



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

## **FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

### **CARRERA DE ENFERMERÍA**

#### **TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**TEMA:** Caracterización de depresión posparto en mujeres que asisten al servicio de Ginecología del Hospital Luis Gabriel Dávila 2017.

**AUTOR:** Pupiales Jiménez Andrea Carolina

**DIRECTORA DE TESIS:** Msc. López Aguilar Eva Consuelo

**Ibarra 2017**

## PÁGINAS DE APROBACIÓN

### CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR

Yo, Eva Consuelo López Aguilar en calidad de director de la tesis titulada: Caracterización de depresión posparto en mujeres que asisten al servicio de Ginecología del Hospital Luis Gabriel Dávila 2017, de autoría de Andrea Carolina Pupiales Jiménez. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que esta apta para su defensa y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Ibarra, septiembre 2017



Atentamente

C.I 1002251534

DATOS DE CONTACTO			
IDENTIFICACION:	1003689300		
IDENTIDAD:			
APELLIDOS Y NOMBRES:	Pupiales Jimenez Andrea Carolina		
DIRECCION:	Ibarra, antigua Vía a Otcoqui 30-20 y Tungurahua		
EMAIL:	ar_pupiales25@hotmail.com		
TELÉFONO:	062609038	TELÉFONO MÓVIL:	0994515333
LLUGAR:			



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

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

##### 1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	1003689500		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Pupiales Jiménez Andrea Carolina		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Ibarra: antigua vía a Urcuquí 30-20 y Tungurahua		
<b>EMAIL:</b>	<a href="mailto:ac_pupiales94@hotmail.com">ac_pupiales94@hotmail.com</a>		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	062609038	<b>TELÉFONO MÓVIL</b>	0994815333

<b>DATOS DE LA OBRA</b>	
<b>TÍTULO:</b>	Caracterización de depresión posparto en mujeres que asisten al servicio de Ginecología del Hospital Luis Gabriel Dávila 2017.
<b>AUTORA:</b>	Andrea Carolina Pupiales Jiménez
<b>FECHA:</b> <b>AAAAMMDD</b>	Septiembre- 2017
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA</b>	LICENCIATURA EN ENFERMERIA
<b>ASESOR O DIRECTOR</b>	Msc. Eva Consuelo López Aguilar

## 2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Andrea Carolina Pupiales Jiménez, con cédula de ciudadanía Nro. 1003689500 en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el repositorio digital institucional y uso del archivo digital en la biblioteca de la universidad con fines académicos para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la ley de educación superior artículo 144.

### 3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente es original y se la desarrolló sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es titular de los derechos patrimoniales por lo que asume la responsabilidad del contenido de la misma y saldrá en defensa de la universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, septiembre 2017

**AUTORA:**

Firma.....

Pupiales Jiménez Andrea Carolina

C.C. 1003689500

**Facultado por resolución de Consejo Universitario.**

**DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

Yo, Andrea Carolina Pupiales Jiménez, con cédula de identidad Nro. 1003689500 manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominado Caracterización de depresión posparto en mujeres que asisten al servicio de Ginecología del Hospital Luis Gabriel Dávila 2017, que ha sido desarrollado para optar por el título: de Licenciada de Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Firma.....  .....

Pupiales Jiménez Andrea Carolina

C.C. 1003689500

Ibarra, septiembre 2017

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra, septiembre de 2017

Pupiales Jiménez Andrea Carolina, Caracterización de depresión posparto en mujeres que asisten al servicio de Ginecología del Hospital Luis Gabriel Dávila 2017/ TRABAJO DE GRADO. Licenciado en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, Septiembre de 2017. 85 pp. 4anexos.

**DIRECTORA:** Msc. Eva Consuelo López Aguilar.

Describir socio demográficamente a la población estudio. Verificar mediante la aplicación del test de Edimburgo la depresión posparto. Determinar las causas del cuadro depresivo en mujeres posparto. Apoyar a disminuir la depresión posparto mediante el diseño de una guía de orientación.

En la ciudad de Ibarra, a los 11 días del mes de Septiembre de 2017



Msc. Eva Consuelo López Aguilar  
Directora de Tesis



Pupiales Jiménez Andrea Carolina  
Autor

## DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado primeramente a Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi Madre

Gladys Jiménez, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaste. Mamá gracias por ser el pilar más importante en toda mi educación tanto académica, como de la vida, todo esto te lo debo a ti.

A mi Padre

Wilson Pupiales, que a pesar de nuestra distancia física, estás conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí.

A mis Hermanos

Mis hermanos, María Belén por siempre estar presente, acompañándome para poderme realizar y ser mi motivación para seguir adelante. Álvaro David que desde el cielo me guías y me haces sentir segura siempre, los quiero mucho.

Familia y Amigos

Quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo el apoyo en todo momento.

Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentó sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ello que soy lo que soy ahora

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos. UN DIOS LES PAGUE.

*Andrea Carolina Pupiales Jiménez*

## AGRADECIMIENTO

Mi gratitud, principalmente está dirigida al Dios Todopoderoso por haberme dado la existencia y permitido llegar al final de este camino.

Debo agradecer de manera especial y sincera a los docentes por aceptarme la realización de esta tesis bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigadora. Les agradezco también el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis.

A mi casa de estudios por haberme dado la oportunidad de ingresar al sistema de educación y cumplir este gran sueño.

Y, por supuesto, el agradecimiento más profundo y sentido va para mi familia. Sin su apoyo, colaboración e inspiración habría sido imposible llevar a cabo esta dura tarea. A mis padres, Gladys y Wilson, por su ejemplo de lucha y honestidad; a mi hermana María Belén por su tenacidad y superación; a mi hermano Álvaro por ser un ejemplo de valentía, capacidad y superación...por ellos y para ellos.

A todas y todos quienes de una u otra forma han colocado un granito de arena para el logro de este trabajo, agradezco de forma sincera su valiosa colaboración.

*Andrea Carolina Pupiales Jiménez*

# ÍNDICE

PÁGINAS DE APROBACIÓN .....	ii
CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE .....	iii
DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	vi
DEDICATORIA .....	viii
AGRADECIMIENTO .....	ix
ÍNDICE .....	x
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY .....	xv
TEMA .....	xvi
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>1</b>
1. Problema de Investigación.....	1
1.1. Planteamiento del Problema.....	1
1.2. Formulación del Problema .....	3
1.3. Justificación .....	3
1.4. Objetivos .....	5
1.4.1. Objetivo General.....	5
1.4.2. Objetivos Específicos.....	5
1.5. Preguntas de Investigación.....	6
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>7</b>
2. Marco Teórico.....	7
2.1. Marco Referencial.....	7
2.2. Marco Contextual.....	10

2.2.1.	Misión .....	11
2.2.2.	Visión.....	12
2.2.4.	Descripción del Área a Evaluar .....	12
2.3.	Marco Conceptual.....	13
2.3.1.	Definición de depresión posparto.....	13
2.3.2.	Clasificación de la depresión posparto.....	13
2.3.3.	Epidemiología de depresión posparto. ....	15
2.3.4.	Etiología de depresión posparto. ....	15
2.3.5.	Factores de riesgo.....	16
2.3.6.	Clínica (signos y síntomas).....	17
2.3.7.	Diagnóstico de depresión posparto. ....	17
2.3.8.	Detección de la depresión en controles del embarazo.....	20
2.3.9.	Detección de la depresión en controles posparto. ....	20
2.3.10.	Tratamiento de depresión posparto. ....	20
2.3.11.	11 patrones funcionales de Marjorie Gordon.....	21
2.3.12.	Proceso de Atención de Enfermería.....	23
2.4.	Marco Legal.....	24
2.4.1.	Constitución Art 32.....	24
2.4.2.	Plan Nacional Buen Vivir .....	25
2.4.3.	Ley Orgánica de la Salud.....	26
2.5.	Marco Ético.....	26
2.5.1.	Código de Ética de la Enfermera .....	26
2.5.2.	Derechos del Paciente .....	27
<b>CAPÍTULO III.....</b>		<b>28</b>
3.	Metodología de la Investigación.....	28
3.1.	Diseño y tipo de investigación .....	28
3.2.	Tipo de investigación .....	28
3.3.	Localización y ubicación de Estudio.....	29
3.4.	Población y muestra .....	29
3.4.1.	Población.....	29
3.4.2.	Muestra .....	29
3.4.3.	Criterio de Inclusión.....	30
3.4.4.	Criterio de Exclusión .....	30

3.5.	Operacionalización de Variables.....	31
3.6.	Métodos.....	40
3.7.	Técnica e instrumento .....	40
3.8.	Análisis de Datos .....	40
<b>CAPÍTULO IV .....</b>		<b>41</b>
4.	Resultados de la investigación .....	41
<b>CAPÍTULO V.....</b>		<b>48</b>
5.	Conclusiones y recomendaciones .....	48
5.1.	Conclusiones .....	48
5.2.	Recomendaciones.....	49
<b>BILIOGRAFÍA .....</b>		<b>50</b>
<b>ANEXOS.....</b>		<b>56</b>
	Anexo 1.- Encuesta .....	56
	Anexo 2.- Galería fotográfica .....	60
	Anexo 3.- Portada Guía de Orientación. ....	61

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico 1 Caracterización de depresión posparto mediante la escala de Edimburgo	42
Tabla 1 Datos socio demográficos de madres con signos de depresión posparto....	43
Tabla 2 Causas que determinan depresión posparto .....	45

## RESUMEN

Caracterización de depresión posparto en mujeres que asisten al servicio de Ginecología del Hospital Luis Gabriel Dávila 2017.

Autor: Andrea Carolina Pupiales Jiménez

[ac\\_pupiales94@hotmail.com](mailto:ac_pupiales94@hotmail.com)

La depresión posparto es un trastorno psicológico y emocional que pueden presentar las mujeres por lo que intervienen factores como: el cuerpo, la mente y estilo de vida de la madre. El objetivo de esta investigación es la Caracterización de depresión posparto en mujeres que asisten al servicio de Ginecología del Hospital Luis Gabriel Dávila 2017. Se trató de un estudio cuali-cuantitativo, no experimental, de tipo exploratorio, descriptivo y transversal, como instrumento para recolección de datos se aplicó la Escala de Depresión de Edimburgo, se tomó una muestra de 86 mujeres en posparto. Se determinó que la edad más propensa de contraer la depresión oscila entre 15 a 25 años, con estado civil unión libre, nivel de escolaridad secundaria, su ocupación es ama de casa. Las principales causas que determina el cuadro depresivo del posparto, son madres que no planifican su embarazo, madres que viven con sus padres aun así realizando cuidados del bebé en pareja, el hecho de tener parto normal y amamantar con leche materna fueron unas consecuencias de depresión, 9% sufrieron maltrato, en menor porcentaje consumen drogas, antecedentes de depresión posparto tiene el 18%.

Palabras clave: Depresión posparto, Test de Edimburgo, Salud Materno Infantil.

## SUMMARY

Postpartum depression is a psychological and emotional disorder that women can present after childbirth, where factors such as the body, mind and lifestyle of the mother intervene, which causes the researcher to approach the topic " Identificación de depresión posparto en mujeres que asisten al servicio de Ginecología del Hospital Luis Gabriel Dávila 2017". The purpose of this study was to characterize postpartum depression in women attending the Gynecology service of the Luis Gabriel Dávila Hospital. It was a qualitative, non-experimental, exploratory, descriptive and cross-sectional design, as an instrument for data collection was applied the Edinburgh Depression Scale, and the review of the medical records, a sample of 86 postpartum women of which 46 had one or more symptoms of postpartum depression, with 58% being mothers and 15 to 25 years of age, with secondary schooling, free marital status in 56%, 47% house, concluding In proportion to the sociodemographic factors that occurred most frequently in mothers with postpartum depression, the age most likely to contract depression ranges from 15 to 25 years, with free marital status, secondary schooling level, occupation she is a housewife. Concluding the main causes that determine the depressive symptoms in postpartum women, which determined that mothers do not plan their pregnancy, mothers live with their parents still performing care of the baby as a couple, having a normal delivery and breastfeeding with breast milk was a consequence of depression, 9% suffered abuse, the lowest percentage consume drugs, a history of postpartum depression has 18%.

Key words: Postpartum depression, Edinburgh test, Maternal and Child Health.

## **TEMA**

**Caracterización de depresión posparto en mujeres que asisten al servicio de Ginecología del Hospital Luis Gabriel Dávila 2017.**

# CAPÍTULO I

## 1. Problema de Investigación.

### 1.1. Planteamiento del Problema.

La Organización Mundial de la Salud manifiesta: La depresión es la enfermedad con mayor frecuencia en todo el mundo, y se calcula que afecta alrededor de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las transiciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede ser un problema serio de salud, cuando se presenta de mayor duración e intensidad, puede alterar las actividades escolares, laborales y familiares. En el peor de los casos llevar al suicidio. Cada año en Ecuador se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (1)

En América Latina. Del 50 y el 80 % de madres posparto, experimentan tristeza, lloros, fatiga, irritabilidad, insomnio, cefaleas, etc. La depresión posparto es poco conocida, según escasos estudios realizados se considera que el 20% de mujeres que dan a luz sufren depresión posparto, en México Cada año 400,000 madres sufren algún grado de depresión durante el embarazo, de igual manera en España el 29% padecen esta patología principalmente mujeres primigestas. Lo alarmante es que un alto porcentaje de casos queda sin ser reconocido, diagnosticado ni tratado con efectos devastadores tanto para ellas como para sus hijos, su familia y su entorno social. (2) (3)

Esta mayor prevalencia en las mujeres se debe principalmente a la depresión posparto que afecta hasta a una de cada cinco. (4) En Ecuador no se tiene datos específicos sobre el tema, lo que constituye un problema para el sistema de Salud, la caracterización de la depresión podría permitirnos poner mayor énfasis y prevenir enfermedades en dos grupos vulnerables de la población como son madres y niños.

El Center for Epidemiologic Studies Depression Scale y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo han sido recomendados para una evaluación inicial de los

síntomas depresivos porque son los más ampliamente estudiados en la investigación de estos cuadros en el posparto. (5)

## **1.2. Formulación del Problema**

¿Cómo se caracteriza la depresión posparto en mujeres que asisten al servicio de Ginecología del Hospital Luis Gabriel Dávila 2017?

## **1.3. Justificación**

La depresión es una enfermedad frecuente a nivel mundial. Afecta a una de cada cinco mujeres que dan a luz. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, y causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales y familiares.

Muchos factores distintos a los hormonales también pueden conllevar a tener depresión posparto. Cambios en el cuerpo a raíz del embarazo y el parto, cambios en las relaciones laborales y sociales, tener menos tiempo y libertad para sí misma, falta de sueño, preocupaciones acerca de su capacidad para ser una buena madre.

El posparto puede ser un momento terrible, y en algunos casos extremos terminar en suicidio de la madre o infanticidio. El estudio actual está basado en los problemas de depresión que son causados durante el posparto, misma que al igual del resto de la población ha llevado a ciertas complicaciones.

Esta investigación tiene un aporte enfermero basado en los 11 patrones funcionales de Marjorie Gordon en los que se ha tomado en cuenta el patrón percepción salud, actividad y ejercicio, sueño-descanso, autopercepción- auto concepto, rol-relaciones, adaptación-tolerancia al estrés. Los cuales han sido representados por el proceso de atención de enfermería.

La investigación beneficiara a la Universidad Técnica del Norte pues aporta con bibliografía en la que puede quedar como fuente de investigación para diferentes estudiantes de esta casona universitaria.

Ayuda a determinar la principal causa por la que las madres posparto presentan depresión y así de alguna manera poder intervenir por medio de las políticas de salud y tener en cuenta para tomar acciones y evitar posibles eventos adversos para con la madre o neonato.

Los beneficiarios de esta investigación son las madres que a través de un estudio apropiado se les podrá brindar una atención de calidad para que puedan disminuir las complicaciones. Los familiares ya que están comprometidos directamente con la paciente y con el conocimiento brindado a través de este estudio mejorarán enormemente los cuidados a ellas brindadas.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Caracterizar la depresión posparto en mujeres que asisten al servicio de Ginecología del Hospital Luis Gabriel Dávila 2017.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Describir socio demográficamente a la población estudio.
- Verificar mediante la aplicación del test de Edimburgo la depresión posparto
- Determinar las causas del cuadro depresivo en mujeres posparto.
- Apoyar a disminuir la depresión posparto mediante el diseño de una guía de orientación.

### **1.5. Preguntas de Investigación**

- ¿Cuáles son los factores socio demográficos de la población estudio?
- ¿El test de Edimburgo es una herramienta que permitirá verificar depresión posparto?
- ¿Cuáles son las causas que intervienen en el cuadro depresivo de mujeres posparto?
- ¿Cómo una guía de orientación puede evitar depresión postparto?

## **CAPÍTULO II**

### **2. Marco Teórico**

#### **2.1. Marco Referencial**

##### **2.1.1. Factores de riesgo de la depresión posparto**

La investigación tiene como objetivo identificar los principales riesgos de la depresión posparto. La metodología de esta investigación consiste en la Revisión sistemática de las bases de datos Medline y CINAHL durante el mes de febrero del 2012, seleccionando 15 artículos publicados en el periodo enero del 2007 y enero del 2012, cuya muestra conforma mujeres de 19 a 44 años y que aplicaran la Escala de valoración de la depresión posnatal de Edimburgo. La investigación tuvo como resultados Fundamentalmente, que los factores de riesgo fueron la edad materna, los antecedentes personales de depresión y la falta de apoyo social y familiar. Por otro lado, se observó factores socioculturales. Las conclusiones fueron, la prevención, la caracterización y la actuación inmediata sobre aquellos factores de riesgo modificables, debe ser prioridad absoluta en los esfuerzos para prevenir la depresión posparto. (6)

##### **2.1.2. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo.**

Se utilizó una herramienta de tamizaje que es, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) podría mejorar la tasa de detección de síntomas depresivos. Objetivo: Evaluar la eficacia de EPDS en la detección de síntomas depresivos en el posparto. Evaluar la viabilidad del uso rutinario de esta escala de cribado en un Centro de Medicina Familiar. Material y métodos: revisión de los registros médicos de las mujeres atendidas durante el año 2002 para detectar síntomas

depresivos o solicitar consultas psiquiátricas para la depresión. Durante 2003 se aplicó la escala a 110 mujeres. Para confirmar la depresión posparto diagnosticada, se les realizó una entrevista psiquiátrica estructurada. Resultados: Se revisaron los registros de 110 mujeres de las cuales la mayoría tienen entre  $24 \pm 7$  años de edad y se aplicó el instrumento a 110 mujeres de  $26 \pm 7$  años. En el primer grupo, la tasa de detección espontánea de síntomas depresivos fue del 4,6%. En el 26,4% de las mujeres en las que se aplicó el instrumento, se encontraron síntomas depresivos y el 15% presentó una depresión posparto. La tasa de aplicación de la escala fue del 88% y la tasa de aceptación de las madres fue del 100%. Conclusiones: El test de Edimburgo mejora significativamente las tasas de detección de síntomas depresivos posparto y es bien aceptado y entendido por madres y profesionales de la salud. (7)

### **2.1.3. Depresión posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014**

El objetivo principal de esta investigación fue, Determinar prevalencia y factores de riesgo de depresión posparto en las madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, en la ciudad de Cuenca en el año 2014. Su metodología fue un Estudio cuantitativo de prevalencia, analítico y transversal. El universo fueron 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de Cuenca. Muestra: no probabilística consecutiva. Recolección de datos: empleamos como instrumento La “Escala de Depresión Posparto de Edimburgo” y preguntas orientadas a determinar factores de riesgo para depresión posparto. Procesamiento: empleamos el software SPSS. Análisis: empleamos frecuencias, porcentajes, razón de prevalencia, chi cuadrado y el valor de p para determinar asociación estadística. Se obtuvo como resultados que de acuerdo al test de Edimburgo existe una prevalencia de 34,3% de Depresión Posparto. Los factores de riesgo encontrados fueron: no encontrarse en edad reproductiva ideal, falta de apoyo familiar durante el embarazo y violencia intrafamiliar. Sus conclusiones fueron Las madres con mayor riesgo de depresión posparto en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga son aquellas madres que: no se encuentran en edad

reproductiva ideal, no recibieron apoyo familiar durante su embarazo y sufrieron violencia intrafamiliar durante el mismo. (8)

#### **2.1.4. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante abril – junio, 2015.**

El objetivo de esta investigación es Determinar los factores de riesgo para la depresión posparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de abril a junio del 2015. Se empleó la siguiente metodología, un estudio observacional, analítico de casos y controles, prospectivo, transversal, donde la muestra estuvo conformada por 180 madres adolescentes, que se dividieron en dos grupos: 90 pacientes que tuvieron depresión posparto (casos) y 90 pacientes sin depresión posparto (control). A ambos grupos se les aplicó la escala de Edimburgo y un formulario de evaluación de los factores de riesgo. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, para el análisis inferencial se utilizaron estadísticos de asociación y para determinar el riesgo se utilizó el Odds Ratio. Su resultado es, Los factores obstétricos de riesgo con asociación significativa para depresión posparto son: mostrar enfermedades durante el embarazo, hospitalización durante el embarazo, complicaciones durante el parto normal o cesárea, dificultad para la lactancia materna y bebe hospitalizado por complicaciones. Los factores psicológicos de riesgo para depresión posparto son el recibir insultos de familiares o pareja, la sensación de ansiedad, la sensación de melancolía. La sensación de culpabilidad, la dificultad para concentrarse, la dificultad para criar al bebé, el tener un embarazo no deseado, la depresión antes de la gestación, la depresión durante la gestación, la vivencia de un hecho estresante, el antecedente familiar de depresión, el no contar con el apoyo emocional de la pareja y el no tener una buena relación con la pareja. Asimismo, los factores sociales de riesgo para depresión posparto son el tener una pareja que no cuenta con trabajo. El no tener apoyo económico de la pareja y el consumo de sustancias nocivas. Las conclusiones fue los principales factores de riesgo para la depresión posparto en las madres adolescentes atendidas

en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión son la mala relación con la pareja, la falta de apoyo económico de la pareja y la hospitalización del bebe por alguna complicación. (9)

#### **2.1.5. Caracterización de madres deprimidas en el posparto.**

Antecedentes: La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que ocurre durante un período específico de la vida de la mujer: el puerperio. La prevalencia de depresión posparto oscila entre el 8% y el 30%, y se observa un aumento de tres veces en los países emergentes en comparación con los países desarrollados. Objetivo: Caracterizar a las mujeres que consultan en las instalaciones de atención primaria para depresión posparto. Material y métodos: Se describen las características sociales y demográficas, la historia obstétrica, los síntomas clínicos y el cuidado puerperal de 440 mujeres posparto que solicitaron ayuda en atención primaria y fueron diagnosticadas como deprimidas. Resultados: Estas mujeres no tenían empleo remunerado (82,7%), tenían embarazos no planificados (62,5%) y carecían de apoyo social adecuado (59,4%). Desde el punto de vista clínico, la mayoría de estas las puérperas tenían antecedentes familiares de depresión (64,2%) y 31% habían sufrido de episodios depresivos previos. Los síntomas clínicos de estos pacientes consistieron en estados depresivos (93,2%), pérdida de interés en las actividades (87,9%) y fatiga (87%). Conclusiones: Las mujeres con depresión posparto forman un grupo que requiere mayor atención clínica por su gran vulnerabilidad biológica, síntomas depresivos activos y un enorme riesgo psicosocial. El programa madre e hijo, que les beneficia, debe combinarse con un componente de salud mental que les ofrezca un tratamiento adaptado a su contexto psicosocial. (10)

## **2.2. Marco Contextual**

El Hospital Luis Gabriel Dávila forma parte de las unidades operativas del Ministerio de salud Pública, por su nivel de complejidad está ubicado en el segundo nivel de

atención y como tal cuenta con las especialidades básicas de Gineco obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general; sin embargo, en base al perfil epidemiológico de la comunidad y a las necesidades de la población, ha incrementado a su portafolio de servicios, las subespecialidades de traumatología, oftalmología, audiología, psicología y rehabilitación física, los mismos que reciben el apoyo diagnóstico de los servicios de imagenología y laboratorio y se complementan con trabajo social y la farmacia institucional.

Desde el 4 de Febrero de 2013 el Hospital funciona en un nuevo y moderno edificio construido con el apoyo del Gobierno Nacional, se encuentra ubicado en el sector noroccidental de la ciudad, cuenta con 18.000 metros cuadrados de construcción en donde se aloja una capacidad efectiva de atención de 166 camas, además su plantilla de servidores públicos y trabajadores está en 315 personas.

Es meritorio destacar que en esta nueva edificación, se incrementó la unidad de cuidados intensivos, en donde se brinda atención especializada a usuarios que anteriormente por sus condiciones de salud debían ser transferidos a la ciudad de Quito. (11)

En la actualidad brinda atención los 365 días del año y durante las 24 horas del día, ya que cuenta con una amplia cobertura de atención a sus habitantes así como también a usuarios de la región sur del vecino País de Colombia, cuenta con servicios generales y de especialidad en Protección, Recuperación, Rehabilitación de la salud y en menor escala Fomento, persistiendo una atención biología – curativa. (12)

El Hospital en la actualidad es el principal referente de atención hospitalaria en el norte del país.

### **2.2.1. Misión**

*“Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a*

*Políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red en el marco de la justicia y equidad social.”*

### **2.2.2. Visión**

*“Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.”*

### **2.2.3. Valores**

*Respeto, Inclusión, Vocación de Servicio, Compromiso, Integridad, Justicia y Lealtad. (13)*

### **2.2.4. Descripción del Área a Evaluar**

El servicio de Gineco-obstetricia consta de dos secciones una para pacientes de cirugía que consta de 27 camas, y una para pacientes de clínica que consta de 26 camas.

Consta de dos estaciones de enfermería las mismas que se utilizan para cumplir con las funciones de enfermería, una sala para realizar el proceso enfermero a recién nacidos, una sala para la atención de emergencias maternas, un cuarto para la preparación de medicamentos, y otro para guardar el material auxiliar.

Además trabaja con el servicio de neonatología y centro obstétrico.

## **2.3. Marco Conceptual**

### **2.3.1. Definición de depresión posparto.**

La depresión posparto es un tipo de depresión que afecta a algunas mujeres en posparto inmediato. Es común que las mujeres experimenten trastornos estacionales del humor o melancolía después de dar a luz. Sin embargo, si el trastorno dura más de algunos días, se denomina depresión posparto. Se considera depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte debilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las 1-6 semanas posparto. La depresión posparto o depresión puerperal, es un trastorno psicológico de alta prevalencia y que provoca alteraciones emocionales, cognitivas, comportamentales y físicas que se inician de manera traicionera, durando incluso semanas después del parto. (14)

### **2.3.2. Clasificación de la depresión posparto.**

En el manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales (DSM IV-TR) (15). La clasificación es la siguiente.

- F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)
- En el CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento, la categorización aparece como: F32 Episodio depresivo leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos. F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como leves (depresión postnatal/postparto NOS). (16)

En varios casos, cuando la mujer no cumple con todos los criterios para un trastorno/episodio de depresión, pero presenta síntomas relevantes e incapacitantes, la estricta calificación de ambos esquemas puede llegar a dificultar la detección.

Los trastornos del estado del ánimo dentro del puerperio se catalogan según síntomas y duración de los mismos, se clasifican así:

### **Depresión posparto leve o “Maternity Blues”**

También se denomina «tristeza posparto», «tristeza de la maternidad». Es una depresión leve y transitoria que se produce a los pocos días después del parto, siendo del trastorno anímico puerperal más normal, dándose entre 30 y 75% de todos los partos.

El número de partos, el tipo de lactancia o si el parto fue hospitalario o domiciliario ni con complicaciones obstétricas, clase social, personalidad, variables culturales o con cambios en los niveles hormonales, ni con la brusca pérdida de peso, no está relacionado con que se produzca la tristeza puerperal. (17)

### **Depresión posparto sin psicosis**

Este trastorno se manifiesta en 10 a 15% de las mujeres que han dado a luz; tiene una mayor duración que el pos partum blues y también mayor repercusión en el ámbito familiar. (18)

### **Psicosis puerperal**

La psicosis puerperal es un trastorno más determinable y delimitado que la depresión posparto, pero es bastante extraño: se da aproximadamente en 1 de cada 1000 partos.

La etiología de la enfermedad mental del puerperio se desconoce. Los únicos factores significativos que aparecen con cierta frecuencia son el ser primeriza, el estado civil soltero y los partos mediante cesárea, hemorragias, distocias y anestesia general son situaciones agravantes, a veces generadoras de signos depresivos mayores en el posparto. (17)

El tratamiento es básicamente farmacológico; se recomienda iniciar antipsicóticos típicos o atípicos. Se ha documentado la eficacia del carbonato de litio en la psicosis posparto. En esta alternativa, la lactancia debe interrumpirse. La terapia electroconvulsiva es bien permitida y ligeramente efectiva. (19)

### **2.3.3. Epidemiología de depresión posparto.**

Los estudios epidemiológicos de los últimos años confirman que entre un 8 y un 25 % de las mujeres presentan un síndrome depresivo en los meses posparto. En América Latina, se ha informado valores de prevalencia medios y altos en algunos países, como Chile 15,3 %, Argentina 12,0 %, Perú 11,0 % y República Dominicana 9,8 % . En Colombia, la depresión alcanza hasta un (66 %) de las mujeres en gestación. Según datos de la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas en 25 135 personas de Colombia, el (11,8 %) de la población encuestada mostraba depresión leve y un (4 %) sufría de depresión mayor. En 1997, Gómez-Restrepo et al. Encontraron una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el sexo femenino, al igual que entre aquella y la ansiedad, los intentos de suicidio y los antecedentes de problemas mentales en la familia. (20)

### **2.3.4. Etiología de depresión posparto.**

Aunque no se ha determinado exactamente la causa de depresión posparto, se la asocia a los cambios tanto fisiológicos como sociales que ocurren después del parto, entre estos encontramos: cambios físicos corporales, cambios laborales, en las relaciones sociales, reducción del tiempo, sobrecarga de responsabilidades, alteración del sueño y el temor acerca de una buena maternidad.

Los cambios propios que vive la madre en esta etapa han llevado a proponer algunas teorías:

Santacruz y Serrano (8) citan a Lawrier (21)

Esteroides placentarios: Se conoce que las variaciones en la concentración de estrógenos y progesterona, se relacionan con cambios de humor en las mujeres, las

mismas tienen también acción central y repercusiones psicológicas. Tras el parto los niveles de estrógenos y progesterona provienen tras la salida de la placenta, lo que ha llevado a postularlo como uno de sus determinantes. Se demostró que mujeres a las que se administra progestina o estrógenos en una dosis única 48 horas luego del parto, disminuyen sus manifestaciones de depresión tras su evaluación con el test de Edimburgo.

Santacruz y Serrano (8) citan a Gleicher (22)

Alteraciones Autoinmunes: Debido a que la madre entra en contacto con múltiples antígenos fetales durante el parto y por la reacción similar de otras patologías, los científicos han propuesto como posible causa de la depresión posparto al desarrollo de auto anticuerpos al menos en algunos casos.

Santacruz y Serrano (8) citan a Bernstein (23)

Alteraciones del Ritmo Circadiano: Las variaciones del sueño generadas por el cambio de horario que tiene que cumplir una madre tras la llegada de un nuevo ser, pueden desencadenar depresión. La melatonina es una hormona del sueño, la actividad y la exposición a la luz inhibe la liberación de melatonina.

Santacruz y Serrano (8) citan a Pearlstein (24) y Hamdan (25)

Factores Psicológicos: Se describe que ciertos trastornos psicológicos están asociados con mayor tendencia a la depresión posparto; entre los cuales cabe mencionar trastorno depresivo mayor en el periodo gestante, ansiedad durante el embarazo, historia de trastorno depresivo mayor, síndrome disfórico premenstrual, stress social durante el periodo perinatal, falta de apoyo familiar, dificultades de pareja, embarazo adolescente.

### **2.3.5. Factores de riesgo**

No se define exactamente el porqué de la depresión posparto, pero hay ciertas particularidades que ponen a una mujer en un riesgo más alto de lo normal.

Estos factores de riesgo son:

- Historia de depresión posparto

- Historia de depresión en general
- Sufrimiento de ansiedad antes del parto
- Estrés de la vida
- Falta de apoyo
- Instancia matrimonial
- Un embarazo no planificado
- Descontento con el trabajo de parto y el parto (26)

### **2.3.6. Clínica (signos y síntomas)**

La depresión posparto ha sido descrita como una depresión atípica aparecida después del parto, con decaimiento, desconsuelo, sentimientos de inadecuación e incapacidad en el cuidado del recién nacido.

El proceso comienza durante la tercera y cuarta semana del posparto pero no alcanza morbilidad clínica hasta el cuarto o quinto mes. Su clínica es la habitual de la depresión: decadencia anímica, cambios en las ganas de comer, desinterés, aislamiento social, dificultad para conciliar y mantener el sueño, astenia, sentimientos de culpa sobredimensionados, desamparo y pensamientos recurrentes de muerte. (27)

### **2.3.7. Diagnóstico de depresión posparto.**

Para el diagnóstico de depresión posparto deben cumplirse 5 de los siguientes síntomas durante 2 semanas o más, causando disfuncionalidad: Ánimo triste o depresivo, baja de energía, disminución en la concentración o toma de decisiones, retardo o agitación psicomotora, ideación suicida. (28)

- **Diagnóstico diferencial**

El diagnóstico diferencial principal de la depresión posparto es la tristeza o melancolía posparto. Pese a, que la tristeza posparto se caracteriza por síntomas transitorios de

depresión, mientras que la depresión posparto requiere que los síntomas particulares estén presentes casi todos los días durante al menos dos semanas. (29)

- **Test de Edimburgo**

Este test fue perfeccionado para determinar signos depresivos y depresión clínica, particularmente en mujeres puérperas, buscando apartar aquellos síntomas físicos y psicológicos, oportunos de la gestación, de síntomas asociados a la depresión. (30) Es una escala de autoevaluación que explora los síntomas usuales de un episodio o de un trastorno depresivo mayor o menor. (31)

La escala de depresión posparto se completa en pocos minutos, consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta que se puntúan entre 0 y 3, de acuerdo con el orden creciente de la gravedad de los síntomas. (32)

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo es una forma eficaz de caracterizar a las pacientes en riesgo de depresión. Las madres que obtengan un puntaje de 10 puntos o más con un puntaje distinto a 0 en la pregunta nº 10, es probable que estén sufriendo un episodio depresivo de diversa gravedad. La escala explora que ha sentido la madre durante la semana anterior. En caso de duda puede ser útil repetir la escala después de 2 semanas. Esta no detectará las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad. (33)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. La puntuación de la escala de Edimburgo está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. (34)

- **Diagnóstico de primer contacto**

La evaluación básica de la depresión incluye la historia, el examen del estado mental y el examen físico.

- Adquirir una historia detallada de los síntomas que presenta y determinar la gravedad y la duración del episodio depresivo.
- Establecer una historia de antecedentes, episodios maníacos o hipomaníacos anteriores, abuso de sustancias y otras enfermedades psiquiátricas.
- Buscar la evidencia de otras condiciones médicas. Comprobar si hay antecedentes familiares de trastornos mentales, depresión y suicidio
- Establecer los antecedentes personales y los apoyos y recursos disponibles.
- Evaluar el deterioro funcional y determinar los acontecimientos de vida y factores de estrés.
- Hacer un examen mental. Esto incluye evaluación de la gravedad de los síntomas, psicóticos o no. (35)
- La evaluación de riesgo como el suicidio, autolesiones y riesgo de daño a otros. debe incluir en todas las evaluaciones de la depresión.
- Realizar un examen físico para excluir condiciones médicas o quirúrgicas.
- Las pruebas de laboratorio pueden estar indicadas si existe necesidad de descartar condiciones médicas que pueden causar síntomas similares.

En el primer contacto de una mujer con los servicios de salud, tanto en el embarazo como en el puerperio, los profesionales de la salud (incluyendo parteras, obstetras, trabajadores sociales y médicos) deben preguntar acerca de:

- La existencia de una enfermedad mental grave actual o anterior, incluyendo la esquizofrenia, el trastorno bipolar, psicosis puerperal y depresión grave.
- Si ha habido tratamientos previos por un psiquiatra/especialista del equipo de salud mental, incluida la atención hospitalaria.
- Historia familiar de enfermedad mental perinatal.
- Otros factores determinados, como malas relaciones con su cónyuge, no se deberían utilizar para la predicción de rutina del desarrollo de un trastorno mental (35)

### **2.3.8. Detección de la depresión en controles del embarazo.**

Contradiciendo las generalidades de que el embarazo le confiere a la mujer un estado de plenitud y bienestar, las gestantes presentan síntomas depresivos o ansiosos. Estos últimos se presentan más en embarazos no deseados, adolescentes o mujeres solteras. La intensidad de la sintomatología depresiva se torna significativa durante el primer y el tercer trimestre, profundizándose al final del embarazo. Es indudable que las responsabilidades a asumir ante la llegada de un hijo, influyen enormemente en la producción de los síntomas. Una mala relación de la gestante con su pareja, padre o madre; un embarazo no deseado o impuesto; problemas económicos; ausencia de apoyo social; fobia a los cambios corporales; miedo a perder la libertad, deseos de no compartir el amor exclusivo de su compañero, o rechazo de este a la concepción etc., operando en una personalidad inmadura con narcisismo insuficiente, suelen obrar de disparadores depresivos. (36)

### **2.3.9. Detección de la depresión en controles posparto.**

Una vez que se sospecha la presencia de este trastorno, hay que animar a la paciente para que exprese cómo se siente realmente tras el parto de su hijo. Si manifiesta sentirse triste, desgraciada, irritable, incompetente, asustada y desinteresada por el bebé, debe aceptarse esto con una actitud comprensiva, no con alarma y reproches. (37) Aplicación instrumentos de tamizaje en controles posnatales.

### **2.3.10. Tratamiento de depresión posparto.**

Existen tratamientos eficaces para la depresión posparto. Un proveedor de atención médica puede ayudar a elegir el mejor tratamiento, que puede incluir lo siguiente:

- **Consejería/terapia de diálogo:** Consiste en hablar de manera particular con un profesional de la salud mental (un consejero, terapeuta, psicólogo, psiquiatra o trabajador social).

La terapia cognitiva-conductual, que ayuda a las personas a reconocer y cambiar sus pensamientos y conductas negativas.

La terapia interpersonal, que ayuda a las personas a comprender y lidiar con relaciones personales problemáticas.

- **Medicamentos:** Los medicamentos antidepresivos actúan sobre las sustancias químicas del cerebro que intervienen en la regulación del estado de ánimo. Muchos antidepresivos demoran unas semanas en ser más eficaces. Aunque estos medicamentos generalmente se consideran seguros para usar durante el amamantamiento, la mujer debería consultar con su proveedor de atención médica acerca de los riesgos y los beneficios que estos medicamentos implican tanto para sí misma como para su bebé. Estos métodos de tratamiento se pueden usar solos o en combinación. (38)

### **2.3.11. 11 patrones funcionales de Marjorie Gordon**

El formato de los patrones funcionales de salud se utiliza porque es fácil su aprendizaje, tanto en los aspectos de valoración de enfermería como la estructura crítica del pensamiento, versus la formación de un juicio clínico. Bajo el formato de los patrones funcionales, se agrupan las guías de valoración y los diagnósticos, esta homogeneidad nos permite agilizar el paso entre el diagnóstico y la valoración. (39)

Los patrones funcionales están influidos por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales.

#### **Patrón de percepción-manejo de la salud**

Describe el conocimiento del cliente por su patrón de salud y bienestar y como lo manipula. Incluye el manejo de los riesgos para la salud y las conductas generales de cuidado de la misma, tales como medidas de seguridad y la realización de actividades de promoción de la salud física y mental. (40)

#### **Patrón nutricional-metabólico**

Describe el consumo de alimentos y líquidos el cliente en relación con sus necesidades metabólicas y los indicadores del aporte local de nutrientes. Lactancia materna: en la que incluye informes sobre cualquier lesión cutánea, capacidad de cicatrización y medición de la temperatura, el peso y la talla corporal. (39)

### **Patrón eliminación**

Describe los patrones de la función excretora (intestino, vejiga y piel). Contiene la percepción del cliente de la regulación de la misma, el uso habitual de laxantes para la eliminación intestinal y cualquier cambio o trastorno en el patrón temporal, modo de excreción, cantidad o calidad de la eliminación. También incluye cualquier dispositivo usado para controlar las excreciones. (39)

### **Patrón Actividad y ejercicio**

Describe el patrón de la actividad, ejercicio, ocio y recreación. Incluye actividades que implica gasto energético, la utilización del tiempo libre refiere a las actividades individuales o grupales cuyo propósito es el recreativo, los factores que interfieren con las actividades deseadas o esperadas por el individuo. (39)

### **Patrón sueño y reposo**

Describe el patrón de sueño, reposos y relajación. Comprende los periodos de sueño y descanso/relajación durante las 24 horas del día. Incluye la percepción de la cantidad y la calidad del sueño y el reposo, del nivel de energía tras el sueño, y de cualquier trastorno de este. (40)

### **Patrón cognitivo y perceptual**

Describe el patrón sensitivo-perceptual y cognitivo. Incluye la adecuación de los modos sensoriales, como la visión, la audición, el gusto, el tacto y el olfato, y los sistemas de compensación o prótesis usados habitualmente, también incluye las habilidades funcionales cognitivas como la toma de decisiones (40)

### **Patrón autopercepción y auto concepto**

Describe el patrón de auto concepto y la percepción del estado de ánimo. Incluye las actitudes del individuo hacia si mismo, la percepción de sus habilidades, imagen corporal, identidad, sentido general de su valía y patrón emocional general. (40)

### **Patrón de rol y relaciones**

Describe el patrón de compromisos ro y relaciones. Incluye la percepción del individuo de los principales roles y responsabilidades en su situación vital actual. También comprende la satisfacción o problemas con la familia, el trabajo, las relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles (40)

### **Patrón de sexualidad y reproducción**

Describe los cambios experimentados por la comunidad con respecto a indicadores demográficos y de carácter sexual: programas de educación sexual, de atención a la mujer, al niño y al joven, programas de control de Infecciones de Transmisión sexual-ITS, y porcentaje de asistencia a ellos, delitos contra el honor sexual en el último año, mortalidad materno-infantil en el último año. (41)

### **Patrón afrontamiento y tolerancia al estrés**

Describe el patrón general de adaptación y efectividad de este en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva grupal o la capacidad para resistir a las amenazas contra la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo y la capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones, estadísticas de desempleo, consumo de sustancias nocivas, suicidios, enfermedades psiquiátricas, riesgos. (41)

### **Patrón valores y creencias**

Describe los patrones de valores, objetivos o creencias que guían las elecciones o decisiones. Incluye lo percibido como importante en la vida, calidad de vida y cualquier percepción de conflictos en los valores, las creencias o las expectativas, instituciones religiosas, religiones y partidos políticos predominantes, relación de los líderes políticos y religiosos con la comunidad. (41)

## **2.3.12. Proceso de Atención de Enfermería**

LA North American Nursing Diagnosis Association-NANDA, es una asociación profesional de enfermería que surgió en 1982 con el objetivo de desarrollar, perfeccionar y promover una terminología diagnóstica enfermera de uso general en la profesión.

La NANDA propone un lenguaje único para describir la respuesta frente a los procesos factibles y/o problemas de salud desde la perspectiva enfermera; asimismo establece un sistema de perfeccionamiento y desarrollo de los diagnósticos enfermeros. (42)

### **Diagnóstico enfermero**

Es un juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia o comunidad frente a los problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable. (43)

### **Componentes de un diagnóstico enfermero**

- **Dominio:** una esfera de conocimiento, influencia o investigación.
- **Clase:** un grupo, conjunto o tipo que comparte atributos comunes.
- **Etiqueta diagnóstica:** término que se utiliza para representar la formulación del diagnóstico, puede incluir modificadores.
- **Código diagnóstico:** código que se asigna a un diagnóstico enfermero. (43)

## **2.4. Marco Legal**

Para este estudio se ha tomado en cuenta La Constitución de la República, Plan del Buen Vivir y Ley Orgánica de Salud.

### **2.4.1. 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.” (44)*

## **2.4.2. Plan Nacional Buen Vivir**

### **Objetivo 3**

*Mejorar la calidad de vida de la población.*

*Buscamos condiciones para la vida satisfactoria y saludable de todas las personas, familias y colectividades respetando su diversidad. Fortalecemos la capacidad pública y social para lograr una atención equilibrada, sustentable y creativa de las necesidades de ciudadanas y ciudadanos. (45)*

#### *Política 3.2*

*Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad (46)*

*Lineamiento e: Fortalecer las acciones de promoción de la salud mental, especialmente para prevenir comportamientos violentos.*

#### *Política 3.4*

*Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural.*

*Lineamiento d: Ejecutar acciones de atención integral a problemas de salud mental y afectiva (47)*

### **2.4.3. Ley Orgánica de la Salud**

*Art. 44.- El Estado protege la maternidad a tal efecto debe garantizar servicios y programas de salud gratuitos y la demás alta calidad durante el embarazo parto y post natal. Adicionalmente, debe asegurar programas de atención dirigidos específicamente a la protección del vínculo filial de las niñas y las adolescentes embarazadas o madres. (48)*

*La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia se constituye en el instrumento legal más importante relacionado con la salud y los derechos sexuales y reproductivos ya que establece el acceso universal sin costo a las personas a un conjunto de atenciones esenciales de salud sexual y salud reproductiva, constituyéndose en un importante subsidio a la demanda como parte del salario indirecto y la redistribución de la riqueza. La Ley garantiza el financiamiento de este conjunto de atenciones, reconoce la responsabilidad del Estado en este ámbito y articula a diferentes proveedores de servicios, apoyando de esta manera la construcción del Sistema Nacional de Salud. (49)*

## **2.5. Marco Ético**

### **2.5.1. Código de Ética de la Enfermera**

*La Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros cuenta con un código de ética constituido por un conjunto sistematizado de principios, normas directivas y deberes que orientan el ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros, y con ello conjuga, resalta y da cumplimiento a cabalidad los valores propios de cada individuo. Conforme al Código de ética, el personal de enfermería, “al afiliarse a la federación y al colegio adquieren la*

*responsabilidad de cumplir con las disposiciones legales y éticas que regulan el ejercicio de la profesión, conforme lo establece el Marco Jurídico del Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros, su incumplimiento constituye grave falta contra la ética profesional. Las faltas y violaciones a la ética de acuerdo al código, se refieren al comportamiento ético y son sancionadas por el respectivo Tribunal de Honor. (50)*

### **2.5.2. Derechos del Paciente**

*QUE, la protección de la salud y la vida son derechos inalienables del ser humano y así los consigna la Constitución Política de la República;*

*QUE, estos derechos sólo pueden ejercerse dentro de un marco legal que precautele la inmediata atención de las personas en casos de emergencia en los servicios de salud;*

*QUE, los pacientes tienen derecho a conocer en los servicios de salud, la naturaleza de sus dolencias, el diagnóstico médico y las alternativas de tratamiento, respetando su privacidad y dignidad.*

*(51)*

*El Ecuador también posee la Ley de Derechos y Amparo al paciente donde dedica un capítulo a los derechos del paciente y así lo señala:*

*Art.2.- Derecho a una atención digna.*

*Art. 3.- Derecho a no ser discriminado.*

*Art. 4.- Derecho a la confidencialidad.*

*Art. 5.- Derecho a la información.*

*Art. 6.- Derecho a decidir.*

## CAPÍTULO III

### 3. Metodología de la Investigación

#### 3.1. Tipo de investigación

Este estudio es de tipo Observacional, descriptivo y transversal.

**Observacional:** este estudio es de carácter estadístico y demográfico, se tratara de un tipo sociológico o biológico, y éste se limita a medir las variables que se define en el estudio.

**Descriptivo:** porque describe el comportamiento de la depresión posparto sin modificar las variables.

En este estudio se caracterizará la población (perfil sociodemográfico y factores obstétricos presentados por las pacientes para el estudio) y medir, independientemente, las variables con las que tiene que ver el problema (en nuestro caso depresión posparto).

**Transversal:** en este estudio se caracterizará la depresión posparto en una población definida y en un punto específico de tiempo.

#### 3.2. Tipo y diseño de investigación

La investigación con técnica cuali-cuantitativo, no experimental.

**Cuantitativo:** es necesario para poder analizar los resultados de las encuestas que se aplica a las madres.

**Cualitativo:** porque se recoge los discursos completos de los sujetos, para proceder luego a su interpretación, analizando las relaciones de significado que se producen en determinada cultura o ideología.

**No experimental:** porque se va a observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

### 3.3. Localización y ubicación de Estudio

El estudio se realizó a las pacientes con depresión posparto que acuden al servicio de ginecología del Hospital Luis Gabriel Dávila en el período 2017.

### 3.4. Población y muestra

#### 3.4.1. Población

En el universo del estudio fue tomado en cuenta a todas las pacientes posparto atendidas en el servicio de ginecología de Hospital Luis Gabriel Dávila 2017.

#### 3.4.2. Muestra

Para obtener una muestra se aplicó la siguiente muestra 165 madres posparto.

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_a^2 * p * q}$$

$$n = \frac{165 * (3,8) * 0,5 * 0,95}{(0,01) * (165-1) + 3,8 * 0,5 * 0,95}$$

$$n=86$$

N= Total de la población

$Z_a^2$ = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada) en este caso 5% = 0.05)

q= 1-p (en este caso 1-0.05 = 0.95

d=precisión (en su investigación use el 5%)

### **3.4.3. Criterio de Inclusión**

- Madres posparto atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Luis Gabriel Dávila.

### **3.4.4. Criterio de Exclusión**

- Madres puérperas que no deseen formar parte del estudio.
- Aquellas madres que al momento de la aplicación del instrumento presentaron complicaciones luego del parto y no se encontraban en condiciones de responder.

### 3.5. Operacionalización de Variables.

La Operacionalización de variables se enfocará en los objetivos de la investigación, en el cual se incluirá las preguntas del test de depresión de Edimburgo.

	<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
<b>Objetivo: Describir socio demográficamente a la población estudio.</b>	<b>Edad</b>	La edad es un periodo biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. (52)	Años cumplidos	Población por grupos de edad.	- 15-25 años - 26-35 años - 36-45 años
	<b>Educación</b>	La educación es el proceso de socialización de los individuos. Al educarse, una persona asimila y aprende conocimientos. (53)	Años de escolaridad aprobados.	Población según nivel de escolaridad.	- Analfabeta - Básica - Secundaria - Superior
	<b>Estado civil</b>	Es el vinculado de cualidades o condiciones de una persona que originan consecuencias legales y que se	Reconocidos por el estado	Establecido por el registro civil	- Soltero - Unión libre - Casado

		refieren a su posición dentro de una entidad política, a su condición frente a su familia y a la persona en sí, independiente de sus relaciones con los demás. (54)			- Divorciado
	<b>Ocupación previa al embarazo</b>	Conjunto de trabajos y hechos desempeñados por una persona, o que se prevé que ésta desempeñe, para un empleador particular, incluido el empleo por su cuenta propia. (55)	Actividad que ejercía	Población según la ocupación	- Ama de casa - Estudiante - Trabajadora - No trabaja

<b>Objetivo:</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
<b>Determinar las causas del cuadro depresivo en mujeres posparto</b>	<b>Convivencia</b>	La Convivencia es la acción de convivir en compañía ya sea de la pareja o familia. En su acepción más amplia, se trata de un concepto vinculado a la coexistencia pacífica y armoniosa de grupos humanos en un mismo espacio. (56)	Relación	Persona o personas con las que vive.	- Pareja - Padres - Sola con hijos - Otros
	<b>Embarazo planificado</b>	La planificación familiar es una acción de la salud reproductiva, que asegura a hombres y mujeres la posibilidad de decidir en forma libre y responsable acerca de generar un nuevo ser, el número de hijos que deseen así como cuando y con qué frecuencia tenerlos. (57)	Decisión que realiza la pareja antes de un embarazo.	Grupo de mujeres con embarazos planificados	- Si - No
	<b>Parto</b>	La OMS define el parto normal como el parto de bajo riesgo en el que el bebé	Modo en el que es expulsado el feto del vientre materno.	Condición en que se efectuó el parto.	- Cesárea - Normal

		nace de manera espontánea con el esfuerzo materno en posición cefálica. Parto por cesárea: se refiere siempre a un problema que impide que se produzca el parto normal, un parto por cesárea cuando no hay posibilidad de un parto vaginal. (58)			
	<b>Cuidado del bebe</b>	La generalidad de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo (59)	Actividades que se llevan a cabo en el niño.	Apoyo en el manejo materno	- Sola - Pareja - Familia
	<b>Amamantamiento</b>	Es el resultado de amamantar o de amamantarse, en alimentar con leche materna al recién nacido. (60) La lactancia materna es la forma ideal de brindar al recién nacido los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. (61)	Manera en el que alimenta al bebe.	Lactancia materna	- Lactancia exclusiva - Leche de formula. - Mixta

	<b>Depresiones previas</b>	<p>La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de pérdida de interés o placer, tristeza, sentimientos de culpabilidad, falta de autoestima, trastornos del circulo circadiano o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (62)</p>	Factores depresivos presentes.	Antecedentes depresivos	<p>- Si - No</p>
	<b>Maltrato durante o después del embarazo</b>	<p>El abuso se puede entender como aquellas conductas que infringen la libertad y los espacios privados de las personas. Una de las formas es a través de ataques verbales, las cuales repercuten en la psicología de la víctima.</p> <p>Maltrato en el embarazo: En cualquier caso esta conducta resulta intensa y confusa, pero cuando la afectada es la</p>	Agravio durante el embarazo o posparto	Violencia intrafamiliar en el embarazo o posparto	<p>- Si - No</p>

		madre las consecuencias también afectan al bebé. (63)			
	<b>Consumo de algún tipo de sustancias nocivas</b>	Las sustancias nocivas consumidas durante la gestación o posparto aumentan el riesgo de que él bebe tenga malformaciones congénitas u otras patologías (64).	Utilización de sustancias nocivas afectación para la madre como para él bebe.	Ingesta de sustancias como alcohol, cigarrillo o drogas	- Si - No

	<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Indicador</b>
<b>Objetivo: Verificar mediante la aplicación del test de Edimburgo la depresión posparto</b>	<b>He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas</b>	<p>La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo es una forma eficaz de identificar a las pacientes en riesgo de depresión. Las madres que obtengan un puntaje de 10 puntos o más, o un puntaje distinto a 0 en la pregunta nº 10, es probable que estén sufriendo un episodio depresivo de diversa gravedad. (33)</p>	<p>Nivel de signos de depresión calificado a través de Edimburgo</p>	<p>Población que presenta signos depresivos</p>	- Tanto como siempre - No tanto ahora - Mucho menos - No, no he podido
	<b>He mirado el futuro con placer</b>				- Tanto como siempre - Algo menos de lo que solía hacer - Definitivamente menos - No, nada
	<b>Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien.</b>				- Si, la mayoría de veces - Si, algunas veces - No muy a menudo - No, nunca
	<b>He estado ansiosa y preocupada sin motivo</b>				- No, para nada - Casi nada - Si, a veces

					- Si, a menudo
	<b>He sentido miedo y pánico sin motivo</b>				- Si, bastante - Si, a veces - No, no mucho - No, nada
	<b>Las cosas me oprimen o agobian</b>				- Si, la mayor parte de las veces - Si, a veces - No, casi nunca - No, nada
	<b>Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir</b>				- Si, la mayoría de las veces - Si, a veces - No muy a menudo - No, nada
	<b>Me he sentido triste y desgraciada</b>				- Si, casi siempre - Si, bastante a menudo - No muy a menudo

					- No, nada
	<b>He sido tan infeliz que he estado llorando</b>				- Si, casi siempre - Si, bastante a menudo - Solo en ocasiones - No, nunca
	<b>He pensado en hacerme daño a mí misma</b>				- Si, bastante a menudo - A veces - Casi nunca - No, nunca

### **3.6. Métodos**

El método utilizado para la realización de esta investigación, fue el deductivo, partió del análisis de la problemática, es decir de lo general a lo específico, caracterizar las causas del problema identificado.

Para la elaboración del marco teórico, se realizó una revisión bibliográfica a través del repositorio bibliográfico de la Universidad Técnica del Norte, que permitió la elaboración del marco conceptual y de referencia, así como, el análisis y la comparación de los resultados.

### **3.7. Técnica e instrumento**

La técnica utilizada para la recopilación de la información, se utilizó una encuesta que consta de 12 ítems y se aplicara el test de Edimburgo que consta de 10 ítems. Estas preguntas orientadas a determinar o establecer uno o más signos de depresión posparto.

### **3.8. Análisis de Datos**

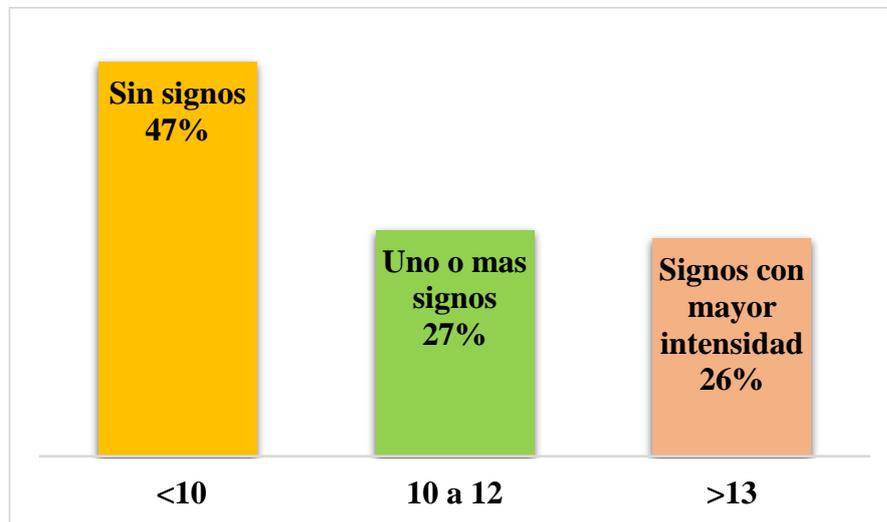
Luego de la aplicación de los instrumentos de investigación se procedió a la tabulación en la base de datos, mediante el programa Microsoft Excel para luego proceder a elaborar gráficos que permitan detallar los resultados, en la cual se detallaran estadísticamente los datos confiables.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. Resultados de la investigación**

En la Provincia del Carchi, cantón Tulcán, Hospital Luis Gabriel Dávila, en el año 2017 se promovió el tema de investigación: Caracterización de depresión posparto en mujeres que asisten al servicio de Ginecología del Hospital Luis Gabriel Dávila 2017. Este estudio en primera instancia tuvo una etapa de elección, personas en donde se iba a desarrollar la investigación, visitando el hospital y socializando el tema, objetivos y finalidad del mismo. Se explicó a la líder del servicio, que se necesitaba la colaboración y la autorización para realizar las respectivas encuestas las mismas que presentan preguntas cerradas y de opción múltiple, y la aplicación del test de Edimburgo. El total de madres encuestadas fueron 86 y los datos obtenidos se han representado, a través de gráficos y tablas para mejor su comprensión y análisis.

**Gráfico 1 Caracterización de depresión posparto mediante la escala de Edimburgo**



Se identificó que el 47% de la población estudio no presentan signos de depresión, mientras que el 53% presentan uno o más signos de depresión posparto de los cuales el 26%, las madres que presentaron un puntaje mayor a 0 en la pregunta N° 10 (He pensado en hacerme daño a mí misma), es probable que la madre padezca un síntoma depresivo de mayor gravedad. En un estudio realizado en Santiago de Chile menciona que, La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo es una forma eficaz de Caracterizar a las pacientes en riesgo de depresión. Las madres que obtengan un puntaje de 10 puntos o más, o un puntaje distinto a 0 en la pregunta n° 10, es probable que estén sufriendo un episodio depresivo de diversa gravedad. (33)

Lo que deduce que la depresión posparto tiene una herramienta de evaluación que es el test de Edimburgo en el cual la mayoría de madres que presentan uno o más signos de depresión respondieron a la pregunta 10 un puntaje mayor a 0, esta pregunta se refiere al riesgo de vida para la madre y su hijo o hija. Esto podría conllevar a que a madre sea atendida por profesionales capacitados, el mismo que evaluara el riesgo de depresión, habría que dar a conocer la situación y la importancia de la derivación, del tratamiento y de brindar apoyo en el cuidado del hijo o hija.

**Tabla 1 Datos socio demográficos de madres con signos de depresión posparto**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad</b>		
15-25	26	58%
26-35	17	38%
36-45	2	4%
<b>Educación</b>		
Básica	10	22%
Secundaria	28	62%
Superior	7	16%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	12	27%
Unión libre	25	56%
Casada	8	17%
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	21	47%
Estudiante	4	9%
Servidor público	11	24%
Empleada doméstica	5	11%
No trabaja	1	2%
Otros	3	7%

De las mujeres que presentaron signos de depresión, el 58% cursan edades de 15 a 25 años. El 62% tienen una instrucción secundaria. Se puede figurar que por la llegada del bebé, la madre no continúe con sus estudios y se dedique a los quehaceres domésticos mientras cuida a su hijo, otro factor es no poseer un trabajo remunerado lo que aumenta su inquietud por solventar el hogar. En una publicación realizada en España, el estudio concluyó que había una relación estadísticamente significativa entre la edad y los síntomas depresivos, ya que madres menores de 25 años presentaban mayor riesgo de depresión posparto. Además, tanto el bajo nivel educativo como los bajos ingresos económicos fueron considerados factores predictivos de depresión. (6). El 47% son amas de casa, el 35% son servidoras públicas y empleadas domésticas, el 56% viven en unión libre, el 27% estado civil solteras, en menor porcentaje son madres casadas, estudiantes, no trabajan o se dedican a otro tipo de trabajo. El hecho de no tener una relación estable y no contar con el apoyo de su pareja o vínculo familiar

puede ser una de las causas para la alteración de su estado emocional. En un estudio realizado en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México Se observó que las mujeres con Depresión Posparto, viven en Unión Libre 77%, casadas el 13%, el 10% fueron Solteras. (65) En un estudio realizado en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Indican que las pacientes puérperas con depresión posparto que se controlan en atención primaria no cuentan con un trabajo remunerado, y no tienen una pareja estable. (10)

**Tabla 2 Causas que determinan depresión posparto**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Planificación familiar</b>		
Si	14	31%
No	31	69%
<b>Convivencia</b>		
Pareja	19	42%
Padres	20	44%
Sola	6	14%
<b>Maltrato</b>		
Si	4	9%
No	41	91%
<b>Consumo de sustancias nocivas</b>		
Si	2	4%
No	43	96%
<b>Antecedentes previos de depresión</b>		
Si	8	18%
No	37	82%
<b>Tipo de parto</b>		
Normal	30	67%
Cesárea	15	33%
<b>Cuidado del bebé</b>		
Sola	8	18%
En pareja	22	49%
Con Padres	13	29%
Otros	2	4%
<b>Tipo de leche</b>		
Materna	28	62%
Fórmula	3	7%
Mixta	14	31%

El 86% viven con su pareja y sus padres respectivamente, en menor proporción viven solas. El 69% de las mujeres encuestadas no planifico su embarazo. El 9% tuvo maltrato durante el embarazo. El 4% consume droga y alcohol. El 18% tienen antecedentes de depresión posparto. El 62% alimentan a su bebe con leche materna, mientras el 31% del total de madres con depresión alimentan a sus bebes con leche

materna y fórmula. El 49% realizan el cuidado de sus bebés en pareja. El tipo de parto normal con un 67%.

Se puede concretar que la madre puede contraer depresión, por un error en el método de planificación familiar, no presentar una estabilidad de pareja o falta de apoyo familiar. El maltrato puede darse por el hecho de ser un hijo no anhelado o falta de apoyo de la madre hacia el hogar con respecto a la economía. Se puede interpretar que carecer de información sobre el consumo de drogas alcohol o cigarrillo durante el embarazo tiene consecuencias para bebé o que con el consumo sustancias nocivas pueden evadir y desplazar diversos sentimientos como el de culpabilidad, tristeza y miedo. Según los antecedentes de depresión se interpreta que la depresión posparto puede ser consecutiva, al no ser tratada o detectada a tiempo. Se puede deducir que al alimentar a su bebe con leche materna la madre presenta dolor, vergüenza o falta de información de cómo amamantar, y en un menor porcentaje las madres al no tener la suficiente leche materna habrá la necesidad de complementar con leche de fórmula, esto conlleva a que la madre se sienta desanimada, infeliz y posible depresión., el cuidado del bebe en pareja puede desarrollar depresión al momento en que la pareja se encuentre en desacuerdo en los cuidados que se deba brindar al bebé. Se define que la depresión posparto puede originarse por la manera en que se produjo el parto normal, y el hecho de que después del parto exista una disminución hormonal tanto de estrógeno como progesterona.

En un estudio realizado en la Universidad Central de Venezuela, afirma que: El embarazo no deseado fue el factor de riesgo para la depresión posparto observado con más frecuencia. (66). Las madres con riesgo de desarrollar cuadro depresivo en el puerperio del servicio de gineco-obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga son aquellas que: no se encuentran en edad reproductiva ideal, su relación conyugal no es la adecuada, no recibieron apoyo familiar durante su embarazo, y sufrieron violencia intrafamiliar durante el mismo. (8). Un estudio realizado en Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. Dice que el consumo de sustancias nocivas se asocia a la depresión posparto como factor de riesgo, por ello las pacientes que consumen sustancias nocivas tienen 5.24 veces más riesgo de depresión posparto que

aquellas que no consumen. (9). Con respecto a la Revista chilena de obstetricia y ginecología los antecedentes de patología psiquiátrica, 15 de las mujeres incluidas habían padecido de depresión anteriormente. Por otro lado, 13 de las puérperas reconocieron tener un familiar de primer grado con antecedentes de depresión. (67). En un estudio realizado en ciudad de Madrid. La depresión suele provocar la terminación de la lactancia, en buena parte debido a la inseguridad materna y a las dudas sobre su capacidad para alimentar al bebé. (68). En la Universidad de San Carlos de Guatemala se realizó un estudio en el que se concluye que las pacientes que tuvieron Parto Eutócico Simple tienen 1.39 veces más riesgo de presentar Depresión posparto que las pacientes que resolvieron por Cesárea. (69)

## CAPÍTULO V

### 5. Conclusiones y recomendaciones

#### 5.1. Conclusiones

En proporción a los factores sociodemográficos que se presentaron con mayor frecuencia en la identificación de signos de depresión, la edad más propensa de contraer la depresión oscila entre 15-25 años, con estado civil unión libre, nivel de escolaridad secundaria, su ocupación es ama de casa.

La determinación que se obtuvo mediante la evaluación de la escala de Edimburgo los valores en el puntaje del test fluctuó entre 3 y 18 con un promedio en 9,8 puntos que significa la probabilidad de una depresión más no su gravedad. Las respuestas en los ítems presentan una buena heterogeneidad. La única excepción es el ítem 10, lo cual es completamente esperable porque se refiere a ideas de autoagresión.

Las principales causas que determina el cuadro depresivo en mujeres posparto son: madres que no planifican su embarazo, realizan el cuidado del bebe en pareja aun así viviendo con su pareja y sus padres individualmente, el hecho de tener parto normal y amamantar con leche materna fueron unas consecuencias de signos depresivos, el 100% de madres que presentaron maltrato presentan signos de depresión posparto, los antecedentes de depresión y el consumo de drogas fue menor en porcentaje.

Se elaboró una guía de orientación sobre depresión posparto, que será socializada al personal y madres que acuden al servicio de ginecología del Hospital Luis Gabriel Dávila.

## **5.2. Recomendaciones**

Se invita al personal de salud tomar en cuenta las condiciones sociodemográficas de las pacientes que asiste a esta casa de salud a fin de brindar información a las madres y la familia, para la promoción de salud y prevención de esta enfermedad, acerca de los principales factores asociados a la depresión posparto.

Se recomienda al personal de salud realizar charlas dinámicas en las que intervengan las madres posparto, acerca de las causas y factores de riesgo relevantes de depresión posparto.

La aplicación del Test de Edimburgo, ayuda a caracterizar a las madres con síntomas de depresión post parto, por lo que se recomienda al Ministerio de Salud pública poner mayor énfasis a las madres posparto.

Se recomienda a las autoridades del Hospital Luis Gabriel Dávila que la guía de orientación sea utilizada, para la educación de la familia, comunidad y sea entregada a las pacientes posparto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2017 marzo 25. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
2. Honikman J. Mejor en Familia. México, DF: Urano. [Online].; 2014 [cited 7 agosto 2017. Available from: <https://www.fundaciontelevisa.org/mejorenfamilia/salud/ddp-estadisticas/>.
3. Oñate Suárez LK. Estrategias de apoyo, para prevenir la depresión posparto en madres usuarias del Centro de Salud "tabacundo tipoC",2015. tesis. tulcan: Universidad regional autonoma de los Andes, departamento de salud; 2015.
4. Organizacion mundial de la salud. OMS. OPS. [Online].; 2012 [cited 2017 02 27. Available from: [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=703&limitstart=605](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=703&limitstart=605).
5. Lara MA, Navarrete L. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. Scielo. 2012 febrero; 35(1).
6. Lorenzo Veigas AM, Soto González M. factores de riesgo de la depresión posparto. Elsevier Doyma. 2013 diciembre; 36(2).
7. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. Revista médica de Chile Scielo. 2008 Julio; 136(7).
8. Santacruz Fernandez F, Serrano Andrade FX. DEPRESIÓN POSPARTO. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA,Cuenca 2014. tesis doctoral. cuenca: universidad de cuenca, escuela de medicina; 2014.
9. Atencia Olivas M. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrion durante abril – junio, 2015. Doctoral. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Obstetricia; 2015.
10. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Revista Médica de Chile Scielo. 2010 Mayo; 138(5).
11. CARCHI DPDSH. RESEÑA HISTORICA. [Online].; 2014 [cited 2017 FEBRERO 23. Available from: <http://www.dpsca.gob.ec/SALA/SALA%20DISTRITOS/HOSPITAL%20LUIS%20G%20DAVILA/BREVE%20HISTORIA%20DEL%20HOSPITAL.doc>.

12. Benavides Villarreal Clemencia Matilde CQGR. riesgos ergonómicos de la posición y esfuerzo y la prevalencia de patologías musculoesqueléticas. <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2027/1/TESIS.pdf>. Ibarra: UTN; 2014.
13. Comunicación HLGDUdTdIly. HLGDU. [Online].; 2015 [cited 2017 05 15. Available from: <http://hlgd.gob.ec/about.html>.
14. Orozco WN. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX. [Online].; 2013 [cited 2017 enero 05. Available from: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical. cuarta ed. Washington: DC: American Psychiatric Press; 2000.
16. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico Ginebra: Ginebra OMS; 1992.
17. Ramos León F, Rodríguez Gómez N, et al.. Matronas. Primera ed. Sevilla: MAD, S.L.; 2005.
18. Dorantes Cuéllar Y, Martínez Sibaja C, Ulloa Aguirre A. Endocrinología clínica. Quinta ed. Tripp Arreguín G, editor. México: El Manual Moderno; 2016.
19. Enrique RMG. RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DE LA CLÍNICA GOOD HOPE. noviembre 2015. TESIS DOCTORAL. LIMA-PERU: UNIVERSIDAD RICARDO PALMA; 2016.
20. David Rincon Pavon RRV. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. bdigital. 2014 Junio; 16(4).
21. Lawrie TA, Herxheimer A, Dalton K. Pubmed.com. [Online].; 2000 [cited 2017 julio 12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796270>.
22. Gleicher N. Autoinmunity revisiones. [Online].; 2007 [cited 2017 abril 14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17854751>.
23. Bernstein IH, Rush AJ, Yonkers K, Carmody TJ, Woo A, McConnell K, et al. PubMed.gov. [Online].; 2008 [cited 2017 abril 14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17187349>.
24. Pearstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. PubMed.gov. [Online].; 2009 [cited 2017 abril 16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19318144>.

25. Hamdan A, Tamim H. PubMed.gov. [Online].; 2011 [cited 2017 abril 17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21063891>.
26. Stone J, Eddleman K, Duenwald M. Embarazo para dummies. segunda ed. Cumbay Tea, editor. Estados Unidos: Wiley Publishing, Inc.; 2007.
27. Guerra Martín MD, Fernández Rodríguez V, et.al. Cuerpo técnico escala de diploma en salud pública, opción enfermería, de la administración regional de Murcia. tercera ed. Murcia: MAD; 2006.
28. Jiménez López FR. Ciencia de la administración y administración pública sanitaria López Fernández FJ, editor. Almería: ACCI; 2016.
29. DeCherney AH, Nathan Lae. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. onceava ed. de León Fraga J, editor. México: Mc Graw Hill Education; 2013.
30. Almanza Muñoz dJ, Salas Cruz CL, Olivares Morales S. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. Sanid Milit. 2011; III(65).
31. Cox J, Holden JM J, Sagovsky R. Detección de la depresión postnatal. Desarrollo de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo de 10 ítems. The British Journal of Psychiatry. 2006 Junio; VI(150).
32. Pina Roche F, Almansa Martínez P. Mujer y cuidados: retos de salud. primera ed. Murcia: edit.um; 2014.
33. Ministerio de salud. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. Santiago de Chile: Secretaria de salud pública, Departamento de salud mental; 2014.
34. J.L. Cox JMHS. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh. Revista Británica de Psiquiatría. 1987 junio; 150.
35. Catálogo Maestro de guías de práctica clínica. Prevención, Diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto. Guía de práctica clínica. mexico: CENETEC, departamento de salud; 2014.
36. Otero R. Depresion ¿enfermedad o indolencia? primera ed. Buenos aires: Bubok Publishing; 2012.
37. Trujillo García AM. COñsejos y Orientaciones para una infancia feliz. primera ed. Trujillo García AM, editor. Malaga; 2009.
38. UNIDOS, DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS. INFORMACION SOBRE LA DEPRESION POSPARTO. National Institute of Mental Health. 2014 Jul.

39. Bernalte Benazet Á, Miret García MT. Manual de enfermería comunitaria: Libros En Red; 2005.
40. Gordon M. Manual de Diagnósticos enfermeros. decima ed. España: Elsevier; 2003.
41. Tobón Correa O, García Ospino C. Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud Manizales: Universidad de Caldas Ciencias Para la Salud; 2004.
42. Ebook corporation. Enfermeros del consorcio sanitario de Tenerife. primera ed. Sevilla: MAD; 2004.
43. Headman HT. NANDA International. Diagnosticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación Barcelona: Elsevier; 2012-2014.
44. CONSTITUCION DE LA REPUBLICA. Asamblea Nacional. [Online].; 2008 [cited 2017 mayo 15  
[[http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf)]. Available from: [http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf).
45. B. JEP. ecopolitica.net. [Online].; 2015 [cited 2017 04 26. Available from: <http://ecopolitica.net/objetivos-del-proyecto-de-pais-de-la-teoria-psicosocial-latinoamericana-en-el-desarrollo-de-los-pueblos-latinoamericanos-3/>.
46. Pública MdS. Normas del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica. [Online].; 2013 [cited 2016 07 04. Available from: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/norma\\_sive.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/norma_sive.pdf).
47. PÚBLICA MDS. OBJETIVO 3. PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR. 2013-2017.
48. JOHANNA VIVIANA ZAVALA PANCHANA JDZP. EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO FISCOMISIONAL A DISTANCIA DON BOSCO EXTENSIÓN VALDIVIA, MANGLARALTO, SANTA ELENA 2011-2012. TESIS. SANTA ELENA: UNIVERSIDAD ESTATAL PENINSULA DE SANTA ELENA; 2012.
49. Cevallos Teneda AC. EVALUACIÓN DE LA INFLUENCIA DE LA REGULARIZACIÓN DEL ACCESO Y DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA BOLIVAR. TESIS. AMBATO: UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO; 2015.
50. Vizcarra MLF. Código De Ética De Enfermería. deontlogia profesional; 2015.

51. Pública MdS. Lexis. [Online].; 2014 [cited 2016 11 28. Available from: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>.
52. Donoso E, Carvajal J, Vera C, Poblete J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, etal, neonatal e infantil. Revista médica Chile. 2014 Febrero; 142(2).
53. Pérez Porto J. Definición.de. [Online].; 2008 [cited 2017 septiembre 06. Available from: <https://definicion.de/educacion/>.
54. Castillo J. Derechos2008 WordPress. [Online].; 2010 [cited 2017 septiembre 6. Available from: <https://derecho2008.wordpress.com/2010/06/09/estado-civil/>.
55. Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones. ilo.org. [Online].; 2007 [cited 2017 septiembre 6. Available from: <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/docs/annex1.pdf>.
56. Anel. Calameo. [Online].; 2014 [cited 2017 septiembre 6. Available from: <http://es.calameo.com/read/0042430070eeb199f8fec>.
57. Puente Villalobos M. Ginequito. [Online].; 2014 [cited 2017 septiembre 6. Available from: <http://www.ginequito.com.mx/preguntas/planificacion-familiar/que-es-la-planificacion-familiar.html>.
58. López D. Matterna Birth Matters. [Online].; 2015 [cited 2017 Septiembre 6. Available from: <https://www.matterna.es/el-parto/tipos-de-partos/>.
59. Pérez Porto J, Gardey A. Definición.de. [Online].; 2014 [cited 2017 octubre 6. Available from: <https://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/>.
60. Definiciona.com. Definición y etimología de amamantamiento. 2014 Agosto 6..
61. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2017 octubre 6. Available from: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>.
62. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2017 octubre 6. Available from: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
63. Facemamá. Facemamá.com. [Online].; 2017 [cited 2017 octubre 6. Available from: <http://www.facemama.com/embarazo/el-abuso-durante-el-embarazo.html>.
64. Ministerio de Sanidad y Consumo. Msssi.gob.es. [Online].; 2016 [cited 2017 octubre 6. Available from: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/EmbarazoDrogas.pdf>.

65. CARRILLO DÁVILA G. Factores asociados a depresión posparto en mujeres que acuden al hospital general de ECATEPEC "DR. José María Rodríguez, 2012". Tesis doctoral. México: Universidad Autónoma del estado de México, medicina; 2012.
66. Fernández Vera JK, Iturriza Natale AT, Toro Merlo J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2014 diciembre; 74(4).
67. Evans M G, Viciña M M, Marín R. DEPRESION POSTPARTO REALIDAD EN EL SISTEMA PUBLICO DE ATENCION DE SALUD. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2003; 68(6).
68. Olza Fernandez I. Lactancia despues de la cesárea. Madrid: Hospital de Puerta de Hierro Majadahonda, Psicosis puerperal; 2004.
69. Rodríguez CGH. Riesgo de depresion post parto en pacientes post parto eutócico simple vrs pacientes post cesárea. estudio de post grado. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Ciencias Médicas; 2016.

## ANEXOS

### Anexo 1.- Encuesta

#### ENCUESTA

**El presente trabajo de investigación titulada** “Caracterización de depresión posparto en mujeres que asisten al servicio de Ginecología del Hospital Luis Gabriel Dávila 2017.” Tiene como objetivo Caracterizar la depresión posparto en mujeres atendidas en el servicio de Ginecología, Hospital Luis Gabriel Dávila, Tulcán 2017.

La información obtenida es anónima y de carácter confidencial, que será utilizada con fines exclusivos de investigación, por ello se ruega responder las preguntas con forme su realidad.

#### **INSTRUCCIONES:**

Lea detenidamente el enunciado y responda con una X en el casillero que crea correspondiente.

#### **Datos Sociodemográficos.**

##### **1. Edad**

- 15-25
- 26-35
- 36-45

##### **2. Educación**

- Analfabeta
- Básica
- Secundaria
- Superior

##### **3. Estado civil**

- Soltera
- Unión libre
- Casado
- Divorciado
- Viuda

**4. Vive con**

- Su Pareja
- Sus Padres
- Sola con hijos
- Otros

**5. Ocupación**

- Ama de casa
- Estudiante
- Servidor Publico
- Empleada domestica
- No trabaja
- Otros

**6. Embarazo planificado**

- Si
- No

**7. Tipo de parto**

- Cesárea
- Normal

**8. Los Cuidados del bebe lo realiza**

- Sola
- Con su pareja
- Con su padres
- Con la empleada
- Otros

**9. Amamantamiento**

- Leche materna exclusiva
- Leche de formula
- Leche materna más formula

**10. Sufrió de Depresión en los embarazos anteriores**

- Si
- No

**11. Recibió algún tipo de maltrato durante o después del embarazo**

- Si
- No

**12. Consume algún tipo de droga, cigarrillo, alcohol u otros durante o antes del embarazo**

- Si
- No

Especifique \_\_\_\_\_

**TEST DE EDIMBURGO (TEST DE VERIFICACIÓN DE DEPRESIÓN)**

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

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

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

- Tanto como siempre
- Algo menos de lo que solía hacer
- Definitivamente menos
- No, nada

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

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, algunas veces
- No muy a menudo
- No, nunca

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

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

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

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

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

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

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

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, a veces
- No muy a menudo
- No, nada

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

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

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

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- Sólo en ocasiones
- No, nunca

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

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

GRACIAS POR SU INFORMACIÒN

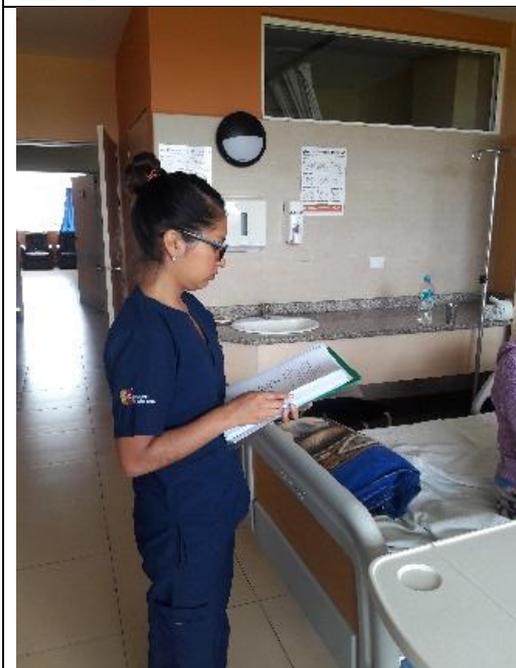
**Anexo 2.- Galería fotográfica**



Madre posparto realizando la encuesta sobre depresión posparto. HLGD



Explicación acerca de la investigación a realizarse previa a la encuesta. HLGD



Entrega de encuestas a las madres posparto. HLGD



Encuesta realizada a madre en etapa posparto. HLGD



Socialización y entrega de guías a madres que asisten al servicio de ginecología del HLGD de la ciudad de Tulcán.

**Anexo 3.-** Portada Guía de Orientación.

