

# UCUENCA

## Universidad de Cuenca

Facultad de Psicología

Psicología Clínica

**Depresión postparto en mujeres que asisten al Centro de Salud Carlos Elizalde  
en Cuenca – Ecuador durante el período 2022**

Trabajo de titulación previo a la  
obtención del título de Psicóloga  
Clínica

**Autora:**

María Gabriela Cabrera Espinoza

**Directora:**

Juana Lucía Carrasco Vintimilla

ORCID: 0000-0002-6562-5314

**Cuenca, Ecuador**

2023-02-16

### Resumen

La depresión postparto representa un problema de salud pública para muchos países, sin embargo, los esfuerzos por prevenirla son limitados. En nuestro país se desconoce con exactitud la cifra de mujeres que presentan este trastorno, lo que indica que no reciben un adecuado seguimiento psicológico y, por otro lado, la escasa información científica origina confusión con otras patologías. Estas faltas podrían repercutir tanto en el entorno de la madre cuanto en su hijo. El objetivo del presente estudio fue describir la depresión postparto en mujeres que asisten al Centro de Salud Carlos Elizalde ubicado en la ciudad de Cuenca. Se identificaron variables sociodemográficas y factores psicosociales como edad, lugar de residencia, ocupación, relación de pareja, embarazo deseado y evento vital estresante que permitieron ahondar en la descripción de la problemática. La muestra estuvo conformada por 108 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, y 56 de ellas presentaron depresión postparto. Para la recolección de datos se aplicó una ficha con preguntas y respuestas estructuradas que permitieron obtener datos sociodemográficos y psicosociales; además se empleó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. El análisis de datos se realizó a través del software SPSS V 25 y se emplearon estadísticas descriptivas para indicar las características más importantes.

*Palabras clave:* depresión postparto, embarazo, puerperio

**Abstract**

Postpartum depression represents a public health problem in many countries, yet efforts to prevent it are limited. In our country, the exact number of women with this disorder is unknown, which indicates that they do not receive adequate psychological monitoring. On the other hand, the scarce scientific information leads to confusion about other pathologies. This failure could have repercussions on the mother's environment and her child. This study aims to describe postpartum depression in women attending the "Carlos Elizalde" Health Center in Cuenca. Sociodemographic variables and psychosocial factors were identified, such as age, place of residence, occupation, partner relationship, desired pregnancy and stressful life event, which enabled a deeper description of the problem. The sample consisted of 108 women who met the inclusion criteria, 56 of whom had postpartum depression. A form with structured questions and answers was used for data collection to obtain sociodemographic and psychosocial information, and the Edinburgh Postpartum Depression Scale was also used. Data analysis was performed using SPSS V 25 software, and descriptive statistics indicated the essential characteristics.

*Keywords:* postpartum depression, pregnancy, puerperium

## Índice

Resumen .....	2
Abstract .....	3
Índice .....	4
Índice de tablas.....	5
Fundamentación Teórica .....	6
Proceso Metodológico .....	12
<b>Participantes</b> .....	<b>12</b>
<b>Criterios de inclusión y exclusión</b> .....	<b>12</b>
<b>Instrumentos</b> .....	<b>12</b>
<b>Procedimiento</b> .....	<b>13</b>
<b>Procesamiento de datos</b> .....	<b>13</b>
<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>13</b>
Presentación y Análisis de Resultados.....	15
<b>Caracterización de las participantes</b> .....	<b>15</b>
<b>Depresión postparto en mujeres</b> .....	<b>15</b>
<b>Variables sociodemográficas y factores psicosociales en relación a la depresión postparto</b> .....	<b>17</b>
<b>Síntomas prevalentes en la depresión postparto según las subescalas</b> .....	<b>20</b>
Conclusiones .....	24
Recomendaciones .....	25
Referencias Bibliográficas .....	26
ANEXOS.....	30

## Índice de tablas

Tabla 1.....	15
Tabla 2.....	16
Tabla 3.....	17
Tabla 4.....	18
Tabla 5.....	21
Tabla 6.....	22

### Fundamentación Teórica

La depresión ha sido considerada como una de las principales causas a nivel mundial de discapacidad; se estima que afecta a un 3.8 % de la población, es decir, aproximadamente 280 millones de personas la padecen. Este trastorno causa mucho sufrimiento en la persona afectada, ya que repercute sobre las actividades en general y, en el peor de los casos, puede llevar al suicidio. Cada año 700 000 personas se suicidan, siendo esta la cuarta causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 29 años (OMS, 2021).

Para algunos autores la depresión ha sido conceptualizada como una alteración del estado de ánimo, caracterizada por una gran tristeza o desinterés generalizado por casi todo lo que le rodea a la persona, junto con un marcado descenso de la actividad física y psicofisiológica (Caballo et al., 2014). Este trastorno es un fenómeno complejo, integrado por múltiples factores, y a su vez, existen algunas teorías que lo explican. Una de las primeras formulaciones psicológicas realizadas sobre esta alteración fue desde el modelo psicodinámico. Karl Abraham, en 1911, postuló que la depresión alude al concepto de “baja autoestima” que presenta un sujeto como consecuencia de pérdidas afectivas en edad temprana o en la infancia, lo que genera cierta predisposición a desarrollar el trastorno en la adultez.

A su vez, desde el modelo biomédico, la depresión está relacionada con alteraciones en la producción o funcionamiento de diferentes neurotransmisores cerebrales, entre estos, los principalmente implicados son las catecolaminas y las indolaminas (Caballo et al., 2014). Por otro lado, la perspectiva conductual toma como referencia el postulado inicial de Skinner (1953) quien señala que la principal característica de la depresión es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas. Este modelo centra su atención en la conducta de los sujetos la cual se ve extremadamente reducida debido a la disminución de consecuencias positivas o reforzamientos que provocan desmotivación o falta de interés (Belloch et al., 2009).

Asimismo, las teorías cognitivas asumen que la aparición del trastorno depende de cómo el sujeto percibe o interpreta los acontecimientos que ocurren en su vida. Desde este modelo, la teoría de Beck es la más utilizada para describir la depresión, donde el elemento central son los errores o distorsiones cognitivas que la persona comete al procesar la información que recibe del exterior, concretamente a partir de experiencias estresantes (Caballo et al., 2014).

Por otro lado, las teorías cognitivo – sociales, se basan en constructos desarrollados desde el aprendizaje social y la psicología social. La teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975), ha sido la precursora de otras que se han propuesto en la investigación sobre la depresión. El autor postuló que, la pérdida percibida de control sobre el ambiente es suficiente para la aparición de una reacción depresiva en los seres humanos. Es así que, podemos

señalar que la depresión ha sido objeto de estudio, por lo que diversas teorías tratan de explicarla. Sin embargo, es fundamental mencionar que este trastorno se entiende a partir de elementos genéticos, biológicos y psicológicos, los cuales dependen de cómo el sujeto afronta e interpreta un suceso estresante.

Por ello, la depresión ha sido un trastorno mental que se encuentra dentro de la clasificación de los manuales diagnósticos. Así, para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM 5), la depresión se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración presentes casi todos los días, que implica la presencia de un ánimo triste, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, acompañados de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional de quien lo padece. Además, deben experimentarse al menos cuatro síntomas adicionales, que son; cambios en el apetito o en el peso, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

De igual manera, dentro del DSM 5 se incluye un indicador para el Trastorno Depresivo Mayor, en el que se debe especificar si el trastorno se presenta “con inicio en el parto”. Este indicador se utiliza cuando los síntomas anímicos de la depresión se producen durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su décima versión (CIE 10) presenta la categoría de Trastornos Mentales y del Comportamiento Asociados con el Puerperio, no clasificados en otra parte. Esta incluye únicamente trastornos mentales asociados al puerperio, como la depresión postparto, que comienzan en el lapso de las seis semanas posteriores al parto (Organización Mundial de la Salud, 1995).

Son muchas las transformaciones en la vida de la mujer, entre ellas el embarazo, el parto y el puerperio, tres escenarios complejos y con una importante vulnerabilidad emocional y psicológica (Meléndez et al., 2017), de modo que, en el embarazo se puede evidenciar la aparición de algunos trastornos mentales, entre ellos la depresión. Esta afectación se manifiesta principalmente durante el período fértil de la vida de la mujer, el pico de prevalencia ocurre durante el embarazo y hasta un año después del parto (Guerra et al., 2017). La depresión en la gestante puede presentarse a través de cambios conductuales como el desinterés de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado que requiere la gestación, la mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas, todo lo que puede afectar el resultado obstétrico (Jadresic, 2010). Las mujeres que experimentan un episodio depresivo durante el embarazo tienen un 50 % de probabilidades de desarrollar

una depresión postparto (DPP), considerada el trastorno más común en el puerperio (Krauskopf y Valenzuela, 2020).

La depresión postparto (DPP) se distingue de otros trastornos como la tristeza postparto, esta suele ser común que aparezca después del parto (incidencia aproximada del 40 % al 80 %), se presenta con episodios breves de llanto, ansiedad, tristeza, falta de sueño confusión e irritabilidad, es un estado de ánimo leve y transitorio que a menudo ocurre de tres a cinco días después del parto (Buttner et al., 2012). También se distingue de la psicosis postparto, un episodio poco frecuente que se presenta en el puerperio, (incidencia aproximada de .1 % a .5 %) agudo y psicótico que suele comenzar en las dos primeras semanas después del parto y es común en madres primerizas (O'Hara y Mc Cabe, 2013). Requiere tratamiento de emergencia debido al riesgo de infanticidio y suicidio. Los síntomas pueden incluir inquietud, agitación, trastorno del sueño, paranoia, pensamientos desorganizados, impulsividad, alucinaciones y delirios (Norhayati et al., 2015).

La depresión postparto posee características similares a los cuadros depresivos que se presentan en otras etapas del ciclo vital, pero difiere en las consecuencias emocionales que puede tener sobre la madre y el recién nacido, el apego y el vínculo madre/hijo que se establece (O'Hara y Mc Cabe, 2013). El trastorno se caracteriza por el desánimo, pérdida de motivación e interés, irritabilidad, labilidad emocional y sentimientos de incapacidad e inutilidad relacionados con el cuidado del bebé, esto se asocia a ideas de culpa y miedo a generarle un daño (Krauskopf y Valenzuela, 2020).

Estadísticamente, se conoce que la depresión se presenta en las mujeres con casi el doble de frecuencia que en los hombres pues los factores hormonales cumplen un papel esencial en su aparición, concretamente los cambios que ocurren durante el ciclo menstrual, el embarazo, el periodo postparto, entre otros (Sanchez, 2008). Hasta mediados de la década de los 80, predominaba la idea de que la maternidad, especialmente el embarazo, se asociaba a un estado de bienestar emocional y a la ausencia de patología mental. Sin embargo, Gisela B. Oppenheim cuestionó este mito, y años más tarde surgió un interés mundial por determinar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en las mujeres embarazadas y puérperas (Jadresic, 2010).

Payne y Maguire (2017), mencionan que la DPP es una de las complicaciones más comunes en el parto, así también una de las peores diagnosticadas, puede ocurrir durante el embarazo o dentro de las primeras cuatro semanas después del alumbramiento. En esta etapa se evidencia un alto nivel de estrés que, junto a la carga hormonal, podría llevar al desarrollo de trastornos de la personalidad, adaptativos y del estado de ánimo (Masías y Arias, 2019). Según Jadresic (2010), numerosos estudios han mostrado que más del 40 % de las mujeres que son madres presentan síntomas depresivos y ansiosos inespecíficos (no manifiestos), y entre el 10 % y 15 % sufren trastornos depresivos manifiestos.

La prevalencia estimada de la depresión postparto es incierta (O'Hara y Mc Cabe, 2013), pues las estimaciones varían considerablemente entre los estudios según el país, el período posterior al parto, si la depresión se identificó mediante medidas de autoinforme o entrevista clínica, si las estimaciones incluyeron pacientes con depresión menor y si la depresión se evaluó con la comunidad o en entornos clínicos (Norhayati et al., 2015). En las mujeres puérperas latinas residentes en México y Estados Unidos, se ha reportado una prevalencia del trastorno de hasta un 56 % (Klabunde et al., 2010), así pues, estudios coinciden con una prevalencia mundial descrita que oscila entre un 10 % y 15 %, la cual es tres veces mayor en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados (Norhayati et al., 2015). A pesar de la gravedad de este trastorno, sólo el 20 % de mujeres recibe tratamiento ya que en muchos casos la madre no lo reconoce como un problema (Masías y Arias, 2019).

La etiología de este trastorno continúa sin estar clara (Patel et al., 2012), sin embargo, se han identificado algunos factores de riesgo, que se clasifican en físicos, biológicos, psicológicos, obstétricos, pediátricos y sociodemográficos que pueden influir en la aparición de esta patología (Norhayati et al., 2015). Según una revisión sistemática efectuada por Klabunde et al. (2010) en el estado de Michigan, Estados Unidos, estos autores encontraron que existe una asociación más significativa de DPP en mujeres con antecedentes personales de depresión, estrés vital, falta de apoyo social, embarazo no deseado, tipo de relación de pareja, entre otros. Del mismo modo, variables sociodemográficas como el nivel socioeconómico, el consumo de sustancias, la etnia, la edad materna y los antecedentes obstétricos están implicados en la aparición del trastorno.

Asimismo, en un estudio realizado en España, entre los factores que se relacionan con la sintomatología depresiva se encuentra la personalidad, puesto que interviene en gran medida cómo la mujer afrontará esta nueva condición, además las expectativas que elabora la mujer con respecto al nacimiento del hijo juegan un papel esencial (Marín et al., 2015). Ahora bien, según una investigación realizada en Venezuela con el objetivo de analizar la incidencia y la relación con los factores de riesgo en la DPP, se evidenció que estos se asocian con el desempleo, las complicaciones obstétricas, el estrato social y el embarazo no deseado; así también, la incidencia de este trastorno fue de 34.46 % (204 pacientes), las adolescentes representaron 16.89 %, las adultas 17.57 %. Las múltiparas con depresión fueron de 22.13 % y las primíparas 12.33 % (Meléndez et al., 2017).

De igual manera, una investigación realizada en Colombia con el fin de determinar la presencia de síntomas depresivos y la frecuencia de las variables psicosociales, concluyó que existe una condición de vulnerabilidad en las mujeres de menor nivel socioeconómico. Además, se evaluó sistemáticamente a más de 600 mujeres y se encontró que el 30.2 % tenían síntomas depresivos según la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), y el 3.6 % había tenido ideas de autolesión en los últimos siete días después del parto (Guerra

et al., 2017). A su vez, Masías y Arias (2019) añaden que el nivel socioeconómico es un factor determinante en la ocurrencia de este trastorno; varios autores, también mencionan una relación entre un nivel socioeconómico bajo y prevalencia de DPP, en tanto que las madres con menores ingresos son tres veces más propensas a padecer esta patología (Jadresic y Araya, 1995).

Otro estudio realizado en Lima que buscaba determinar los factores asociados a la DPP, encontró una prevalencia de 3.12 % en una muestra de 2882 mujeres. Es así que, los factores asociados significativamente fueron el tipo de lugar de residencia rural y estado civil soltera (Pizarro, 2020). En esta misma línea los resultados de Romero et al. (2017), en un estudio realizado en México, señalan que las mujeres multíparas presentan mayores síntomas depresivos e indican una relación significativa entre el estado civil y la presencia de la sintomatología, dado que un mayor porcentaje de mujeres que se encontraban en unión libre indicaron tener síntomas depresivos.

Aunque la mayoría de los estudios se encuentran a nivel internacional, es importante mencionar que en Ecuador existen algunos estudios referentes al tema. En Cuenca, se desarrolló una investigación en el Hospital Vicente Corral Moscoso con una muestra de 203 madres. El grupo de edad con mayor porcentaje de sintomatología depresiva fue entre los 20 y 24 años con 26.6 %. En cuanto al estado civil, el 48.3 % de madres estaban en unión libre, el mayor grupo de madres vivía en el área urbana con un porcentaje del 60.1 %. Según la clasificación de DPP de acuerdo con la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo el 70 % de las madres encuestadas presentaron DPP moderada (Borrero y Castro, 2017). Así también, en la provincia de Cañar, en el Hospital Darío Machuca Palacios del cantón de La Troncal, se registró una prevalencia de DPP de 72.1%, lo que representa una cifra elevada respecto a otros datos revisados (Pinos, 2019).

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) ha sido la más utilizada en los estudios señalados para describir la depresión postparto y las autoras de este instrumento Cox et al. (1987) han indicado que no existe una única causa para la aparición de la DPP. Los hallazgos de sus propios estudios sugieren que factores como: la personalidad previa de la madre (siempre siendo “preocupada”); una historia previa de un trastorno mental; la muerte de su propia madre; tristeza postparto severa; renunciar al trabajo; y una mala relación con su propia madre, influyen en la aparición de este trastorno.

A nivel general respecto a la DPP, se puede señalar que la prevalencia de esta patología es la siguiente: en Chile fluctúa entre 10.2 % a 20 %; en Colombia prevalece en un 32.8 %, en México 32.6 %; en Perú 24.1 % y, en Venezuela 22 % (Molero et al., 2014). En Ecuador, los datos sobre la prevalencia de este trastorno son aún escasos; sin embargo, según la bibliografía revisada se entiende que es un trastorno que merece atención y requiere un

diagnóstico temprano por parte de los profesionales de la salud para evitar efectos adversos en la madre, el recién nacido y la familia en general.

Este estudio pretende, a través de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) que es un método de cribado, describir la depresión postparto en mujeres que asisten al Centro de Salud Carlos Elizalde. Esta información permitirá a los profesionales de la salud conocer datos aproximados de las mujeres que padecen este trastorno, así como identificar factores sociodemográficos y psicosociales presentes, y contribuir al diagnóstico temprano y oportuno.

Ante lo expuesto, se plantea el presente estudio en función de las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son los puntajes de sintomatología en la depresión postparto en mujeres que asisten al Centro de Salud Carlos Elizalde?, ¿cuáles son las variables sociodemográficas y los factores psicosociales que pueden encontrarse en la depresión postparto? y ¿cuáles son los síntomas que prevalecen en el trastorno? Las respuestas a estas preguntas pretenden alcanzar el objetivo general que fue describir la depresión postparto en mujeres que asisten al Centro de Salud Carlos Elizalde en la ciudad de Cuenca. Así también, con los objetivos específicos que señalan lo siguiente; identificar las variables sociodemográficas y los factores psicosociales que se presentan en las mujeres con un cuadro de depresión postparto, y determinar los síntomas que prevalecen según puntajes en las subescalas en las mujeres.

### **Proceso Metodológico**

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo, porque se utilizaron herramientas para la recolección de información nominal, se cuantificaron las variables de estudio y se empleó estadística descriptiva para el análisis de los datos. El tipo de diseño fue no experimental, debido a que no se manipularon variables, y tuvo un corte transversal debido a que la variable de depresión postparto se analizó en un solo momento. El alcance del estudio fue descriptivo, pues se describieron específicamente propiedades y características de la sintomatología depresiva en mujeres después del parto (Hernández et al., 2014).

#### **Participantes**

Del universo de 571 mujeres que asistían al Centro de Salud Carlos Elizalde para control médico en la fase de puerperio, a pediatría y al vacunatorio con sus bebés, solo el 64 % cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, sin embargo, debido a la asistencia irregular a controles postnatales este se redujo y se obtuvo una población de 237 mujeres. Se optó por un muestreo no probabilístico por cuota y una selección de muestra por accidente, alcanzando un cálculo muestral de 108 mujeres que aceptaron participar en este estudio. El margen de error con la muestra obtenida fue del 7 % y un nivel de confianza de 95 %, lo cual se considera en el apartado de conclusiones.

#### **Criterios de inclusión y exclusión**

Los criterios de inclusión fueron que las participantes sean mujeres mayores de edad, que tengan entre uno y dos meses de postparto y sean madres con hijos nacidos vivos. En cuanto a los criterios de exclusión no debían ser participantes que estén recibiendo tratamiento antidepressivo y no firmen el consentimiento informado (Anexo 1).

#### **Instrumentos**

Se empleó una ficha de factores sociodemográficos y psicosociales (Anexo 2), la cual permitió conocer ciertos factores que estaban presentes en mujeres con un cuadro de depresión postparto. La ficha, estuvo compuesta por una serie de preguntas cortas, estructuradas con opciones de respuesta preestablecidas. Estuvo dividida en cuatro apartados: datos sociodemográficos, antecedentes obstétricos, situación actual de salud y condiciones familiares actuales.

Para evaluar los síntomas de depresión postparto en las participantes, se aplicó la adaptación al español de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) (Anexo 3) creada por Cox et al. (1987) para asistir a profesionales de atención primaria de salud en la detección de madres que padecen depresión postparto. Es una escala de fácil y corta aplicación debido a que consta de diez preguntas con cuatro opciones de respuesta de selección múltiple, que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo. Cada pregunta se califica en un rango de 0 a 3 puntos de acuerdo con la severidad o duración de los síntomas. Para su calificación, se suman las puntuaciones obtenidas, el máximo puntaje que se puede

obtener en el cuestionario es 30. El instrumento se compone de cinco subescalas: disforia (ítems 1,2,7,8,9), ansiedad (ítems 4 y 5), sentimientos de culpa (ítem 3), dificultades de concentración (ítem 6) e ideación suicida (ítem 10) y tiene una fiabilidad de  $\alpha=0,87$  (Cox et al., 1987). El puntaje total se calcula sumando el valor asignado para cada uno de los ítems, una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión postparto. A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada: a) = 0 puntos, b) = 1 punto, c) = 2 puntos, y d) = 3 puntos.

Si bien estudios internacionales indican un puntaje de corte de 12-13 puntos en la versión inglesa de la escala, el uso en su versión adaptada al idioma español recomienda un puntaje de corte de al menos 10 puntos (Cestaro et al., 2012). Por otro lado, el alfa de Cronbach obtenido de la aplicación de la escala dentro de esta investigación fue de  $\alpha = 0.797$ .

### **Procedimiento**

En primer lugar, se obtuvo la aprobación del protocolo por parte del Comité de Bioética de Investigaciones en el Área de la Salud (COBIAS) de la Universidad de Cuenca y del Centro de Investigación de la Facultad de Psicología. Posterior a ello, se envió el oficio respectivo solicitando autorización por parte del director del Distrito Sur del Ministerio de Salud para la realización del trabajo final de titulación en el Centro de Salud Carlos Elizalde. Una vez conseguida la autorización, se procedió a informar al centro de salud mencionado para solicitar el respectivo permiso al director. Finalmente se obtuvo la aprobación y se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos con la muestra seleccionada de forma presencial, el tiempo que les tomó a las pacientes en responder los cuestionarios fue de aproximadamente siete minutos. Es importante señalar que, la investigadora se encontró presente durante la aplicación para solventar cualquier duda que pudiera surgir por parte de las participantes.

### **Procesamiento de datos**

Se generó una base de datos en el programa SPSS V 25 y los resultados se expresaron mediante medidas de tendencia central y dispersión, así también se emplearon medidas de frecuencias absolutas y porcentuales. Para la representación de datos se editaron tablas y gráficos en el programa de Excel 2019.

### **Aspectos éticos**

Esta investigación estuvo regida bajo los principios éticos de los psicólogos y el código de conducta de la Asociación Americana de Psiquiatría (2017) que garantiza: beneficencia y no maleficencia, fidelidad y responsabilidad, confidencialidad, voluntariedad y anonimato de las participantes a través del consentimiento informado que ha sido revisado y aprobado por el Consejo Directivo de la Facultad de Psicología y el Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud (COBIAS) de la Universidad de Cuenca. La investigación no generó conflictos de interés, pues los datos que se utilizaron se tomaron de la base de datos que dispone el centro de salud seleccionado para el estudio. Los resultados fueron manejados

confidencialmente, con fines exclusivamente académicos, y se entregaron al centro de salud como parte de la responsabilidad social de la investigación.

### Presentación y Análisis de Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el proceso de investigación en concordancia a los objetivos planteados. El objetivo general fue describir la depresión postparto en las mujeres y los objetivos específicos fueron identificar las variables sociodemográficas y los factores psicosociales que están presentes en aquellas con un cuadro de depresión postparto, y determinar los síntomas que prevalecen según puntajes en las subescalas.

#### Caracterización de las participantes

En el presente estudio participaron 108 mujeres que acudieron al centro de salud Carlos Elizalde. La edad de las participantes osciló entre 18 y 44 años, teniendo en cuenta que participaron únicamente mujeres mayores de edad. La tabla 1 muestra que el promedio de edad de las encuestadas fue de 26.4 años. La mayoría de las participantes vivían en una zona urbana, no tenían un trabajo remunerado y eran primíparas.

**Tabla 1**

*Características de las participantes*

Variables		Promedio	Moda
Edad		26,4	20
		Fr	%
Área de residencia	Rural	38	35.2
	Urbana	70	64.8
Ocupación	No remunerado	76	70.4
	Remunerado	32	29.6
Embarazos	Primípara	61	56.5
	Múltipara	47	43.5

#### Depresión postparto en mujeres

Para responder al objetivo general, que fue describir la depresión postparto en las mujeres, en la tabla 2 se puede apreciar que el 51.9 % de las participantes obtuvo una puntuación mayor o igual a 10 en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), lo que significa que únicamente 56 mujeres de la muestra (la cual fue de 108 participantes) presentaron depresión postparto (DPP). El promedio de edad de estas 56 mujeres era de 27.16 años y el 51.8 % de participantes eran primíparas.

De acuerdo con los datos obtenidos, se evidencia que, de las 56 mujeres que padecen DPP, se presentan ciertas características, tales como; edades comprendidas entre 18 y 26 años, la ocurrencia del trastorno es menor (n=26) que en aquellas de 27 años o más (n=30). Además, 27 eran múltiparas, es decir, tenían 2 o más hijos; sin embargo, la mayoría (n=29) eran primíparas.

**Tabla 2**

*Prevalencia de DPP y estadístico descriptivo de variables*

Prevalencia de DPP		Fr	%
No		52	48.1
Si		56	51.9
Total		108	100
Variables			
Edad	18 – 26	26	46.2
	> 26	30	53.8
Embarazos	Primípara	29	51.8
	Múltipara	27	48.2

*Nota:* DPP (depresión postparto)

Según Lara et al. (2017), enfrentarse a un embarazo durante la adolescencia puede hacer que la madre, en una edad ya vulnerable, dude de su capacidad materna para afrontar un reto tan grande. En este sentido, en algunas investigaciones, el hecho de tener menos de 20 años ha resultado ser un factor de riesgo.

Un estudio realizado en Caracas concluyó que podría pensarse que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y pudiera relacionarse con la aparición de la depresión postparto (Fernández et al., 2014), sin embargo, algunas investigaciones revisadas, contradicen los hallazgos de este estudio, al haber identificado la multiparidad como un factor de riesgo para la DPP.

De acuerdo con Urdaneta et al. (2010), quienes investigaron la prevalencia de DPP en una muestra de primigestas y múltiparas, encontraron que la primiparidad no es un factor de riesgo determinante para la presencia de depresión postparto. Así también, hallazgos de la investigación realizada por Hartmann et al. (2017) en Brasil, refieren como factor de riesgo la multiparidad, que se explica por el estrés y la sobrecarga que genera la familia en la mujer cuando ya tiene otros hijos. En esta misma línea, según un meta-análisis realizado por Zhao y Zhang (2020), indican que madres múltiparas pueden tener un mayor riesgo de presentar DPP.

### Variables sociodemográficas y factores psicosociales en relación a la depresión postparto

Con el fin responder al primer objetivo específico, en este apartado se abordó las variables sociodemográficas y factores psicosociales de las mujeres que sí presentaron DPP, es decir 56 participantes. De acuerdo con los datos obtenidos de las variables sociodemográficas, la tabla 3, muestra claramente que el promedio de edad de las mujeres encuestadas fue de 27 años. En relación al área de residencia, 35 mujeres que presentaban un cuadro de DPP vivían en el área urbana y 21 en el área rural. La mayor parte, es decir, 36 mujeres no trabajaban y 20 tenían un trabajo remunerado. En cuanto al número de hijos vivos, 29 tenían un hijo, mientras que 27 tenían más de uno.

**Tabla 3**

*Estadístico descriptivo de las variables sociodemográficas*

		Variables sociodemográficas		
Edad de participante		Promedio	Mediana	Moda
		27.16	27	29
		Con DPP	Sin DPP	Total
		n	n	n
Área de residencia	Rural	21	17	38
	Urbana	35	35	70
Ocupación	No remunerado	36	40	76
	Remunerado	20	12	32
Embarazos	Primípara	29	32	61
	Múltipara	27	20	47

*Nota:* DPP (depresión postparto)

En contraste con los datos obtenidos, algunas investigaciones refieren que un factor significativamente asociado con la DPP es el lugar de residencia rural (Pizarro, 2020), pues según Romero et al. (2017), residir en una zona rural incrementa 1.765 veces más el riesgo de padecer esta patología, sin embargo, no se han encontrado resultados similares en este estudio, pues la mayor parte de mujeres (n=35) habitan en la zona urbana.

En cuanto a la variable ocupación de las mujeres que padecían DPP, las que no tenían un trabajo remunerado se dedicaban al cuidado de su bebé y quehaceres domésticos, y las que tenían un trabajo remunerado eran docentes, emprendedoras, comerciantes, servidoras públicas, etc. Los resultados mostraron que la mayoría de mujeres con DPP no tenían un trabajo remunerado, y aunque esto no ha sido considerado como un factor de riesgo dentro de la literatura revisada, el bajo ingreso económico es un predictor de la DPP (Lorenzo y Soto,

2014). Jadresic y Araya (1995), determinaron que, en una muestra de 585 mujeres chilenas, a medida disminuía el nivel socioeconómico, aumentaba la prevalencia de DPP. Los investigadores informaron que las madres con menores ingresos familiares tenían aproximadamente tres veces más probabilidades de padecer DPP que aquellas con mayores ingresos.

De acuerdo con la información obtenida en referencia a variables psicosociales de las participantes que sí presentaron DPP, en la tabla 4 se registra lo siguiente; en el área de antecedentes obstétricos, 43 respondieron que sí se sintieron tristes durante el embarazo. Además, 31 informaron que habían vivido un acontecimiento crítico o estresante durante el embarazo; seis habían atravesado por la muerte de un familiar, una por la enfermedad de un familiar, 11 por dificultades económicas, cuatro por problemas relacionados con la inseguridad y 13 por otras situaciones como embarazo de riesgo, problemas de salud, dificultades familiares, etc.

**Tabla 4**

*Estadísticos descriptivos de los factores psicosociales en mujeres con depresión postparto*

Factores psicosociales			
	N	%	
<b>Antecedentes obstétricos</b>			
Tristeza en el embarazo	43	76.8	
Acontecimiento estresante durante el embarazo	31	55.4	
Tipo	Muerte de familiar	6	10.7
	Enfermedad de familiar	1	1.8
	Dificultades económicas	11	19.6
	Problemas de inseguridad	4	7.1
	Otros	13	23.2
Uso de métodos anticonceptivos	23	41.1	
Embarazo deseado	33	58.9	
Tristeza en embarazos anteriores	17	30.4	
<b>Situación actual de salud</b>			
Padecimiento de trastorno emocional	11	19.6	
Uso de medicamentos	3	5.4	
<b>Condiciones familiares actuales</b>			
Casada	15	26.8	
Soltera	13	23.2	

Estado actual de pareja	Divorciada	1	1.8
	Unión libre	24	42.9
	Noviazgo	2	3.6
	Viuda	1	1.8
Relación	Muy satisfactoria	13	23.2
	Satisfactoria	25	44.6
	Insatisfactoria	3	5.4
	Muy insatisfactoria	0	0
	Omisión de ítem	15	26.8
Colaboración de pareja	Muy insatisfactoria	2	3.6
	Insatisfactoria	8	14.3
	Satisfactoria	16	28.6
	Muy satisfactoria	15	26.8
	Omisión de ítem	15	26.8

Hartmann et al. (2017) en su estudio, realizado en una muestra de 2 687 mujeres brasileñas, de las cuales el 14 % tenía DPP, identificaron un riesgo tres veces mayor de desarrollar DPP en aquellas que se sintieron tristes en el último trimestre de gestación. Por otro lado, los resultados obtenidos se fortalecen por los aportes de Jadresic (2014) quien menciona que uno de los factores de riesgo para el padecimiento de DPP son los eventos vitales adversos. Estos factores contribuyen a la vulnerabilidad existente en un individuo para padecer DPP, la evidencia ha demostrado en múltiples poblaciones que el abuso físico, psicológico o sexual aumenta significativamente el riesgo de una mujer de padecer DPP, también se han identificado factores como el divorcio, dificultades financieras, muerte de un familiar, etc. La evaluación cuidadosa de los eventos vitales acumulados brindan mayor poder para evaluar el riesgo de DPP en una mujer (Guintivano et al., 2018). A la luz de esta información, los resultados encontrados coinciden con las investigaciones mencionadas, pues más de la mitad de la muestra (55.4 %) han vivido un evento vital adverso.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, en la tabla 4 se observa que 23 mujeres utilizaron algún tipo de anticonceptivo antes de embarazarse. En el caso de 33 mujeres con DPP se trataba de un embarazo deseado, mientras que 26 mujeres que tenían DPP no habían tenido un embarazo deseado. Aunque la diferencia no es significativa entre los grupos, según los resultados publicados por Guintivano et al. (2018) la planificación del embarazo ha sido considerada un factor protector respecto al desarrollo de DPP. Por otro lado, Bustos y Jiménez (2013) refieren en su estudio que dentro del grupo de mujeres chilenas con embarazos no deseados, se encontraron mayores puntuaciones en la escala de DPP. La

planificación del embarazo puede permitir a la madre aceptarlo mejor, lo que ayuda a reducir el riesgo de desarrollar depresión (Da Silva et al., 2010).

En relación a la situación actual de salud de las participantes, 11 habían sido diagnosticadas con ansiedad antes del embarazo, sin embargo, ninguna de las participantes usaba medicamentos bajo prescripción médica. En contraste con los resultados encontrados, Krauskopf y Valenzuela (2020) refieren que la ansiedad durante el embarazo es considerado un factor de riesgo para el padecimiento de DPP, así mismo, diversos estudios han relacionado la ansiedad presente durante el embarazo con la DPP (Marín et al., 2015). Los resultados de este estudio indican que la ansiedad ha estado presente solo en las mujeres que sí presentan depresión postparto, por lo que podría considerarse como un factor de riesgo.

Por último, en el área de condición familiar; 15 estaban casadas, 13 solteras, una divorciada, 24 en unión libre, dos en un noviazgo y una viuda. De acuerdo con Meléndez et al. (2017), uno de los factores de riesgo reportados en la prevalencia de la patología es no tener pareja, en este estudio 15 de 56 mujeres no tenían pareja. Así mismo, ser soltera, viuda o separada aumenta la probabilidad de sufrir DPP en más de dos veces (Jadresic y Araya, 1995), este factor de riesgo podría estar relacionado con la falta de apoyo emocional y social que podría ser proporcionada por la presencia de una pareja (Da Silva et al., 2010).

En referencia a la satisfacción con respecto a la relación; 13 describieron su relación de pareja como “muy satisfactoria”, 25 como “satisfactoria”, tres como “insatisfactoria” y 15 no respondieron ya que no tenían pareja. En cuanto a la satisfacción con respecto a la colaboración de la pareja en el cuidado del bebé, dos consideraban “muy insatisfactorio”, ocho “insatisfactorio”, 16 como “satisfactorio”, 15 como “muy satisfactorio” y 15 no respondieron. Guerra et al. (2017) mencionan que como factores protectores se ha identificado un adecuado apoyo emocional y satisfacción con la pareja. En esta misma línea, Arrais et al. (2018) encontró que uno de los factores protectores para no padecer DPP es convivir en pareja. Así mismo, Lorenzo y Soto (2014), realizaron una revisión sistemática y concluyeron que la falta de apoyo y ayuda por parte de la pareja están estadísticamente relacionados con el riesgo de desarrollar DPP.

No se reportaron los datos de las mujeres que no presentaron depresión postparto, según la escala EPDS, ya que no fueron significativos.

### **Síntomas prevalentes en la depresión postparto según las subescalas**

En respuesta al segundo objetivo específico, después de la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), se registraron los siguientes resultados, de acuerdo a las subescalas. En la tabla 5, se evidencia que según la *subescala disforia*, existen 29 respuestas indicadoras del ítem “Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para

dormir”, es este el que más puntúa dentro de la subescala. Mientras que, el ítem que menos puntaje se obtiene en esta subescala es “He disfrutado mirar hacia el futuro”. Para la *subescala ansiedad* 45 mujeres han respondido de manera positiva a síntomas de ansiedad en el ítem “He estado nerviosa o preocupada sin tener motivo”, es este el que más puntúa en esta subescala. Por otro lado, el ítem que menos puntúa (39 mujeres han respondido) es “He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo”.

A continuación, para la *subescala sentimiento de culpa* mostró que para el ítem que lo mide “Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente”, la respuesta con mayor frecuencia escogida por las participantes fue “si la mayor parte del tiempo”. Con respecto a la *subescala dificultades de concentración*, las alternativas que mostraron una mayor tendencia en el ítem “Las cosas me oprimen o me agobian” fueron “si a veces” y “si a menudo”. Finalmente, en la *subescala ideación suicida* la alternativa del ítem “He pensado en hacerme daño a mi misma” mostró mayor tendencia la opción “nunca”, sin embargo, llama la atención en cuanto a tomar medidas de prevención que tres mujeres contestaron a este ítem “si, bastante a menudo” y 10 respondieron “a veces”. Se evidencia que, algunas mujeres podrían presentar cierta tendencia a ideaciones suicidas.

**Tabla 5**

*Análisis descriptivo de las subescalas de depresión postparto por ítems*

Análisis descriptivo de la EPDS por ítems					
Subescalas	Contenido requerido del ítem	Distribución frecuencial del ítem			
		0	1	2	3
Disforia	1.- He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	29	23	2	2
	2.- He disfrutado mirar hacia el futuro	27	26	1	2
	7.- Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir	11	16	24	5
	8.- Me he sentido triste y desgraciada	12	23	17	4
	9.- He sido tan infeliz que he estado llorando	5	33	17	1

Ansiedad	4.- He estado nerviosa o preocupada sin tener motivo	1	10	34	11
	5.- He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	4	13	35	4
Sentimientos de culpa	3.- Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	1	2	41	12
Dificultad de concentración	6.- Las cosas me oprimen o me agobian	5	7	41	3
Ideación suicida	10.- He pensado en hacerme daño a mi misma	36	9	10	1

Con respecto a las puntuaciones de la escala, se puede observar en la tabla 6 que la subescala disforia mostró la media más alta con respecto a las demás, esto quiere decir que los síntomas que prevalecen en esta muestra de mujeres que padecen depresión postparto es, en su mayoría, la disforia. Así también, se encuentran síntomas de ansiedad en menos mujeres y en un menor número los sentimientos de culpa y la dificultad de concentración y finalmente la ideación suicida.

**Tabla 6**

*Puntuaciones de subescalas de depresión postparto*

Subescala	Puntuaciones de las subescalas			
	Media	%	Mínimo	Máximo
Disforia	5.09	31.11	1	12
Ansiedad	3.68	33.33	2	6
Sentimientos de culpa	2.14	26.67	0	3
Dificultades de concentración	1.75	6.67	0	3
Ideación suicida	.57	2.22	0	3

En una investigación realizada en Venezuela por Urdaneta et al. (2010), encontraron, en su muestra de 100 mujeres de las cuales 22 tenían DPP, una alta prevalencia de ansiedad, sentimientos de culpa y dificultad de concentración. En esta misma línea, una investigación realizada con adultas y adolescentes, encontraron que las puérperas adultas presentaron de forma significativa el sentimiento de culpa y ansiedad (Molero et al., 2014). Se debe tener en

cuenta que los síntomas anímicos a veces se confunden con las características de este período adaptativo (Dois et al., 2012).

Es importante mencionar que en la subescala ideación suicida 11 mujeres presentan cierta tendencia a hacerse daño a sí mismas. Shi et al. (2018), refieren en su investigación que tener depresión fue el único predictor significativo de la ideación suicida. Los autores sugieren que, para prevenir la ideación suicida de manera efectiva, la detección e intervención de los síntomas depresivos es fundamental. Así mismo Fernández et al. (2014) asegura que los síntomas más graves de DPP pueden incluir pensamientos de hacerse daño a sí misma, hacerle daño al neonato o no tener ningún interés por este, además la DPP severa se relaciona con riesgo aumentado de conducta suicida y de filicidio materno.

### Conclusiones

De esta manera se puede concluir que la prevalencia de la depresión postparto tiene un gran compromiso en las mujeres puérperas, pues de las 108 mujeres que constituyeron la muestra dentro de esta investigación, 56 mujeres obtuvieron valores positivos de depresión postparto en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS). En cuanto a la variable edad, no se encontraron resultados significativos, esto podría explicarse por la homogeneidad de las participantes ya que la mayoría se encontraban en la etapa de adultez temprana.

En cuanto a las variables sociodemográficas y factores psicosociales de las mujeres que presentaron depresión postparto según la EPDS, se destaca que la mayoría (n=35) vivían en una zona urbana, mientras que el resto (n=27) vivían en una zona rural, lo que significa que aparentemente la depresión postparto no se explicaría mejor por el lugar de residencia. Asimismo, 43 mujeres refirieron que se sintieron tristes durante el embarazo y 31 de estas sufrieron un acontecimiento estresante durante su etapa de gestación, esta variable ha sido considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de depresión postparto y podría ser considerada también en este estudio. Del mismo modo, resulta alarmante que 23 mujeres que presentaron depresión postparto habían llevado un embarazo no deseado, lo cual también ha sido considerado como un factor de riesgo.

En cuanto a las mujeres que no presentaron depresión postparto (n=52) según la EPDS, se registra que 35 de ellas vivían en la zona urbana y 17 en la zona rural. Así también, 40 mujeres se dedicaban a quehaceres domésticos mientras que solo 12 tenían un trabajo remunerado, por lo que tener un trabajo no podría ser considerado como un factor protector dentro de esta muestra. Se reportó que 33 mujeres habían llevado un embarazo deseado, lo que resulta ser un factor protector para no desencadenar DPP.

Finalmente, la subescala de síntomas predominante en las participantes que presentaron depresión postparto fue la disforia, lo que significa que es el síntoma más evidente en estas mujeres. Además, aunque la subescala de ideación suicida tuvo un puntaje muy bajo, 11 mujeres respondieron que “a veces” y “bastante a menudo” han pensado en hacerse daño, podría representar un riesgo tanto para la vida de la madre como del neonato.

Con los resultados obtenidos se debe señalar que estos no pueden ser generalizados a todas las mujeres en situación de postparto, ya que el estudio se realizó con una muestra y población específica que cumplían con ciertos requerimientos para la investigación. Por otro lado, se debe señalar también que una de las limitaciones más grandes de la investigación fue la dificultad en encontrar mujeres que se encuentren en el postparto de uno a dos meses, ya que muchas tenían hijos mayores a lo solicitado o dejaban de realizar sus controles postnatales en el centro de salud objetivo. Así también, algunas mujeres no desearon responder la encuesta debido a estigmas entorno al tema.

### Recomendaciones

Respecto a las recomendaciones, es primordial mencionar que, si bien los resultados obtenidos en la investigación no son generalizables, son considerables en la muestra específica por lo que es importante realizar intervenciones integrales, más aún en este periodo que representa mayor vulnerabilidad para la mujer. Es fundamental incluir programas de prevención a través de la difusión de información, no solo para las mujeres sino para la población en general con el fin de desestigmatizar el tema. Es crucial trabajar a nivel de la evaluación e intervención para mejorar la calidad de vida y salud mental tanto de las mujeres como sus hijos y su familia.

Se sugiere realizar investigaciones sobre esta patología en poblaciones que asisten a casas de salud por el medio privado, para de esta manera comparar la incidencia en estos grupos. Adicionalmente, con el objetivo de enriquecer los datos, se podría estudiar el tema ampliando el rango de edad, considerando una comparación entre adultas y adolescentes.

Por último, se podría plantear un nuevo modelo de intervención con las mujeres gestantes en el cual no intervenga únicamente el área de medicina, sino se aplique además la escala de EPDS, que funciona como método de cribado, y las mujeres que presenten algún riesgo reciban un abordaje multidisciplinario junto con el departamento de psicología de la casa de salud correspondiente.

## Referencias

- Arrais, A., Araujo, T., y Schiavo, R. (2018). Risk Factors and Protection Associated with Postpartum Depression in Psychological Prenatal Care. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38, 711–729. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM 5 Tratado en español*. Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2017). *Principios éticos de psicólogos y código de conducta*. APA.
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología: Edición Revisada*. Mc Graw Hill.
- Borrero, I., y Castro, S. (2017). *Frecuencia de depresión postparto en púerperas del hospital Vicente Corral Moscoso* [Universidad de Cuenca, Ecuador]. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/28274>
- Bustos, S., y Jiménez, N. (2013). Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica - Chile. In *Psiquiatría y salud mental*, 30(1), 38–49). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000600004>
- Buttner, M. M., O'Hara, M. W., y Watson, D. (2012). The Structure of Women's Mood in the Early Postpartum. *Assessment*, 19(2), 247–256. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1073191111429388>
- Caballo, V., Salazar, I., y Carrobbles, J. A. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. 2da ed. PIRÁMIDE.
- Cestaro, O., Calicchio, A., Liodl, F., & Presas, L. (2012). *Cuerpo, mente y psiquiatría*. VERTEX.
- Cox, J., Holden, J. M., y Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Cox, J., Holden, J., & Sagowsky, R. (1987). Perinatal Mental Health a guide to the EPDS. In *British Journal of Psychiatry*. Gaskell.
- Da Silva, R., Jansen, K., Souza, L., Moraes, I., Tomasi, E., Da Silva, G., Dias, M., y Pinheiro, R. (2010). Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 139–144. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000200008>

- Dois, A., Uribe, C., Villarroel, L., y Contreras, A. (2012). Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos postparto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Revista Médica de Chile*, 140, 719–725. <https://doi.org/https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000600004>
- Fernández, J., Iturriza, A., Merlo, J., y Valbuena, R. (2014). Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 74(4), 719–725.
- Guerra, A. M., Dávalos Pérez, D. M., y Castillo Martínez, A. (2017). Detección de síntomas depresivos en mujeres gestantes de alta complejidad obstétrica y factores correlacionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(4), 215–221.
- Guintivano, J., Manuck, T., y Meltzer-Brody, S. (2018). Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 61(3), 591–603. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000368>
- Hartmann, J. M., Mendoza-Sassi, R. A., y Cesar, J. A. (2017). Postpartum depression: Prevalence and associated factors. *Cadernos de Saude Publica*, 33(9), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094016>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ta ed. Mc Graw Hill.
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 48(4), 269–278.
- Jadresic, E. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 1019–1028. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70651-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70651-0)
- Jadresic, E. y Araya, R. (1995). Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*, 123(4), 694–699.
- Klabunde, M., Collado, D., y Bohon, C. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 14(3), 5–14. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00737-010-0184-0>
- Krauskopf, V., y Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139–149. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.004>
- Lara, M. A., Patiño, P., Navarrete, L., Hernández, Z., y Nieto, L. (2017). Association between depressive symptoms and psychosocial factors and perception of maternal self-efficacy in

- teenage mothers. *Salud Mental*, 40(5), 201–208. <https://doi.org/https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.026>
- Lorenzo, A. M., y Soto, M. (2014). Factores de riesgo de la depresión posparto. *Fisioterapia*, 36(2), 87–94. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ft.2013.07.001>
- Marín, D., Bullones, M. Á., Carmona, F., Carretero, M. I., Moreno, M. A., y Peñacoba, C. (2015). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. *Nure Investigación*. <https://n9.cl/w75xo>
- Masías, M. A., y Arias, W. L. (2019). Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Revista Medica Herediana*, 29(4), 226. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i4.3447>.
- Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M., y Corbino, J. (2017). Depresión posparto y factores de riesgo. *Salus*, 21, 7–12. <https://n9.cl/qzs6s>
- Molero, K. L., Machado, J. R. U., Charles, S. V., Zambrano, N. B., Benítez, A. C., Quiroz, E. A., y Romero, N. B. (2014). Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 79(4), 294–304. <https://doi.org/https://doi.org/10.4067/S0717-75262014000400008>
- Norhayati, M. N., Nik Hazlina, N. H., Asrenee, A. R., y Wan Emilin, W. M. A. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 34–52. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>
- O'Hara, M. W., y Mc Cabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407. <https://doi.org/https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- OMS. (2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Editorial Médica Panamericana.
- Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C., y Osiezagha, K. (2012). Postpartum depression: A review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(2), 534–542. <https://doi.org/https://doi.org/10.1353/hpu.2012.0037>
- Payne, J. L., y Maguire, J. (2017). Pathophysiological Mechanisms Implicated in Postpartum Depression. *Physiology & Behavior*, 176(12), 139–148. doi:10.1016/j.yfrne.2018.12.001.
- Pinos, E. (2019). *Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en el Hospital Darío Machuca Palacios del Cantón La Troncal* [Universidad de Cuenca]. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32251>
- Pizarro, C. J. (2020). *Factores asociados a la Depresión Postparto : Análisis secundario de la*

*encuesta demográfica y de salud familiar*. Universidad Ricardo Palma, Lima.

- Romero, D., Orozco, L., Ybarra, J. L., y Gracia, B. (2017). Sintomatología depresiva en el postparto y factores psicosociales asociados. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 82(2), 63–73. <https://doi.org/https://doi.org/10.4067/s0717-75262017000200009>
- Sanchez, P. (2008). *Psicología Clínica*. El Manual Moderno.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Indefensión*. En *la depresión, el desarrollo y la muerte*. Debate.
- Shi, P., Ren, H., Li, H., y Dai, Q. (2018). Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors. *Psychiatry Research*, 261, 298–306. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.085>
- Skinner, B. (1953). *Science and Human Behavior*. Pearson Education.
- Urdaneta, J., Rivera, A., Garcia, J., Guerra, M., Baabel, N., y Contreras, A. (2010). Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de edimburgo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 75(5), 312–320. <https://doi.org/https://doi.org/10.4067/s0717-75262010000500007>
- Zhao, X. hu, y Zhang, Z. hua. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian Journal of Psychiatry*, 53(July), 102353. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>

## Anexos

## Anexo A

## Cuestionario de factores psicosociales para mujeres en periodo postparto

**I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Edad \_\_\_\_\_
2. Lugar de residencia: a) urbana b) rural.
3. Ocupación actual \_\_\_\_\_ Quehaceres domésticos \_\_\_ Trabajo remunerado\_\_\_  
Cual \_\_\_\_\_
4. Número de hijos vivos \_\_\_\_\_
5. Número de embarazo \_\_\_\_\_

**II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

6. Durante el embarazo, ¿se sintió usted triste? Sí \_\_\_ No \_\_\_
7. ¿Tuvo algún acontecimiento que fuera estresante o crítico para usted durante el embarazo? Sí \_\_\_ No \_\_\_
8. ¿De qué tipo?  
a) Muerte de algún familiar \_\_\_ b) enfermedad de un familiar \_\_\_ c) dificultades económicas \_\_\_ d) problemas relacionados con la inseguridad \_\_\_ e) otro \_\_\_  
¿Cuál? \_\_\_\_\_
9. ¿Usaba métodos anticonceptivos antes de embarazarse? Sí \_\_\_ No \_\_\_
10. ¿Fue un embarazo deseado? Sí \_\_\_ No \_\_\_
11. ¿Se ha sentido triste en embarazos anteriores? Sí \_\_\_ No \_\_\_

**III. SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD**

12. ¿Ha sido diagnosticada con algún trastorno emocional? (depresión, ansiedad, bipolaridad)  
Sí \_\_\_ No \_\_\_ Cual \_\_\_
13. En caso de que la respuesta anterior haya sido afirmativa, conteste la siguiente pregunta, ¿usa medicamentos bajo prescripción médica para esta condición? Sí \_\_\_  
No \_\_\_

**IV. CONDICIONES FAMILIARES ACTUALES**

14. ¿Cuál es su estado actual en referencia a su pareja?  
Casada\_\_\_ Soltera\_\_\_ Divorciada \_\_\_ Unión libre\_\_\_ Noviazgo\_\_\_  
Viuda\_\_\_

15. En caso de que tenga pareja ¿Cómo describiría actualmente su relación?
- a) Muy satisfactoria
  - b) Satisfactoria
  - c) Insatisfactoria
  - d) Muy insatisfactoria
16. ¿Qué tan satisfecha se encuentra usted con la colaboración de su pareja en el cuidado del niño/a?
- a) Muy insatisfactorio
  - b) Insatisfactorio
  - c) Satisfactorio
  - d) Muy satisfactorio

## Anexo B

### Cuestionario sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Queremos saber cómo se siente si ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque con una x la respuesta que más se asemeje a cómo se ha sentido en los últimos 7 y días, no solamente como se siente hoy.

1	He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	a) Tanto como siempre	
		b) No tanto ahora	
		c) Mucho menos ahora	
		d) No, no he podido	
2	He disfrutado mirar hacia el futuro	a) Tanto como siempre	
		b) Algo menos que antes	
		c) Definitivamente menos	
		d) No, nada	
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	a) No, nunca	
		b) No muy a menudo	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
4	He estado nerviosa o preocupada sin tener motivo	a) No, nunca	
		b) Casi nada	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, a menudo	
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 oprimen o agobian	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 infeliz que he tenido dificultad 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 y desgraciada	a) No, nunca	
		b) No con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
9	He sido tan infeliz que he estado llorando	a) No, nunca	
		b) Solo ocasionalmente	
		c) Sí, a menudo	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
10	He pensado en hacerme daño a mí misma	a) Nunca	
		b) Casi nunca	
		c) A veces	
		d) Sí, bastante a menudo	

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de investigación: Depresión postparto en mujeres que asisten al Centro de Salud *Carlos Elizalde* en Cuenca – Ecuador durante el período 2022

Datos del equipo de investigación:

	<b>Nombres completos</b>	<b># de cédula</b>	<b>Institución a la que pertenece</b>
Investigador principal	María Gabriela Cabrera Espinoza	0105514442	Universidad de Cuenca

**¿De qué se trata este documento?**

Usted está invitada a participar en este estudio “**Depresión postparto en mujeres que asisten al centro de salud “Carlos Elizalde” en la ciudad de Cuenca durante el período 2022**” que se realizará en la Universidad de Cuenca. En este documento llamado *Consentimiento Informado* se explican las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explican los posibles riesgos, beneficios y derechos en caso que usted decida participar. Después de revisar la información en este consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento necesario para tomar una decisión sobre su participación o no en el estudio. No tenga prisa para decidir.

**Introducción:**

En el período posterior al parto las mujeres suelen experimentar grandes cambios, sobre todo a nivel emocional, por lo que pueden predisponerse a desarrollar depresión postparto. Esta patología muchas veces es interpretada como una tristeza profunda luego de dar a luz, y suele ser un problema frecuente. Un diagnóstico oportuno permitiría tomar medidas para mejorar la calidad de vida de las mujeres, pues esta es una afectación mental por la cual muchas madres pueden atravesar y suele pasarse por alto debido a la falta de información y conocimiento de la misma. Usted ha sido escogida para esta investigación, ya que es mayor de edad y ha dado a luz recientemente.

**Objetivo del Estudio:**

Describir la depresión postparto en mujeres que asisten al centro de salud “Carlos Elizalde” en la ciudad de Cuenca.

**Descripción de los procedimientos:**

Una vez presentados los correspondientes oficios y permisos al director del centro de salud, se verificará que las participantes cumplan con los criterios de inclusión; en caso de cumplirlos, se entregará el consentimiento sobre el cual previamente la participante ha sido informada. Posteriormente, se entregarán fichas sociodemográficas y un cuestionario, cuya aplicación tendrá una duración aproximada de veinte minutos, mismos que serán digitalizados en una base de datos con un código impersonal único (primera letra de su nombre, primera letra de su apellido y número aleatorio de persona entrevistada). Finalmente, la investigadora ejecutará los análisis estadísticos.

**Riesgos y beneficios:**

La aplicación de los instrumentos psicológicos no representa ningún riesgo para las participantes. Las respuestas son anónimas, su participación es voluntaria y no tiene costo. Los datos obtenidos se mantendrán en custodia de la investigadora, bajo un criterio de confidencialidad y serán para uso específico y exclusivo de la presente investigación. Si usted participa en esta encuesta, tendrá la posibilidad de detectar tempranamente si padece de depresión postparto y acudir al servicio de su preferencia para recibir asistencia de un profesional, evitando así consecuencias negativas y mayores y/o futuras.

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

Usted posee total libertad de participar o no en el estudio.

**Derechos de las 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 de renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 8) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 9) Que se respete su intimidad (privacidad);

- 10) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 11) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 12) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 13) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación que fuese detectado durante el estudio, sea manejado según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 14) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar por participar en este estudio.

**Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio, por favor, comuníquese al siguiente número de teléfono 0998886732 que pertenece a María Gabriela Cabrera Espinoza o envíe un correo electrónico a [gabriela.cabrerae@ucuenca.edu.ec](mailto:gabriela.cabrerae@ucuenca.edu.ec)

**Consentimiento informado**

Comprendo sobre mi participación en este estudio. Me han explicado en un lenguaje claro y sencillo los riesgos y beneficios de esta actividad. 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.

---

Firma de la participante

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)