



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO Y SU RELACIÓN CON LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN GESTANTES. CENTRO DE SALUD
MATERNO INFANTIL VENUS DE VALDIVIA LA LIBERTAD, 2020**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA

TORRES SANTANDER KAROL JAZMÍN

TUTORA

LIC. SONNIA SANTOS HOLGUÍN, MSc

PERÍODO ACADÉMICO

2020-1

TRIBUNAL DE GRADO



Econ. Carlos Sáenz Ozaetta, Mgt.
**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**



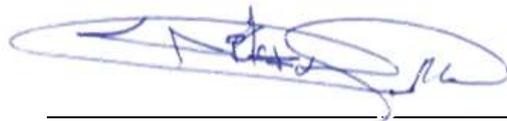
Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD
**DIRECTORA DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA**



Lic. Aída García Ruíz, MSc.
DOCENTE DE ÁREA



Lic. Sonia Santos Holguín, MSc.
DOCENTE TUTOR



Ab. Víctor Coronel Ortiz, Mgt.
SECRETARIO GENERAL (E)

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor/a del proyecto de investigación: RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN GESTANTES. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL VENUS DE VALDIVIA LA LIBERTAD, 2020, elaborado por la estudiante TORRES SANTANDER KAROL JAZMÍN, de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, APRUEBO en todas sus partes.



Lic. Sonnia Santos Holguín, Msc.
DOCENTE TUTOR

DEDICATORIA

Agradezco principalmente a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera universitaria, por darme salud, inteligencia y fortaleza para alcanzar mi formación profesional.

A mi familia por ser mi pilar y apoyo incondicional aun en los momentos más difíciles, ya que sin ellos no hubiera sido posible el haber logrado esta meta tan anhelada, además de enseñarme valores, los cuales me han permitido ser quien soy.

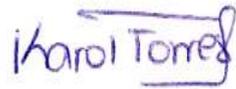
A mi abuelita Elena Yépez, quién con su amor y esmero, a pesar de la distancia, me brindó su apoyo incondicional para poder cumplir cada una de mis metas propuestas, y por cada una de las oraciones brindadas diariamente.

A mi querida tutora y docentes que forman parte de la Carrera de Enfermería, ya que fueron parte del desarrollo de mi formación académica, y me brindaron sus conocimientos científicos, con mucha paciencia y tolerancia para que yo culmine exitosamente esta profesión.

Torres Santander Karol Jazmín

DECLARACIÓN

El contenido del presente trabajo de investigación es de nuestra responsabilidad, el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

A handwritten signature in blue ink that reads "Karol Torres". The signature is written in a cursive style with a horizontal line above the name and a vertical line below it.

TORRES SANTANDER KAROL JAZMÍN

CI: 2300551088

ÍNDICE

TRIBUNAL DE GRADO
APROBACIÓN DEL TUTOR
DEDICATORIA
DECLARACIÓN
ÍNDICE	i
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1. Planteamiento del problema	3
1.1 Descripción del problema	3
1.2 Formulación del problema	4
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo General	4
2.2 Objetivos Específicos.....	4
3. Justificación.....	5
CAPÍTULO II	7
2. Marco teórico	7
2.1 Marco referencial	7
2.2 Marco teórico	8
2.3 Hipótesis, Variables y Operacionalización	27
CAPÍTULO III.....	29
3. Diseño metodológico	29
3.1 Tipo de investigación.....	29
3.2 Universo y muestra	29
3.3 Técnicas e instrumento.....	30
3.4 Procesamiento de información.....	30
CAPÍTULO IV.....	31
4. Presentación de resultados	31
4.1 Análisis e interpretación de resultados	31
Conclusiones.....	36

Recomendaciones	37
Referencias Bibliográficas.....	38
Anexos	43

RESUMEN

La depresión posparto es el trastorno más frecuente durante el embarazo y puerperio, el cual está asociado a diversos factores, mencionando el más importante el factor biopsicosocial debido a la estrecha relación que existe entre el ambiente familiar con el riesgo de padecer esta enfermedad. La presente investigación tiene como objetivo determinar el riesgo de depresión posparto y su relación con la funcionalidad familiar en gestantes. Centro de Salud Venus de Valdivia, en el año 2020. Se aplicó la metodología con enfoque cuantitativo, con estudio correlacional y diseño descriptivo de corte transversal, donde se obtuvo la información mediante la aplicación de instrumentos validados, aplicados a las gestantes que acuden a dicho centro de salud; la muestra seleccionada se obtuvo mediante criterios de inclusión y exclusión, representada por 67 gestantes. Los resultados evidenciaron que la mayoría de las gestantes fueron adolescentes en un 42%, con un nivel de instrucción secundaria en un 61%, además no contaban con trabajo remunerado siendo el 48% de ellas amas de casa, el 69% eran solteras, con disfunción familiar leve representado con un 45%. Mediante la prueba del chi-cuadrado que representó un 44,5218, como el valor de p-value es 0, se pudo determinar que existe una relación entre las variables depresión posparto y funcionalidad familiar; las gestantes que presentaron problemas de funcionalidad familiar leve obtuvieron un nivel elevado de riesgo de depresión posparto, en comparación con las gestantes con funcionalidad familiar normal que su riesgo de depresión posparto era casi nulo. Con estos resultados se logró determinar que la funcionalidad familiar influye en el riesgo de padecer depresión posparto en las gestantes.

Palabras claves: Depresión posparto; funcionalidad familiar; gestantes.

ABSTRACT

Postpartum depression is the most common disorder during pregnancy and the puerperium, which is associated with various factors, the most important being the biopsychosocial factor due to the close relationship that exists between the family environment and the risk of suffering from this disease. The present research aims to determine the risk of postpartum depression and its relationship with family functionality in pregnant women. Venus de Valdivia Health Center, in 2020. The methodology was applied with a quantitative approach, with a correlational study and a descriptive cross-sectional design, where the information was obtained through the application of validated instruments, applied to the pregnant women who attend said clinic; the selected sample was obtained through inclusion and exclusion criteria, represented by 67 pregnant women. The results showed that most of the pregnant women were adolescents in 42%, with a level of education in 61%, they also did not have paid work, 48% of them being housewives, 69% were single, with dysfunction mild relative represented with 45%. Using the chi-square test that represented 44.5218, since the p-value is 0, it was possible to determine that there is a relationship between the variables postpartum depression and family functionality; The pregnant women who presented level family function problems had a high risk of postpartum depression, compared to the pregnant women with normal family function whose risk of postpartum depression was almost nil. With these results, it was possible to determine that family functionality influences the risk of suffering postpartum depression in pregnant women.

Keywords: Postpartum depression; family functionality; pregnant.

INTRODUCCIÓN

La depresión posparto es una alteración del estado de ánimo que suele afectar a las mujeres en el puerperio sin importar raza, origen étnico o estatus social, la causa de esta enfermedad mental se relaciona con los bajos niveles hormonales de estrógenos y progesterona, generando alteraciones químicas lo que provoca cambios en el estado de ánimo. (Instituto Nacional de Salud Mental, 2019).

Se desconocen las causas exactas de la depresión posparto, pero se considera que hay diferentes vulnerabilidades que la pueden precipitar, dentro de los factores de riesgo de la depresión posparto tenemos: historia de enfermedad previa; es uno de los factores que ha demostrado mayor riesgo para desarrollar esta enfermedad ya que se puede dar desde el embarazo, durante este periodo se producen cambios hormonales que influyen en la aparición de síntomas depresivos, además de diversos factores que se presentan en esta etapa perinatal como un embarazo no deseado, falta de apoyo familiar, crisis económicas, entre otras siendo el embarazo un factor de riesgo, ya que la depresión posparto puede ser diagnosticar desde esta etapa. (Portal Clinic, 2017)

En la etapa del puerperio ocurren cambios emocionales que predisponen a sufrir trastornos depresivos, de modo que el apoyo social es clave para evitar la aparición de cuadros depresivos y su prevalencia. Se ha comprobado que la participación de la familia es fundamental durante la aparición de los primeros síntomas de esta afección psicológica en las puérperas pueden disminuir su progresión a un cuadro más severo, por lo tanto, se dice que existe un vínculo entre la funcionalidad familiar y la depresión posparto. (Chacón & Cortes, 2015).

El nacimiento de un hijo es un evento importante y complejo, el cual se encuentra asociado a una multitud de cambios en la vida de la mujer tanto positivos como negativos, afectando a nivel físico, bioquímico y psicológico, manifestándose de distintas formas en la puérpera debido a que la madre debe adquirir nuevas habilidades y responsabilidades adaptándose a su nuevo rol en la sociedad, lo cual puede acabar por producirle altos niveles de estrés y auto exigencia. (García C, 2017)

A esto se asocia la aparición de distintos factores predisponentes en la mujer, que hacen del puerperio un periodo de gran vulnerabilidad para desarrollo de trastornos del estado de ánimo que generalmente se manifiestan entre las dos a cuatro primeras semanas después del

parto y se caracteriza por la predisposición al llanto, sentimientos de culpa, irritabilidad, insomnio, por un rechazo hacia el recién nacido y en los casos graves, por la presencia de ideas suicidas. (Tamires, 2017)

Entre los factores de riesgo sociales para el desarrollo de la depresión posparto se encuentran el bajo nivel socioeconómico, nivel de instrucción, estado civil, violencia intrafamiliar, problemas conyugales, eventos traumáticos, estrés y hábitos tóxicos, además los factores psicológicos incluyen antecedentes personales de depresión u otras enfermedades psiquiátricas. (Bustos & Jiménez, 2018)

En base a lo mencionado anteriormente, el presente trabajo de investigación plantea este tema de suma importancia para el área de la salud, el cual se encuentra enfocado a determinar el riesgo de depresión posparto y su relación con la funcionalidad familiar en gestantes que acuden al centro de Salud Venus de Valdivia, el mismo que se encuentra ubicado en la Provincia de Santa Elena, cantón La Libertad. Dentro de la cual se logró evidenciar y comprobar la estrecha relación que existe entre estas dos variables, y cómo su detección oportuna ayuda a reducir el riesgo de padecer depresión posparto.

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del problema

1.1 Descripción del problema

La depresión posparto es un trastorno depresivo posterior al parto y puede prolongarse todo el puerperio como inclusive permanecer después de éste. Esta alteración psicológica se ha convertido en una grave afección para la salud mental en la mujer, mayormente en madres adolescentes en el cual existe una mayor probabilidad deserción escolar, abandono hacia el niño y aumento del riesgo de un segundo embarazo. (Garcia & Valdés, 2017)

A nivel mundial la incidencia de depresión posparto fluctúa entre 10% y el 20%, encontrando cifras elevadas en madres adolescentes con niveles socioeconómicos limitados o bajos con cifras de 26% al 38.2%. También se observó que una madre adolescente que padece de este trastorno interfiere con el bienestar familiar aumentando la probabilidad de que la pareja sufra de algún grado de depresión. (Mendoza & Saldivia, 2015)

Según la (Organización Panamericana de Salud, 2018), La depresión posparto es una afección psicológica severa que aparece dentro de los 4 primeros meses tras el alumbramiento del bebé que afecta aproximadamente al 56% de las puérperas latinas que residen en Estados Unidos y México. Este trastorno mental se ve asociado al filicidio y el suicidio colocándose entre las primeras causas de muerte materna en el período perinatal.

En América del Sur estudios epidemiológicos indican, que cerca del 8% al 25% de las mujeres en el periodo perinatal presentan algún grado de trastorno depresivo. En los países en vías de desarrollo se han encontrado niveles de prevalencia alta en Colombia con el 66%, y entre los años 2004 al 2014 se registró el 4,8% de muertes por suicidio, donde las edades de las víctimas fluctuaban entre los 20 a 29 años de edad. (Rincón & Ramírez, 2014)

En la ciudad de Cuenca-Ecuador en el año 2017 se evidenció la problemática que genera esta afección psicológica, donde cerca del 49,8% de madres atendidas fueron diagnosticadas con algún grado de depresión posparto en el Hospital Vicente Corral Moscoso, debido a que no existen datos específicos a nivel nacional se desconoce cómo estaría afectando este trastorno en todo el país, lo que genera un gran problema para el sistema de salud. (Borrero & Castro, 2017)

En la provincia de Santa Elena, el Centro de Salud Venus de Valdivia cuenta con las áreas de ginecología y psicología, las cuales brindan su asistencia en la detección y tratamiento oportuno de depresión posparto, atendiendo diariamente a más de 80 gestantes dentro de las áreas mencionadas. Un gran porcentaje de las puérperas son adolescentes que no están preparadas de manera física, ni psicológica para criar un nuevo ser, además la disfunción familiar que la gran mayoría de ellas posee conlleva a que sufran cuadros de depresión posparto.

1.2 Formulación del problema

¿Existe riesgo de depresión posparto vinculado a la funcionalidad familiar en gestantes Centro de Salud Materno Infantil Venus de Valdivia La Libertad, 2020?

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Determinar el riesgo de depresión posparto y su relación con la funcionalidad familiar en gestantes que acuden al Centro de Salud Materno Infantil Venus de Valdivia.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio que acude al Centro de Salud Venus de Valdivia.
- Identificar el tipo de funcionalidad familiar de las gestantes mediante la aplicación del test de APGAR Familiar.
- Evaluar el riesgo de depresión posparto a través de la Escala de Depresión Postnatal Edimburgo en las gestantes.
- Establecer la relación entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar en la población objeto de estudio.

3. Justificación

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad analizar la relación entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar en gestantes, debido a que los cambios psicológicos que se presentan durante el puerperio no solo afectan a la madre sino también al entorno familiar, puesto que durante esta etapa la mujer sufre cambios hormonales y se encuentra en un proceso de adaptación de asumir una nueva responsabilidad.

La depresión posparto es considerada una afección psicológica grave a nivel mundial, en nuestro país se evidencia una gran problemática con respecto a esta enfermedad psicológica, en vista que es provocada por un gran número de factores sociales, motivo por el cual el estudio es de gran relevancia porque se busca comprender los riesgos involucrados a la patología y de esta forma comprenderla mejor. (Borda, 2016)

Debido a que esta enfermedad psicológica afecta a dos grupos de la población vulnerables, tales como la madre y el niño, por lo cual se realiza este estudio para conocer el riesgo de depresión posparto en gestantes que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Venus de Valdivia y su relación con la funcionalidad familiar y otros factores: edad, nivel socioeconómico, primiparidad, planificación familiar, nivel de instrucción, funcionalidad familiar y antecedentes de trastornos psicológicos. (Dois, A., Uribe, C., Villaroel, L., & Contreras, A., 2012)

La depresión posparto se ve vincula al estrés materno que a su vez es causado por la disfunción familiar, además se constituye como uno de los trastornos depresivos con mayor prevalencia en el Ecuador en los servicios de ginecología y obstetricia, siendo un tema de relevancia para el Ministerio de Salud Pública, de modo que no existen investigaciones a nivel nacional en las cuales se determine el riesgo de depresión posparto y la relación entre la función familiar por ende no se conoce su severidad ni trascendencia en el país. (Aumala & Vergara, 2017)

Actualmente en la provincia de Santa Elena no existen cifras actualizadas que revelen datos epidemiológicos sobre depresión posparto, ni estudios sobre el comportamiento de este trastorno durante la etapa del puerperio, debido a que los síntomas son similares a los de la depresión, pero se diferencian en la falta de interés hacia el niño, incapacidad de cuidarlo, experimentar sentimientos negativos y en casos más graves incluso poder hacerle daño o abandonarlo.

En el cantón La Libertad se encuentra ubicado el Centro Materno Infantil de Salud Venus de Valdivia que atiende el programa de salud sexual y reproductiva, entre ellos ofrece atención a mujeres en edad fértil de toda la provincia, en su mayoría adolescentes, que indicaron que sus embarazos no fueron planificados y presentaron algún cuadro de depresión durante la gestación, motivo por el cual se elabora esta investigación para llevar un control de las gestantes que se evidenciaron como grupo de riesgo, además los datos obtenidos serán de gran ayuda para la detección e intervención de la depresión posparto de forma precoz para una atención oportuna por parte del personal de salud.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1 Marco referencial

En la investigación “Detección in situ de la depresión post parto y la alteración del vínculo materno-filial” elaborado por (Lasheras, G., Farré, B., & Serra, B., 2014), realizaron un estudio en el cual implementaron un sistema de detección de depresión posparto (DPP) el cual determinó la incidencia de esta y las alteraciones que se presentaba el vínculo madre e hijo en la cuarentena, en todas las mujeres con seguimiento puerperal en el Hospital Universitario Quirón Dexeus de la ciudad de Madrid. Este estudio analizó como influían las variables reproductivas, obstétricas y psicopatológicas sobre esta patología, el cual tuvieron una muestra de 271 mujeres en la cuarentena, mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y el Cuestionario de creencias de personalidad (PBQ) tuvieron como resultados que la incidencia de DPP fue del 9,2 % y del 5% para las alteraciones del vínculo.

(Urdaneta & Rivera , 2011) en su investigación “Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas valoradas por medio de la escala de Edimburgo”, realizaron una investigación descriptiva con diseño no experimental, con una muestra de 100 puérperas que fueron evaluadas mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPS), para determinar los factores de riesgos en puérperas atendidas en la Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza del Hospital Universitario de Maracaibo Venezuela, De las características estudiadas las puérperas que tenían un nivel de estudios primario o inferior estaban asociadas significativamente con el desarrollo de DPP donde el 91% de puérperas presentaron test positivo con una prevalencia del 22% confirmada por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV).

(Dois, A., Uribe, C., Villaroel, L., & Contreras, A., 2012), presentó una investigación denominada “Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público”, cuyo objetivo fue analizar los factores asociados a la incidencia de síntomas depresivos en mujeres con riesgo obstétrico bajo, su muestra estaba compuesta de 105 puérperas las cuales fueron evaluadas con la EDPS, dando como resultado la prevalencia de resultados positivos en un 37%, cuyo análisis demostró que la percepción del funcionamiento familiar fue la causante de que las mujeres con bajo riesgo obstétrico presenten síntomas depresivos.

(Santacruz, M., & Serrano, F, 2015), realizaron un estudio cuantitativo de tipo analítico y transversal llamado “Depresión posparto prevalencia y factores de riesgo” cuyo universo fue 248 puérperas, el cual ayudo a determinar la prevalencia y los factores de riesgo de la depresión posparto en las madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. obtuvieron como resultado una prevalencia de depresión posparto de 34,3%, llevando así a la conclusión de que las mujeres con prevalencia de padecer esta enfermedad son las adolescentes, que no tienen apoyo familiar durante el embarazo y puerperio.

En la investigación factores biopsicosociales asociados a depresión posparto diagnosticada a través del test de Edimburgo, realizada en la ciudad de Quito, en el Hospital Carlos Andrade Marín en mujeres puérperas del servicio de gineco – obstetricia, se estudiaron diversas variables, tales como los datos de filiación de la usuaria, antecedentes patológicos, estado de ánimo durante los controles pre y post natales, complicaciones durante el embarazo. Como resultado 36 pacientes fueron casos y 102 controles. Encontrándose una asociación entre la edad y la mala relación familiar y de pareja. (Salazar, 2015)

En la provincia de Santa Elena se realizó un estudio de “Intervenciones de enfermería dirigidas a la prevención y rehabilitación de la depresión posparto”, la cual menciona la importancia de la aplicación de la teoría de autocuidado de Dorothea Orem en personas con depresión posparto, ya que estos pacientes son incapaces de cuidarse por su propia cuenta, lo que los lleva a que necesiten el cuidado del personal de enfermería o familiares para llevar a cabo las actividades diarias. (Aquino, 2017)

2.2 Marco teórico

El puerperio

El período de posparto, también llamado puerperio, dura desde el alumbramiento que es la expulsión de la placenta hasta 6 a 12 semanas después del parto. La mayoría de los cambios fisiológicos en el embarazo regresan a su estado previo a la gestación en 6 semanas. Sin embargo, muchos de los cambios cardiovasculares y psicológicos pueden persistir durante muchos meses más, y algunos como los cambios en la musculatura pélvica y remodelación cardíaca durarán varios años.

Inmediatamente después de la expulsión de la placenta, el útero empieza a involucionar. La retracción del miometrio es una característica única del músculo uterino que le permite mantener su longitud acortada. La contracción de los haces musculares del entrelazado

miometrial contrae los vasos e impide el flujo de sangre, que es el principal mecanismo de prevención de la hemorragia. Además, los grandes vasos en el sitio placentario se trombosan, que es un mecanismo hemostático secundario para la prevención de la pérdida de sangre en este sitio. (Moreno & Rincón, 2015)

Riesgo

El riesgo de una actividad puede tener dos componentes: la posibilidad o probabilidad de que un resultado negativo ocurra y el tamaño de ese resultado. Por lo tanto, mientras mayor sea la probabilidad y la pérdida potencial, mayor será el riesgo.

Existen diversos tipos de riesgos, algunos de ellos son:

- Riesgos físicos
- Riesgos biológicos
- Riesgos químicos
- Riesgos ergonómicos
- Riesgos psicosociales. (Chávez, 2018)

Riesgos psicosociales

Denominamos riesgos psicosociales a aquellos factores de riesgo para la salud que se originan entre el ser humano y su entorno, que pueden generar respuestas de tipo fisiológico, emocional (ansiedad, depresión, apatía), cognitivo (restricción de la habilidad para la concentración o la toma de decisiones) y conductual (abuso de sustancias, violencia) siendo precursoras de enfermedad en ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración. (Muñoz, 2018)

Depresión

La depresión es una alteración del estado del ánimo caracterizado por una sensación de tristeza exagerada, anhedonia, abatimiento prolongado, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar, que, dependiendo de la intensidad de la sintomatología, puede impedir el cumplimiento de las actividades cotidianas. Además, se presentan alteraciones de las esferas cognitiva somática y volitivo como alteraciones del apetito, sueño, impulsos, pensamientos, deterioro de la apariencia y aspecto personal. (Pérez, Cervantes, & Hijuelos, 2017)

Trastorno depresivo mayor de inicio después del parto

En el embarazo y el puerperio las mujeres atraviesan por cambios tanto biológicos, como psicológicos y sociales que hacen que esta sea más susceptible a la aparición de trastornos del estado del ánimo. Tres son las entidades clínicas asociadas con el parto. Cuando el cuadro depresivo se prolonga, es muy intenso o aparece un cuadro depresivo después del mes del posparto se debería considerar la presencia de depresión posparto. (Moldenhauer, 2018)

La tristeza posparto se presenta entre el 50 y 80% de las madres quienes manifiestan síntomas de ansiedad, irritabilidad, llanto fácil, y labilidad emocional, que desaparece en dos semanas luego del parto y no requiere tratamiento. Se lo considera normal y se relaciona con el desequilibrio hormonal de estrógenos y progesterona tras la salida de la placenta, incremento de responsabilidades, alteración del ritmo de sueño, alteración de la rutina, impacto del parto. (González, 2019)

La psicosis puerperal por su parte representa el más severo e inusual cuadro de los trastornos del estado del ánimo en el posparto. Se caracteriza por: aparición antes de las dos semanas, depresión grave y delirios. Se presenta en uno o dos partos de cada 1000 afectando principalmente a las primíparas. Debido a los síntomas psicóticos, las madres tienen riesgo de dañar a sus hijos debido a cuidados maternos negligentes, incompetencia al realizarlo o alucinaciones que llevan a hacer daño al niño. (Bergink, 2019)

Depresión posparto

La depresión posparto es el trastorno del estado de ánimo, aparece a las 4 semanas del parto, pudiendo llegar hasta el año se manifiesta por tristeza extrema, afecta a las mujeres gestantes y puérperas, reduciendo su capacidad de cuidarse a sí mismas y a otras personas. En la actual clasificación del DSMV lo define como trastorno depresivo mayor de inicio en el peri parto, debido a que se ha demostrado que aproximadamente en el 50% de casos la depresión comienza realmente antes del parto. (Peralta, 2018)

Etiología de la depresión post parto

La depresión posparto es una enfermedad que aún no se ha determinado cuál es su causa, y está asociada a diversos factores tanto fisiológicos como sociales que se dan en el puerperio, los más comunes son los cambios físicos y de relación social, reducción de tiempo, variación

en el sueño, mayor carga de responsabilidades, y por último el más común en todas las gestantes y puérperas: temor de la maternidad. Además de estos cambios los autores (Romero, D., Orozco, L., & Gracia, B., 2017) también puntúan los siguientes:

- Esteroides placentarios: Las hormonas estrógeno y progesterona sufren variaciones en su concentración, esto se evidencia con cambios de la conducta, por ende, tiene repercusiones psicológicas. Uno de sus determinantes es que después de dar a luz los niveles de estrógeno y progesterona bajan tras la expulsión de la placenta.
- Alteraciones Autoinmunes: Debido a que la madre entra en contacto con múltiples antígenos fetales durante el parto y por la reacción similar de otras patologías, varios científicos han planteado al desarrollo de anticuerpos como posible causa de DPP.
- Alteraciones del Ritmo Circadiano: Las puérperas sufren alteraciones del sueño debido a la llegada de un nuevo hijo. El cambio de horario, puede desencadenar depresión. La glándula pineal produce una hormona durante el sueño llamada melatonina, su producción es inhibida si hay actividad o exposición a la luz, razón por la cual se realizó un estudio para bloquear la exposición a la luz y evitar que cese la liberación de melatonina durante la noche encontrándose importantes resultados que favorecen la hipótesis
- Factores Psicológicos: La incidencia de depresión posparto está asociada a varios trastornos mentales, como el trastorno depresivo mayor en mujeres y gestantes, ansiedad, stress en la etapa perinatal, apoyo familiar escaso, embarazo adolescente, problemas intrafamiliares, falta de recursos económicos.

Factores de riesgo de depresión post parto

Factores biológicos

Cuando la mujer pasa por la etapa de gestación, en su cuerpo se producen diversos cambios entre ellos existen cambios hormonales para el correcto desarrollo fetal, pero al momento del parto las hormonas estrógeno y progesterona sufren de un decrecimiento abrupto, lo cual es un factor predisponente para que las puérperas sufran depresión posparto, otro de los factores es el síndrome premenstrual en mujeres en edad fértil ya que en la menstruación se presentan síntomas físicos y psicológicos, como irritabilidad, cambios bruscos de humor, ansiedad, tensión muscular, cansancio, fatiga, entre otros. (Gonzalez, A., Casado, P., & Santos, R., 2019)

Factores genéticos

El riesgo de desarrollar depresión posparto está relacionado con los antecedentes familiares de enfermedades mentales, en un estudio se observó la relación del estado de ánimo en la gestación con el gen C677T de la metilentetrahidrofolato reductasa. (Nanzer, 2015)

Factores personales

Las mujeres que presentaron antecedentes patológicos personales de depresión alguna vez en su vida tienen un riesgo del 25 al 40% de padecer esta enfermedad en la gestación y/o puerperio, además el índice de riesgo es mayor en mujeres que mantienen patologías psiquiátricas ya que puede existir el abandono del tratamiento farmacológico por temor a efectos adversos en el feto. (Barbosa & Angelo, 2016)

Factores sociodemográficos

La tolerancia del embarazo y posparto podría estar influenciada con la paridad de la mujer, dado que las madres primíparas por ser su primer embarazo presentan niveles más altos de ansiedad durante la gestación y puerperio, en cuanto las multíparas presentan más riesgo con respecto a las que no presentaban una mayor puntuación en la EPDS. (Caparros, Romero, & Peralta, 2018)

Cuadro clínico

La sintomatología de la depresión en el posparto es similar a la sintomatología de la depresión en cualquier otro periodo de la vida, pero en la depresión posparto es más marcada la tendencia al llanto y la labilidad emocional. Las ideas de culpa se refieren a la situación de maternidad con sentimientos de ser insuficiente e incapaz, la mujer está irritable y ha perdido el deseo sexual. Pueden aparecer ideas obsesivas y en los casos más graves, rechazo al hijo(a). (Villegas, Paniagua, & Vargas, 2019)

Criterios Diagnósticos

Los criterios para depresión según el sistema de clasificación diagnóstica CIE 10:

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.

- Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

Síndrome Somático

Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos, aquí denominados “somáticos” tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se usan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).

Según la (Secretaría de Salud Pública de Chile, 2015), puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

- Pérdida de interés o capacidad para disfrutar actividades que normalmente eran placenteras.
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.
- Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas)
- Pérdida marcada de apetito
- Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes)
- Notable disminución de la libido.

Según (Coryell William, 2018), los cambios asociados al trastorno depresivo, pueden ser más fácilmente identificables en los ámbitos en los cuales las personas se desenvuelven regularmente. De esta forma, los cambios en los contextos familiares, educativos o laborales, persistentes por más de dos semanas casi todos los días, puede ser manifestaciones de un cuadro depresivo, como, por ejemplo:

- Falta de interés en las actividades que normalmente resultan agradables
- Desgano o sensación de agotamiento constantes
- Alteraciones fisiológicas sostenidas, como insomnio-hipersomnia o falta-aumento del apetito.

- Disminución de la capacidad para concentrarse o disminución del rendimiento escolar o laboral
- Irritabilidad o labilidad emocional
- Quejas somáticas constantes
- Aumento en el consumo de sustancias
- Expresión de ideas de desesperanza o culpa

Diagnóstico

La depresión posparto es una enfermedad infradiagnosticada, lo cual hace posible que tenga una mayor incidencia y que mucha de las mujeres que la padecen no sean diagnosticadas ni lleven un tratamiento oportuno, ya que el puerperio atraviesa cambios psicológicos que hacen que su diagnóstico se dificulte aún más, generando así cuadros depresivos durante esta etapa. Para ello se plantean puntos importantes para el diagnóstico oportuno como: la relación que existe entre el médico y el paciente, revisión de historia clínica, exámenes físicos y psicológicos y educación a las pacientes. (Mendoza & Saldivia , 2015)

La mejor herramienta utilizada para el diagnóstico de DPP es la escala de Edimburgo la cual fue validada en dos estudios por Álvaro en el año 1992, posteriormente Araya y Jara en el año 1995 sugieren como umbral para ser utilizado en investigaciones que tenga un puntaje de corte de 9/10 dado que se enfoca en dos factores que son la ansiedad y tristeza. (Farías Reszczyński & María Eugenia, 2007)

Los trastornos depresivos tienen un amplio impacto negativo ya que no solo afecta a la familia sino también a la madre y al recién nacido, que está bajo sus cuidados ocasionando un deterioro en la calidad de vida, la gestante que ha tenido episodios depresivos en gestas anteriores es más propensa a generar estos episodios en el futuro, así como en el puerperio y en otras etapas de su vida.

Tamizaje de la depresión posparto

Con el objetivo de minimizar el tiempo de atención en una consulta para evaluación de esta enfermedad, se empezaron a desarrollar herramientas que permitieran la identificación paciente con riesgo de manera más precisa y en un tiempo más corto, optimizando la atención para más púerperas en la atención primaria y permitiendo la identificación de aquellas madres que requieran una atención más especializada. (Gutierrez, Gallardo, & Labad, 2018)

Entre esos métodos se han desarrollado algunas escalas o instrumentos de tamizaje, entre ellas la escala de Edimburgo, la misma que se creó como un test de tamizaje para la detección temprana de la depresión posparto en la atención primaria de salud.

Escala de Edimburgo

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo es una herramienta para el tamizaje de síntomas depresivos en gestantes y puérperas. Está compuesta por 10 preguntas, cuyo puntaje va de 0 a 3 de acuerdo a la severidad de los síntomas, debe ser aplicada a las gestantes en la segunda consulta prenatal para evaluar el riesgo de depresión y en la octava semana de puerperio ya que en esta etapa hay una máxima incidencia de depresión puerperal. (Castañón, C & Pinto, J, 2008)

Sus preguntas tienen 2 factores a evaluar: tristeza y ansiedad; tiene una sensibilidad del 100% y 80 % de especificidad. Es una escala validada a nivel mundial cuyos resultados permiten su uso como instrumento de tamizaje. (Anexo 4)

Instrucciones de uso

- Se debe realizar a partir del segundo control gestacional.
- Se aplica a puérperas en la 6^a-8^a semana.
- Medir la intensidad de síntomas depresivos en los 7 días previos del parto.
- El puntaje es en orden inverso para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10.
- La pregunta número 10 es de especial cuidado y se necesita de evaluación inmediata si la respuesta es cualquier número que no sea "0".

Interpretación

- EPDS 10: sin riesgo de DPP
- EPDS 10-12: límite riesgo depresión
- EPDS mayor o igual a 13: probable depresión, mostrando una sensibilidad del 85% y especificidad del 77%

Tratamiento de la depresión posparto

El tratamiento para la depresión posparto ha ido evolucionando de manera considerable, se han explorado alternativas farmacológicas y no farmacológicas, ambas basadas en un

diagnóstico precoz de la depresión puerperal. El tiempo del tratamiento y recuperación varía de la gravedad de la depresión.

Según (Pruthi Sandhya, 2019), la depresión posparto se trata con psicoterapia (también llamada terapia de conversación o apoyo psicológico), medicamentos, o ambos.

- **Psicoterapia.** Consiste en hablar sobre las preocupaciones con un psiquiatra, un psicólogo u otro profesional de salud mental. A través de la terapia, puedes encontrar mejores formas de afrontar tus sentimientos, resolver problemas, plantear objetivos realistas y responder a situaciones de manera positiva. A veces, la terapia familiar o de pareja también puede ayudar.
- **Antidepresivos.** El médico prescribirá un antidepresivo. Sin embargo, la mayoría de los antidepresivos se pueden tomar durante la lactancia con poco riesgo de producir efectos secundarios para el bebé.

En lo referente al tratamiento farmacológico de la depresión posparto en la literatura se especifica que no hay una respuesta definitiva en cuanto a la seguridad de la administración de psicofármacos durante el embarazo y la lactancia, por ello es preciso y trascendental evaluar los riesgos y beneficios de utilizarlos en la enfermedad psiquiátrica materna.

Riesgos de no tratar la depresión posparto

Respecto a la relación madre-hijo, algunos autores reportaron que los hijos de madres adolescentes con depresión presentaban morbilidad entre los 3 y 6 meses de edad, así como bajo peso y talla, asociado con la interacción de la alimentación y síntomas depresivos. (Rodríguez, 2019)

Una investigación por (Jadresic, 2016), mencionó que uno de los riesgos de no tratar la depresión posparto durante la gestación es el abandono de las consultas prenatales y tratamiento gestacional, abuso de sustancias ilícitas, lo cual puede afectar en el desarrollo del feto. Por otra parte, los riesgos de no llevar tratamiento de depresión en el puerperio influyen negativamente en la relación madre – hijo no solo a nivel emocional sino también a nivel conductual y cognitivo.

En otro estudio, se describe que la depresión puerperal no solo afecta la relación madre e hijo sino también puede afectar la percepción de ella hacia su recién nacido, también existe

una asociación entre la violencia en los hijos con las madres que padecen depresión posparto. (Quesada & Romero, 2016)

Funcionalidad Familiar

La funcionalidad familiar es un factor importante en la conservación de la salud o aparición de enfermedades entre los miembros de la familia, así como cumple un rol importante en las mujeres gestantes y puérperas debido a la integración de un miembro nuevo dentro del entorno familiar. (Rangel & Valerio, 2016)

Los instrumentos de atención integral a la familia ofrecen una apreciación gráfica y esquemática de la familia y sus relaciones, permite desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico, son un elemento importante de diagnóstico para el médico familiar. Permite identificar en qué medida la familia cumple con sus funciones básicas, y cuales el rol que puede estar jugando la funcionalidad familiar en el proceso salud-enfermedad, por lo que representan elementos indispensables en la práctica ambulatoria del primer nivel y en la atención primaria de salud en general. (Suárez, 2015)

La Familia

La familia es la fuente principal de creencias y hábitos relacionados con la salud un conjunto organizado e interdependiente de individuos que juntos forman un todo. Se menciona que las ciencias exactas han sido progresivamente analíticas; es decir que cuando algo no podía ser explicado de manera adecuada, se diseccionaba en partes más pequeñas. Surge entonces la teoría analítica y con ella la teoría general de los sistemas.

La familia es una realidad compleja, tanto por el número de miembros que la integran y la riqueza de las relaciones que establecen. La familia en continua transformación es el producto de la autonomía y de la individualización de las parejas de querer sentirse realizado dentro de un proceso de construcción personal. Por sistema se entiende aquel conjunto de unidades interrelacionadas entre sí, cada una de ellas comparten reglas y funciones mediante roles. Son dinámicas en constante interacción con todos los integrantes y en intercambio permanente con el medio que los rodea.

Cada familia está integrada por varios seres humanos con intereses y problemas de índole personal, familiar y social. La familia como sistema debe tener propiedades que le permitan su

crecimiento y autorregulación, entre ellas cita a los límites que son los pilares fundamentales de la convivencia social, aquellos que le permiten al individuo tener identidad y pertenencia. (Mendoza, Soler, & Sainz, 2016)

Límites

Tienen que ser permeables para garantizar el contacto de la familia con la sociedad y su consecuente influencia, a veces nutridora y a veces enfermiza.

Totalidad

Es otra de las propiedades de los sistemas familiares, en ella la armonización de los integrantes de la familia es importante, puesto que si existe un evento sea este positivo o negativo va incidir en la misma y cada uno de los integrantes.

Equifinalidad

Consiste en luchar por conseguir los objetivos universales de la familia que son afecto, procreación, protección y socialización. La familia debe esforzarse por conseguir dichos objetivos a pesar de las adversidades que pueda presentar en el camino.

Homeostasis

Corresponde al equilibrio resolutivo cuya propiedad estabiliza a los miembros de la familia frente a crisis y cambios sociales sin perder la equifinalidad del sistema familiar. Debe tener retroalimentación que corresponde a la comunicación permanente la misma que debe contar con los cinco axiomas de la comunicación para que sea clara. (Ochoa & Cordero, 2016)

Calibración o adaptación

Se basa en permitir a la familia adaptarse a ciertos cambios, sean crisis normativas o no normativas, pero puede pasar que uno de los miembros cargue con todo el problema y no se cumpla la propiedad adaptativa de manera correcta y conlleve a una disfuncionalidad familiar. Ya se había manifestado sobre la tendencia al desorden que se la conoce como entropía y que se la puede suprimir con reglas, algunas sobreentendidas que permitan llevar una relación armoniosa con todo el sistema familiar.

Al hacer esta pequeña revisión de las propiedades de los sistemas de las familias se puede entender que importante es rol como Médicos de Familia en atención primaria y la

responsabilidad que se tiene como personal de salud en velar por los cumplimientos que debe tener una familia para mantener una funcionalidad adecuada.

La familia desde el punto de vista médico se la estudia en el contexto estructural; mediante el familiograma en donde se conocen a los integrantes de la familia, las interacciones entre los miembros mediante símbolos, identificación de las etapas de su ciclo vital, las patologías que pueden ser de origen hereditario, y/o genético y su contexto funcional el cual radica en la organización de los individuos que conforman la familia, los roles que desempeña cada uno con un enfoque de sistema familiar que se ve interconectado con sus integrantes.

Por lo cual si hay componentes que afectan a uno de los individuos de dicho sistema familiar se observará la respuesta del grupo familiar para afrontar este evento. Un rol se define en función de la posición de un miembro dentro del sistema y se construye en función de los roles de las otras personas. (Rojas & Claros, 2017)

El rol de esposos

Se forma en el momento en que basados en sentimientos de amor hombre y mujer deciden juntarse para formar una pareja. Este proceso conlleva a la pareja asumir como “nuestro” cada uno de los logros adquiridos, fomentar el compañerismo para complementarse es decir que cada esposo cede de su individualidad para construir el mundo lo nuestro.

El rol parental

Se forma cuando la pareja debuta como padres cuya calidad será la protección y guía de los hijos, dependiendo de la edad que ellos presenten ya que con hijos adolescentes las reglas que existen en el hogar van a tener que ser negociables y los padres deben compartir de manera flexible la jerarquía más alta. (Losada, 2015)

El rol de hermanos

Se manifiesta con la aceptación del hermano menor, con el cual se juega, se comparte, se negocia y se aprenden las primeras reglas para llevar una armonía entre pares, además del cuidado y protección de los padres ellos deben evitar que sus hijos asuman tareas que corresponden a los padres.

La familia es, para la mayoría de las personas, el primer contexto del desarrollo, un contexto en que los individuos modelan su construcción como persona en el que se establecen

las primeras relaciones con otros y en el que desarrollan una imagen en sí mismos y del mundo que les rodea. La evaluación de la familia requiere de un enfoque multidisciplinario y de la realización de mayor número de investigaciones para poder determinar qué factores son los que se pueden prevenir y trabajar para mantener la funcionalidad familiar. (Bermudez, 2016)

APGAR Familiar

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. Posteriormente la enfermera obtiene información sobre la satisfacción familiar con cada uno de los componentes funcionales de la dinámica familiar. (Louro, 2015)

Componentes del APGAR Familiar

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia.

- **Adaptación:** capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- **Participación o cooperación:** implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- **Gradiente de recursos:** desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- **Afectividad:** relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.
- **Recursos o capacidad resolutiva:** compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Aplicación del APGAR Familiar

El APGAR Familiar se aplica como rutina en la segunda cita de todos los pacientes, para así poder tener una perspectiva del usuario y poder brindar servicios de salud específicos.

También puede ser utilizado en los siguientes casos:

- Pacientes que presenten cuadros de ansiedad o depresión

- En pacientes crónicos.
- Visitas domiciliarias.
- Cuando el cuidado de un paciente necesita la participación familiar.
- A los integrantes de familias problemáticas o que atraviesa una crisis familiar.
- Pacientes con enfermedades crónicas que no tienen una respuesta adecuada al tratamiento.
- En los casos en que existan eventos problemáticos tamizados con otro instrumento de atención familiar.

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda las preguntas planteadas de forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X (Anexo 2). Cada una de la respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

- 0: Nunca
- 1: Casi nunca
- 2: Algunas veces
- 3: Casi siempre
- 4: Siempre

Interpretación del APGAR Familiar según (Suárez, 2015) :

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

Fundamentación de enfermería

Teoría de la depresión posparto - Cheryl Beck

La teoría de Cheryl Beck está basada en la teoría de Jean Watson, que menciona lo siguiente: “los cuidados son la esencia de la enfermería”, la cual le ayudo a describir la teoría de la depresión posparto y se basa en los 4 metaparadigmas de enfermería, los cuales (Maeve, 2018) describe los siguientes:

- Persona: La persona tiene contextos de familia y comunidad, y por ende se la describe como un todo, conformada por sus esferas tanto biológicas, sociológicas y psicológicas.
- Cuidado y enfermería: Cheryl Tatano Beck, describe la enfermería como una profesión de cuidados integrales hacia las personas. Además, explica que para alcanzar los objetivos de salud es importante la relación que existe entre los pacientes y el enfermero/a.
- Salud: Beck nos dice que hay que entender los contextos de la salud para poder entender la salud como tal, para ello incluye las definiciones tradicionales de salud tanto mental como física.
- Entorno: Ella describe que el entorno tiene varios elementos como los acontecimientos, cultura, aspectos físicos, ecosistemas y sistemas sociopolíticos; además dice que la mujer de periodo fértil, recibe cuidados en su sistema de salud fundamentados en el criterio médico y con una ideología patriarcal.

Teoría de las relaciones interpersonales- Hildegard Peplau

Hildegard Peplau brinda un modelo que es aplicable no solo en el paciente con alteración mental sino también en el quehacer diario de la profesión, donde se pueden desarrollar diferentes estrategias que permiten acompañar al paciente en su proceso y así mismo mitigar recaídas, depresión y ansiedad que pueden generar algunos factores externos al paciente de ahí es importante que esta interacción sea constante.

Es importante que la relación enfermera-paciente trascienda es decir que a partir de la aplicación de un modelo propio de enfermería relacione el entorno con el paciente por ejemplo se encontró un artículo donde a través de la aplicación del modelo de Hildegard Peplau se llevó a cabo la terapia de resolución de problemas en pacientes con depresión y ansiedad, donde desde la orientación hasta la resolución se logró una respuesta positiva a la solución de las dificultades que presentaban los pacientes con alteración mental.

(Madrona Isabel, 2017) menciona que el profesional de enfermería tiene un papel fundamental en la disminución de factores que afectan la salud mental como la ansiedad, depresión, con herramientas basadas en la relación-enfermera paciente donde a través de las etapas de este modelo, donde es importante resaltar que esta relación no solo debe ir centrada en el paciente sino también en su familia ya que muchas veces los cuidadores se dejan de un

lado y ahí es donde puede generarse una afectación de la salud mental donde aparecer un cansancio del rol.

Se evidencia que la participación de la enfermera en la prevención del riesgo de depresión posparto es de gran ayuda, debido a que brinda una atención directa a través de cuidados holísticos, los cuales permiten detectar oportunamente el riesgo de padecer esta enfermedad, ya que se valoran las dimensiones tanto biológica, socio antropológica, espiritual y psicológica, contemplando al individuo como un ser individual e independiente. Dentro de los cuidados de enfermería tenemos los siguientes: Brindar apoyo emocional en la etapa peri y posnatal, educar a las gestantes sobre la acerca de la depresión posparto, así como la sintomatología y tratamiento a seguir, enseñar técnicas de relajación, informar a la gestante importancia de asistir a las secciones de educación prenatal y realizar los ejercicios psicoprofilácticos, para prevenir el estrés que genera el proceso del parto, ya que puede desencadenar alteraciones psicológicas como la depresión posparto, comunicar los diversos riesgos antes del parto y realizar seguimiento a las gestantes.

Dentro de los diagnósticos de enfermería relacionados con la depresión posparto podemos evidenciar los siguientes:

- (00126) Conocimientos deficientes: depresión posparto R/C deficiencia de información relacionada con la patología M/P verbalización del problema.
- (00214) Discomfort R/C falta de control de la situación M/P ansiedad, inquietud y temor.
- (00146) Ansiedad R/C amenaza en rol, estado de salud, patrones de interacción, funciones del rol, entorno M/P expresión de preocupaciones debidas a cambios en los acontecimientos vitales, nerviosismo, temor.
- (00125) Impotencia R/C interacciones interpersonales no satisfactorias M/P expresa dudas sobre el desempeño del rol.
- (00148) Temor R/C separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante (por ejemplo: hospitalización, procedimientos hospitalarios) M/P expresa sentirse asustado, aumento de la alerta.
- (00058) Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño R/C ansiedad asociada al rol parenteral.
- (00055) Desempeño inefectivo del rol R/C baja autoestima M/P ansiedad y cambio en los patrones usuales de responsabilidad.

Marco legal

La presente investigación se desarrolla en atención a las siguientes normas legales:

Constitución de la República del Ecuador 2008

Artículo 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Artículo 43.- El estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.

Ley Orgánica de la Salud

Capítulo III De la Salud Sexual y Reproductiva

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.

Ley de Maternidad gratuita y Atención en la Infancia

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

Art. 2.- La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de

laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones:

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

Plan Nacional de Desarrollo 2017 – 2021

Esta visión integral de la salud y sus determinantes exhorta a brindar las condiciones para el goce de la salud de manera integral, que abarca no solamente la salud física, sino también la mental. La salud mental de las personas requiere significativa atención para enfrentar problemáticas crecientes, como los desórdenes relacionados con la depresión y la ansiedad, que limitan y condicionan las potencialidades de una sociedad para su desarrollo.

Marco Institucional

El centro de Salud Materno Infantil Venus de Valdivia, se encuentra ubicado en la provincia de Santa Elena, cantón La Libertad, parroquia La Libertad, en el barrio Costa de Oro, Av. Puerto Lucia y calle 8, frente al centro comercial Paseo Shopping La Península, perteneciente a la coordinación zonal 5, distrito 24D02, siendo un establecimiento de salud tipo “C” el cual brinda los siguientes servicios: emergencia, triaje, sala de trauma, sala de recuperación, en la cual se atiende a las mujeres en puerperio inmediato que abarca las 24 primeras horas después de dar a luz, estación de enfermería, terapia respiratoria, cirugía menor, sala de parto intercultural, servicio de ambulancia, pediatría, gineco-obstetricia, odontología, laboratorio, rayos x, mamografía, ecografía, psicoprofilaxis, servicio de psicología. Brindando una atención de calidad y calidez a los usuarios que acuden a este establecimiento de salud, además de contar con todos los servicios básicos, como son (luz, agua, teléfono e internet).

Misión

Somos un Centro de Salud Materno Infantil tipo C que ofrece una variedad de servicios de salud, basados en un sistema administrativo eficiente, con tecnología de punta, personal altamente capacitado y con experiencia, para brindar un servicio de calidad, una buena atención al usuario, con el propósito de contribuir de esta forma al sistema nacional de salud.

Visión

Ser un centro de salud materno infantil tipo C de prestigio y con estabilidad en el sistema de salud con la provisión de servicios de primera calidad para la construcción del buen vivir, brindando una excelente atención al usuario, para lograr de esta forma el liderazgo y reconocimiento a nivel provincial.

2.3 Hipótesis, Variables y Operacionalización

2.3.1 Hipótesis

El riesgo de depresión posparto está relacionado con la funcionalidad familiar en gestantes que acuden al Centro de Salud Venus de Valdivia.

2.3.2 Asociación empírica de variables

Variable dependiente

Riesgo de depresión posparto

Variable independiente

Funcionalidad Familiar

2.3.3 Operacionalización de variables

Hipótesis	Variable de investigación	Dimensiones	Indicadores	Técnicas
El riesgo de depresión posparto está relacionado con la funcionalidad familiar en gestantes que acuden al Centro de Salud Venus de Valdivia 2020.	Funcionalidad Familiar	<ul style="list-style-type: none">Satisfacción Familiar	<ul style="list-style-type: none">SiNo	Aplicación de APGAR Familiar, basado en el segundo objetivo específico.

Elaborado por Torres Santander Karol Jazmín

Hipótesis	Variable de investigación	Dimensiones	Indicadores	Técnicas
El riesgo de depresión posparto está relacionado con la funcionalidad familiar en gestantes que acuden al Centro de Salud Venus de Valdivia 2020.	Riesgo de depresión posparto	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas depresivos • Ansiedad • Llanto fácil • Ideas suicidas • Estado de ánimo desesperado • Estado de culpabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Escala depresión Edimburgo para gestantes y posparto basado en el tercer objetivo específico.

Elaborado por Torres Santander Karol Jazmín

CAPÍTULO III

3. Diseño metodológico

3.1 Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación emplea el diseño con un enfoque cuantitativo, descriptivo correlacional y de corte transversal.

Cuantitativo

La investigación cuantitativa se basa en el ámbito estadístico, se enfoca en analizar una realidad objetiva mediante la cuantificación numérica, determinando patrones o predicciones del comportamiento del fenómeno cuyo objetivo es poder comprobar o descartar la hipótesis planteada. (Hernández, 2018). El enfoque cuantitativo proporcionará datos estadísticos de las escalas aplicadas a las gestantes que acuden al centro de Salud Venus de Valdivia, las cuales permitirán analizar sus respectivos gráficos.

Descriptivo

El estudio descriptivo tiene como finalidad evaluar ciertas características de una población determinada, detallar el comportamiento de las variables y determinar la relación entre ellas (Díaz & Núñez, 2015). En la investigación se determinó la correlación entre las variables, se detalló la asociación entre la funcionalidad familiar y el riesgo de depresión posparto en gestantes.

Transversal

El diseño transversal de un estudio hace referencia a una investigación que en el tiempo no tiene continuidad, es decir, se realiza en un tiempo y lugar determinado (Villa, Moreno, & García, 2016). El estudio se realizó durante un trimestre del año 2020 comprendido por los meses de Febrero a Abril.

3.2 Universo y muestra

Para este estudio se tomó como población a las gestantes que acudieron al Centro de Salud Materno Infantil Venus de Valdivia, durante un trimestre del año 2020. El universo de esta investigación es de 218 gestantes que acuden por el área de consulta externa al centro de

Salud Materno Infantil Venus de Valdivia, tomando como muestra a 67 gestantes que fueron escogidas mediante criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión:

- Gestante de 15 a 45 años
- Gestante que acepte participar en el estudio.

Exclusión:

- Gestante adolescente con dificultad de lenguaje.
- Gestante con trastornos mentales (esquizofrenia, trastorno bipolar).

3.3 Técnicas e instrumento

Se utilizaron como instrumentos de investigación 2 escalas validadas:

La Escala de depresión posparto de Edimburgo, este instrumento consta de 10 preguntas, con varios ítems en cada una de estas, la persona encuestada deberá responder como se ha sentido durante los últimos 7 días, y el resultado de este cuestionario permite evaluar el riesgo que poseen las gestantes de padecer depresión posparto.

APGAR Familiar, consiste en un cuestionario de 5 preguntas, las cuales indican el tipo de funcionalidad familiar que posee la gestante.

3.4 Procesamiento de información

Los datos estadísticos fueron procesados y tabulados en Microsoft Excel, para el análisis de los objetivos se realizaron gráficos de barra y para la comparación de las variables depresión posparto y sociodemográficas se utilizó la prueba de chi cuadrado, con un intervalo de confianza del 95%. Se ingresa los datos al Epi Info y se realiza el chi cuadrado representado con 44,5218, como el valor de p-value es 0, por lo tanto, hay evidencia estadística para afirmar que existe una relación entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,5218	8	7,3262E-23
Razón de verosimilitud	97,245	8	000
N de casos válidos	67		

CAPÍTULO IV

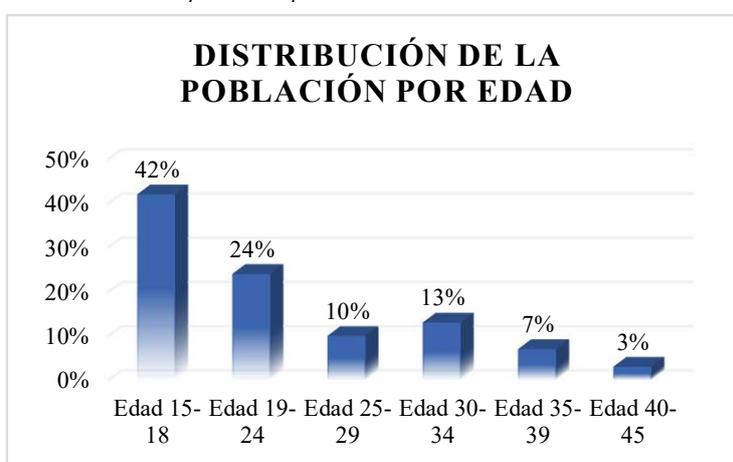
4 Presentación de resultados

4.1 Análisis e interpretación de resultados

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos a las gestantes que acudieron al Centro de Salud Venus de Valdivia de la ciudad de La Libertad en el año 2020, se procedió a tabular la información con su respectivo análisis con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados.

Figura 1

Distribución de la población por edad



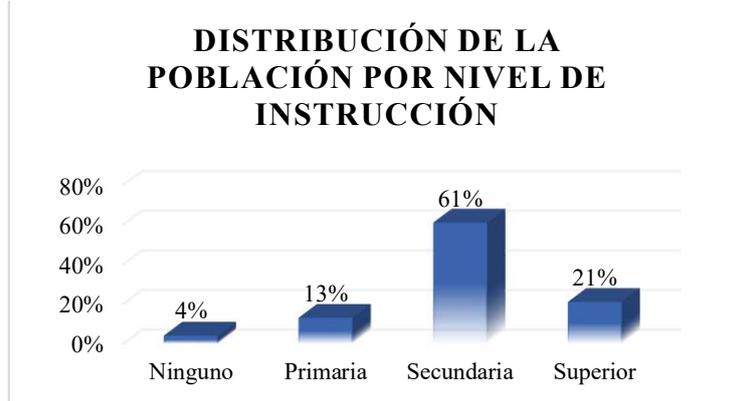
Elaborado por: Torres Santander Karol Jazmín

Fuente: Centro de Salud Venus de Valdivia

Se caracterizó socio demográficamente a la población en estudio priorizando las variables más relevantes, en el cual se evidenció que el 42% de las gestantes se encontraban en el rango de edad entre 15-18 años situándose en el grupo de adolescentes, seguido de un 24% entre edades de 19-24 años considerando a los rangos de edad descritos como adultos jóvenes, datos que demuestran que un mayor porcentaje de la población se encuentra en la etapa de la adolescencia y concuerdan con el estudio de Peláez (2019) el cual indica que un embarazo en la adolescencia aumenta el riesgo de depresión posparto, debido a la falta de madurez que se presenta en esta etapa.

Figura 2

Distribución de la población por nivel de instrucción



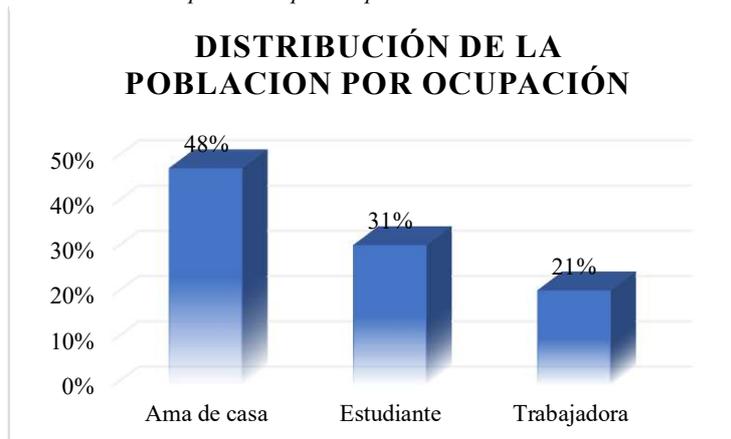
Elaborado por: Torres Santander Karol Jazmín

Fuente: Centro de Salud Venus de Valdivia

Según el grado de instrucción del grupo de estudio, el 61% de las gestantes estaban cursando la instrucción secundaria y un 4% de ellas no presentaron nivel de instrucción.

Figura 3

Distribución de la población por ocupación



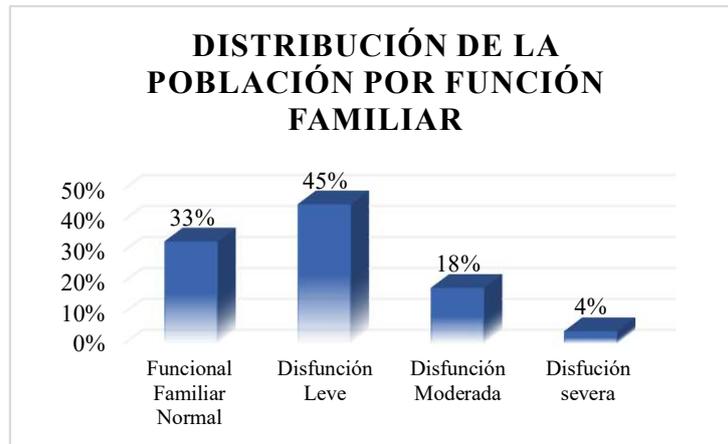
Elaborado por: Torres Santander Karol Jazmín

Fuente: Centro de Salud Venus de Valdivia

Se obtuvo que el 48% de la población de estudio se dedicaban a las tareas del hogar, seguido de un 31% que eran estudiantes, mientras que un 21% tenían un trabajo remunerado, por lo cual se evidencia que un alto porcentaje de las gestantes no contaban con un medio de remuneración económica lo que no les permite satisfacer sus necesidades.

Figura 4

Distribución de funcionalidad familiar según el test de Apgar Familiar.



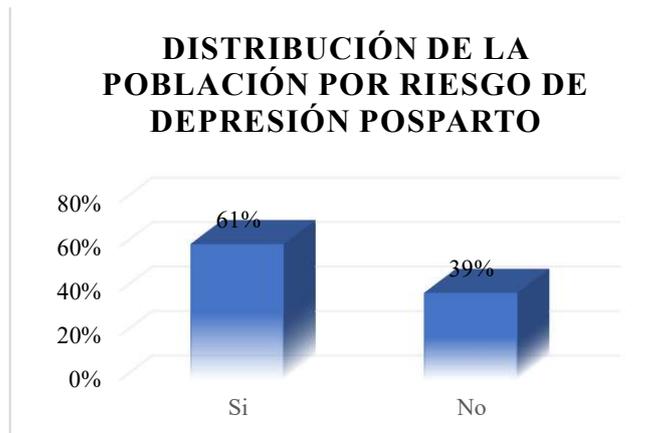
Elaborado por: Torres Santander Karol Jazmín

Fuente: Centro de Salud Venus de Valdivia

Se determinó el tipo de funcionalidad familiar mediante la aplicación del test de APGAR Familiar a la población de estudio y se obtuvo como resultado que el 45% de las gestantes presentaron una disfunción familiar leve (16-13 pts.), mientras que el 18% mostraron una disfunción moderada (10-12 pts.) y solo el 4% presentaron disfunción severa (<9 pts.), los datos mencionados hacen referencia a que existe un alto porcentaje de mujeres que tienen algún tipo de disfunción familiar durante la gestación o puerperio. Tal y como se referenció en el marco teórico el test de APGAR Familiar es una herramienta que valora el nivel de funcionamiento de la familia mediante la percepción de cada uno de sus integrantes.

Figura 5

Distribución de la depresión según la escala de Edimburgo



Elaborado por: Torres Santander Karol Jazmín

Fuente: Centro de Salud Venus de Valdivia

Se definió el riesgo de depresión posparto a través de la aplicación de la Escala de Depresión Postnatal, en el que se comprobó que el 61% (>10 pts.) de las púerperas presentaron riesgo de depresión posparto, mientras que un 39% (<10 pts.) no presentaron ninguna alteración psicológica, resultados que demuestran que existe un alto de riesgo de depresión en la población de estudio. Según Castañón (2018), describe la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo como un instrumento eficaz para la detección temprana de síntomas asociados a cuadros depresivos, que se emplea desde el tercer control prenatal, es decir desde el tercer mes de gestación y se necesita la aplicación en la sexta y octava semana de puerperio.

Figura 6

Tabla cruzada funcionalidad familiar depresión posparto

DEPRESIÓN POSPARTO	Funcionalidad familiar				Total
	leve	Moderada	normal	severa	
NO	4	1	21	0	26
Row%	15,38%	3,85%	80,77%	0,00%	100,00%
Col%	13,33%	8,33%	95,45%	0,00%	38,81%
SI	26	11	1	3	41
Row%	63,41%	26,83%	2,44%	7,32%	100,00%
Col%	86,67%	91,67%	4,55%	100,00%	61,19%
TOTAL	30	12	22	3	67
Row%	44,78%	17,91%	32,84%	4,48%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Chi-Squared	df	Probability
44,5218	3	0

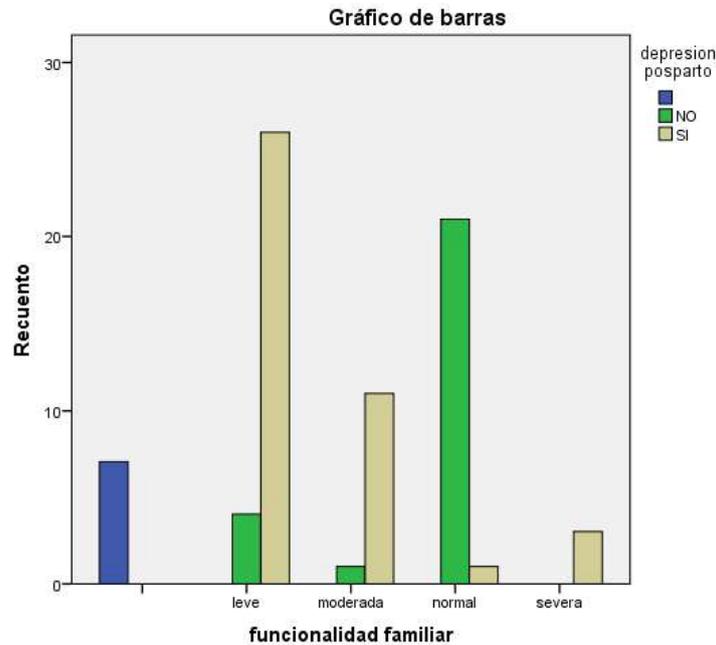
Elaborado por: Torres Santander Karol Jazmín

Fuente: Centro de Salud Venus de Valdivia

Se identificó la relación entre las variables de función familiar y depresión posparto, de modo que las gestantes con una disfunción familiar leve que presentaron riesgo de depresión posparto se representaron con el 63,41%; seguido de un 26,83% de las mujeres que tuvieron disfunción familiar moderada junto a depresión posparto, mientras que, solo el 7,32% de las mujeres con disfunción familiar severa tuvieron riesgo de depresión posparto.

Figura 7

Relación entre la función familiar y la depresión posparto



Elaborado por: Torres Santander Karol Jazmín

Fuente: Centro de Salud Venus de Valdivia

Por otro lado, se realizó la prueba de chi-cuadrado representado con 44,5218, como el valor de p-value es 0, por lo tanto, existe una relación entre las variables depresión posparto y funcionalidad familiar; es decir que las gestantes que presentaron problemas de funcionalidad familiar leve obtuvieron un nivel elevado de riesgo de depresión posparto, en comparación con las gestantes con funcionalidad familiar normal que su riesgo de depresión posparto era casi nulo.

De esta manera se logró dar cumplimiento al objetivo general e hipótesis al determinar que la disfuncionalidad familiar en las gestantes influye en el riesgo de depresión posparto.

Conclusiones

Un alto porcentaje de gestantes son adolescentes que no cuentan con ingresos económicos propios, dependiendo de sus familiares; son las más propensas al riesgo de cuadros depresivos.

Mediante la aplicación del Test de APGAR Familiar, el mayor porcentaje de las gestantes que participaron en el estudio presentaron alteraciones en el entorno familiar, la mayoría de ellas tenían disfunción familiar leve, que limitan el derecho de autorrealización personal aumentando el riesgo de depresión posparto en este grupo vulnerable.

Se comprobó a través de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo que, existe una alta susceptibilidad al riesgo de depresión posparto en las mujeres objeto de estudio

Los resultados de la investigación revelan que existe una relación entre la funcionalidad familiar y el riesgo de depresión posparto en la población del estudio, debido a que la mayoría de las gestantes con problemas familiares presentaron riesgos depresivos en comparación con las mujeres con un vínculo afectivo fuerte en el núcleo familiar.

Recomendaciones

A las autoridades del Centro de Salud Materno Infantil Venus de Valdivia se recomienda incluir un programa de prevención de depresión posparto y crear estrategias para un control exhaustivo del embarazo en las mujeres identificando los riesgos de disfunción familiar.

Se recomienda al personal de enfermería la capacitación continua para brindar educación a las gestantes sobre la depresión posparto, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para disminuir riesgos de manera precoz.

Incentivar a gestantes que asistan a los controles prenatales y orientarla sobre las señales que indican signos de depresión para hacer un diagnóstico precoz, con el fin de que reciban tratamiento adecuado, y realizar intervenciones preventivas dirigidas a pacientes con alto riesgo y evitar la progresión rápida en esta población vulnerable que puede tener repercusión para la salud.

Se sugiere la implementación de protocolos o la aplicación de una escala estandarizada como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en centros de salud primarios durante las consultas en el puerperio con la finalidad de tamizar los síntomas depresivos y disminuir el riesgo de padecer esta enfermedad.

Referencias Bibliográficas

- Aquino, I. (23 de junio de 2017). *Intervenciones de Enfermería Dirigidas a la Prevención y Rehabilitación de la Depresión Post Parto*. Obtenido de <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/4159/1/UPSE-TEN-2017-0002.pdf>
- Aristizábal, G. (2017). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 16-23.
- Aumala, T., & Vergara, D. (23 de Junio de 2017). *Repositorio PUCE*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13969/TESIS%20DEPRESI%203%93N%20%20CESTRES%20Y%20FUNCION%20FAMILIAR%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barbosa, M., & Angelo, M. (2016 de mayo de 2016). Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia. *Scielo*, 232-255.
- Bergink, V. (2019). Psicosis posparto. *IntraMed*, 1179-1188.
- Bermudez, P. (2016). *Función del paciente identificado en los sistemas familiares*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Borda, M. (2016). Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia) . *Salud Uninorte*, 394-404.
- Borrero, I., & Castro, S. (2017). *Repositorio Universidad de Cuenca*. Obtenido de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28274/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Bustos, S., & Jiménez, N. (2018). Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica - Chile. *PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL*, 38-49.
- Caparros, R., Romero, B., & Peralta, M. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42-97.
- Castañón, C & Pinto, J. (2008). *Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000700005
- Castellón, A. (2017). Actualizaciones en depresión posparto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36-48.
- Chacón, D., & Cortes, D. A. (2015). Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 50-58.

- Chávez, S. (2018). *Recursos Naturales y Sociedad*. La Paz: Centro de Investigaciones Biológicas del Noroeste, S.C.
- Coryell William. (Mayo de 2018). *Trastornos depresivos*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
- Díaz, V., & Núñez, A. (2015). Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las Ciencias de la Salud. *Rev. Cienc. Salud.*, 115-121.
- Dois, A., Uribe, C., Villaroel, L., & Contreras, A. (Junio de 2012). *Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000600004
- Farías Reszczyński & María Eugenia. (2007). *Adaptación y validación de la escala "Highs" para la detección de sintomatología hipomaniaca en el puerperio*. Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/106595>
- Fraga, R. (2007). El diseño de la investigación. En R. Fraga, *Investigación Socioeducativa* (Primera Edición ed., pág. 48). Quito - Ecuador: Bauhaus.
- García C. (2017). Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1-13.
- García, L., & Valdés, M. (2017). *Manual de Psiquiatría Perinatal: Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia*. Barcelona: Panamericana.
- Gladis Aristizábal. (2011). *El modelo de promoción de la salud de Nola Pender*. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
- Gonzalez, A., Casado, P., & Santos, R. (19 de Noviembre de 2019). Obtenido de Factores asociados a depresión posparto: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552019000600770&script=sci_arttext&tlng=en
- Gutierrez, A., Gallardo, D., & Labad, J. (2018). Estructura factorial de la versión española de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatria*, 174-182.
- Hernández, R. (2018). *Metodología de la investigación*. México : McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (Julio de 2019). Depresión posparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia.*, 250-256. Obtenido de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/depresion-posparto-sp-15-8000_150352.pdf

- Jadresic, E. (2016). Depresión Postparto en el Contexto del Hospital General. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 20-38.
- Lara & Patiño . (2017). *Depresión posparto un problema de salud pública que requiere mayor atención en Mexico*. Obtenido de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280103/Revista15-2VF.pdf>
- Lasheras, G., Farré, B., & Serra, B. (2014). Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Obtenido de *Revista Iberoamericana de PSICOSOMÁTICA*: https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/IMAGES_12/deteccion-in-situ-de-la-depresion-posparto.pdf
- Losada, A. (2015). *Familia y Psicología*. Madrid: Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social.
- Louro, I. (2015). *Manual de Intervención en la Salud Familiar*. La Habana : Editorial Ciencias Médicas .
- Madrona Isabel. (Febrero de 2017). *Bibliografía y aportaciones de Hildegard Peplau a la Enfermería Psiquiátrica*. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/bibliografia-aportaciones-hildegard-peplau-enfermeria-psiquiatica/>
- Maeve, K. (2018). Cheryl Tatano Beck: Teoría de la depresión posparto. *Dialnet*, 540-552.
- Mendoza, C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*, 112-135.
- Mendoza, L., Soler, E., & Sainz, L. (2016). Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*, 27-32.
- Ministerio de Salud Pública. (2006). *Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia*. Quito - Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Ley Orgánica de Salud*. Quito-Ecuador.
- Moldenhauer, J. (2018). *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/depresi%C3%B3n-posparto>
- Moreno, C., & Rincón, T. (2015). La mujer en posparto: Un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Revista Cuidarte*, 739-747.
- MSP. (2017). *Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: Hablemos”*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>

- Muñoz, D. (2018). Riesgo psicosocial: tendencias y nuevas orientaciones. *Psicogente*, 532-544.
- Nanzer, N. (2015). *La Depresión Postparto*. Barcelona: OCTAEDRO, S.L.
- Ochoa, C., & Cordero, M. (23 de Enero de 2016). *Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes embarazadas*. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/5272>
- Organización Panamericana de Salud. (Junio de 2018). *Depresión posparto, un problema de salud pública mundial*. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49117>
- Peláez, J. (2019). Adolescente embarazada: características y riesgos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 13-17.
- Peralta, M. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública* , 148-153.
- Pérez, E., Cervantes, V., & Hijuelos, N. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 89-115.
- Portal Clinic. (2017). *Causas y Factores de Riesgo de la Depresión Posparto*. Obtenido de <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresion-posparto/causas>
- Pruthi Sandhya. (Septiembre de 2019). *Depresión posparto*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/postpartum-depression/diagnosis-treatment/drc-20376623#:~:text=En%20general%2C%20la%20depresi%C3%B3n%20posparto,otro%20profesional%20de%20salud%20mental.>
- Quesada, M., & Romero, M. (2016). Caracterización social del embarazo en la adolescencia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 147-154.
- Rangel, J., & Valerio, L. (2016). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada . *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 24-27.
- Rincón & Ramírez. (Agosto de 2014). *Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Rodriguez, M. d. (Julio de 2015). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400008. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400008

- Rojas, L., & Claros, N. (2017). Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia. *Revista Médica La Paz*, 18-27.
- Romero, D., Orozco, L., & Ybarra, J. (2017). Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 152-162.
- Salazar, M. (2015). *Factores biopsicosociales asociados a depresión postparto diagnosticada a través del Test de Edimburgo en mujeres puérperas residentes en Quito del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/4796>
- Santacruz, M., & Serrano, F. (2015). *DEPRESIÓN POSPARTO. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21717/1/Tesis.pdf>
- Secretaria de Salud Pública de Chile. (Junio de 2015). *Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Apoyo al Tratamiento*. Obtenido de <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
- Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (2017). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Quito-Ecuador.
- Suárez, M. (2015). *APGAR FAMILIAR: Una Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar*. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci_arttext
- Tamires, F. (2017). Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. *Enfermería Global*, 404-419.
- Urdaneta & Rivera . (2011). *Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000200007
- Villa, A., Moreno, L., & García, G. (2016). *Epidemiología y estadística en salud pública*. Mc. Graw Hill.
- Villegas, N., Paniagua, A., & Vargas, J. (2019). Generalidades y diagnóstico de la depresión postparto. *Revista Médica Sinergia*, 4-9.

Anexos

Anexo #1: Autorización de la Institución

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA 

Coordinación Zonal 5 – Salud
Dirección Distrital 24D02 La Libertad – Salinas Salud

Oficio Nro. MSP-CZSS-SE-24D02-2020-0075-O
Salinas, 10 de febrero de 2020

Asunto: UPSE Carrera de Enfermería - Solicitud de autorización para realizar trabajo de investigación previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería

Directora Carrera de Enfermería - Upse
Alicia Gabriela Cercado Mancero
En su Despacho

De mi consideración:

Reciba cordiales saludos de la Dirección Distrital 24D02 La Libertad - Salinas - Salud.

Por medio del presente y en atención a su Oficio No. 168-CE-UPSE-2020, mediante el cual solicita autorización a estudiante para realizar trabajo de investigación previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería; al respecto cúmpleme informar lo siguiente:

Toda vez ejecutado el análisis pertinente acorde a normativas establecida por la unidad distrital de Provisión de Servicios de Salud, se autoriza el trabajo de investigación ya que existe un convenio vigente entre la UPSE y el MSP - Coordinación Zonal 5, siempre y cuando se cumpla las siguientes directrices:

- 1) El procedimiento de investigación no puede bajo ningún concepto alterar el proceso asistencial de atención de las unidades.
- 2) Cualquier dato obtenido debe manejarse con la confidencialidad del caso.
- 3) No se permiten estudios de tipo experimental sin la autorización de la dirección nacional de gobernanza, un comité de ética reconocido y la dirección de inteligencia del MSP.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

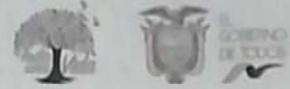
Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Av. Carlos Espinoza, Edificio GAC, Planta Baja, Ofic 8 y 9
Salinas – Ecuador • Código Postal: 240203 • Teléfono: 3706621 ext: 1005 • www.salud.gob.ec

1/2



Coordinación Zonal 5 – Salud
Dirección Distrital 24D02 La Libertad – Salinas Salud

Oficio Nro. MSP-CZS5-SE-24D02-2020-0075-O

Salinas, 10 de febrero de 2020

Documento firmado electrónicamente

Dr. Hector David Bazurto Macay
**DIRECTOR DISTRITAL 24D02 LA LIBERTAD - SALINAS SALUD,
ENCARGADO**

Referencias:

- MSP-CZS5-SE-24D02-PCSS-2020-0205-M

Copia:

Señor Doctor
José Alberto Zambrano Moreno
Responsable Distrital de Provisión de Servicios de Salud

Señor Licenciado
Jonathan Javier Gabino Orrala
Técnico de Ventanilla Única 24D02



HECTOR DAVID
BAZURTO MACAY

Av. Carlos Espinoza, Edificio CAC, Planta Baja, Ofic 8 y 9
Salinas – Ecuador • Código Postal: 240203 • Teléfono: 3706621 ext: 1005 • www.salud.gob.ec

Anexo #2: Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN “RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN GESTANTES. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL VENUS DE VALDIVIA LA LIBERTAD, 2020”

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación sobre la naturaleza de la misma, así como de su rol como participantes.

El presente estudio es conducido por el Grupo de investigación de la Carrera de Enfermería – Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud – Universidad Estatal Península de Santa Elena, coordinado por la Lcda. Yanetsy Díaz Amador MSc. La meta de este estudio es determinar la relación que pueda existir entre la funcionalidad familiar y el riesgo de depresión posparto.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas en la encuesta le parece incomoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

Desde ya le agradecemos su participación.

Lugar y fecha: _____

Yo, _____, con número de cédula _____, acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducido por el grupo de investigación de la Carrera de Enfermería – Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud – Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de la investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio puedo contactar a cualquier miembro del equipo de investigación del proyecto.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido

Firma del Participante

Anexo #3: Test de APGAR familiar



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**



INSTRUMENTO A UTILIZAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Tema:

“Riesgo de depresión posparto y su relación con la funcionalidad familiar en gestantes. Centro de Salud Materno Infantil Venus de Valdivia La Libertad, 2020.”

Datos de Filiación

Edad: 15-19 () 20-24 () 25-29 () 30-34 () 35-39 () 40-44 () + 45 años ()

Estado civil: Soltera () Casada () Unión Libre () Divorciada () Viuda ()

Lugar de residencia: _____

Ocupación: _____

Nivel de instrucción: Ninguna () Primaria () Secundaria () Superior ()

N.º de hijos: _____

Patologías en embarazo: _____

APGAR FAMILIAR

Marque con una X la respuesta que mejor describa su satisfacción familiar.

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos b) Los espacios en la casa c) El dinero					
PUNTAJE PARCIAL					
PUNTAJE TOTAL					

Anexo #4: Escala de Depresión posparto de Edimburgo



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA
ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**



INSTRUMENTO A UTILIZAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Tema:

“Riesgo de depresión posparto y su relación con la funcionalidad familiar en gestantes. Centro de Salud Materno Infantil Venus de Valdivia La Libertad, 2020.”

Datos de Filiación

Edad: 15-19 () 20-24 () 25-29 () 30-34 () 35-39 () 40-44 () + 45 años ()

Estado civil: Soltera () Casada () Unión Libre () Divorciada () Viuda ()

Lugar de residencia: _____

Ocupación: _____

Nivel de instrucción: Ninguna () Primaria () Secundaria () Superior ()

N.º de hijos: _____

Patologías en embarazo: _____

ESCALA DEPRESIÓN DE EDIMBURGO PARA EMBARAZO Y POSTPARTO

Dado que Usted está embarazada, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor, marque la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en **los últimos 7 días**.

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) Si, a veces	

		d) Si, con mucha frecuencia	
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	a) No, nunca	
		b) Casi nunca	
		c) Si, a veces	
		d) Si, con mucha frecuencia	
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	a) No, nunca	
		b) No, no mucho	
		c) Si, a veces	
		d) Si, 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) Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	
		d) Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultad para dormir	a) No, nunca	
		b) No con mucha frecuencia	
		c) Si, a veces	
		d) Si, la mayor parte del tiempo	
8	Me he sentido triste o desgraciada	a) No, nunca	
		b) No con mucha frecuencia	
		c) Si, a veces	
		d) Si, la mayor parte del tiempo	
9	Me he sentido tan infeliz que he estado llorando	a) No, nunca	
		b) Solo ocasionalmente	
		c) Si, bastante a menudo	
		d) Si, la mayor parte del tiempo	
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	a) Nunca	
		b) Casi nunca	

		c) A veces	
		d) Si, bastante a menudo	

Anexo #5: Análisis e interpretación de resultados

LUGAR DE RESIDENCIA	LA LIBERTAD	SALINAS	TOTAL
Frecuencia	44	23	67
Porcentaje	66%	34%	100%

Distribución de la población por lugar de residencia

Elaborado por: Torres Santander Karol Jazmín

Fuente: Centro de Salud Venus de Valdivia

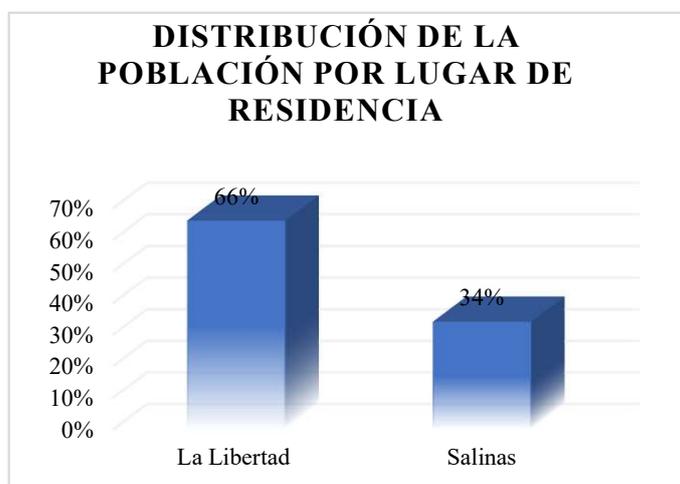


Figura 8. Distribución de la población por lugar de residencia

Elaborado por: Torres Santander Karol Jazmín

Fuente: Centro de Salud Venus de Valdivia

Se caracterizó a las gestantes de acuerdo al lugar de residencia, en el cual el 66% de la población residía en el cantón La Libertad, mientras que un 34% habitaba en Salinas, datos que demuestran que la mayoría de ellas pertenecían al Cantón de La Libertad.

GRADO DE PARIDAD	PRIMÍPARA	MULTÍARA	TOTAL
Frecuencia	45	22	67
Porcentaje	67%	33%	100%

Distribución de la población por grado de paridad

Elaborado por: Torres Santander Karol Jazmín

Fuente: Centro de Salud Venus de Valdivia

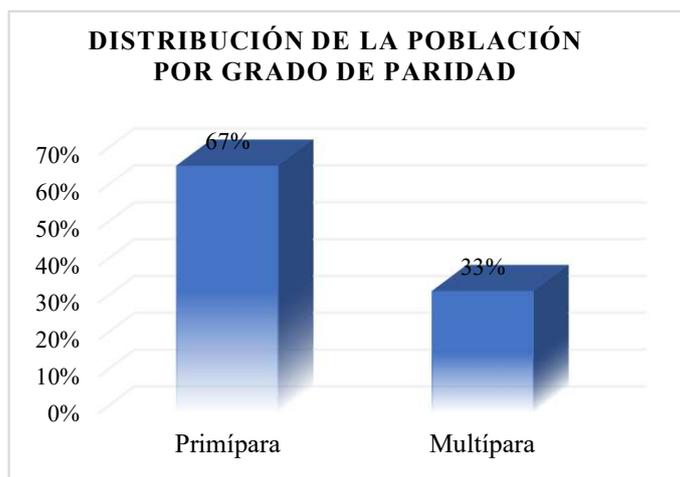


Figura 9. Distribución de la población por grado de paridad

Elaborado por: Torres Santander Karol Jazmín

Fuente: Centro de Salud Venus de Valdivia

Se analizó el grado de paridad de las gestantes, en el cual se obtuvo que el 67 % de gestantes era primíparas, mientras que, un 33% de mujeres eran multíparas, por lo que la mayoría de las mujeres del estudio no tenían hijos aún.

ESTADO CIVIL	SOLTERA	CASADA	UNION LIBRE	DIVORCIADA	TOTAL
Frecuencia	46	10	7	4	67
Porcentaje	69%	15%	10%	6%	100%

Distribución de la población por estado civil
Elaborado por: Torres Santander Karol Jazmín
Fuente: Centro de Salud Venus de Valdivia



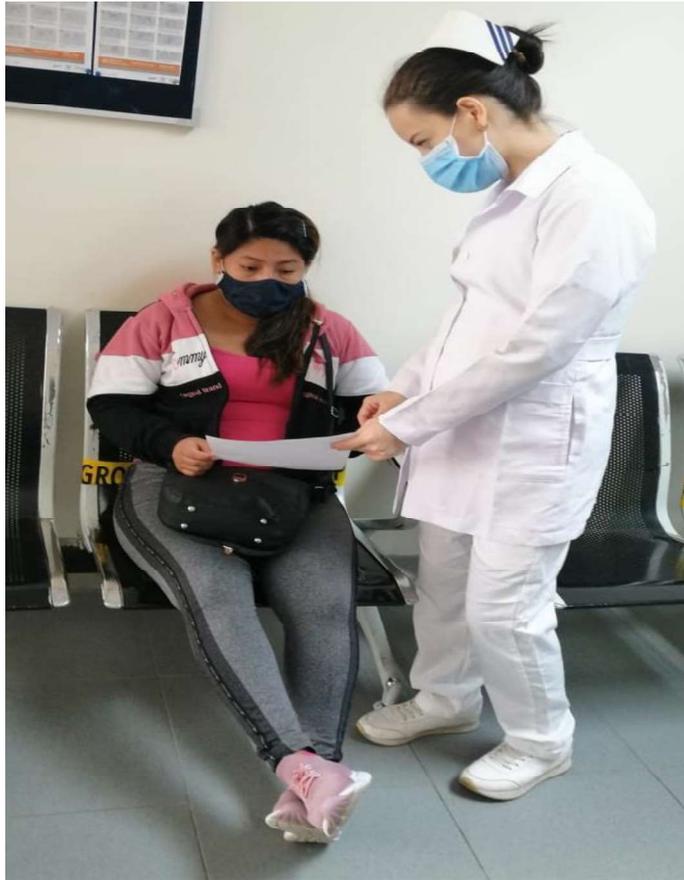
Figura 10. Distribución de la población por estado civil
Elaborado por: Torres Santander Karol Jazmín
Fuente: Centro de Salud Venus de Valdivia

Se identificó el estado civil que poseía la población de estudio, donde un 69% de las puérperas eran solteras, seguido de un 15% que se encontraban en unión libre con sus parejas, mientras que un 10% se encontraban casadas, por lo cual se evidencia que un alto porcentaje de mujeres no contaban con una relación de pareja estable aumentando el riesgo de desarrollar depresión posparto.

Anexo #6: Evidencia fotográfica

Recolección de datos de filiación y aplicación de encuestas





Anexo #7: Presupuesto

RUBRO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
MATERIALES			
Bolígrafos	10	\$0,30	\$3,00
Cuaderno	2	\$1,00	\$2,00
Resma de hojas	6	\$3,00	\$18,00
Carpeta manila	10	\$0,25	\$2,50
Anillados	10	\$1,50	\$15,00
Empastados	3	\$25,00	\$75,00
EQUIPOS			
Impresiones	1000	\$0,10	\$100,00
Flash drive	1	\$10,00	\$10,00
TRANSPORTE			
Bus intercantonal	50	\$0,90	\$45,00
Taxi	20	\$1,00	\$20,00
TOTAL			\$290,50

Elaborado por: Karol Torres

Anexo #8: Certificado antiplagio



Universidad Estatal
Península de Santa Elena



Biblioteca General

La Libertad, 30 de Septiembre del 2020

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

001-TUTOR SSH-2020

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado **RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN GESTANTES. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL VENUS DE VALDIVIA LA LIBERTAD, 2020**, elaborado por la estudiante **TORRES SANTANDER KAROL JAZMÍN**, estudiante de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente **trabajo de investigación** ejecutado, se encuentra con el **4%** de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,

Lic. Sonnia Santos Holguín, Msc.

C.I.: 1302326382

DOCENTE TUTOR

Biblioteca General

Vía La Libertad - Santa Elena
Correo: biblioteca@upse.edu.ec
Teléfono: 042781738 ext. 136

Document Information

Analyzed document TORRES SANTANDER KAROL JAZMIN URKUND.docx (D80336858)
Submitted 9/30/2020 8:33:00 PM
Submitted by
Submitter email karitto_torres@hotmail.com
Similarity 4%
Analysis address ssantos.upse@analysis.arkund.com

Sources included in the report

W	URL: https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/5087/1/UPSE-TEN-2019-0045.pdf Fetched: 11/7/2019 10:02:28 PM	 9
W	URL: https://docplayer.es/92954385-Universidad-tecnica-del-norte.html Fetched: 3/21/2020 6:37:40 AM	 1
SA	_1589907089740_tfg_c014_1200_martinez_ferrer_desamparados_il35384_20200520.pdf Document _1589907089740_tfg_c014_1200_martinez_ferrer_desamparados_il35384_20200520.pdf (D72417940)	 1
SA	Tesis Suarez - Toledo 09-07-2019 .docx Document Tesis Suarez - Toledo 09-07-2019 .docx (D54367120)	 3