



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Carrera de Enfermería**

**Determinantes socio-económicos y obstétricos en usuarias con depresión  
postparto en el CSR Ricaurte. Cuenca, 2018**

Proyecto de investigación previa a la  
obtención del título de Licenciado  
en Enfermería

**Autoras**

Ludwika Dayanara Lucas Barcia  
CI: 1312817545

Julissa Katherine Maza Macas  
CI: 0707000600

**Directora**

Lic. Ruth Ximena Altamirano Cárdenas Mgt.  
CI: 0301732152

**Cuenca - Ecuador**  
**10/05/2019**



## RESUMEN

**Antecedentes:** la depresión postparto constituye la alteración afectiva que se da con más frecuencia en la etapa de maternidad, según las estadísticas perjudica al 10 y 15% <sup>1,2</sup>.

**Objetivo:** describir los determinantes socio-económicos y obstétricos en usuarias con depresión postparto en el CSR Ricaurte. Cuenca, 2018.

**Metodología:** estudio descriptivo de corte transversal. El universo lo constituyen 171 usuarias de postparto que pertenecen al Establecimiento de Salud Ricaurte; para el cálculo muestral se utilizó una fórmula de Pita Fernández que aporta un resultado de 104 usuarias. La recolección de datos se realizó a través de un formulario estructurado, elaborado y modificado por las investigadoras, además se utilizó el cuestionario de apoyo social (MOS; 1991) y la escala de depresión postparto de Edimburgo (Cox y Col, 1987). Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa SPSS versión 21 y presentados en tablas de frecuencias y porcentajes con sus respectivos análisis descriptivos.

**Resultados:** el 71,1% de usuarias encuestadas presentaron depresión postparto, de las cuales el 36,6% tenían edades entre 18 a 25 años, 39,4% culminaron el bachillerato, 27,9% eran casadas y el 54,8% amas de casa. En cuanto a los determinantes obstétricos el 40,3% eran primigestas, 44,2 % tuvieron partos eutócicos y el 39,4% no planificaron su embarazo. El 56,7% de las madres refirieron tener un apoyo social medio.

**Conclusiones:** los determinantes socio-económicos y obstétricos más relacionados con depresión postparto fueron: ocupación laboral, tipo de parto, número de gestas y paridad.

**Palabras claves:** Depresión postparto. Determinantes socio-económicos. Determinantes obstétricos. Postparto.



## ABSTRACT

**Background:** postpartum depression is the affective alteration that occurs most frequently in the maternity stage, according to the statistics it harms 10% and 15% <sup>1,2</sup>

**Objective:** to describe the socio-economic and obstetric determinants in users with postpartum depression at the Ricaurte CSR. Cuenca, 2018.

**Methodology:** descriptive cross-sectional study. The universe is constituted by 171 postpartum users who visit the Ricaurte Health Facility; for the sample calculation, a Pita Fernández formula was used that provides a result of 104 users. The data collection was carried out through a structured form, elaborated and modified by the researchers, and the social support questionnaire (MOS, 1991) and the postpartum depression scale of Edinburgh were used (Cox and Col, 1987). The data obtained were analyzed through the SPSS program, version 21, and presented in tables of frequencies and percentages with their respective descriptive analyzes.

**Results:** 71.1% of users surveyed had postpartum depression, of which 36.6% were between 18 and 25 years old, 39.4% had completed high school, 27.9% were married and 54.8% were housewives. Regarding the obstetric determinants, 40.3% were primigravites, 44.2% had eutocic births and 39.4% did not plan their pregnancy. 56.7% of mothers reported having medium social support.

**Conclusions:** the socio-economic and obstetric determinants most related to postpartum depression were: occupation, type of delivery, number of feats and parity.

**Key words:** Postpartum depression. Socio-economic and obstetric determinants. Postpartum.



## ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
1.1 INTRODUCCIÓN.....	15
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	18
CAPÍTULO II.....	19
2. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 Generalidades.....	19
2.2 Trastornos del estado de ánimo del puerperio.....	19
2.3 Depresión postparto.....	20
2.3.1 Definición.....	20
2.3.2 Epidemiología.....	20
2.3.3 Sintomatología.....	20
2.3.4 Determinantes socio-económicos.....	21
2.3.5 Determinantes obstétricos.....	22
2.3.6 Método diagnóstico.....	24
CAPÍTULO III.....	25
3. OBJETIVOS.....	25
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
CAPÍTULO IV.....	26
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	26
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	26
4.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	26
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	26
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	27
4.5 VARIABLES.....	28
4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	28
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	30



---

4.7 PROCEDIMIENTOS .....	32
4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS .....	32
4.9 ASPECTOS ÉTICOS .....	33
4.10 RECURSOS .....	33
CAPÍTULO V .....	34
5. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN .....	34
CAPÍTULO VI .....	50
6. DISCUSIÓN .....	50
CAPÍTULO VII .....	54
7.1 CONCLUSIONES .....	54
7.2 RECOMENDACIONES .....	55
CAPÍTULO VIII .....	56
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y BIBLIOGRAFÍA .....	56
CAPITULO IX .....	59
9. ANEXOS .....	59
ANEXO N°1: CONSENTIMIENTO FORMADO .....	59
ANEXO N°2: ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO .....	62
ANEXO N°4: CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE MOS .....	65
ANEXO N°5: RECURSOS MATERIALES .....	66
ANEXO N°6: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	66
ANEXO N°7: OFICIO DIRIGIDO Y APROBADO POR EL DIRECTOR DISTRITAL 01D01 .....	67



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Cuenca, 2019. ....	34
Tabla 2. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: edad. Cuenca, 2019. ....	35
Tabla 3. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: nivel de instrucción. Cuenca, 2019. ....	36
Tabla 4. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: residencia. Cuenca, 2019. ....	37
Tabla 5. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: estado civil. Cuenca, 2019. ....	38
Tabla 6. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: ocupación laboral. Cuenca, 2019. ....	39
Tabla 7. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: tenencia de la vivienda. Cuenca, 2019. ....	40
Tabla 8. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: material de la vivienda. Cuenca, 2019. ....	41
Tabla 9. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: servicios básicos de la vivienda. Cuenca, 2019. ....	42
Tabla 10. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: acceso a tecnología. Cuenca, 2019. ....	43
Tabla 11. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: ingreso mensual. Cuenca, 2019. ....	44
Tabla 12. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: paridad. Cuenca, 2019. ....	45
Tabla 13. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: tipo de parto. Cuenca, 2019. ....	46
Tabla 14. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: número de embarazos. Cuenca, 2019. ....	47
Tabla 15. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: embarazo planificado. Cuenca, 2019. ....	48
Tabla 16. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: apoyo social. Cuenca, 2019. ....	49



**Cláusula de licencia y autorización para la publicación en el Repositorio  
Institucional**

Ludwika Dayanara Lucas Barcia en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **Determinantes socio-económicos y obstétricos en usuarias con depresión postparto en el CSR Ricaurte. Cuenca, 2018**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 10 de mayo del 2019

Ludwika Dayanara Lucas Barcia

CI: 1312817545



### Cláusula de propiedad intelectual

Ludwika Dayanara Lucas Barcia, autora del proyecto de investigación **Determinantes socio-económicos y obstétricos en usuarias con depresión postparto en el CSR Ricaurte. Cuenca, 2018**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 10 de mayo del 2019

---

Ludwika Dayanara Lucas Barcia

CI: 1312817545





**Cláusula de licencia y autorización para la publicación en el Repositorio  
Institucional**

Julissa Katherine Maza Macas en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **Determinantes socio-económicos y obstétricos en usuarias con depresión postparto en el CSR Ricaurte. Cuenca, 2018**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 10 de mayo del 2019

Julissa Katherine Maza Macas

CI: 0707000600



### Cláusula de propiedad intelectual

Julissa Katherine Maza Macas, autora del proyecto de investigación **Determinantes socio-económicos y obstétrica en usuarias con depresión postparto en el CSR Ricaurte. Cuenca, 2018**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 10 de mayo del 2019

---

Julissa Katherine Maza Macas

CI: 0707000600



## AGRADECIMIENTO

Sin la presencia de Dios en la vida de mi familia y la mía no hubiera llegado al lugar donde estoy, por ello quiero agradecerle por las bendiciones recibidas a lo largo de estos años.

A mis padres, hermanos y familiares cercanos, quienes sin importar la distancia que nos separa siempre están cerca de mí. Gracias por brindarme su amor, apoyo y sacarme una sonrisa en los peores momentos. Gracias por alentarme cada día y enseñarme a vivir con actitud positiva.

A mis amigas Pachi, Tania, Caro, July, Ruth, Criss, Joha, por ser la familia que escogí en estos años de estudio, sin ustedes mi estadía en esta Ciudad hubiera sido monótona. Gracias por los consejos y por los momentos compartidos que sin duda estarán presentes por el resto de mi vida.

Gracias a mi tutora de tesis por la colaboración y asesoramiento brindado en este trabajo de investigación.

Y para finalizar, muchísimas gracias a todas aquellas personas que participaron directa o indirectamente durante mi formación académica.

Gracias infinitas.

***Dayanara Lucas B.***



## AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero agradecer a Dios por darme la fortaleza y voluntad de cumplir mis sueños a pesar de toda adversidad. Mi eterna gratitud hacia mi familia, la cual me brindó su apoyo moral y económico, en cada etapa de la carrera. De manera especial a mi madre Rosario porque siempre ha estado acompañándome en cada paso que he dado y motivándome a mejorar.

A mis docentes por todas sus enseñanzas impartidas dentro y fuera de las aulas universitarias y de forma especial a la Licenciada Ruth Altamirano, Directora y Asesora de tesis, por el tiempo dedicado para la culminación de este trabajo de investigación. A la Universidad de Cuenca por haberme dado la oportunidad de crecer no solo académicamente sino como ser humano.

En el camino recorrido me he encontrado con muchas personas pero realmente las verdaderas permanecen con nosotros, Dios ha sido muy bueno conmigo y me ha permitido rodearme y quedarme con amistades sinceras.

***Julissa Maza M.***



## DEDICATORIA

Este trabajo de investigación está dedicado a mis amados padres, Raúl y Guillermina, por ser el apoyo incondicional en mí vida. Sus sacrificios y el mío están puestos en cada una de las cosas que he logrado, ellos me continúan enseñando a ser constante con mis metas y dar siempre lo mejor de mí para conseguirlo.

Los Amo.

***Dayanara Lucas B.***



## DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a Dios por guiarme en cada paso, jamás haberme abandonado y permitirme haber finalizado mi formación profesional.

A mis padres y hermanos por creer en mí y ayudarme a cumplir mis sueños, no ha sido fácil pero cada obstáculo me ayudo a comprender que en mi familia tengo la fortaleza necesaria para jamás darme por vencida. Gracias mami Rosario, papi Manuel, y mis queridos hermanos Fernando y Lisseth.

A mí querido enamorado Jaime Andrés por su confianza, compañía, consejos y amor brindado durante todo este tiempo.

A mi madrina Blanca Barros que siempre ha estado presente en mi vida.

A mis adoradas amigas Caro, Daya, Patricia, Ruth, Tania que siempre estuvieron en momentos buenos y malos. Gracias. Y de manera especial a mi mejor amiga María José, quien siempre se hizo presente, con sus palabras de apoyo y motivación, Gracias por tu preocupación y ayuda durante todos estos años.

A veces creía que terminar la carrera no iba a ser posible por varios motivos pero mami querida la verdad es que hiciste lo posible hasta lo imposible por ayudarme. Gracias por jamás dejarnos solos a mis hermanos y a mí.

Mi proyecto de investigación dedicado con mucho amor a ustedes.

***Julissa Maza M.***



## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) considera depresión postparto (DPP) aquel episodio de depresión mayor que comienza dentro de las primeras cuatro semanas postparto y hasta un año después; con respecto a la parte clínica la DPP se caracteriza por presentar la siguiente sintomatología: llanto, desánimo, irritabilidad, labilidad emocional, sentimientos de culpa, inapetencia, ideas suicidas y trastorno del sueño, falta de concentración y memoria, sentimientos de incapacidad para llevar a cabo la maternidad<sup>1</sup>. Con respecto a las causas de este trastorno no se conocen con exactitud; únicamente se han observado factores de riesgo sociales, económicos y obstétricos que contribuyen al desarrollo de la DPP, incluso puede presentarse cuando la madre no ha mostrado ningún antecedente<sup>3,4</sup>.

Existen diversos instrumentos para detectar la depresión postparto pero consideramos la aplicación de la Escala de Depresión postparto de Edimburgo (EDPPE) porque ha demostrado su efectividad en el descubrimiento de situaciones depresivas a nivel del medio hospitalario y atención primaria, además de la rapidez y facilidad de su aplicación, calificación e interpretación<sup>1,5</sup>. Esta escala evalúa 10 elementos que se relacionan con el estado de ánimo en mujeres puérperas, y es la propia mujer la encargada de otorgar las respectivas calificaciones<sup>3,4</sup>.

Adicionalmente aplicamos el cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991) para evaluar la cantidad de apoyo que reciben las madres por parte de su familia y amigos cercanos. Consta de 20 ítems, el primero hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a 4 dimensiones del apoyo social funcional: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo<sup>6</sup>.

Además de los factores socioeconómicos y de acuerdo a la revisión bibliográfica realizada se ha encontrado que hay antecedentes obstétricos, tales como: tipo de



parto, número de gestas, número de hijos, paridad, embarazos planificados, periodo intergenésico, entre otros <sup>7,8</sup> que pueden influir en la aparición de DPP, por ello se aplicó un formulario estructurado elaborado por las autoras el mismo que incluye 14 ítems que nos permiten medir estas variables e indicar su relación con la depresión postparto.





## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre el período de gestación y el puerperio se producen modificaciones bioquímicas, psicológicas y sociales, que son las responsables para el surgimiento de alteraciones psíquicas en la mujer, por lo que es importante valorar el aspecto psicológico de las puérperas para detectar y prevenir los trastornos del estado de ánimo, y específicamente identificar aquellos determinantes que influyen en el desarrollo de depresión postparto<sup>9</sup>, el cual constituye el trastorno psicológico más común en esta etapa y al mismo tiempo tiene una prevalencia tres veces mayor en los países en vías de desarrollo<sup>10</sup>.

Como parte del diagnóstico de esta patología, actualmente se está considerando en muchos países la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, no sólo en el periodo de puerperio sino también durante el periodo de gestación debido a las consecuencias que conlleva desarrollar depresión postparto tanto para las madres como para sus hijos, las cuales pueden ser mortales, tales como: el suicidio e infanticidio<sup>3</sup>.

Según las estadísticas a nivel de Latinoamérica se ha producido una alta prevalencia de depresión postparto, a continuación se indican los porcentajes de algunos países latinoamericanos: Chile 50,7%, Colombia 32,8%, Perú 24,1% y Venezuela 22%. A nivel de Ecuador no se han establecido porcentajes formales sobre la prevalencia de DPP y más aún sobre los determinantes que estarían relacionados al desarrollo de la misma.

**Pregunta de investigación** ¿Cuáles son los determinantes socio-económicos y obstétricos en usuarias con depresión postparto que acuden al CSR Ricaurte. Cuenca, 2018?



### 1.3 JUSTIFICACIÓN

En el área de la salud materna, los casos de trastornos del estado de ánimo han ido adquiriendo mayor significado especialmente la depresión postparto debido a que los índices de prevalencia son considerables.

La depresión postparto (DPP) constituye la alteración afectiva que se da con más frecuencia en la etapa de maternidad, según las estadísticas perjudica al 10 y 15% de esta población, no solo afectando la salud de las madres y sus bebés, sino también de las personas que componen el núcleo familiar<sup>1,2</sup>. Además de salvaguardar la salud física se debe priorizar la salud psicosocial de la madre debido a que su esfera psíquica se ve afectada por los múltiples cambios que suceden durante el embarazo y puerperio <sup>11-14</sup>.

Este trastorno afectivo se ha transformado en una preocupación de salud mundial desde el momento en que las personas encargadas del sistema de salud la determinaron como una enfermedad <sup>9,15</sup>. La revisión apropiada de la depresión postparto (DPP) demanda una considerable observación, investigación e identificación del aspecto psicológico en todas las mujeres embarazadas que asisten a sus consultas prenatales <sup>11</sup>. A pesar de la evidencia sobre la importancia de su detección y manejo oportuno ésta todavía es baja alrededor del 2% <sup>10</sup>. En los Establecimientos de Salud de nuestro país no se ha establecido la valoración psicológica de la puérpera como un reglamento, es por ello que este trastorno es detectado generalmente cuando las madres manifiestan algún síntoma evidente.

Esta investigación sería novedosa por dos razones, primero porque constituirá un documento de referencia sobre depresión postparto en el CSR Ricaurte y segundo porque se identificaría cuáles son los determinantes socio-económicos y obstétricos que estarían influyendo en el desarrollo de esta patología <sup>8,16</sup>.



## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Generalidades

En la vida de una mujer hay muchas transiciones, entre ellas, el embarazo, el parto y el puerperio, situaciones difíciles con gran vulnerabilidad afectiva y psicológica, que originan sentimientos y emociones adversas que repercuten de forma inadecuada en su ámbito familiar y psicosocial; estos estados de ánimo se ven potenciados por la inseguridad en el cuidado del bebé, las molestias postparto y la discrepancia entre la información que la mujer recibe por parte de profesionales y personas cercanas <sup>12,17</sup>.

La depresión es tan importante como cualquier otra patología médica y constituye la cuarta causa de discapacidad en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), Para el año 2020 dicha organización estima que la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo.

#### 2.2 Trastornos del estado de ánimo del puerperio

**Tristeza postparto:** también llamado “*baby blues*” es un trastorno transitorio muy común, se caracteriza por una serie de síntomas leves de tristeza, sensación de incapacidad, insomnio y tendencia a llorar sin razón aparente, los cuales están presentes de dos a tres semanas siguientes al alumbramiento, y no requieren de atención médica y/o psicológica <sup>3</sup>.

**Depresión postparto:** se caracteriza por una tristeza intensa con labilidad emocional grave. Normalmente comienza a las 2 o 4 semanas después del parto y puede persistir gran parte del primer año. A causa de este trastorno pueden aparecer alteraciones en el establecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo <sup>12</sup>.

**Psicosis postparto:** es un episodio afectivo con síntomas psicóticos, tales como: ideación delirante, desorganización del habla, alucinaciones, catatonía. Es poco frecuente y necesita tratamiento farmacológico con antipsicóticos atípicos <sup>18</sup>.



## **2.3 Depresión postparto**

### **2.3.1 Definición**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) considera depresión postparto (DPP) aquel episodio de depresión mayor que comienza dentro de las primeras cuatro semanas postparto; con respecto a la parte clínica de este trastorno se caracteriza por presentar la siguiente sintomatología: llanto, desánimo, irritabilidad, labilidad emocional, sentimientos de culpa, inapetencia, ideas suicidas y trastorno del sueño, falta de concentración y memoria, sentimientos de incapacidad para llevar a cabo la maternidad <sup>1</sup>.

### **2.3.2 Epidemiología**

En investigaciones realizadas se determinó que la prevalencia de la depresión postparto en el área de atención primaria esta alrededor del 20%, mientras que en otro estudio efectuado a nivel de consultorios se reportó que un 41,3% de usuarias acudieron a consulta porque presentaban una sintomatología aguda durante los 2 y 3 meses del postparto, dando lugar a un riesgo inminente de desarrollar DPP <sup>4,19,20</sup>. Se estima que la incidencia de depresión postparto (DPP) en Brasil está alrededor del 10 al 29%, en México hay una prevalencia del 32,6%, en Colombia la prevalencia es de 32,8%, en Venezuela es de 22% y Perú del 24,1% pero la verdad es que resulta difícil definir porcentajes exactos de la prevalencia concreta de esta patología debido a que las investigaciones realizadas difieren mucho con respecto a los métodos utilizados y la demografía examinada <sup>21,22</sup>.

### **2.3.3 Sintomatología**

Algunos de los síntomas que presentan las puérperas son <sup>3</sup>

- \* Estado de ánimo deprimido
- \* Tristeza o llanto persistentes
- \* Disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades
- \* Cambios en los patrones de alimentación y sueño (principalmente insomnio)
- \* Sentirse abrumada, indefensa e incapaz



- \* Autodesvalorización y autorreproches, generalmente relacionados a su competencia como madre
- \* Irritabilidad
- \* Dificultad para vincularse con el bebé
- \* Dificultad y/o imposibilidad de cuidar al recién nacido

La etiología de depresión postparto es incierta pero existen factores involucrados en su desarrollo, los cuales se distribuyeron de la siguiente manera:

### **2.3.4 Determinantes socio-económicos**

Las condiciones socioeconómicas que rodean a una persona influyen en su estado de salud. Circunstancias como la escasa escolarización, falta de apoyo social, la mala calidad de la vivienda y el desempleo constituyen determinantes que predisponen a los individuos a poseer una buena o mala calidad de vida <sup>23-26</sup>.

**2.3.4.1 Edad:** la adolescencia se considera un factor de riesgo para desarrollar depresión postparto, ya que en esta etapa se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo; lo cual si se relaciona con el embarazo, ocasiona una demanda mayor en el desarrollo de estrategias de afrontamiento, por tal razón en muchas madres de esta edad se puede evidenciar la deserción escolar, abuso hacia el menor de edad y mayor riesgo de embarazo por segunda ocasión. Según Rincón D, Ramírez R, (2013) en su estudio señalan que las adolescentes presentan más depresión que las mujeres mayores, puesto que ciertos factores del entorno social y familiar tornan al adolescente más vulnerable a hechos vitales como el embarazo <sup>27</sup>.

**2.3.4.2 Nivel de instrucción:** el nivel educativo que una persona alcanza se relaciona con su nivel de alfabetización y su nivel de conocimiento sobre la salud. La mayoría de investigaciones científicas han relacionado el desarrollo de depresión postparto con la baja escolaridad de la madre, ya que este grupo es más propenso a no tener los recursos y el conocimiento para lidiar con el estrés y dificultades que conlleva tener un recién nacido en casa.



**2.3.4.3 Residencia:** es conocido que las precarias condiciones de vida están relacionadas con problemas de salud, esto no varía en cuanto a depresión postparto; investigaciones realizadas por Mendoza C (2015) y Fernández J (2014) exponen que las malas condiciones sociodemográficas como habitar en zonas rurales y sin acceso a servicios básicos otorgan vulnerabilidad a la puérpera para desencadenar algún trastorno afectivo.

**2.3.4.4 Estado civil:** de acuerdo al estado civil de las puérperas con relación a depresión postparto no se ha observado una relación significativa. En la bibliografía revisada se difiere mucho de que si son las casadas o solteras las que presentan mayores porcentajes de DPP.

**2.3.4.5 Ocupación laboral:** se ha descrito que las personas desempleadas tienen mayores tasas de mortalidad, de altas e ingresos hospitalarios, hipertensión, alcoholismo, tabaquismo, adicciones a fármacos, depresión, suicidio, y ansiedad. Tener un bebé es un acontecimiento vital y puede suscitar preocupación, cansancio y tristeza que sumado a las interminables horas cuidando al recién nacido, sin tiempo para sí misma o para descansar predisponen tensión y agotamiento llevándolas a desencadenar esta patología.

**2.3.4.6 Ingreso económico:** el estrato socioeconómico bajo tiene relevancia como factor predisponente para la depresión postparto debido a la insatisfacción de la pareja por no cubrir económicamente las demandas del cuidado de un recién nacido.

### **2.3.5 Determinantes obstétricos**

Constituyen datos acerca de las gestas anteriores y actuales relacionados con el desarrollo de trastornos afectivos.

**2.3.5.1 Paridad:** El ser madres primíparas y multíparas suponen una importante vulnerabilidad para presentar depresión postparto; por una parte por no tener experiencia en el cuidado del bebé e incluso por las molestias físicas durante este período o simplemente por las complicaciones a las que se exponen durante el



embarazo, parto y puerperio<sup>10</sup>.

**2.3.5.2 Tipo de parto:** en los diferentes estudios revisados se encontró que la vía de parto ya sea eutócico o cesárea podían constituir un factor para el desarrollo de este trastorno depresivo, debido a que en los dos tipos de parto se puede presentar alguna complicación afectando así el estado emocional de la madre.

**2.3.5.3 Número de gestas:** Varios estudios no demuestran diferencias puntuales entre ser primigestas o estar por el segundo embarazo. Sin embargo la mayoría enfatizan en la valoración psicológica a la madre primigesta porque debido a su experiencia limitada sobre los cambios que suceden a nivel físico y emocional durante el embarazo son más propensas a presentar depresión postparto <sup>28</sup>.

**2.3.5.4 Planificación del embarazo:** Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años; sin embargo, también se dan en otros grupos de edad. Su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales. Sus consecuencias no solo afectan a las mujeres, sino también a su pareja y a las familias. Numerosos documentos muestran la relación significativa entre un embarazo no planificado relacionado a mayores porcentajes de depresión postparto ya sea por la inseguridad que produce tener un bebé cuando no es esperado o por la percepción de falta de apoyo.

**2.3.5.5 Apoyo social:** el período de postparto es una etapa de vulnerabilidad biopsicosocial en la mujer en donde el apoyo social es un elemento crítico para el desarrollo de un cuadro depresivo. Se señala que las intervenciones desde el apoyo social pueden impedir que una angustia inicial evolucione a un cuadro más grave. Las parejas y las madres de las mujeres son las personas identificadas como principal fuente de apoyo <sup>29</sup>.



### 2.3.6 Método diagnóstico

A lo largo del embarazo y del puerperio las mujeres entran en contacto con una variedad de profesionales de salud que incluyen: obstetras, enfermeras y médicos familiares por lo que es de vital importancia que se le otorgue a la salud mental la misma atención que a su bienestar físico.

El periodo de mayor riesgo está en las semanas después del parto, pero es importante que el equipo de atención primaria se mantenga alerta durante todo el año después del parto. La depresión postparto puede ser diagnosticada mediante la evaluación clínica, pero hay herramientas que pueden ayudar con la detección de casos.

Una herramienta utilizada es la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPPE) cuyo objetivo no es diagnosticar trastornos depresivos sino identificar aquellas mujeres que requieren mayor evaluación clínica y psicológica <sup>30,31</sup>.





## CAPÍTULO III

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir los determinantes socio-económicos y obstétricos en usuarias con depresión postparto que acuden al CSR Ricaurte. Cuenca, 2018.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar depresión postparto aplicando la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.
2. Determinar las características socio-económicas de la población gestante según la edad, nivel de instrucción, residencia, estado civil, ocupación laboral, características de la vivienda e ingresos económicos.
3. Identificar los antecedentes obstétricos como: paridad, tipo de parto, número de gestas, embarazo planificado utilizando un formulario estructurado y elaborado por las investigadoras.
4. Distinguir el nivel de apoyo social mediante la aplicación del cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS).
5. Indicar la relación de los determinantes socioeconómicos y obstétricos con depresión postparto.



## CAPÍTULO IV

### 4. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es descriptiva de corte transversal. El universo lo constituyen 171 usuarias de postparto que pertenecen al Establecimiento de Salud Ricaurte; para el cálculo muestral se utilizó una fórmula de Pita Fernández que aporta un resultado de 104 usuarias. La recolección de datos se realizó a través de un formulario estructurado, elaborado y modificado por las investigadoras, además se utilizó el cuestionario de apoyo social (MOS; 1991) y la escala de depresión postparto de Edimburgo (Cox y Col, 1987). Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa SPSS versión 21 y presentados en tablas de frecuencias y porcentajes con sus respectivos análisis descriptivos.

#### 4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el Establecimiento de Salud Ricaurte del Cantón Cuenca, ubicado en la calle del Centro de salud, sector Isaac Chico.

#### 4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

**Universo:** 171 de usuarias en período postparto que pertenecen al Establecimiento de Salud Ricaurte.

**Muestra:** para obtener la muestra se aplicó la siguiente fórmula estadística:

$$\text{Fórmula} \quad n = \frac{p*q*z^2}{e^2}$$

**n:** muestra  
**p:** prevalencia  
**q:** probabilidad no ocurrencia  
**z<sup>2</sup>:** nivel de confianza  
**e<sup>2</sup>:** error de inferencia



Determinantes	Prevalencia
Edad	26 %
Paridad	
- Primípara	33.3 %
- Multípara	26.67%
Embarazo planificado	38,46%
Condiciones socioeconómicas	
- Bajo	97,50 %
- Medio	2,5 %
Falta de apoyo social	23,08 %

### Sustitución de la fórmula

p: 2,5%

q: 97,5

z<sup>2</sup>: (1,96)<sup>2</sup>

e<sup>2</sup>: (0,03)<sup>2</sup>

$$n = \frac{0,025 * 0,975 * (1,96)^2}{(0,03)^2} = 104$$

La muestra estuvo conformada por 104 usuarias postparto que pertenecen al Establecimiento de Salud Ricaurte.

## 4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

### Criterios de inclusión

- Madres con edades entre los 18 a 40 años.
- Madres que pertenecen al Establecimiento de Salud Ricaurte.
- Madres multíparas y primíparas.
- Tipo de parto: eutócico, cesárea.
- Madres de todos los niveles socioeconómicos.

### Criterios de exclusión

- Madres menores de edad
- Madres con enfermedades mentales.



- Madres analfabetas.
- Madres con antecedentes de abortos y muertes perinatales.
- Madres con antecedentes de consumo de sustancias lícitas (alcohol y cigarrillo) ò ilícitas.

## 4.5 VARIABLES

1. Depresión postparto
2. Determinantes socio-económicos
3. Determinantes obstétricos
4. Apoyo social

### 4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Depresión Postparto	Trastorno que produce cambios en el estado de ánimo.	Escala de Depresión postparto de Edimburgo	Puntaje obtenido en la escala	<i>Ordinal</i> Sin DPP: <10 Límite de DPP: 10 a 12 Probable DPP: >13
Determinantes Socio-económicos	Características socio-económicas y demográficas de los sujetos de estudio.	Edad	Años cumplidos	<i>Númérica</i>
		Nivel de instrucción	Estudios completos	<i>Nominal</i> -Primaria completa -Primaria Incompleta -Bachillerato -Superior o técnico
		Residencia	Lugar donde reside	<i>Nominal</i> -Urbano -Rural
		Estado civil	Situación marital que indique la encuestada	<i>Nominal</i> -Soltera -Casada -Divorciada -Unión libre -Viuda
		Ocupación laboral	Oficio desempeñado	<i>Nominal</i>
		Característica de la vivienda	Tenencia de la vivienda	<i>Nominal</i> -Propia -Arrendada -Prestada -Otra



			<p>Material de la vivienda</p> <p>Servicios básicos en la vivienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Energía eléctrica</li> <li>• Agua potable</li> <li>• Alcantarillado</li> <li>• Pozo séptico/letrina</li> </ul> <p>Acceso a la tecnología</p>	<p><i>Nominal</i></p> <p>-Adobe</p> <p>-Madera</p> <p>-Ladrillo o bloque</p> <p><i>Nominal</i></p> <p>Si ( ) No ( )</p> <p>Si ( ) No ( )</p> <p>Si ( ) No ( )</p> <p>Si ( ) No ( )</p> <p><i>Nominal</i></p> <p>Si ( ) No ( )</p>
		Ingresos económicos	Salario mensual en el hogar	<p><i>Nomérica</i></p> <p>&lt;\$50</p> <p>\$50 - \$100</p> <p>\$100 - \$400</p> <p>\$400 - \$500</p> <p>&gt;\$500</p>
Determinantes obstétricos	Características Gineco-obstétricas de las usuarias.	Paridad	Número total de partos	<p><i>Nominal</i></p> <p>- Primípara</p> <p>- Multípara</p>
		Tipo de parto	Vía de expulsión del feto	<p><i>Nominal</i></p> <p>- Eutócico</p> <p>- Cesárea</p>
		Número de gestas	Total de embarazos	<p><i>Nominal</i></p> <p>- Primigesta</p> <p>- Multigesta</p>
		Embarazo planificado	Planificación o no del embarazo	<p><i>Nominal</i></p> <p>Si ( )</p> <p>No ( )</p>
Apoyo social	Apoyo recibido por parte de la familia, amigos o pareja	Cuestionario de apoyo social de MOS	Puntaje obtenido del cuestionario	<p><i>Ordinal</i></p> <p>Máximo: &gt;95 puntos</p> <p>Medio: 57-94 puntos</p> <p>Mínimo: 19-56 puntos</p>



## 4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1. **Método:** cuantitativo

2. **Técnicas:** encuestas y cuestionarios con preguntas cerradas.

### 3. Instrumentos

#### a) Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (Cox y col, 1987)

Según Molero K, Urdaneta J, Sanabria C en su artículo publicado en el año 2014 esta escala es una herramienta de auto reporte conformada por 10 ítems, validada en numerosos países, con una sensibilidad cercana al 100% y especificidad de 80% para identificar la intensidad de depresión postparto. La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos, 5 de estos ítems incluyen la disforia, 2 ítems están relacionados con ansiedad, 1 con sentimiento de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultad de concentración. Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta con un puntaje que varía de 0 a 3 puntos de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que la calificación total varía entre 0 a 30 puntos. Según los resultados obtenidos la puérpera puede ser clasificada en tres grupos:

- A. sin riesgo de depresión posparto (< 10 puntos),
- B. puntaje límite para riesgo de depresión (10-12 puntos) y,
- C. puntaje indicador de probable depresión ( $\geq 13$  puntos).

La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que aquellas puérperas que obtienen resultados por encima del punto de corte ( $\geq 10$ ) es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad <sup>9</sup>.

#### b) Formulario para la recolección de datos socio- económico y obstétrico

Para determinar las características socio-económicas y obstétricas de las madres se elaboró un cuestionario con 14 ítems de los cuales 10 correspondían a datos socioeconómicos como: edad, nivel de instrucción, residencia, estado civil, ocupación laboral, características de la vivienda e ingresos económicos; y 4 ítems



relacionados a determinantes obstétricos: paridad, tipo de parto, número de gestas y embarazo planificado. Las opciones de respuesta a este formulario fueron mixtas.

**c) Cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS; Sherbourne y Stewart, (1991))**

Es un instrumento autoadministrado de 20 ítems, conformado por dos áreas: apoyo social estructural (un ítem de respuesta abierta) y apoyo social funcional (19 ítems de respuesta múltiple); y cuatro factores: apoyo emocional/informacional, tangible o instrumental, interacción positiva y afectivo. El apoyo funcional quizás sea el más importante y es multidimensional: emocional (amor, empatía), instrumental (tangible), informativo (consejos o feedback), valoración (ayuda a la autovaloración), y compañerismo durante el tiempo libre. Este cuestionario evalúa, por un lado, características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño y densidad (ítem 1); y, por el otro, los efectos o consecuencias que le brindan al sujeto el acceso y conservación de las relaciones sociales que tiene en su red (ítems 2 a 20) <sup>32,33</sup>. La distribución factorial original de los ítems se presenta de la siguiente manera:

- \* Apoyo emocional/informacional (ítems 3,4,8,9,13,16,17,19)
- \* Apoyo instrumental (ítems 2,5,12,15)
- \* Interacción social positiva (ítems 7,11,14,18)
- \* Apoyo afectivo (ítems 6,10 y 20)

Las opciones de respuesta están dadas a través de una escala Likert de 1 a 5 donde 1 es siempre, 2 pocas veces, 3 algunas veces, 4 la mayoría de las veces y 5 siempre. El resultado se calcula haciendo la suma de los valores correspondientes, entonces tenemos:



PARÁMETROS DE EVALUACIÓN	Máximo	Medio	Mínimo
Índice global de apoyo social	94	57	19
Apoyo emocional	40	24	8
Ayuda material	20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción	20	12	4
Apoyo afectivo	15	9	3

## 4.7 PROCEDIMIENTOS

### AUTORIZACIÓN

Una vez aprobada la investigación por el Comité de Bioética se solicitó el permiso respectivo al director distrital Dr. Julio Molina a la que pertenece el Establecimiento de Salud para iniciar la recolección de datos. **(VER ANEXOS)**

### CAPACITACIÓN

Se realizó una breve presentación con las usuarias y se les informó sobre el objetivo de la investigación, posteriormente se solicitó la firma del consentimiento a aquellas usuarias que decidieron participar en la investigación y se les indicó cómo se debía responder cada uno de los formularios aplicados.

Se elaboró y modificó el formulario estructurado de acuerdo a la conveniencia de las investigadoras.

## 4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Una vez recolectada la información se procedió a elaborar una base digital de datos utilizando el programa SPSS versión 21.

Para tabular la información, se crearon tablas de contingencia con frecuencias y porcentajes de acuerdo a la relación de depresión postparto con cada una de las variables de estudio, a las mismas que se les realizó el análisis descriptivo tomando





como referencia los porcentajes más altos y de mayor significancia en relación con este trastorno.

#### **4.9 ASPECTOS ÉTICOS**

Previo a la recolección de datos se explicó a las usuarias que su participación en la investigación era completamente libre y voluntaria, en caso de que decida participar tiene derecho a retirarse de la misma si ella así lo deseara. Los formularios de recolección de datos que se aplicaron no solicitaron nombres ni direcciones domiciliarias por lo que la información proporcionada se manejó con confidencialidad respetando su privacidad.

Se informó a las participantes que la investigación no representaba un riesgo para su integridad física y emocional, además de explicarle que no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

#### **4.10 RECURSOS**

##### **RECURSOS HUMANOS**

- **Investigadoras:** Ludwika Dayanara Lucas Barcia  
Julissa Katherine Maza Macas
- **Directora/Asesora:** Mgt. Ruth Ximena Altamirano Cárdenas

##### **RECURSOS MATERIALES (VER ANEXOS)**

- Hojas
- Impresiones
- Copias
- Materiales de oficina
- Transporte
- Alimentación
- Eventualidades



## CAPÍTULO V

### 5. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

A continuación se presentan los resultados obtenidos, para ello se utilizaron tablas de contingencia empleando la estadística descriptiva con análisis de frecuencias y porcentajes.

#### DEPRESIÓN POSTPARTO

**Tabla 1. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según:  
Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Cuenca, 2019.**

DEPRESIÓN POSTPARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin depresión postparto	30	28,8
Límite de depresión	46	44,2
Probable depresión	28	26,9
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (Cox y Col, 1987)

**Elaborado por:** Lucas, D.; Maza, J. (2019)

#### ANÁLISIS

De acuerdo a la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo aplicada a 104 usuarias que acuden al Establecimiento de Salud Ricaurte, se evidencia que el 71,1% de las participantes presentó un puntaje  $>10$  lo que sugiere *Depresión Postparto*, mientras que solo el 28,8% no dieron positivo a este tamiz.

**DETERMINANTES SOCIO-ECONÓMICOS****Tabla 2. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: edad. Cuenca, 2019.**

EDAD	DEPRESIÓN POSTPARTO			Total	
	Sin depresión postparto	Límite de depresión	Probable depresión		
18 - 25 años	F	10	22	16	48
	%	9,6%	21,2%	15,4%	46,2%
26- 33 años	F	15	13	8	36
	%	14,4%	12,5%	7,7%	34,6%
34 - 40 años	F	5	11	4	20
	%	4,8%	10,6%	3,8%	19,2%
<b>Total</b>	F	30	46	28	104
	%	<b>28,8%</b>	<b>44,2%</b>	<b>26,9%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos SPSS versión 21  
Elaborado por: Lucas, D.; Maza, J. (2019)

**ANÁLISIS**

La población de estudio incluyó adultas jóvenes, de las cuales, el grupo de edad más predominante fue el de usuarias entre 18 a 25 años con un 46, 2% del total. Este grupo de edad presentó los porcentajes más altos de depresión postparto con un 36,6% obtenido de la suma de las dimensiones “límite y probable depresión”.



**Tabla 3. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: nivel de instrucción. Cuenca, 2019.**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN		DEPRESIÓN POSTPARTO			Total
		Sin depresión postparto	Límite de depresión	Probable depresión	
Primaria Completa	F	11	13	8	32
	%	10,6%	12,5%	7,7%	30,8%
Primaria Incompleta	F	1	1	1	3
	%	1,0%	1,0%	1,0%	2,9%
Bachillerato	F	12	28	13	53
	%	11,5%	26,9%	12,5%	51,0%
Superior o técnico	F	6	4	6	16
	%	5,8%	3,8%	5,8%	15,4%
<b>Total</b>	F	30	46	28	104
	%	<b>28,8%</b>	<b>44,2%</b>	<b>26,9%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos SPSS versión 21

Elaborado por: Lucas, D.; Maza, J. (2019)

## ANÁLISIS

La estratificación del nivel de instrucción que predominó en las usuarias encuestadas fue el Bachillerato, siendo esta escolaridad la que presenta mayor porcentaje en los casos de depresión con 39,4%. Mientras que apenas el 15,4% de las madres encuestadas culminaron sus estudios de tercer nivel.



**Tabla 4. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: residencia. Cuenca, 2019.**

RESIDENCIA	DEPRESIÓN POSTPARTO			Total
	Sin depresión postparto	Límite de depresión	Probable depresión	
Urbana	F	21	32	63
	%	20,2%	30,8%	60,6%
Rural	F	9	14	41
	%	8,7%	13,5%	39,4%
Total	F	30	46	104
	%	28,8%	44,2%	100,0%

Fuente: Base de datos SPSS versión 21

Elaborado por: Lucas, D.; Maza, J. (2019)

## ANÁLISIS

Debido a la extensión del área del estudio, la población se encuentra distribuida en zonas urbanas y rurales con predominio de usuarias que residen en zonas urbanas como los sectores 4 esquinas y El Ejecutivo. Teniendo como resultado que el 40,4% de usuarias con depresión postparto residen en área urbana.



**Tabla 5. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: estado civil. Cuenca, 2019.**

ESTADO CIVIL	DEPRESIÓN POSTPARTO			Total
	Sin depresión postparto	Límite de depresión	Probable depresión	
Soltera	F	5	9	21
	%	4,8%	8,7%	20,2%
Casada	F	14	19	43
	%	13,5%	18,3%	41,3%
Divorciada	F	1	0	1
	%	1,0%	0,0%	1,0%
Unión Libre	F	10	18	39
	%	9,6%	17,3%	37,5%
<b>Total</b>	F	30	46	104
	%	<b>28,8%</b>	<b>44,2%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos SPSS versión 21

Elaborado por: Lucas, D.; Maza, J. (2019)

## ANÁLISIS

Se evidencia que de las usuarias encuestadas el 41,3% son casadas, seguido de Unión libre con 37,5%. Ambos estados civiles no muestran diferencias en su relación con depresión postparto mostrando un porcentaje igual de 27,9%.



**Tabla 6. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: ocupación laboral. Cuenca, 2019.**

OCUPACIÓN LABORAL	DEPRESIÓN POSTPARTO			Total
	Sin depresión postparto	Límite de depresión	Probable depresión	
Comerciante	F	3	4	7
	%	2,9%	3,8%	6,7%
Docente	F	2	0	3
	%	1,9%	0,0%	2,9%
Estudiante	F	2	2	8
	%	1,9%	1,9%	7,7%
QQDD	F	21	39	78
	%	20,2%	37,5%	75,0%
Secretaria	F	1	0	2
	%	1,0%	0,0%	1,9%
<b>Total</b>	F	30	46	104
	%	<b>28,8%</b>	<b>44,2%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos SPSS versión 21

Elaborado por: Lucas, D.; Maza, J. (2019)

## ANÁLISIS

Con un porcentaje de 75% la ocupación laboral que mostró mayor relevancia fue Quehaceres domésticos (QQDD), mostrando una diferencia significativa con el 7,7% de estudiantes que refieren estar cursando estudios superiores. En relación con depresión postparto observamos que las usuarias amas de casa evidencian los porcentajes más altos con 54,8%.



**Tabla 7. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: tenencia de la vivienda. Cuenca, 2019.**

TENENCIA DE LA VIVIENDA		DEPRESIÓN POSTPARTO			TOTAL
		Sin depresión postparto	Límite de depresión	Probable depresión	
Propia	F	19	14	16	49
	%	18,3%	13,5%	15,4%	47,1%
Arrendada	F	6	17	5	28
	%	5,8%	16,3%	4,8%	26,9%
Prestada	F	4	8	4	16
	%	3,8%	7,7%	3,8%	15,4%
Otra	F	1	7	3	11
	%	1,0%	6,7%	2,9%	10,6%
<b>Total</b>	F	30	46	28	104
	%	<b>28,8%</b>	<b>44,2%</b>	<b>26,9%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos SPSS versión 21

Elaborado por: Lucas, D.; Maza, J. (2019)

## ANÁLISIS

De manera general, observamos que el mayor número de usuarias encuestadas viven en casas propias (47,1%), presentando el 28,9 % de ellas sintomatología depresiva.





**Tabla 8. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: material de la vivienda. Cuenca, 2019.**

MATERIAL DE LA VIVIENDA		DEPRESIÓN POSTPARTO			TOTAL
		Sin depresión postparto	Límite de depresión	Probable depresión	
Adobe	F	1	1	2	4
	%	1,0%	1,0%	1,9%	3,8%
Madera	F	3	5	0	8
	%	2,9%	4,8%	0,0%	7,7%
Ladrillo o bloque	F	26	40	26	92
	%	25,0%	38,5%	25,0%	88,5%
Total	F	30	46	28	104
	%	<b>28,8%</b>	<b>44,2%</b>	<b>26,9%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos SPSS versión 21

Elaborado por: Lucas, D.; Maza, J. (2019)

## ANÁLISIS

Se evidencia que las puérperas que manifestaron síntomas depresivos mayoritariamente residen en viviendas de ladrillo o bloque (63,5%).



**Tabla 9. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: servicios básicos de la vivienda. Cuenca, 2019.**

DEPRESIÓN POSTPARTO		SERVICIOS BÁSICOS		Total
		Si	No	
<b>Sin depresión postparto</b>	F	29	1	30
	%	27.9%	1.0%	28.8%
<b>Límite de depresión</b>	F	45	1	46
	%	43.3%	1.0%	44.2%
<b>Probable depresión</b>	F	26	2	28
	%	25.0%	1.9%	26.9%
<b>Total</b>	F	100	4	104
	%	96.2%	3.8%	100.0%

Fuente: Base de datos versión SPSS 21  
Elaborado por: Lucas, D.; Maza, J. (2019)

## ANÁLISIS

Se observa que el 68, 3% de la población con depresión postparto si cuenta con servicios básicos, que incluyen energía eléctrica, agua potable, pozo séptico y alcantarillado.



**Tabla 10. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: acceso a tecnología. Cuenca, 2019.**

DEPRESIÓN POSTPARTO		ACCESO A LA TECNOLOGÍA		Total
		Si	No	
<b>Sin depresión postparto</b>	F	26	4	30
	%	25.0%	3.8%	28.8%
<b>Límite de depresión</b>	F	45	1	46
	%	43.3%	1.0%	44.2%
<b>Probable depresión</b>	F	22	6	28
	%	21.2%	5.8%	26.9%
<b>Total</b>	F	93	11	104
	%	<b>89.4%</b>	<b>10.6%</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Base de datos versión SPSS 21  
Elaborado por: Lucas, D.; Maza, J. (2019)

## ANÁLISIS

Se observa que el 89,4% de la población encuestada tiene acceso a la tecnología y su mayor porcentaje se encuentran en usuarias con DPP (64,5%). Al hablar de acceso a la tecnología hacemos referencia al uso de celulares, internet, computadores.



**Tabla 11. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: ingreso mensual. Cuenca, 2019.**

DEPRESIÓN POSTPARTO		INGRESO MENSUAL					TOTAL
		<\$50	\$50 a \$100	\$100 a \$400	\$400 a \$500	>\$500	
<b>Sin</b>	F	0	2	15	7	6	30
<b>depresión postparto</b>	%	0.0%	1.9%	14.4%	6.7%	5.8%	28.8%
<b>Límite de</b>	F	2	10	16	13	5	46
<b>depresión</b>	%	1.9%	9.6%	15.4%	12.5%	4.8%	44.2%
<b>Probable</b>	F	1	3	11	7	6	28
<b>depresión</b>	%	1.0%	2.9%	10.6%	6.7%	5.8%	26.9%
<b>Total</b>	F	3	15	42	27	17	104
	%	2.9%	14.4%	40.4%	26.0%	16.3%	100.0%

Fuente: Base de datos versión SPSS 21

Elaborado por: Lucas, D.; Maza, J. (2019)

## ANÁLISIS

En lo que se refiere al ingreso mensual de las usuarias encuestadas, el 40,4% presentan un ingreso económico entre \$100 a \$400, siendo éste el rango de ingreso más alto; de acuerdo al porcentaje descrito anteriormente, el 26% corresponden a las usuarias que presentan depresión postparto.

**DETERMINANTES OBSTÉTRICOS****Tabla 12. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: paridad. Cuenca, 2019.**

DEPRESIÓN POSTPARTO		PARIDAD		TOTAL
		Primípara	Multipara	
<b>Sin depresión postparto</b>	F	8	22	30
	%	7.7%	21.2%	28.8%
<b>Límite de depresión</b>	F	25	21	46
	%	24.0%	20.2%	44.2%
<b>Probable depresión</b>	F	17	11	28
	%	16.3%	10.6%	26.9%
<b>Total</b>	F	50	54	104
	%	48,1%	51.9%	100.0%

Fuente: Base de datos versión SPSS 21  
Elaborado por: Lucas, D.; Maza, J. (2019)

**ANÁLISIS**

Las usuarias multíparas conforman el grupo con mayor predominio en nuestro estudio. Sin embargo al analizar la relación de DPP con paridad observamos que son las primíparas (40,3%) el grupo más sensible a esta patología.



**Tabla 13. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: tipo de parto. Cuenca, 2019.**

DEPRESIÓN POSTPARTO		TIPO DE PARTO		TOTAL
		Eutócico	Cesárea	
<b>Sin depresión</b>	F	16	14	30
<b>postparto</b>	%	15.4%	13.5%	28.8%
<b>Límite de</b>	F	26	20	46
<b>depresión</b>	%	25.0%	19.2%	44.2%
<b>Probable</b>	F	20	8	28
<b>depresión</b>	%	19.2%	7.7%	26.9%
<b>Total</b>	F	62	42	104
	%	<b>59.6%</b>	<b>40.4%</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Base de datos versión SPSS 21  
Elaborado por: Lucas, D.; Maza, J. (2019)

## ANÁLISIS

De las 104 usuarias a quienes se les aplicó la encuesta, 62 participantes tuvieron partos eutócicos, siendo este tipo de parto el que predomina en usuarias con depresión postparto con 44,2%.



**Tabla 14. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: número de embarazos. Cuenca, 2019.**

DEPRESIÓN POSTPARTO		NÚMERO DE EMBARAZOS		TOTAL
		Primigestas	Multigestas	
<b>Sin depresión postparto</b>	F	8	22	30
	%	7,7%	21,2%	28,8%
<b>Límite de depresión</b>	F	25	21	46
	%	24,0%	20,2%	44,2%
<b>Probable depresión</b>	F	17	11	28
	%	16,3%	10,6%	26,9%
<b>Total</b>	F	50	54	104
	%	48,1%	51,9%	100,0%

Fuente: Base de datos versión SPSS 21  
Elaborado por: Lucas, D.; Maza, J. (2019)

## ANÁLISIS

Se observa que si bien las usuarias multigestas son el grupo predominante con 51.9%, al asociar este antecedente obstétrico con DPP, las primigestas evidencian el mayor porcentaje (40,3%).



**Tabla 15. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: embarazo planificado. Cuenca, 2019.**

DEPRESIÓN POSTPARTO		EMBARAZO PLANIFICADO		Total
		Si	No	
Sin depresión postparto	F	11	19	30
	%	10.6%	18.3%	28.8%
Límite de depresión	F	21	25	46
	%	20.2%	24.0%	44.2%
Probable depresión	F	12	16	28
	%	11.5%	15.4%	26.9%
Total	F	44	60	104
	%	42.3%	57.7%	100.0%

Fuente: Base de datos versión SPSS 21  
Elaborado por: Lucas, D.; Maza, J. (2019)

## ANÁLISIS

De las 74 usuarias que mostraron depresión postparto, 41 participantes respondieron que sus embarazos no fueron planificados. Siendo esta categoría la que evidencia mayor porcentaje (57,7%) en comparación con la de embarazos planificados (42,3%).





**Tabla 16. Distribución de 104 usuarias que acuden al CSR Ricaurte, según: apoyo social. Cuenca, 2019.**

DEPRESIÓN POSTPARTO	APOYO SOCIAL			Total	
	Apoyo social máximo	Apoyo social medio	Apoyo social mínimo		
<b>Sin depresión postparto</b>	R	3	26	1	30
	%	2.9%	25.0%	1.0%	28.8%
<b>Límite de depresión</b>	R	1	39	6	46
	%	1.0%	37.5%	5.8%	44.2%
<b>Probable depresión</b>	R	3	20	5	28
	%	2.9%	19.2%	4.8%	26.9%
<b>Total</b>	R	7	85	12	104
	%	6.7%	81.7%	11.5%	100.0%

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social de MOS

Elaborado por: Lucas, D.; Maza, J. (2019)

## ANÁLISIS

Se puede observar que el 81,7% de las participantes reciben un nivel de apoyo social medio, lo que se traduce en el porcentaje más alto en comparación al apoyo social máximo y mínimo.

Relacionando el apoyo social con depresión postparto podemos deducir que aquellas madres que perciben un nivel de apoyo social mínimo son más vulnerables a presentar esta patología.



## CAPÍTULO VI

### 6. DISCUSIÓN

Durante la etapa del puerperio surgen una serie de cambios físicos y emocionales responsables de que la mujer sea susceptible a desarrollar trastornos afectivos que pueden llegar a comprometer su bienestar y el de su bebé, siendo depresión postparto (DPP) la más frecuente.

Debido a los pocos estudios realizados en el país sobre los factores que inciden en su aparición, se planteó realizar una investigación sobre los determinantes socio-económicos y obstétricos relacionados con depresión postparto que incluyó un total de 104 madres que pertenecen al Establecimiento de Salud Ricaurte en el año 2019, encontrándose datos relevantes de acuerdo a las variables en estudio, las mismas que se detallan a continuación.

Para identificar a las puérperas con sintomatología depresiva tomamos en cuenta los puntajes obtenidos a través de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo que sitúa a las madres en un “límite de depresión” con 10 a 12 puntos y aquellas con “probable depresión” con un puntaje  $>$  a 13, lo que coincide con lo expuesto por Ortiz R, Gallegos C, y demás colaboradores (2016) al determinar que la prevalencia de tamiz positivo para DPP son aquellas puérperas con puntaje igual o mayor a 10<sup>10</sup>.

Según Lorenzo A, y Soto M, (2014) en su estudio titulado “Factores de riesgo de la depresión posparto” concluyeron que había una relación estadísticamente significativa entre la edad y los síntomas depresivos, siendo las madres menores de 25 años aquellas que presentaban mayor riesgo de DPP<sup>1</sup>, coincidiendo con nuestro estudio en el cual, las madres que evidenciaron este trastorno tienen edades entre 18 a 25 años; en contraste con la investigación de Rincón D, y Ramírez R, (2013) quienes hallaron prevalencia de depresión en el grupo de mujeres puérperas de 25 a 34 años<sup>27</sup>. Esta situación podría fundamentarse en que las mujeres menores de 25 años no se encuentran en una posición social y



económica apropiada para afrontar la maternidad, mientras que las mayores pueden presentar complicaciones obstétricas durante el embarazo que afectan su estado psíquico.

En nuestro estudio, la depresión postparto fue más frecuente en mujeres que culminaron sus estudios secundarios (Bachillerato), lo que representa un 39,4% de los 74 casos reportados, coincidiendo con Torres E, Barba L, Terrones M (2013) y literaturas internacionales en donde se relaciona el bajo nivel educativo con mayor predominio de DPP<sup>18</sup>.

De acuerdo a la investigación realizada por Romero D, Orozco L, e Ybarra J, (2017) el 79,9% de las mujeres indicaron que su lugar de residencia era urbano y el 20.1% indicó provenir del área rural, de igual forma en nuestro trabajo se evidencia que las usuarias procedentes del área urbana son la mayoría, representando el 40,4% de los 74 casos de depresión postparto<sup>30</sup>. En todo caso, aunque la otra parte de la población resida en la zona rural, no implica que no puedan desarrollar el trastorno depresivo puesto que la significancia estadística no fue relevante.

No se encontró asociación entre estado civil y depresión postparto debido a que existe una similitud entre el porcentaje de madres casadas y aquellas de unión libre. Al revisar otras bibliografías constatamos que la relación entre estado civil y depresión postparto varía entre una investigación y otra; Torres E, Barba L, y Terrones M, (2013) mencionan que las mujeres con DPP contaban con una pareja estable mientras que Romero D, Orozco L, e Ybarra (2017) J indican que las solteras presentaron mayores síntomas depresivos, mostrando así que este trastorno puede aparecer independientemente de su situación marital<sup>18,30</sup>.

Al igual que en otras publicaciones González R, y García L, (2013) concluyeron que existe una relación significativa entre depresión postparto y puérperas desempleadas, lo mismo ocurre con los resultados obtenidos en nuestra investigación, en donde el 54,8% de los casos de depresión eran amas de casa.



Debido a que nuestra área de estudio fue en una zona urbano-rural, consideramos importante realizar un análisis de las características de la vivienda, dando como resultado que la mayoría de puérperas que presentaron depresión postparto habitaban en casas de tenencia propia (28,9%), de ladrillo o bloque (63,5), con acceso a servicios básicos que incluían agua, energía eléctrica, alcantarillado (68,3%) y tenían acceso a la tecnología (64.5%). Sin embargo, al no encontrarse estudios bibliográficos que relacionen esta variable con Depresión Postparto, inferimos que hace falta considerar este determinante social debido a que Lalonde en 1974 mencionó que “la salud o la enfermedad no estaban relacionadas simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos, sino que la mayoría de las enfermedades tenían una base u origen socio-económico”<sup>34</sup>.

Como lo señala Fernández J, Iturriza A y Toro J (2014) en su artículo titulado “Depresión postparto valorada mediante la Escala de Edimburgo”, el ingreso económico bajo contribuye al desarrollo de este trastorno depresivo; similarmente nuestro estudio reporta que el 26% de las 74 casos con DPP tenían ingresos familiares entre \$100 a \$400, lo cual considerando el costo de la canasta familiar básica por encima de \$700 resulta ser una ganancia limitada considerando los cuidados que implica tener un recién nacido en casa<sup>35</sup>.

En la investigación se evidencia que las primigestas y primíparas obtuvieron mayores porcentajes con relación a DPP (40,3%), igualmente en otras investigaciones científicas las primigestas y por ende primíparas muestran mayor probabilidad de presentar depresión postparto, lo cual se puede deber al estrés experimentado con la llegada del primer hijo.

Existe un mayor número de estudios como Zhuzhing C, Peñaloza Y (2018), Lopes F, Netto A (2012) que analizan el tipo de parto y consideran que las mujeres que son sometidas a cesárea presentan un alto riesgo de depresión postparto, hecho que puede estar explicado en la dificultad al establecer el apego precoz<sup>28</sup>. Esta situación no se presenta al analizar nuestros datos, ya que el 44,2% de la población



con tamiz positivo para DPP tuvieron parto eutócico, lo que tendría su fundamento en que al ser mayoritariamente primigestas y primíparas responden al estrés generado por el llanto y necesidades del niño. Por lo tanto ambas vías de parto pueden contribuir a desencadenar sintomatología depresiva.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran que no existe una diferencia significativa entre depresión postparto y embarazo planificado, ya que de las 74 usuarias con depresión postparto 41 respondieron que no planificaron sus gestaciones y 33 que sí, lo cual se contrasta con lo que refiere Fernández J, Iturriza A, y Toro J, (2014) en donde el antecedente obstétrico de embarazo no planificado constituyó el factor de riesgo observado con más frecuencia para el desarrollo de depresión postparto, lo cual se puede relacionar con que la población no opta por un método anticonceptivo o tiene información insuficiente sobre el uso de los mismos<sup>35</sup>.

Al igual que la mayoría de estudios revisados, Ortiz R, Gallego C, Buitron E (2016) reconocen que la ausencia de apoyo por parte del esposo, familia o amistades incrementa de forma considerable el riesgo de depresión en el postparto <sup>10</sup>. Estos resultados no varían con nuestra investigación que expone que las usuarias con menos apoyo social muestran mayor vulnerabilidad a esta patología.



## CAPÍTULO VII

### 7.1 CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en esta investigación se llega a las siguientes conclusiones

- 1) De acuerdo a la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, el 71,1% de puérperas mostraron sintomatología depresiva.
- 2) De las características sociodemográficas de la población encuestada el 46,2% eran madres de 18 a 25 años, 51% terminó el Bachillerato, 60,6% residen en viviendas propias de ladrillo o bloque en zonas urbanas con acceso a servicios básicos y tecnología, 41,3% eran casadas, el 75% amas de casa y el 40,4% tenían un ingreso económico de \$100 a \$400.
- 3) Con respecto a los determinantes obstétricos el 51,9% de las madres eran multíparas con partos eutócicos (59,6%) y el 57,7% no planificó su embarazo.
- 4) Mediante la aplicación del cuestionario de apoyo social de MOS, el 81,7% de las usuarias disponían de apoyo social medio por parte de su pareja o familiar cercano.
- 5) En este estudio, los determinantes que mostraron mayor relación con Depresión postparto fueron:
  - Puérperas amas de casa 54,8%
  - Parto eutócico 44,2%
  - Madres primigestas - primíparas 40,3%



## 7.2 RECOMENDACIONES

- ✚ Considerando que el porcentaje de depresión postparto encontrado fue alto es importante priorizar el seguimiento psicológico de las madres que acuden al control postparto, de igual manera se podría realizar esta valoración en el control del niño sano que se realiza cada mes, teniendo en cuenta que este trastorno depresivo se puede manifestar hasta un año después del nacimiento del bebé.
- ✚ En el Establecimiento de Salud se cuenta con un club de embarazadas el mismo que se encarga de tratar temas relacionados al embarazo, por lo tanto creemos que es necesario que el personal de salud se involucre más y desarrolle charlas acerca de esta patología.
- ✚ Es oportuno concientizar al personal de salud, para trabajar de manera multisectorial, no solo con la madre sino también con la pareja y familia para que se identifiquen los factores de riesgo y así evitar que su condición de salud se complique.
- ✚ Recomendamos que en nuestro país se realicen nuevas investigaciones sobre depresión postparto debido a que las referencias bibliográficas en su mayoría son internacionales y no se encuentran datos estadísticos acordes a nuestra realidad.



## CAPÍTULO VIII

### 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y BIBLIOGRAFÍA

1. Lorenzo-Veigas AM, Soto-González M. Factores de riesgo de la depresión posparto. *Fisioterapia*. marzo de 2014;36(2):87-94.
2. Schonhaut Berman L, Podestá López L. Rol del pediatra frente a la depresión posparto. *Revista Chilena de Pediatría*. enero de 2016;87(1):1-3.
3. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Hum*. 27(3):9.
4. Pereda Ríos A, Navarro González M, Viñuela Benítez MC, Aguarón de la Cruz A, Ortiz Quintana L. Desórdenes psiquiátricos en el puerperio: nuestro papel como obstetras. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. octubre de 2014;41(4):169-75.
5. Ramírez Meza F, Cruz Bello P, Gómez Torres D. Revisión bibliográfica sobre la Depresión postparto en madres adolescentes. 2013. 5:73-85.
6. Alvarado-Villa GE, Moncayo-Rizzo JD, Gallardo-Rumbea JA. Spanish validation endorsement of SDM-Q-9, a new approach. *BMC Public Health*. 2019;19(1).
7. Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión postparto. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2012;4(38).
8. Romero Briera Y, Morales García M, Vanegas Nuñez J. Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en el postparto en adolescentes de Cartagena, Colombia. *Rev Científica Salud Uninorte*. 2015;2(31).
9. Molero KL, Urdaneta Machado JR, V C, Baabel Zambrano N, Contreras Benítez A, Azuaje Quiroz E, et al. Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adultas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2014;79(4):294-304.
10. Ortiz Martínez RA, Gallego Betancourt CX, Buitron Zuñiga EL, Meneses Valdés YD, Muñoz Fernández NF, Gonzales Barrera MA. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. octubre de 2016;45(4):253-61.
11. Mendoza B C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*. julio de 2015;143(7):887-94.





12. Marmi M. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. *RevCientífiques de la Universitat de Barcelona*. 2017;2(1):57-85.
13. Alexandre T, Ferreira N, Gomes A. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. *Enfermería Global*. 2013;12(29).
14. Méndez-Cerezo ÁJ. Depresión postparto y ejercicio. *Perinatol Reprod Hum*. 2014;28:211-6.
15. Tobón-Borrero LM. Predictores de depresión posparto en puérperas atendidas en la ese municipal Villavicencio. 2014. *Duazary*. 15 de enero de 2015;12(1):23-31.
16. Podestá L, Alarcón AM, Muñoz S, Legüe C M, Bustos L, Barría P M. Alteración del desarrollo psicomotor en hijos de mujeres con depresión posparto de la ciudad de Valdivia-Chile. *Revista médica de Chile*. abril de 2013;141(4):464-70.
17. Meléndez M, Díaz M, Bohorjas L. Depresión postparto y los factores de riesgo. *RevSalus*. 2017;21(3):7-12.
18. Rey T-CE, Alberto B-VL. Prevalencia de depresión postparto en pacientes del Hospital de la Mujer de Aguascalientes. *Lux Médica*. 2013;21-7.
19. Martínez P, Rojas G, Magaña I. Análisis etnográfico en salas de espera de centros de salud primaria: implicancias para la detección y tratamiento de la depresión posparto. *Terapia psicológica*. julio de 2015;33(2):59-68.
20. Martínez P, Vöhringer P, Rojas G. Barriers to access to treatment for mothers with postpartum depression in primary health care centers: a predictive model. *RLAE*. 2016;24:1-7.
21. Campos BCD, Rodrigues OMPR. Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. *Psico*. 8 de diciembre de 2015;46(4):483.
22. Lasheras G, Serra B. Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Resultados preliminares. *C Med Psicodom*. 2014;109:22-31.
23. Delgado MM. Depresión postparto y tratamiento. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII*. 2016; 511-4.
24. Pérez MB, Forero C, Cabarcas NA, Hinestrosa C, Lobo SP, Garavito MS, et al. Depression and risk factors in pregnant women of 18 and 45 years old who attended in the Hospital Niño Jesús in Barranquilla (Colombia). *Revista Salud Uninorte*. 2013;29(3).



25. Morais M de LS e, Fonseca LAM, David VF, Viegas LM, Otta E. Factores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estudos de Psicologia*. 2015;20(1):40-50.
26. Marín-Morales D, Carmona-Monge FJ, Peñacoba-Puente C. Personality, depressive symptoms during pregnancy and their influence on postnatal depression in Spanish pregnant Spanish women. [Personalidad, síntomas depresivos en el embarazo y su influencia en la depresión postparto en gestantes españolas]. *Anales de Psicología*. 2014;30(3).
27. Rincón-Pabón D, Ramírez-Vélez R. Determinantes sociales, cuidado prenatal y depresión posparto. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2010: estudio transversal. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. diciembre de 2013;56(10):508-14.
28. Zhuzhingo C, Peñaloza Y, Vacacela J. Tamizaje para depresión postparto aplicado a la población puerpera del primer nivel de atención en salud. *UNEMI*. 2018;2(3):21-9.
29. Contreras-García Y, Rodríguez PS, Manríquez C. Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2017;43(1):13.
30. Juárez-Romero M, Nava-Cruz CB, Méndez-Hernández P, Jiménez JC, Rojas-Lima E, Francisco-García M. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital de la Mujer del estado de Tlaxcala. *Med Sur*. 2015;22(3):4.
31. Plasencia GAV. Disfuncionalidad y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal, Hospital regional de Cajamarca, Perú 2014. CIENTIFI-K / Revista científica de estudiantes, Universidad César Vallejo. 19 de julio de 2016;3:67-74.
32. Londoño N, Rogers H, Castilla J. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*. 2012;5(1):142-50.
33. Baca D. Confiabilidad y validez del Cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. *Revista IIPSI*. 2016;19(1):179-90.
34. Ramírez JAG, Álvarez CV. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales. Colombia. *Rev cub salud pública*. junio de 2017;43:191-203.
35. Fernandez J, Iturriza A, Toro J. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Rev Obste Ginec Venez*. 4(74):229-43.

**CAPITULO IX****9. ANEXOS****ANEXO N°1: CONSENTIMIENTO FORMADO****DETERMINANTES SOCIO-ECONÓMICOS Y OBSTÉTRICOS EN USUARIAS CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL CSR RICAURTE. CUENCA, 2018**

El presente trabajo de investigación tiene como director y asesor a la Lcda. Ruth Ximena Altamirano Cárdenas y es realizado por Ludwika Dayanara Lucas Barcia y Julissa Katherine Maza Macas, estudiantes de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca.

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Julissa Katherine Maza Macas	0707000600	Universidad de Cuenca

Usted está invitada a participar en este estudio que se realizará en el Establecimiento de Salud Ricaurte. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio.

**Introducción**

Este trabajo de investigación será novedoso porque constituirá un documento de referencia sobre depresión en usuarias postparto que pertenecen al Establecimiento de Salud, además se podrá describir cuáles son los determinantes socio-económicos y obstétricos implicados en el desarrollo de esta enfermedad. Usted ha sido escogida para participar en la investigación por poseer las siguientes características: Ser madre entre las edades de 18 a 40 años y encontrarse en periodo postparto.

**Objetivo del estudio**

Describir los determinantes socio-económicos y obstétricos en usuarias con depresión postparto en el CSR Ricaurte. Cuenca, 2018.

**Descripción de los procedimientos**

El estudio empleará como técnicas de investigación: un formulario de recolección de datos que consta de 14 preguntas y dos escalas de autoreporte, es decir usted



será la encargada de contestarlos, una de ellas consta de 20 preguntas y la otra de 10. Las personas que participan en el estudio son un total de 104.

### **Riesgos y beneficios**

- Su participación en el estudio no afectará su integridad física o emocional, además la información que usted nos proporcione se manejará con confidencialidad, los formularios de recolección de datos que se aplicarán no solicitan nombres ni direcciones domiciliarias.
- Existe la posibilidad de que nuestro trabajo de investigación no traiga algún beneficio personal. Sin embargo al finalizar el estudio, la información que se produce, puede aportar beneficios a otras personas.

### **Otras opciones si no participa en el estudio**

Usted tiene la libertad de participar o no en el estudio. En caso de que decida participar puede retirarse de la investigación en el momento que usted desee.

### **Derechos de los participantes**

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 7) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 8) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 9) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 10) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 11) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

### **Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0959873021 que pertenece a Julissa Katherine Maza Macas o envíe un correo electrónico a [julissa.maza@ucuenca.edu.ec](mailto:julissa.maza@ucuenca.edu.ec)

**Consentimiento informado** *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de



participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: [jose.ortiz@ucuenca.edu.ec](mailto:jose.ortiz@ucuenca.edu.ec)

**ANEXO N°2: ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO****ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO**

Como usted estuvo embarazada y hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque con una cruz el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	OPCIÓN
1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.	a) Tanto como siempre	
	b) No tanto ahora	
	c) Mucho menos ahora	
	d) No, nada	
2. He disfrutado mirar hacia adelante.	a) Tanto como siempre	
	b) Menos que antes	
	c) Mucho menos que antes	
	d) Casi nada	
3. cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente.	a) No, nunca	
	B) No con mucha frecuencia	
	c) Sí, a veces	
	d) Sí la mayor parte del tiempo	
4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.	a) No, nunca	
	b) Casi nunca	
	c) Sí, a veces	
	d) Sí, con mucha frecuencia	
5. he sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo.	a) No, nunca	
	b) No, no mucho	
	c) Sí, a veces	
	d) Sí, bastante	
6. Las cosas me han estado abrumando.	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	
	b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	
	c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	
	d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.	a) No, nunca	
	b) No con mucha frecuencia	
	c) Sí, a veces	
	d) Sí, la mayor parte del tiempo	
8. Me he sentido triste o desgraciada.	a) No, nunca	
	b) No con mucha frecuencia	
	c) Sí, a veces	
	d) Sí, la mayor parte del tiempo	
9. me he sentido tan desdichada que he estado llorando.	a) No, nunca	
	b) Solo ocasionalmente	
	c) Sí, bastante a menudo	
	d) Sí, la mayor parte del tiempo	
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.	a) Nunca	
	b) Casi nunca	
	c) A veces	
	d) Sí, bastante a menudo	

**ANEXO N°3: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA  
FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**DETERMINANTES SOCIO-ECONÓMICOS Y OBSTÉTRICOS EN USUARIAS CON  
DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL CSR RICAURTE. CUENCA, 2018**

Fecha de aplicación: -----

**INSTRUCTIVO:** Por favor responda y marque con una (x) las siguientes preguntas.**Datos socioeconómicos**

1. Edad: -----

2. Nivel de instrucción:

- Primaria completa: ( )
- Primaria Incompleta: ( )
- Bachillerato: ( )
- Superior o Técnico: ( )

3. Residencia:

- Urbano ( )
- Rural ( )

4. Estado civil

- Soltera ( )
- Divorciada ( )
- Unión Libre ( )
- Viuda ( )
- Casada ( )

5. Ocupación laboral: -----

**Características de la vivienda**

6. Tenencia de la vivienda:

- Propia ( )
- Arrendada ( )
- Prestada ( )
- Otra ( )

7. Material de la vivienda:

- Adobe ( )
- Madera ( )
- Ladrillo o bloque ( )

**8. Servicios básicos en la vivienda:**

- Energía eléctrica Si ( ) No( )
- Agua potable Si ( ) No( )
- Alcantarillado Si ( ) No( )
- Batería sanitaria Si ( ) No( )
- Pozo séptico/letrina Si ( ) No( )

**9. Acceso a la tecnología**

- Si ( )
- No ( )

**10. ¿Cuánto es el ingreso mensual de tu hogar?**

- <\$50 ( )
- \$50 a \$100 ( )
- \$100 - \$400 ( )
- \$400 – \$500 ( )
- > \$500 ( )

**Antecedentes obstétricos**

- |                           |                |                |
|---------------------------|----------------|----------------|
| 11. Paridad:              | Primípara ( )  | Múltipara ( )  |
| 12. Tipo de parto:        | Eutócico ( )   | Cesárea ( )    |
| 13. Número de gestas:     | Primigesta ( ) | Multigesta ( ) |
| 14. Embarazo planificado: | Si ( )         | No ( )         |



**ANEXO N°4: CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE MOS****CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE MOS**

**Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que Ud. dispone:**

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiar es cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre). Escriba el n° de amigos íntimos y familiares cercanos \_\_\_\_\_

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia Ud. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

ÍTEMS	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. ¿Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama?	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

**ANEXO N°5: RECURSOS MATERIALES**

Ítem	Número	Costo unitario	Total
Hojas	300	\$0,05	\$15,00
Impresiones	300	\$0,10	\$30,00
Copias	300	\$0,02	\$6,00
Materiales	12	\$0,40	\$4,80
Transporte	80	\$0,30	\$24,00
Alimentación	16	\$2,50	\$40,00
Eventualidades		\$20	\$20,00
<b>TOTAL</b>		<b>\$139.80</b>	

**ANEXO N°6: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

N°	Actividades	Meses						Responsables
		1	2	3	4	5	6	
I	Elaboración del protocolo de investigación	x	x	x				Ludwika Lucas Barcia Julissa Maza Macas
II	Aprobación del protocolo			x				
III	Establecer contacto con la directora del centro de salud				x			
IV	Establecer contacto con los participantes del estudio				x			
V	Aplicar instrumentos y recolectar datos				x	x		
VI	Tabulación y análisis de resultados					x		
VII	Elaboración y redacción del informe final					x		
VIII	Revisión del informe final por la directora					x	x	
IX	Correcciones del informe final					x	x	
X	Entrega del informe final						x	



**ANEXO N°7: OFICIO DIRIGIDO Y APROBADO POR EL DIRECTOR DISTRITAL 01D01**



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Cuenca, 18 de enero del 2019


Doctor.\_  
Julio Molina  
**DIRECTOR DISTRITAL 01D01 - SALUD**

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo, la presente es para solicitarle de la manera más comedida su autorización para que las estudiantes Ludwika Dayanara Lucas Barcia con C.I: 1312817545 y Julissa Katherine Maza Macas C.I: 0707000600 puedan recopilar información que requieren para el desarrollo de su proyecto de investigación denominado: "DETERMINANTES SOCIO-ECONÓMICOS Y OBSTÉTRICOS EN USUARIAS CON DEPRESIÓN POSTPARTO CSR RICAURTE. CUENCA, 2018 previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería, en el Centro de Salud Ricaurte. La investigación estará dirigida por la Mgt. Ruth Altamirano Cárdenas, docente de la Carrera.

Por la favorable atención que se digne dar a la presente, agradezco y suscribo. Se adjunta el proyecto de investigación y formularios de recolección de datos, conjuntamente con el consentimiento informado.

Atentamente

f)   
Ludwika Dayanara Lucas Barcia  
C.I:1312817545

f)   
Julissa Katherine Maza Macas  
C.I: 0707000600

f)   
MGT. Ruth Ximena Altamirano Cárdenas  
C.I: 0301732152

  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Documento No. : MSP-CZ6-01D01-VAU-2019-0039-E  
Fecha : 2019-01-18 16:32:37 GMT -05  
Recibido por : Javier Ivan Cuesta Delgado  
Para verificar el estado de su documento ingrese a  
<https://www.gestiondocumental.gob.ec>  
con el usuario: "0301732152"