción al alcohol, drogas o medicamentos.	Totalmente de acuerdo. De acuerdo. En desacuerdo.	Encuesta

Objetivo 3: Analizar la percepción de madres postparto, en relación a si se brindó información sobre depresión postparto.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento
Proceso de atención y prevención	Conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población (61).	Percepción y experiencia.	¿Ha recibido información sobre depresión postparto por el personal de enfermería?	Siempre Casi siempre Nunca	Encuesta
			¿Ha recibido información sobre depresión postparto por el personal de enfermería?	Siempre Casi siempre Nunca	Encuesta
			¿Durante su estancia en el servicio de ginecología recibió información por enfermería sobre depresión postparto?	Siempre Casi siempre Nunca	Encuesta
			¿El profesional de enfermería dio información y brindo su apoyo si presenta emociones negativas como tristeza, miedo, intranquilidad o desanimo?	Siempre Casi siempre Nunca	Encuesta
			¿El profesional de enfermería le preguntó sobre su estado de ánimo antes de dar a luz y después del parto?	Siempre Casi siempre Nunca	Encuesta
			¿Ha sufrido alguna vez en su embarazo o después, alguna de estas alteraciones emocionales que no ha podido explicar?	Siempre Casi siempre Nunca	Encuesta
	Acción de prevención	Etnia	Hablaría con una persona de confianza, por ejemplo: pareja, familia o amigos.	Encuesta	

				Consultaría al médico.	
				Intentaría descansar y no hacer nada.	

3.6. Métodos de recolección de información

Para la realización de la presente investigación se utilizarán los siguientes métodos:

- **Método bibliográfico:** Se utilizaron artículos científicos alojados en bases de datos científicos como Pubmed, Redalyc, Scielo, documentos oficiales relacionados con el tema descargados de la página organización mundial de la salud, así como también la biblioteca virtual de la Universidad Técnica del Norte.
- **Método deductivo:** Este método se utiliza por su estrategia de razonamiento que se utilizara con el fin de sacar todas las conclusiones lógicas sobre el tema investigado y la importancia al nivel de impacto social, a partir de información que es obtenida a través de encuestas e instrumentos que evalúan el nivel de conocimiento de depresión postparto.

3.6.1. Técnica

- **Encuesta.** Se utilizó una encuesta estructurada creada por el investigador cuyos datos obtenidos fueron procesados con métodos estadísticos, por lo cual se pudo realizar el análisis e interpretación de los resultados.

3.6.2. Instrumento de recolección de datos

- Cuestionario. - consta de 20 preguntas divididas en 3 bloques, la primera parte recogió información de características sociodemográficas, segunda parte recogió información sobre conocimientos, y por último la tercera parte recogió información sobre percepción de la información recibida en las madres.
- Se adaptó la escala de Likert donde se agrupó la variable conocimientos y percepción tal como se hizo en la validación del instrumento construidos mediante la metodología de las escalas de Likert.

- La forma evaluativa del cuestionario validado fue teniéndose en cuenta lo siguiente, son 20 ítems y tres categorías de medición de la variable "nivel de conocimiento", "percepción de información recibida", "sintomatología presente"; que tienen como posibles respuestas: totalmente de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo.
- El instrumento fue probado y modificado según los resultados obtenidos. Se muestran las variables agrupadas por dominios. Los puntajes de conocimiento, síntomas, signos de alarma y factores de riesgo, se dividió en 3 grupos según la proporción de respuestas acertadas se denominó como "nivel de conocimiento alto" cuando fuera mayor o igual a 80%, "nivel de conocimiento medio", del 60% al 79%, y "nivel de conocimiento bajo", menos del 60%.
- El estigma se calificó como "bajo" si respondían de 1 a 4 preguntas, "medio" si daba respuestas de 5 a 8 preguntas, y "alto" de 9 a 11 preguntas correctas.

3.7. Análisis de datos

A través de la aplicación de estadística del formulario en google Drive se elaboró la encuesta que a su vez se utilizó Microsoft Excel para la creación de base de datos, el cual fue exportado de formularios Drive; y para el análisis se utilizó el software SPSS lo que facilitó la obtención, orden y relación de los datos estadísticos en tablas para el análisis de realizando codificaciones conjuntamente con todos los datos obtenidos realizados.

CAPÍTULO IV

4. Presentación de resultados y análisis

4.1. Características sociodemográficas

Tabla 2. Características sociodemográficas de la población de estudio.

		Porcentaje	Frecuencia
Edad	18 a 24 años	54	22,5
	25 a 29 años	103	43,0
	30 a 35 años	48	20,0
	36 o más	26	10,8
Etnia	Mestizo	112	46,8
	Indígena	124	51,8
	Afro ecuatoriano	3	1,2
Nivel de educación	Primaria	16	6,6
	Secundaria	128	53,5
	Superior	86	35,9
	Ninguna	9	3,7
Número de hijos	1 o 2	175	73,2
	3 o 4	50	20,9
	4 o más	14	5,8
	Ninguno	0	0
Número de controles de embarazo	1 o 2	111	46,4
	3 o 4	91	38,0

	4 o más	37	15,4
	Cesárea	16	6,6
Tipo de parto	Parto cultural vertical	128	53,5
	Parto normal	86	35,9

Análisis: La presente tabla, detalla las características sociodemográficas, se observa que la mayoría de la población estudiada tiene un rango de edad de 25 a 29 años, con predominio de etnia indígena, su nivel de educación es mayormente secundaria, donde principalmente las madres encuestadas tienen entre 1 –2 hijos. Debido a que el conocimiento acerca de depresión postparto también se adquiere en los controles prenatales se midió que las madres realizaron entre 1 - 2 controles de embarazos. En este contexto es necesario tener en cuenta que en muchas ocasiones las madres prefieren consultar a matronas de comunidad que, a un establecimiento de salud, esto pues, está relacionado con un complejo conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas culturales.

En su investigación” Implementación de la estrategia de pensamiento saludable en mujeres del centro de salud anidado Otavalo diagnosticadas de depresión perinatal leve”, Colta et al. en el año 2019 identificó el rango de edad de la madre se encontró que la media es de 26 años, por otro lado, las madres mayormente son de etnia indígena con un 61%, de igual manera el nivel de instrucción es secundaria siendo el 49,20%.

La presente investigación junto a la de Colta, tiene similitudes en rangos de edad, nivel de educación e identidad indígena por lo cual se tomó en base esta investigación que mostró similitud en el resultado.

4.2. Conocimiento de la población en estudio.

Tabla 3 Conocimiento de la población en estudio.

Población de estudio

Concepto de depresión postparto		N	%
La depresión postparto es un sentimiento de tristeza.	Totalmente de acuerdo.	38	15,89
	De acuerdo.	84	35,14
	En desacuerdo	117	48,95
La depresión postparto es un problema que aparece en todas las mujeres.	Totalmente de acuerdo.	38	15,89
	De acuerdo.	84	35,14
	En desacuerdo	117	48,95
La depresión postparto es un problema médico que requiere asesoría psicológica.	Totalmente de acuerdo	8	3,34
	De acuerdo	9	3,76
	En desacuerdo	2	0,83
Como expresa lo que siente la madre con depresión postparto:			
- No poder dormir o dormir demasiado.	Muy de acuerdo	48	20,0
	En desacuerdo	67	28,03
	Indeciso	124	51,88
- Sentir miedo	Muy de acuerdo	55	23,01
	En desacuerdo	76	31,79
	Indeciso	108	45,18
- Estar intranquila	Muy de acuerdo	38	15,89
	En desacuerdo	95	39,74
	Indeciso	106	44,35
- Tener falta de concentración.	Muy de acuerdo	38	15,89
	En desacuerdo	94	39,33
	Indeciso	107	44,76
- Tener falta de concentración.	Muy de acuerdo	38	15,89
	En desacuerdo	94	39,33
	Indeciso	107	44,76
- Dificultad para recordar cosas, escribir o encontrar palabras.	Muy de acuerdo	14	17,90
	En desacuerdo	26	33,30

	Indeciso	23	29,50
- Tener pensamientos de querer hacerse daño	Muy de acuerdo	4	1,67
	En desacuerdo	18	7,53
	Indeciso	2	0,83
¿Cuáles son los factores de riesgo de la depresión postparto?			
- Tener depresión durante el embarazo	Muy de acuerdo	33	13,8
	En desacuerdo	98	41
	Indeciso	107	44,76
- No tener apoyo de su familia, pareja, amigos.	Muy de acuerdo	38	15,89
	En desacuerdo	109	45,6
	Indeciso	92	38,49
- Vivir eventos de violencia intrafamiliar en el hogar.	Muy de acuerdo	101	42,25
	En desacuerdo	96	40,16
	Indeciso	42	17,57
- Tener adicción al alcohol, drogas o medicamentos.	Muy de acuerdo	38	15,89
	En desacuerdo	95	39,74
	Indeciso	106	44,35

Análisis: al evaluar los conocimientos sobre depresión postparto de las madres que fueron encuestadas, se comprobó un alto porcentaje de madres con poco conocimiento, señalando “concepto de depresión postparto”, obteniendo como respuesta un nivel de conocimiento bajo, por otro lado, con un mayor porcentaje no conocen sobre los síntomas de depresión postparto; lo cual es indicio de que no hay suficiente educación o refuerzo de los conocimientos en las madres sobre depresión postparto, por ello aumentaría las consecuencias en las madres y pondría en desventaja la oportunidad de fortalecer cognitivamente a este grupo importante de pacientes.

A su vez en la investigación “Programa educativo para disminuir el trastorno depresivo en el postparto” de Castro (11) en el año 2019 se comprobó que el nivel de conocimiento en torno a depresión postparto en madres es bajo en un porcentaje del 45,76%; teniendo similitud con la presente investigación en la cual el 44,35% manifiestan conocimiento bajo de síntomas de depresión postparto.

La similitud que muestra el estudio junto con el de Castro, es que la mayor parte de la población manifestaron desconocer claramente los síntomas de depresión postparto, interpretando así que no reconocer correctamente los síntomas interfiere en la aceptación de este trastorno depresivo postparto en la madre, por lo cual es sustancial realizar intervenciones educativas que aclaren los estigmas y dudas de conocimiento por parte de las madres.

Tabla 4. Asociación entre conocimientos de síntomas de depresión postparto en relación a la edad.

Para usted los síntomas de depresión postparto son:		14 a 17 años		18 a 24 años		25 a 29 años		30 a 35 años		36 o más años	
No poder dormir o dormir demasiado.	Totalmente de acuerdo.	1	0,42	3	1,8	2	1,2	0	0	2	0,84
	De acuerdo	0	0	3	1,8	2	1,2	0	0	8	3,35
	En desacuerdo	0	0	82	48,2	30	17,6	48	28,2	4	1,67
Sentir miedo	Totalmente de acuerdo.	0	0	28	16,5	17	10	16	9,4	1	0,42
	De acuerdo	2	0,84	5	2,9	6	3,5	2	0,01	5	2,09
	En desacuerdo	0	0	55	32,4	11	6,5	30	17,6	4	1,67
Tener falta de concentración.	Totalmente de acuerdo.	0	0	65	38,2	23	13,5	40	23,5	0	0
	De acuerdo	4	1,67	7	4,1	4	2,4	1	0,01	0	0

Tener pensamientos de querer hacerse daño	En desacuerdo	0	0	16	9,44	7	4,1	7	0,04	1	0,41
	Totalmente de acuerdo.	0	0	73	42,9	29	17,1	38	22,4	0	0
	De cuerdo	0	0	6	3,55	0	0	3	0,02	0	0
	En desacuerdo	1	0,42	9	0,053	5	2,9	7	0,04	1	0,42

Análisis: al relacionar los conocimientos de síntomas de depresión postparto con la edad se puede identificar que en su mayoría la edad que más indecisa en conocimientos sobre síntomas se encuentran en los rangos de edad de 18 a 24 años; se ha demostrado que se relaciona a ser un factor de riesgo para depresión postparto, sumado a la presión social de embarazos a temprana edad más los prejuicios sociales sobre depresión pone en riesgo las formas de afrontar los síntomas para las madres adultas jóvenes.

Por su parte en la investigación “Prevención de depresión postparto en madres adolescentes” de Gómez y otros en el año 2019; se evidencio que, la edad en que mayor porcentaje tuvo de desconocimiento sobre síntomas de depresión postparto se encuentra entre los 18 años.

El resultado de Gómez et al (7) junto a los resultados de la presente investigación tiene similitud en el rango de edad y el desconocimiento, es por ello la aportación de ese estudio ya que se considera importante la educación en los adolescentes para dejar en claro que no reconocer síntomas presentan riesgos para su bienestar emocional en esta edad tan temprana.

Tabla 5 Asociación entre conocimientos de factores de depresión postparto en relación al nivel de educación.

Para usted los factores que pueden producir una depresión postparto son		Primaria	Secundaria	Superior	Ninguna				
Tener depresión durante el embarazo.	Totalmente de acuerdo.	1	0,6	10	5,9	14	8,2	5	2,9
	De cuerdo	6	3,5	50	29,4	61	35,9	23	13,5

	En desacuerdo	0	0	6	3,5	2	1,2	1	0,6
No tener apoyo de la familia, pareja o amigos.	Totalmente de acuerdo.	1	0,01	9	5,3	11	6,5	0	0
	De cuerdo	1	0,01	12	7,1	11	6,5	13	7,6
	En desacuerdo	0	0	7	4,1	5	2,9	1	0,6
Vivir eventos de violencia intrafamiliar en el hogar	Totalmente de acuerdo.	6	3,5	46	27,1	58	34,1	10	5,9
	De cuerdo	0	0	1	0,6	5	2,9	1	0,6
	En desacuerdo	2	1,2	5	2,9	0	0	0	0
Tener adicción al alcohol, drogas o medicamentos.	Totalmente de acuerdo.	5	2,9	59	34,7	69	40,6	23	13,5
	De cuerdo	1	0,6	1	0,6	5	2,9	0	0
	En desacuerdo	6	3,5	64	37,6	69	40,6	24	14,1

Análisis: En referencia a los conocimientos sobre factores de depresión postparto, en los datos obtenidos se evidencia el mayor porcentaje de desconocimiento se encuentra dentro del nivel de estudio superior de forma similar con secundaria. Se ha demostrado que la depresión postparto se ve influenciado por las condiciones biopsicosociales en las que se desenvuelven las madres. De esta manera la depresión postparto en las madres debería ser abordada en función de su complejidad, si las madres no conocen que los estilos de vida incrementan la probabilidad de un trastorno depresivo y que contribuye al aumento de depresión postparto.

Por su parte la investigación de Vallecampo (13) “Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato”. Se identificó que la población había completado su secundaria, a pesar de ello podemos identificar que en el contexto de la cultura sobre educación en población indígenas se ve un gran avance en educación ya que los padres envían a sus hijos para ser beneficiarios de programas educativos pero el abandono de estudios es una desventaja para las madres, estos resultados contrastan con la presente investigación.

4.3. Prevención de depresión postparto

Tabla 6. Percepción de la prevención sobre DPP en relación a Etnia.

Prevención		Mestizo		Indígena		Blanco	
		N	%	N	%	N	%
¿Ha recibido información sobre depresión postparto por el personal de enfermería?	Nunca	98	41,0	110	46,2	2	0,83
	Casi siempre	9	3,76	8	3,34	1	0,41
	Siempre	7	2,92	4	1,6	0	0
¿Ha recibido información y asesoría psicológica sobre depresión postparto?	Nunca	11	4,60	119	49,79	0	0
	Casi siempre	13	5,43	5	2,06	3	0,3
	Siempre	4	1,67	3	1,25	0	0
¿Durante su estancia en el servicio de ginecología recibió información por enfermería sobre depresión postparto?	Nunca	10	4,18	2	0,83	2	0,83
	Casi siempre	5	2,09	1	0,41	1	0,41
	Siempre	7	2,92	0	0	0	0
¿El profesional de enfermería dio información y brindó su apoyo si presenta emociones negativas como tristeza, miedo, intranquilidad o desánimo?	Nunca	8	3,34	3	1,25	3	1,25
	Casi siempre	10	4,18	119	49,79	1	0,41
	Siempre	8	3,34	12	5,02	0	0
¿El profesional de enfermería le preguntó sobre su estado de ánimo antes de dar a luz y después del parto?	Nunca	4	1,67	3	1,25	0	0
	Casi siempre	18	7,53	1	0,41	1	0,41
	Siempre	8	3,45	2	0,83	0	0

Análisis: en referencia a la percepción de prevención de depresión postparto en las madres, en el primer ítem “ha recibido información sobre depresión postparto” se

evidencia que para un porcentaje alto de madres es importante recibir información, contrarrestando el ítem “durante su estancia en el servicio de ginecología recibió información sobre depresión postparto” en el cual de igual manera un alto porcentaje refirió no haber recibido información.

De la misma forma, en la investigación “Bibliometría y Análisis Visual del Estado de Investigación y Tendencias de la Depresión Posparto” por Bai et al (10) pone a juzgar la falta de intervención educativas frente a la depresión en las poblaciones específicamente un grupo vulnerable como son las madres, esto se relaciona con los resultados del estudio y expone la evidencia sobre la falta de intervención en educación en temas de salud mental específicamente depresión postparto para ello pues, la importancia de implementar charlas educativas que favorecerán el conocimiento en las madres e indirectamente en sus familias, para disminuir las consecuencias que la depresión postparto por desconocimiento podría presentarse en esta población.

Tabla 7 Asociación entre la actuación de las madres ante sospecha de depresión postparto según Etnia.

¿Qué opción se acerca más a su criterio para actuar ante la sospecha de tener depresión postparto?						
	Mestizo		Indígena		Afro ecuatoriano	
Acudiría al médico o profesional de salud	46	40,4	33	37,8	1	0,1
Hablaría con una persona de confianza, por ejemplo: pareja, familia o amigos.	25	21,9	67	44,1	0	0
Intentaría descansar y no hacer nada	2	8	43	37,7	2	0,2

Análisis: los resultados muestran que existe una relación en la toma de decisión entre mestizas e indígenas para actuar ante la sospecha de depresión postparto, aunque la etnia

indígena dentro del contexto cultural pues la población indígena específicamente las madres tienden a depender más frecuentemente de la matrona o partera y la ayuda de su familia, y no es raro que las comunidades eviten hablar abiertamente sobre estos problemas en las madres lo que justifica el resultado. Por el contrario, los resultados muestran que las actitudes de mestizos son positivas hacia la búsqueda de ayuda de profesionales médicos.

En la investigación “factores relacionados con la búsqueda de ayuda para la depresión postparto” por Córdoba et al (12), han encontrado que las madres que sufren de DPP son menos propensas a admitir sus síntomas y pedir ayuda por lo que hay mucha culpa y vergüenza en torno a esta condición, lo que dificulta que muchas mujeres hablen al respecto.

De esta manera pues, se argumenta que el miedo a buscar ayuda surge de la noción de sufrir rechazo o discriminación por parte de la sociedad o más aun del profesional en los diferentes contextos culturales.

Tabla 8 Síntomas más referidos según las madres.

¿Ha sufrido en su postparto, algunas de estas alteraciones emocionales que no ha podido explicar?		Mestizo		Indígena		Afro ecuatoriano	
		N	%	N	%	N	%
Me he sentido muy triste..	No, nunca	0	0	43	17,9	0	0
	.Si, bastante a menudo.	46	19,4	2	1,0	1	0,4
	Si, la mayor parte del tiempo	61	35%	74	43,5	2	1,2
He sentido culpa por cosas que han salido mal.	No, nunca	6	3,50	15	8,80	2	1,2
	.Si, bastante a menudo.	54	31,8	70	41,2	1	0,418

	Si, la mayor parte del tiempo	11	9,6	28	11,7	0	0
He perdido el interés y placer en realizar actividades..	No, nunca	3	1,80	16	9,40	2	1,2
	.Si, bastante a menudo.	0	0	4	2,40	1	0,418
	Si, la mayor parte del tiempo	4	2,4	15	8,80	0	0
No quiero estar acompañada por nadie, me siento mejor sola.	No, nunca	98	86	7	6,1	0	0
	.Si, bastante a menudo.	9	7,9	8	6,6	1	0,418
	Si, la mayor parte del tiempo	7	6,1	11	4,6	2	1,2
Me he sentido demasiado cansada.	No, nunca	4	2,40	10	4,18	2	1,2
	.Si, bastante a menudo.	2	1,20	17	7,11	1	0,418
	Si, la mayor parte del tiempo	19	11,2	3	1,80	0	0
Rechazo hacia mi bebe.	No, nunca	98	41,00	6	3,50	2	1,2
	.Si, bastante a menudo.	9	7,9	2	1,20	1	0,418
	Si, la mayor parte del tiempo	7	6,1	4	3,3	0	0
Preocupación extrema con mi bebe.	No, nunca	7	4,10	11	9,6	2	1,2
	.Si, bastante a menudo.	9	7,9	1	0,41	1	0,418
	Si, la mayor parte del tiempo	7	6,1	25	10,6	0	0

Análisis: Los resultados han demostrado presencia de sintomatología de depresión postparto, este hallazgo es sorprendente ya que se encuentra una similitud significativa entre etnias especialmente mestizo e indígena donde el “sentimiento de tristeza” es indicio

de síntomas para depresión postparto, un aporte más a la investigación es la actual pandemia por la que atravesamos en la que se ha evidenciado trastornos depresivos y del estado de ánimo que no se han tratado ni dado importancia.

En el estudio denominado “Efecto de las restricciones sociales, la pérdida de apoyo social y la pérdida de autonomía materna en la depresión postparto en mujeres postparto durante la pandemia COVID-19” por Tsuno (10), refiere que muchas instituciones de salud eliminaron e interrumpieron la asistencia de la pareja al parto, visitas prohibidas de familiares, parientes y amigos durante la estancia en el hospital. Si bien estas medidas pudieron reducir el riesgo de infección en madres, también las exponen al aislamiento y un mayor riesgo de depresión postparto, considero que había pocas oportunidades para que médicos, parteras y enfermeras educaran sobre temas de depresión.

Como investigadora la mejor opción de apoyo es la intervención educativa para eliminar el estigma asociado a la sintomatología de DPP y desarrollar estrategias de comunicación para el idioma kichwa y que las mujeres tengan toda la confianza de referir sus emociones ante el profesional, evitando así que dentro del contexto de pandemia se pierda el acompañamiento y que las madres oculten sus emociones.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

La participación para la presente investigación mayormente la población atendida de mujeres postparto en el servicio de Ginecología del Hospital San Luis de Otavalo, de acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta realizada, se concluye con lo siguiente:

- En cuanto a las características sociodemográficas de las madres postparto del servicio de ginecología se encuentran en edades de 25 a 29 años, se auto identifica como indígena, cuyo nivel de educación es secundaria, mayormente tienen entre 1 – 2 hijos, seguido de que fue referido por las madres postparto haber realizado 1 - 2 controles de embarazo lo cual pone en desventaja para las madres el conocimiento que puede brindar el profesional en temas sobre salud mental y depresión postparto desde sus controles prenatales.
- En cuanto al conocimiento de depresión postparto en las madres postparto del servicio de ginecología, se concluye un alto porcentaje de madres tiene nivel de conocimiento bajo sobre depresión postparto, los síntomas y factores de depresión postparto, lo que limita el reconocimiento de la sintomatología de depresión postparto por parte de las madres, así como también las consecuencias de conocer cuáles son los factores que predisponen a presentar DPP.
- En cuanto a la percepción de la prevención en las madres sobre depresión postparto por parte de enfermería, se observó que toda la población de estudio no recibió información durante su hospitalización, por otro lado, la mayor parte de madres no refirió a ver tenido asesoría psicológica sobre depresión postparto, por otra parte, la actuación de las madres ante sospecha de depresión postparto en su

mayoría mestiza acudiría al médico, al contrario de la población indígena que hablaría con una persona de confianza, por ejemplo: pareja, familia o amigos; en lo que respecta a indicios de síntomas de depresión postparto en las madres, nuestros resultados respaldan la incidencia de depresión postparto donde el síntoma con mayor porcentaje fue “sentimientos de tristeza”, si realizó cribado rápido de síntomas para depresión postparto.

- Por último, una vez analizado los resultados de la investigación, se concluye con la socialización de la infografía español-kichwa para las madres del servicio de ginecología la cual se dio uso como intervención educativa contribuyendo así a la comunicación efectiva enfermera – paciente.

5.2. Recomendaciones

A las madres

- Reforzar sus conocimientos sobre depresión postparto, y acudir al profesional de salud o las instituciones cerca de su domicilio para recibir asesoría sobre síntomas de depresión postparto y así lograr una actuación temprana y adecuada para recibir ayuda.

Ministerio de Salud Pública:

- Una vez analizada la presente investigación se recomienda al Ministerio de Salud Pública sensibilizar a los profesionales de enfermería sobre depresión postparto, así como también, se sugiere se fortalezca la aplicación de rutina del tamizaje para la depresión postparto en todas las madres gestantes.

-

Hospital San Luis de Otavalo:

- Se recomienda al personal de enfermería del hospital San Luis de Otavalo, incrementar la educación en prevención sobre depresión postparto, desarrollando estrategias de comunicación en idioma kichwa para la comunidad indígena a quienes se dificulta la comunicación enfermera-paciente.

- Un aporte de la presente investigación es publicar la infografía español- kichwa en el servicio de ginecología del hospital San Luis de Otavalo participando con la comunicación efectiva y permanente educativa a través de una infografía elaborada por el autor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salud OMD La. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organ Mund la salud [Internet]. 2020;54. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
2. Cruces H De. Depresión posparto : Importancia de la actuación de la matrona . A propósito de un caso. 2021;5(4):38-46.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Pensamiento saludable [Internet]. Organizaci. Washington DC; 2015. 7 of 180. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28417/9789275318997_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Barrera AZ, Nichols AD. Depression help-seeking attitudes and behaviors among an internet-based sample of Spanish-speaking perinatal women. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 2015;37(3):148-53.
5. Jordana GB. Trastornos del estado de ánimo. Farm Hosp. 2022;20(195):18-24.
6. Reid HE, Pratt D, Edge D, Wittkowski A. Maternal Suicide Ideation and Behaviour During Pregnancy and the First Postpartum Year: A Systematic Review of Psychological and Psychosocial Risk Factors. Front Psychiatry [Internet]. 24 de marzo de 2022 [citado 4 de mayo de 2022];13. Disponible en: </pmc/articles/PMC8987004/>
7. Martinez NG, Martinez NG, Cristina J, Guanoluisa M, Jesús F De, Sánchez C, et al. Prevencion de la depresion posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital General Ambato. 2019;4:6.
8. Espinoza M. Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en madres que acuden al Centro de Salud N° 1 Ibarra, 2017. 2018;86. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8251%0Ahttp://repositorio.utn.edu>

u.ec/bitstream/123456789/8251/1/06 ENF 961 TRABAJO DE GRADO.pdf

9. Colta Camuendo MA, Mena Cisneros NC. Implementación de la estrategia de pensamiento saludable en mujeres del Centro de Salud Anidado Otavalo diagnosticadas de depresión perinatal leve en el periodo enero 2019 – marzo 2019. 19 de septiembre de 2019 [citado 31 de mayo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/16885>
10. Sammut S, Lopez-Munoz F, Helena De Aguiar Pereira Pestana ME, Wai Kan Yeung A, Zhang D, Analysis V, et al. Bibliometrics and Visual Analysis of the Research Status and Trends of Postpartum Depression From 2000 to 2020. *Front Psychol* | www.frontiersin.org [Internet]. 2021;1:665181. Disponible en: www.frontiersin.org
11. Castro Lizbeth NP. Programa educativo para disminuir el trastorno depresivo en el post parto en madres primerizas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital general Ambato [Internet]. Repositorio institucional UNIANDES. 2019. p. 97. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/9327>
12. Manso-Córdoba S, Pickering S, Ortega MA, Asúnsolo Á, Romero D. Factores relacionados con la búsqueda de ayuda para la depresión posparto: un análisis secundario de los datos PRAMS de la ciudad de Nueva York. *Int J Environ Res Public Health*. 2 de diciembre de 2020;17(24):1-13.
13. Vallecampo A. Relación entre riesgo y factores asociados a depresión posparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. 2021;14:12-24.
14. Tsuno K, Okawa S, Matsushima M, Nishi D, Arakawa Y, Tabuchi T. The effect of social restrictions, loss of social support, and loss of maternal autonomy on postpartum depression in 1 to 12-months postpartum women during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. junio de 2022;307:206-14.
15. Gressier F, Guillard V, Cazas O, Falissard B, Glangeaud-Freudenthal NMC, Sutter-

- Dallay AL. Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *J Psychiatr Res.* 2017;84:284-91.
16. La Hora Noticias de Ecuador, sus provincias y el mundo [Internet]. [citado 29 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://lahora.com.ec/noticia/794079/midiendo-la-presic3b3n-del-san-luis#>
 17. San H, Otavalo L De. Hospital San Luis de Otavalo. 2016; Disponible en: <http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/index.php/hospital/mision-y-vision>
 18. Duran MM-. SALUD MENTAL PERINATAL [Internet]. *Salud Ment.* 525 Twenty - third Street, N.W. Washington, D.C.: Organizacion Panamericana de la Salud; 2011. 285 p. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 19. Lizarbe SV. La depresión Postparto. Universidad Publica de Navarra; 2015.
 20. Marcos Nájera, Rosa - Olivares Crespo, María Eugenia - Rodríguez Muñoz M de la F. E Libro [Internet]. 2021. 2021 [citado 31 de mayo de 2021]. p. 26. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/utnorte/173511>
 21. Masías Salinas MA, Arias Gallegos WL. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Rev Medica Hered.* 2019;29(4):226.
 22. Adulto. G de trabajo de la G de practica clinica sobre el manejo de la depresion en el. Guia de Practica clinica sobre el manejo de la depresion en el adulto. Agencia de Evaluacion de tecnologia sanitarias de Galicia, avala-t. Conselleria de sanidade Ministerio de Sanidad SS e igualdad., editor. Vol. 61, Ministerio de Sanidad, Servicio sociales e integrales. Galicia - avalia; 2014. 117-119 p.
 23. Ecuador M de salud pública del. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Vol. 148. Quito, Ecuador; 2017.
 24. Lorda DS. Depresión posparto e trastorno de estrés postraumático. Axencia de

- conecemento en sude (ACIS). 2017;60.
25. Camps MM. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. Atención y actuación enfermería frente a la depresión postparto. 2017;2(1):57-85.
 26. Lucia GAS. ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2009;38(2):316-24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615421008.pdf>
 27. Causas y Factores de Riesgo de la Depresión Posparto | Hospital Clínic Barcelona [Internet]. Clinic Barcelona Hospital Universitario. 2019 [citado 5 de junio de 2021]. p. 2. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresion-posparto/causas>
 28. Sociedad Marce Española (MARES). ¿Puede el dolor agudo poscesárea aumentar el riesgo a desarrollar depresión posnatal? Julio. 2020;
 29. Rodriguez M de la F, Najera MRM, Eugenia MO, Mendez NI, Soto C. Protocolo de cribado e intervención de la depresión perinatal (CID-P) - RODRÍGUEZ MUÑOZ M^a Fe - Google Libros [Internet]. 2021 [citado 27 de julio de 2021]. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=Fd4WEAAAQBAJ&pg=PA9&lpg=PA9&dq=Diferentes+instituciones+internacionales+han+reconocido+la+trascendencia+de+realizar+evaluaciones+de+la+población+en+este+periodo.+En+este+sentido,+el+Colegio+Americano+de+Obstetras+y+Gin>
 30. Perez LB. Analisis de escalas diagnosticas para la identificacion del postparto blues [Internet]. Universidad del Pias Vasco; 2016. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/20705/TFG-VF_LierniBazako.pdf?sequence=2
 31. Al-Halabí S, García-Haro J, de la Fe Rodríguez-Muñoz M, Fonseca-Pedrero E.

Conducta suicidad y periodo perinatal: entre el tabu y la incompreension. Papeles del Psicol. 2021;42(3):161-9.

32. Marcos-Nájera R, Rodríguez-Muñoz M de la F, Izquierdo-Mendez N, Olivares-Crespo ME, Soto C. Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. Clin y Salud. 1 de julio de 2017;28(2):49-52.
33. Olhaberry Huber M, Romero Jiménez M, Miranda Largo Á. Depresión materna perinatal y vínculo materno-infantil: implicaciones clínicas. Summa Psicológica UST [Internet]. 2015;12(1):77-87. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5147360&info=resumen&idioma=ENG>
34. Rodríguez-Muñoz M de la F, Olivares ME, Izquierdo N, Soto C, Huynh-Nhu L. Prevención de la depresión perinatal [Internet]. Vol. 27, Clinica y Salud. Elsevier Doyma; 2016 [citado 2 de junio de 2021]. p. 97-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.10.001>
35. Jadresic M. E. Depresión Posparto En El Contexto Del Hospital General. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017;28(6):874-80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.10.007>
36. Varo IS-V. Impact of a nursing intervention on pregnant women as a preventive tool for postpartum depression [Spanish]. Nure Investig [Internet]. 2012;1-17. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011687815&site=ehost-live>
37. Vásquez Munive M, Romero Cárdenas A, Rivas Castro A. motivaciones de la LM en madres. Julio - Diciembre [Internet]. 2012;9(Numero 2):8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156306002>
38. Dois C. A, Lucchini R. C, Villarroel D. L, Uribe T. C. Efecto del contacto piel con

- piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. Revista chilena de pediatría [Internet]. junio de 2013 [citado 20 de marzo de 2021];285-92. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062013000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
39. Barbosa MAR da S, Ângelo M. Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia. *Enfermería Glob.* 2016;15(2):232-302.
 40. Medidas preventivas en la depresión postparto – Zona Hospitalaria [Internet]. [citado 20 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://zonahospitalaria.com/medidas-preventivas-en-la-depresion-postparto/>
 41. Ana AD. La Depresión Postparto como problema de salud en la mujer. 2015. Universidad de Jaen; 2015.
 42. Quilambaqui JP, Salgado LR, Herrera AV. ESTUDIO DEL CUIDADO MATERNO Y. 2022;43(3):340-8.
 43. Raile M, Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería. Español de. Alligood MR, Tomey AM, editores. Modelos y teorías en enfermería. España,S.I..Travessera de Gracia,17-21: Elsevier; 2011. 742-809 p.
 44. Aristizabal HP, Blanco RM, Sanchez RA. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Eneo-Unam.* 2011;8(4):8.
 45. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto Nacional de Educación en Enfermería y Obstetricia. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) - Nursing care process. *Rev Salud Pública Paraguay [Internet].* 2013;3(1):41-8. Disponible en: <http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/viewFile/24/10>
 46. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería y seguridad [Internet]. 2011. 1-2 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51547>

47. Cardiology I. Propuesta de acciones independientes de enfermería para la atención del paciente en el Servicio de Cardiología Intervencionista. 2015;7(2):154-7.
48. OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [Internet]. Organizaci. Organización Mundial de la Salud. Washiington,D.C; 2018. 210 p. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1%0Ahttps://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>
49. ASAMBLEA NACIONAL. Constitución del Ecuador. En: Registro Oficial [Internet]. 2008. p. 67. Disponible en: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
50. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley organica de salud. En: Plataforma Profesional de Investigacion Jurídica. 2015. p. 13.
51. Ley de Maternidad Gratuita y Atencion a la Infancia. Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. En: Journal of Chemical Information and Modeling. 2018. p. 1689-99.
52. Secretaria Nacional de planificación. Plan de creacion de oportunidades 2021 - 2025 [Internet]. 2021. p. 122. Disponible en: file:///C:/Users/hp_/Desktop/plan_nacional_de_desarrollo.pdf
53. Kong H. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013;1-9.
54. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del Cie para la Profesión de Enfermería. 2005;1-12. Disponible en: <http://castellon.san.gva.es/documents/4434516/5188103/Codigo+Deontologico+CIE.pdf>
55. Collado FC, Baptista PL. Metodologia de la investigacion [Internet]. Sexta. Collado CF, Baptista PL, editores. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta->

- edicion.compressed.pdf: INTERAMERICANA EDITORES SADCV; 2014. 634 p.
Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
56. Franco CAHPOCSOGF. Metodología de la investigación jurídica. PrimeraEdi. Derecho TC del, editor. Bogota D.C. - Colombia; 2017. 222-712 p.
 57. Guadalupe G, Concepcion G. Metodologia de la investigacion [Internet]. Serie integral por competencias. 2014 [citado 29 de mayo de 2021]. p. 117. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/utnorte/40363>
 58. Investigación de Campo | QuestionPro [Internet]. 2015 [citado 29 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/es/investigacion-de-campo.html>
 59. Centro Latinomaricano de Demografía. Composicion de la poblacion segun características demograficas y sociales. 2015;53(9):1689-99.
 60. Neill D, Cortez L. Procesos y Fundamentos de la Investigacion. J Chem Inf Model [Internet]. 2017;53(9):1689-99. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12498/1/Procesos-y-FundamentosDeLainvestiagcionCientifica.pdf>
 61. Doctor UBA, Magíster S. La atención de la salud [Internet]. Salvador; 2017. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/146>

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento utilizado en la investigación.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.

Reciba un cordial saludo, la presente encuesta va dirigido a usted con fines académicos y de investigación con el **tema** "Depresión postparto, conocimientos y prevención en el servicio de ginecología del hospital San Luis de Otavalo, 2021" como requisito previo a la obtención del título de licenciada en enfermería.

El objetivo de la presente investigación es: “Determinar el nivel de conocimiento sobre depresión postparto, en las madres postparto del servicio de ginecología del hospital San Luis de Otavalo, 2021”.

Investigadora: Cinthya Denisse Almeida Rogel. Estudiante de la carrera de enfermería UTN.

Yo, autorizo mi participación, ejerciendo mi libre poder de elección y voluntariedad expresa, por este medio, doy mi consentimiento para participar en esta investigación.

ACEPTO	<input type="checkbox"/>
NO ACEPTO	<input type="checkbox"/>

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad

- 14 años a 17 años ()
18 años a 24 años ()
25 años a 29 años ()
30 años a 35 años ()

36 años o más ()

2. Etnia

Mestizo ()

Indígena ()

Blanco ()

Afro ecuatoriano ()

3. Lugar donde vive

Urbana ()

Rural ()

4. Educación

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

Ninguna ()

5. Número de hijos

1 o 2 ()

3 o 4 ()

4 o más ()

6. Número de controles de embarazo

Ninguno ()

1 o 2 ()

3 o 4 ()

4 o más ()

II. PREGUNTAS SOBRE CONOCIMIENTO

ITEM	Muy de acuerdo	Mediam ente de acuerdo	En desacuerdo
	3	2	1
La depresión postparto es un sentimiento de tristeza.			
La depresión postparto es un problema médico que requiere asesoría psicológica.			
La depresión postparto es un problema que aparecen en todas las mujeres.			
7. ¿Cómo se expresa lo que siente la madre con depresión postparto (síntomas)?			
No poder dormir o dormir demasiado.			
Sentir miedo			
Estar intranquila			
Tener falta de concentración.			
Dificultad para recordar cosas, escribir o encontrar palabras.			
Sentir culpa y vergüenza.			
Tener pensamientos de querer hacerse daño.			
8. ¿Cuáles son los signos de alarma de la depresión postparto?			
Sentir que quiere llorar todo el tiempo.			
Tener mucha preocupación.			
Tener mal humor y estar enojada.			
Alejarse de familia y amigos.			
Descuidar el cuidado del bebe.			
Sentir dolores de cabeza, estómago fuertes.			

9. ¿ Cuáles son los factores de riesgo para depresión postparto?			
Tener depresión en el embarazo.			
No tener apoyo de la familia, pareja o amigos.			
Vivir eventos de violencia intrafamiliar en el hogar.			
Tener adicción al alcohol, drogas o medicamentos.			

III. PREGUNTAS SOBRE PREVENCIÓN

ITEM	Siempre	Casi siempre	Nunca
	3	2	1
1. ¿Ha recibido información sobre depresión postparto por el personal de enfermería?			
2. ¿Ha recibido información y asesoría psicológica sobre depresión postparto?			
3. Durante su estancia en el servicio de ginecología recibió información por enfermería sobre depresión postparto?			
4. ¿ Se le permitió estar acompañada por un familiar en su estancia en el servicio de ginecología?			
5. Ha recibido información de depresión postparto por padres, pareja o amigos.			
6. Ha consultado información sobre depresión postparto a un profesional.			

10. ¿Qué opción se acerca más a su criterio para actuar ante la sospecha de tener depresión postparto?

Acudiría al médico o profesional de salud. ()

Hablaría con una persona de confianza, por ejemplo: pareja, familia ()

o amigos.

Intentaría descansar y no hacer nada. ()

11. ¿Ha sufrido en su postparto, algunas de estas alteraciones emocionales que no ha podido explicar?

ITEM	No, nunca	Si, bastante a menudo	Si, la mayor parte del tiempo.
	3	2	1
Sentimientos de tristeza.			
He sentido culpa por cosas que han salido mal.			
He perdido de interés y placer en realizar actividades.			
He tenido ideas de querer hacerme daño o ser violenta.			
No he podido dormir o quiero dormir demasiado.			
No he tenido ganas de comer y darle el seno a mi bebe.			
He tenido rechazo hacia mi bebe.			
He tenido mucha preocupación hacia mi bebe.			

Anexo 2. Autorización para aplicación de instrumento en el HSLO.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN C 02-CONEA-2010-129-DC
RESOLUCIÓN Nº 00'-073 CEAACES - 2013 - 13
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

Ibarra, 02 de julio de 2021
Oficio 761-D-FCS-UTN

Doctor
Juan Carlos Echeverría
GERENTE DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO
Presente

De mi consideración:

Reciba un afectuoso y cordial saludo de la Facultad de Ciencias de la Salud, a la vez que deseo éxitos en sus funciones.

Por medio de la presente, me permito solicitar comedidamente su autorización para que la señorita estudiante, **Almeida Rogel Cinthya Denisse**, de la Carrera de Enfermería; pueda aplicar la encuesta en el servicio de Ginecología para la recolección de información en dicho establecimiento, de la tesis de trabajo de grado con el tema: **"Depresión postparto, conocimientos y prevención en el servicio de ginecología del hospital San Luis de Otavalo, 2021"**, como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

La información que se solicita será eminentemente con fines académicos y de investigación por lo que se mantendrá los principios de confidencialidad y anonimato en el manejo de la información.

Por la atención brindada, le agradezco.

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO



MSc. Rocío Castillo
DECANA – FCSS-UTN
Correo: decanatosalud@utn.edu.ec

Anexo 3. Oficios para validación de instrumento de investigación

Anexo 1



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Ibarra, 2 de julio del 2021

Lcdo. Edison Felipe Usiña Chulde

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Presente

Reciba un cordial saludo, el motivo de la presente es para solicitar su ayuda en la validación del instrumento, que se aplicaran en el desarrollo de la investigación: ***“Depresión Postparto, conocimientos y prevención en el servicio de ginecología del hospital San Luis de Otavalo, 2021”*** De la Srta. Investigadora Cinthya Denisse Almeida Rogel, estudiante de octavo semestre de la Carrera de Enfermería.

Estos instrumentos responden a los siguientes objetivos:

- ◆ Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
- ◆ Analizar los conocimientos sobre depresión postparto en las pacientes del servicio de ginecología en el hospital san Luis de Otavalo.
- ◆ Describir el proceso de atención de enfermería en la atención de pacientes postparto del servicio de ginecología del hospital san Luis de Otavalo.

Por la favorable atención y aporte brindado reitero mi consideración y gratitud.

Atentamente

Autor: Srta. Cinthya Denisse Almeida Rogel

Correo: cdalmeidarutn.edu.ec

Msc. Geovanna Altamirano

DOCENTE TUTORA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA: "DEPRESIÓN POSTPARTO, CONOCIMIENTOS Y PREVENCIÓN EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, 2021"

FORMULARIO VALIDACIÓN DE EXPERTOS: INSTRUMENTO – ENCUESTA			
CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
El instrumento recoge observación que permite dar respuesta al problema de investigación	/		
El instrumento propuesto responde al objetivo de estudio	/		
La estructura del instrumento es adecuado	/		
Los ítems son claros y entendibles	/		

Sugerencias:

Ledo. Edison Usiña

C.I: 0401134256

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Edison Usiña
Licenciado - Enfermería
L: 10 F: 153 Nro. 456

Firma y sello



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Ibarra, 2 de julio del 2021

Dr. Espinosa Marroquín Hugo Marcelo

MÉDICO GENERAL

Presente

Reciba un cordial saludo, el motivo de la presente es para solicitar su ayuda en la validación del instrumento, que se aplicaran en el desarrollo de la investigación: ***“Depresión Postparto, conocimientos y prevención en el servicio de ginecología del hospital San Luis de Otavalo, 2021”*** De la Srta. Investigadora Cinthya Denisse Almeida Rogel, estudiante de octavo semestre de la Carrera de Enfermería.

Estos instrumentos responden a los siguientes objetivos:

- ◆ Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
- ◆ Analizar los conocimientos sobre depresión postparto en las pacientes del servicio de ginecología en el hospital san Luis de Otavalo.
- ◆ Describir el proceso de atención de enfermería en la atención de pacientes postparto del servicio de ginecología del hospital san Luis de Otavalo.

Por la favorable atención y aporte brindado reitero mi consideración y gratitud.

Atentamente

Autor: Srta. Cinthya Denisse Almeida Rogel

Correo: cdalmeidarutn.edu.ec

Msc. Geovanna Altamirano

DOCENTE TUTORA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

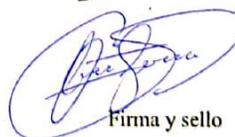
TEMA: "DEPRESIÓN POSTPARTO, CONOCIMIENTOS Y PREVENCIÓN EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, 2021"

FORMULARIO VALIDACIÓN DE EXPERTOS: INSTRUMENTO – ENCUESTA			
CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
El instrumento recoge observación que permite dar respuesta al problema de investigación	/		
El instrumento propuesto responde al objetivo de estudio	/		
La estructura del instrumento es adecuado	/		
Los ítems son claros y entendibles	/		

Sugerencias:

Dr. Omar Guevara
C.I: 1002174868

Dr. Omar Guevara
GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
Libro 4 "E" Folio 29 N°86



Firma y sello



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Ibarra, 2 de julio del 2021

Dr. Washington Omar Guevara Pérez

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Presente

Reciba un cordial saludo, el motivo de la presente es para solicitar su ayuda en la validación del instrumento, que se aplicaran en el desarrollo de la investigación: ***“Depresión Postparto, conocimientos y prevención en el servicio de ginecología del hospital San Luis de Otavalo, 2021”*** De la Srta. Investigadora Cinthya Denisse Almeida Rogel, estudiante de octavo semestre de la Carrera de Enfermería.

Estos instrumentos responden a los siguientes objetivos:

- ♦ Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
- ♦ Analizar los conocimientos sobre depresión postparto en las pacientes del servicio de ginecología en el hospital san Luis de Otavalo.
- ♦ Describir el proceso de atención de enfermería en la atención de pacientes postparto del servicio de ginecología del hospital san Luis de Otavalo.

Por la favorable atención y aporte brindado reitero mi consideración y gratitud.

Atentamente

Autor: Srta. Cinthya Denisse Almeida Rogel

Correo: cdalmeidarutn.edu.ec

Msc. Geovanna Altamirano

DOCENTE TUTORA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA: "DEPRESIÓN POSTPARTO, CONOCIMIENTOS Y PREVENCIÓN EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, 2021"

FORMULARIO VALIDACIÓN DE EXPERTOS: INSTRUMENTO – ENCUESTA

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
El instrumento recoge observación que permite dar respuesta al problema de investigación	X		ES COMPLETO. TIENE TODAS LAS VARIABLES.
El instrumento propuesto responde al objetivo de estudio	X		
La estructura del instrumento es adecuado	X		CONTIENE LAS VARIABLES.
Los ítems son claros y entendibles	X		

Sugerencias: *NINGUNA.*

Dr. Espinosa Marcelo

C.I: 1001046984



Firma y sello

Anexo 4. Archivos fotográficos



Hospital San Luis de Otavalo



Explicación previa de la encuesta a realizar.



Socialización de la investigación a las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del hospital San Luis de Otavalo



Paciente postparto realizando la encuesta sobre conocimiento de depresión postparto. HSLO

Anexo 5: Propuesta infografía idioma español – kichwa



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO

" NO MINIMICES TUS EMOCIONES" ("AMA UCHILLAYACHIC KIKIMBA MUNAYKUNATA")

DEPRESIÓN POSTPARTO

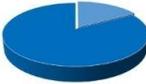
(WACHASHKA KIPA - LLAKILLA YUYAY UNKUY)

¿Qué es?
¿Imata kan?

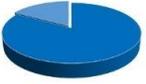
La depresión posparto es una enfermedad frecuente que puede comenzar justo después del nacimiento del bebé o hasta un año más tarde. La depresión posparto puede dificultar la realización de las tareas cotidianas, el cuidado personal o el cuidado del bebé. (Wachashka khipa - Llakilla Yuyay Unkuy, shuk Unkuymi kan, kaymi kallarin wawa wacharishka khipa, manakashpaka wawa wacharishamanta shuk wata khipa. Kay Wachashka khipa - Llakilla Yuyay Unkuymi, ñukanchipak punchak punchak rurankutami mana paktachita ushayta shinan, shinallata ñukanchitapash wawatapash na wakaychishpa allychirya ushayta charinchichuk).

1 de cada 10 mujeres sufren de depresión
(Chunka (10) Warmimantaka, shuk (1) warmimi urmarink kay Wachashka khipa - Llakilla Yuyaywankan).

33 % sufren alguna forma de depresión durante el embarazo
(Kimsa Chunga kimsa (33%)
Achika warmikunami chichukashpallatami urmarin kay Llakilla Yuyay Unkuymwan).



Menos del 20% busca ayuda
(Ishkay Chunga (20%)
Ashalla Warmimi yanapaykunata mascarin).



¿Que lo puede causar?
¿Imashpata kay rikurimun?

- Antecedente depresión**
(Washa Unkuy Llakilla Yuyay)
- No tener apoyo**
(Mana pipash yanapanata charishpa)
- Sentimientos de tristeza**
(Llakilla Yuyaykuna)
- Perdida del interés o placer**
(Ñukanchipak munaykuna chingarin)
- Violencia intrafamiliar**
(Ayllukunawan llakipi kawsahpa)
- Adicción a sustancias**
(Mana ally mikunakuta mikupki, manakashpaka na ally yacucunata uphyakpi)
- Ideas suicidas**
Wañunkashna Yarínck
- No poder dormir/querer dormir demasado**
(Na puñuyta usharin, shinallata yapalla na puñuyta usharin)
- Disminución o pérdida del apetito**
(Mikunakunata na munan manakashpaka ashallakutalla mikurin)

¿ QUE DEBO HACER?
¿IMATA SHINAYTA USHANY?

Reconozca los síntomas de depresión posparto y hable con el personal de salud si estos ocurren todos los días, durante al menos 2 semanas. (Riksina allyguta imashinami rikurimukta kay wachashka khipa - llakilla yuyay unkuy jawa, shaymantaka jampina wasiman rina, jampik mashiwan rimay , kay llakiunkuyacunata tukuy punshlla rikujushpaka manakashpaka ishka simanattalash mana yalikpi).

Si está planeando otro futuro embarazo y tiene un historial de depresión posparto, hable con su médico, pídale a su familia y amigos que le brinden apoyo. (Kutishuk wawata sharinata yuyakushpa, kay Llakilla Yuyay Unkuymta pundalla charishpaka, rimanamikanki kikimba jampik mashiwan, shinallata mañanakanki yanapaykunata kikimpa ayllukunata).

Acuda a una sala de emergencias o llame al 911 si presenta alguno de los síntomas que se enumeran en la parte superior a la derecha durante más de un par de semanas, si estos empeoran o si dificultan la realización de las tareas cotidianas. (Jambik wasima kimirina manakashpaka kayana kay 911 yupaykunaman, imapash mana ally yuyaykuna shamukpika, imashami kay jawanipi ricuchircanchi, ashtawankari ishka simanata kay llakikunawan yalijushpa, shinallata asthawan tukushpa, na imata ruraykunata ushajushpa).

Autora:
IRE Cinthya Almeida
Docente:
Msc. Geovanna Altamirano
UTN 2021
Traducido al idioma kichwa:
Ing. Ana Cecilia de la Cruz

Anexo 6: Análisis de Urkund



Document Information

Analyzed document	Almeida Rogel Cinthya Denisse Tesis de grado[2305843009215972977].docx (D133880854)
Submitted	2022-04-18T19:42:00.0000000
Submitted by	ALTAMIRANO ZABALA GEOVANNA NARCIZA DE JESUS
Submitter email	gnaltamirano@utn.edu.ec
Similarity	9%
Analysis address	gnaltamirano.utn@analysis.arkund.com

Sources included in the report

SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / J_YACELGA_TRABAJO DE TITULACIÓN FINAL CORRE.docx Document J_YACELGA_TRABAJO DE TITULACIÓN FINAL CORRE.docx (D108734649) Submitted by: jnyacelgaa@utn.edu.ec Receiver: mxtapia.utn@analysis.arkund.com		1
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / Yacelga_ Almeida_ Jessica.pdf Document Yacelga_ Almeida_ Jessica.pdf (D77792840) Submitted by: dejaramillo@utn.edu.ec Receiver: dejaramillo.utn@analysis.arkund.com		7
W	URL: https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23448/depresion_postparto_saioavalencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y Fetched: 2020-03-24T23:22:50.4270000		5
SA	TESIS - MORA Y SANCHEZ.docx Document TESIS - MORA Y SANCHEZ.docx (D112457940)		1
W	URL: https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/download/50/38/ Fetched: 2022-04-18T19:43:24.7030000		1
SA	DEPRESION POST PARTO (informe final).docx Document DEPRESION POST PARTO (informe final).docx (D14834627)		1
SA	TESIS revisión parcial BT Naty y Amalia.docx Document TESIS revisión parcial BT Naty y Amalia.docx (D55303254)		1
W	URL: https://rmao.ca/sites/rmao-ca/files/Intervenciones_para_la_depresion_posparto.pdf Fetched: 2019-10-11T02:24:47.8870000		2
SA	CULMINADO PROYECTO DE DEPRESIÃ-N POSTPARTO..docx Document CULMINADO PROYECTO DE DEPRESIÃ-N POSTPARTO..docx (D113200761)		2
SA	TORRES SANTANDER KAROL JAZMIN URKUND.docx Document TORRES SANTANDER KAROL JAZMIN URKUND.docx (D80336858)		2

Anexo 7. Aprobación Abstract



ABSTRACT

Postpartum depression, knowledge, and prevention in the gynecology service of the hospital San Luis de Otavalo, 2021.

Author: Cinthya Denisse Almeida Rogel

cdalmeidar@tn.edu.ec

Postpartum depression is genuine, according to scientific data, there are evidentiary gaps in meeting the criteria for a depressive disorder. In addition, a lack of knowledge stops women from knowing how postpartum mood disorders work and how experts can assist the population. Objective: To determine the knowledge and prevention of postpartum depression in the gynecology service at the San Luis de Otavalo hospital. Methodology: this was a quantitative, non-experimental, cross-sectional, descriptive, field study; a questionnaire created by the researcher and validated by a committee of experts was used as an instrument for data collection; a sample of 239 postpartum women was taken for its application. Results: The study population was constituted in an age range of 25 -29 years, with a predominance of indigenous ethnicity, secondary education level, number of children between 1 - 2, pregnancy controls 2 -3. Lack of knowledge about postpartum depression was found with 97.5% in the entire population studied, as well as the lack of prevention by nurses on the subject of postpartum depression referred by the mothers who were hospitalized in the gynecology service, emphasizing the disadvantage of the Kichwa language of the population. Conclusion: the lack of knowledge about postpartum depression was manifested in very high percentages in the study population. Recommendation: nursing professionals should strengthen educational strategies for the prevention of postpartum depression and develop Kichwa communication strategies for the indigenous population.

Keywords: Postpartum Depression (PPD), Diagnostic and Statistical Manual of Disorders Mental (DMS-5), International Code of Diseases (ICD).

Reviewed by Víctor Raúl Rodríguez Viteri

Juan de Velasco 2-39 entre Salinas y Juan Montalvo
062 997-800 ext. 7351 - 7354
Ibarra - Ecuador

gerencia@lauemprende.com
www.lauemprende.com
Código Postal: 100150