



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE MEDICINA**

**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
POSGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**LA DEPRESIÓN POSPARTO Y SU ASOCIACIÓN A ESTRÉS MATERNO A  
CAUSA DE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN MUJERES QUE CURSAN EL  
PUERPERIO POSPARTO INMEDIATO ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DE  
CORTA ESTANCIA DEL CENTRO DE SALUD DE CONOCOTO Y EL HOSPITAL  
SAN FRANCISCO DE QUITO DESDE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2016”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
DRA. TERESA AUMALA VISCARRA**

**ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
DR. DANIEL VERGARA PACHECO**

**AUTORES: TERESA NATALIA AUMALA VISCARRA  
DANIEL FERNANDO VERGARA PACHECO**

**DIRECTORA: DRA. KATY SEGARRA**

**TUTORA METODOLÓGICA: DRA. EULALIA NARVAÉZ**

**QUITO- 2017**

## **DEDICATORIA**

El trabajo realizado tiene varios actores que fueron nuestra inspiración durante este largo camino y empezaremos dedicándolo a nuestras pacientes que acudieron diariamente a cada unidad de salud para recibir atención médica por su embarazo y nos permitieron ver que más allá de un chequeo médico está en nosotros como personal de salud el desarrollar la escucha activa; aquella que nos permita conocer sus sentimientos reales.

A nuestros amados hijos Ignacio y Luciana que fueron la inspiración diaria para salir de crisis no normativas, que nos enseñaron lo que es realmente una resiliencia al adaptarse a un hogar donde sus papitos se ausentaban muchas horas, inclusive días con un único fin; luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A nuestros papitos que siempre creyeron en nosotros, que compartieron sus conocimientos y experiencias no solo en lo académico sino en la vida misma, que estuvieron en los momentos tristes y alegres de estos tres años y medio y ahora están junto a nosotros viéndonos lograr este sueño que ahora es una realidad.

Y a Nuestros Papito Dios que sin sus bendiciones no estaríamos escribiendo estas palabras, tan sentidas en nuestro corazón y mente.

## AGRADECIMIENTOS

**“Aprendo porque quiero ser hermano  
de quien me exige cuanto necesito  
y porque voy en lo que pienso  
para creer en lo que digo.  
Aprender y enseñar es la faena  
de la estrecha vereda del destino:  
escucho, miro y leo,  
capto, siento y escribo...”**

**Carmelo Duarte Pérez.**

Agradecemos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por permitirnos culminar nuestros estudios de posgrado. A nuestros maestros que nos brindaron sus conocimientos y experiencias en la ardua carrera médica.

Agradecemos a nuestra Tutora Metodológica y Directora de Tesis por tenernos toda la paciencia durante el desarrollo de esta tesis como también habernos brindado sus conocimientos científicos.

A nuestras queridas Unidades Asistenciales Docentes: Hospital San Francisco de Quito IESS y Centro de Salud de Conocoto MSP que a través de sus autoridades tuvimos el apoyo incondicional durante el proceso de toma de muestras y los tres años y medio que formamos parte de ellos muy orgullosos.

Gracias a todos.

**INDICE**

DEDICATORIA .....	2
AGRADECIMIENTOS .....	3
LISTA DE TABLAS.....	9
RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	13
1.    CAPÍTULO 1 .....	14
1.1.  INTRDUCCION .....	14
1.2.  JUSTIFICACION.....	18
2.    CAPÍTULO II .....	20
2.1.  MARCO CONCEPTUAL.....	20
2.2.  EL PUERPERIO .....	20
2.3.  DEPRESIÓN POSPARTO .....	24
2.3.1.  DEFINICIÓN .....	24
2.3.2.  EPIDEMIOLOGÍA.....	25
2.3.3.  MANIFESTACIONES CLÍNICAS .....	27
2.3.4.  PATOGENESIS .....	28
2.3.4.1.  EL ESTRÉS Y DEPRESIÓN POSPARTO.....	28

2.3.4.2.	CORTISOL Y EL EMBARAZO.....	29
2.3.4.3.	FUNCIÓN TIROIDEA.....	30
2.3.4.4.	ESTUDIOS GENÉTICOS.....	31
2.3.4.5.	DEPRESIÓN POSPARTO Y SOPORTE FAMILIAR.....	32
2.3.5.	TAMIZAJE DE LA DEPRESIÓN POSPARTO.....	32
2.3.6.	DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN POSPARTO.....	34
2.3.7.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	35
2.3.7.1.	BABY BLUES (POR SU NOMBRE EN INGLÉS).....	35
2.3.7.2.	DEPRESIÓN BIPOLAR.....	36
2.4.	FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	36
2.4.1.	LA FAMILIA.....	37
2.4.2.	LÍMITES.....	37
2.4.3.	TOTALIDAD:.....	38
2.4.4.	EQUIFINALIDAD:.....	38
2.4.5.	HOMEOSTASIS.....	38
2.4.6.	CALIBRACIÓN O ADAPTACIÓN:.....	38
2.4.7.	EL ROL DE ESPOSOS.....	39
2.4.8.	EL ROL PARENTAL.....	40
2.4.9.	EL ROL DE HERMANOS.....	40

2.4.10.	INDICADOR DE EVALUACIÓN DE FUNCIÓN FAMILIAR .....	40
3.	CAPÍTULO III.....	43
3.1.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.2.	OBJETIVOS.....	43
3.2.1.	OBJETIVO GENERAL: .....	43
3.2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	43
3.3.	HIPÓTESIS.....	44
4.	CAPÍTULO IV .....	45
4.1.	METODOLOGÍA .....	45
4.1.1.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	45
4.1.1.1.	VARIABLE DEPENDIENTE .....	45
4.1.1.2.	VARIABLES INDEPENDIENTES .....	45
4.2.	TIPO DE PROYECTO.....	48
4.3.	DISEÑO DEL ESTUDIO REALIZADO .....	48
4.4.	PERÍODO Y LUGAR DONDE SE LLEVÓ A CABO LA INVESTIGACIÓN.....	48
4.5.	UNIVERSO Y MUESTRA.....	48
4.6.	CÁLCULO DE LA MUESTRA: .....	49
4.7.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	49
4.8.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	50

4.9. MÉTODOS Y TÉCNICAS .....	50
4.10. TÉCNICA PARA LA TOMA DE MUESTRA DE CORTISOL.....	53
4.11. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN ...	53
4.12. PLAN DE ANÁLISIS .....	54
4.13. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	54
4.14. ASPECTOS BIOÉTICOS .....	55
5. CAPÍTULO V .....	56
5.1. RESULTADOS .....	56
5.1.1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA:.....	56
6. CAPÍTULO VI.....	63
6.1. DISCUSIÓN.....	63
7. CAPITULO VII.....	67
7.1. CONCLUSIONES .....	67
8. CAPITULO VIII .....	69
8.1. RECOMENDACIONES .....	69
9. CAPÍTULO IX.....	70
9.1. BIBLIOGRAFÍA.....	70
10. ANEXOS.....	75
10.1. ANEXO 1 .....	75

10.2.	ANEXO 2: .....	76
10.3.	ANEXO 3 : .....	77
10.4.	ANEXO 4: .....	78
10.5.	ANEXO 5: .....	78

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Criterios de Diagnostico de trastorno depresivo mayor DSM-5

Tabla 2: Variables socio demográficas

Tabla3: Variables biológicas y Psicosociales

Tabla 4: Los criterios muestrales utilizados fueron los siguientes:

Tabla 5: Tamaño de la muestra ajustado a pérdidas

Tabla 6: Caracterización de la muestra según variables socio demográficas, en mujeres en puerperio inmediato del Hospital San Francisco y CS Conocoto. Septiembre a diciembre del 2016.

Tabla7: Antecedentes gineco-obstetricos , en mujeres en puerperio inmediato del Hospital San Francisco y CS Conocoto. Septiembre a diciembre del 2016.

Tabla 8: Controles prenatales , en mujeres en puerperio inmediato del Hospital San Francisco y CS Conocoto. Septiembre a diciembre del 2016.

Tabla 9: Depresion posparto , en mujeres en puerperio inmediato del Hospital San Francisco y CS Conocoto. Septiembre a diciembre del 2016.

Tabla 10: Nivel de Funcionalidad Familiar -FAD Mc Master, en mujeres en puerperio inmediato del Hospital San Francisco y CS Conocoto. Septiembre a diciembre del 2016

Tabla 11: FAD McMaster resultados por Dimensiones en mujeres en puerperio inmediato del Hospital San Francisco y CS Conocoto. Septiembre a diciembre del 2016.

Tabla 12: Asociación entre depresión posparto y función familiar en mujeres en puerperio inmediato del Hospital San Francisco y CS Conocoto. Septiembre a diciembre del 2016

Tabla 13: Presencia de estrés a través de valores elevados de cortisol en mujeres en puerperio inmediato del Hospital San Francisco y CS Conocoto. Septiembre a diciembre del 2016

Tabla 14: Asociación entre Depresión Posparto y Estrés materno a través de niveles elevados de cortisol en mujeres en puerperio inmediato del Hospital San Francisco y CS Conocoto. Septiembre a diciembre del 2016.

## RESUMEN

TÍTULO: LA DEPRESIÓN POSPARTO Y ESTRÉS MATERNO Y SU ASOCIACIÓN CON DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO Y CENTRO DE SALUD DE CONOCOTO

**Autores:** Teresa Aumala Viscarra

Daniel Vergara Pacheco

**Objetivo:** Establecer la prevalencia de depresión posparto y su asociación con el estrés materno medido a través de cortisol sérico y relacionarlo con el nivel de disfunción familiar en mujeres que cursan el puerperio, admitidas en la Maternidad de Corta Estancia del Centro de Salud de Conocoto y el Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito, entre los meses de septiembre y diciembre del 2016

**Metodología:** Estudio observacional analítico de asociación, realizado en madres que se encuentren entre las 12 y 24 horas del puerperio inmediato atendidas en el Hospital San Francisco de Quito y Centro de Salud de Conocoto durante los meses de septiembre a diciembre del 2016. Se aplicaron dos cuestionarios: La Escala de Depresión Posparto de Edimburg y el Test de Evaluación Familiar de McMaster (FAD Mc Master) para disfunción familiar y la determinación sérica de los valores de cortisol materno para asociarla con la presencia de estrés en las mujeres puérperas. Los datos se procesaron en el programa SPSS, Licencia PUCE.

**Resultados:** La Escala de depresión posparto de Edimburg identificó una prevalencia de depresión posparto de 18,1 %. El análisis determinó un riesgo incrementado de depresión posparto si la paciente tenía disfunción familiar con un OR de 3,83 (IC 95% 1,75 – 8,35)  $X^2 = 12,27$   $p < 0,000$ . Entre la depresión posparto y estrés materno no se estableció asociación estadística.

**Conclusiones:** El estudio demostró que la prevalencia para depresión posparto fue similar a la encontrada en otros estudios, además se estableció asociación entre depresión posparto y función familiar, pero no se demostró asociación entre depresión posparto y estrés materno medido con cortisol sérico.

### **Palabras Clave**

Depresión posparto, Escala de Depresión Posparto de Edimburg, disfunción familiar, FAD Mc Master, mujeres posparto, estrés materno.

## ABSTRACT

**Objective:** To establish the prevalence of postpartum depression and its association with maternal stress measured through serum cortisol and the level of family dysfunction in postpartum women admitted to the Maternity of Short Stay of Centro de Salud de Conocoto and Obstetric Center of the Hospital San Francisco de Quito, between September and December 2016

**Methodology:** An observational, analytical study of association in mothers between 12 and 24 hours of immediate postpartum care at the Hospital San Francisco de Quito and Centro de Salud de Conocoto during the months of September to December, 2016. Two questionnaires were applied: The Edimburg Postpartum Depression Scale and the McMaster Family Assessment Divice (FAD Mc Master) for family dysfunction and serum determination of maternal cortisol values to associate it with the presence of stress in postpartum women. Thedata were processed in the SPSS program, Version 22, PUCE'S license .

**Results:** The Edimburg Postpartum Depression Scale identified a prevalence of postpartum depression of 18.1%. The analysis determined an increased risk of postpartum depression if the patient had family dysfunction with an OR of 3.83 (95% CI 1.75 - 8.35)  $X^2 = 12.27$   $p < 0.000$ . Between postpartum depression and maternal stress no statistical association was established ..

**Conclusions:** The study showed that the prevalence of postpartum depression was like that found in other studies. In addition, the association between postpartum depression and family function was established, but there was no association between postpartum depression and maternal stress measured with serum cortisol.

## Keywords

Postpartum Depression, Postpartum Depression Scale of Edimburg, Family Dysfunction, FAD Mc Master, Postpartum Women, Maternal Stress.

## 1. CAPÍTULO 1

### 1.1. INTRODUCCIÓN

La depresión posparto es una enfermedad caracterizada por presentar ánimo deprimido y/o anhedonia (Castellón, 2012) que es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades, abulia, confusión, olvido, culpa, incapacidad de afrontamiento y ocasionalmente, pensamientos suicidas (WHO, 1992), que puede exacerbarse por falta de confianza, expectativas irreales sobre la maternidad y baja autoestima materna (Dois, Uribe, Villarroel, & Contreras, 2012).

En la mujer afectada por este problema, la depresión se observa en la mayor parte del día, todos los días en períodos de al menos dos semanas, caracterizada por un nivel de angustia significativa y/o alteración del funcionamiento personal que aparece entre las cuatro y treinta semanas del puerperio (Castellón, 2012).

La depresión posparto, que ahora se denomina depresión periparto según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-V, es una de las complicaciones más frecuentes en el período post-parto con las consecuencias negativas tanto para las madres, el recién nacido y sus familias (Dennis & McQueen, 2009). La depresión posparto leve también conocida como Baby blue, es un estado de inestabilidad emocional y afectiva más frecuente con una prevalencia cercana al 80 % pero de menor intensidad y gravedad que la depresión posparto, es benigno y auto limitado, un 10 % de estos casos podría evolución hacia depresión mayor (Olivares, Antonio, Bueno, & Garcí, 2016).

Durante el embarazo y puerperio ocurren cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que hacen más vulnerable a la mujer para la aparición de estos trastornos. La depresión en cualquier momento de la vida afecta profundamente la autopercepción y comportamientos de las personas, especialmente en las relaciones interpersonales y sociales. Al asociarla a la

maternidad sobre todo durante el primer año de vida, genera consecuencias que pudieran extenderse durante toda la vida. Entre estas consecuencias se puede mencionar: la alteración en la unión entre madre e hijo, depresión en los padres que se asocia con un mayor riesgo de falta de armonía en las relaciones de pareja, alteración en el desarrollo infantil (Dennis & McQueen, 2009)(Giallo, Cooklin, Wade, D'Esposito, & Nicholson, 2014), discordia marital, y en casos más graves hasta el suicidio o infanticidio (Lindahl, Pearson, & Colpe, 2005).

La incidencia de la depresión posparto es un evento más frecuente de lo que se cree, según los resultados de un estudio realizado en Australia en una muestra de 40.333 participantes, entre los años 2002 y 2005, esta puede ocurrir entre el 15 al 20% de las mujeres en el periodo puerperal (Plant, Pariente, Sharp, & Pawlby, 2015)(Milgrom et al., 2008).

En Latinoamérica se ha observado una variación en la frecuencia de la enfermedad, según varias publicaciones, como el estudio realizado en el Hospital Universitario de Brasilia, Brasil, se determinó una prevalencia de 22,2%(Moreno, Lucília, & França, 2004); otro estudio realizado en un centro de atención primaria en el sur de Chile en el año 2008, se estableció una prevalencia de depresión posparto del 50,7%, (Póo F et al., 2008), mientras que un estudio realizado en la Maternidad Isidro Ayora de la Ciudad de Quito, se estimó una prevalencia de depresión posparto en el grupo de madres adolescentes de un 23,2 % (Almeida, 2013).

Al respecto de este problema en la mujer puérpera, se han establecido varios factores de riesgo para la depresión posparto, entre los que se puede mencionar antecedente de depresión, historia de abuso sexual, edad de la madre (Almeida, 2013)(Muraca & Joseph, 2014), embarazo no planificado (7)(Lancaster et al., 2010a)(Urdaneta M et al., 2011), falta de soporte familiar, mala situación económica, estrés materno(Deligiannidis et al., 2016), entre otros (Sierra Manzano, Carro García, & Ladrón Moreno, 2002) (Wisner, Parry, & Piontek, 2002). De estos factores de riesgo para el presente estudio, se ha seleccionado los siguientes: el estrés materno y la disfunción familiar, pues en revisiones sistemáticas se ha demostrado que estos aspectos

son los que adquieren mayor relevancia para desencadenar con mayor fuerza el problema de la depresión posparto (Milgrom et al., 2008).

La respuesta cognitiva a factores estresantes significativos (que pueden ser reales o imaginarios), inducen a la activación del eje hipófisis pituitario adrenal lo que conlleva a la secreción de cortisol que promueve una respuesta adaptativa al motivar comportamientos que tienen alto valor de supervivencia, tales como el mejoramiento del estado de alerta, vigilia, excitación y la atención (de Kloet, Joëls, & Holsboer, 2005). Por ejemplo, la respuesta al estrés puede causar hipercortisolemia (un exceso de excreción de CRH y cortisol) y una investigación sugiere que este exceso de secreción de cortisol aumenta la vulnerabilidad a la depresión (Seth, Lewis, & Galbally, 2016).

Como un aspecto adicional en este estudio, se ha incluido el uso de un marcador biológico como el nivel de cortisol sérico, para establecer la relación de éste con el grado de depresión en la mujer puérpera. Este indicador biológico ha sido utilizado en varios estudios (Handley, Dunn, Baker, Cockshott, & Gould, 1977), en los cuales se ha demostrado una relación positiva significativa con el estrés (Nierop, Bratsikas, Zimmermann, & Ehlert, 2006) y la depresión posparto (Skalkidou, Hellgren, Comasco, Sylven, & Poromaa, 2012) o síntomas depresivos, específicamente las concentraciones superiores de cortisol durante los primeros 2 días después del parto, en valores entre 20 a 25 mcg/ dl (Aires, 2013).

En otro estudio realizado en 1992 por Okano, también se reportó que las concentraciones de cortisol fueron significativamente más altas en las mujeres que experimentan "*Baby Blues*", a los 3 y 4 días después del parto. Sin embargo, durante estos días y en las mujeres en las que no presentaron estos procesos depresivos, los niveles séricos de cortisol comenzaron a disminuir; mientras que en el grupo de mujeres con depresión posparto el cortisol continuó incrementándose. En general, estos resultados sugieren que el cortisol es mayor en las mujeres que experimentan síntomas depresivos 1 a 6 días después del parto (Seth et al., 2016).

Para el tamizaje de depresión posparto se utilizó la escala de Edinburgh (EPDS), que consiste en un cuestionario de auto aplicación con 10 ítems, que se aplica en pacientes a las seis semanas después del parto y en el puerperio inmediato (Leung et al., 2011). Este instrumento ha sido validado en algunos estudios y se estima que tiene un valor similar entre el 80 al 90% tanto para la sensibilidad como especificidad (Evins, Theofrastous, & Galvin, 2000).

La EPDS consiste de diez cortas afirmaciones. La madre escoge cuál de las cuatro respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987a)

La encuesta se aplica sin dificultad en menos de 5 minutos. Se realizará una entrevista y se formula las preguntas que se encuentran en el instrumento de recolección. La escala indica el estado de ánimo de la madre durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. (Cox et al., 1987a)

Una puntuación de 10 o más muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

Por otro lado, el Instrumento MCMASTER (FAD) para evaluación de la Disfuncionalidad Familiar mide diferentes aspectos del funcionamiento familiar. Consta de siete sub-escalas (60 ítems en total) y se califica con 1 = Completamente de acuerdo, 2 = De acuerdo, 3 = En desacuerdo, 4 = Completamente en desacuerdo. Se realiza el promedio de los ítems de cada una de las sub-escalas. Para lograr una puntuación familiar, se debe promediar todas las puntuaciones en la sub-escala obtenida por el caso, solicitando que indique si está de acuerdo con las siguientes afirmaciones pensando en su familia. Puntuaciones más bajas reflejan un mejor funcionamiento familiar.

## 1.2. JUSTIFICACIÓN

Como se ha explicado, la disfunción familiar, podría causar estrés materno y éste a su vez depresión posparto, que es uno de los trastornos de ánimo más frecuentes que se han identificado a nivel nacional e internacional en los centros de atención obstétrica y que puede repercutir en la familia, constituyendo un determinante en la consolidación familiar; siendo este un tema de interés para los Médicos de Familia y Ginecólogos, considerando que no hay estudios en el ámbito nacional o local en los que se haya determinado la funcionalidad familiar y su asociación con la presencia de la depresión posparto y por lo tanto no se conoce su magnitud, ni gravedad en el ámbito nacional y local.

Por lo tanto, los resultados del estudio permitieron obtener una línea de base, en la que se estableció los niveles de depresión y disfuncionalidad familiar del grupo de estudio, con lo que se podrá proponer intervenciones frente a estos aspectos, desde los primeros niveles atención en salud, tanto en la mujer puérpera como en su familia. Para ello, se podría hacer como parte de la rutina de control del embarazo, la aplicación de los instrumentos usados en este estudio para hacer seguimiento de las pacientes en riesgo dentro del trabajo de comunidad que realiza el Médico Familiar. Como ejemplo, se podría iniciar un programa de orientación familiar para padres y madres, además de un club prenatal en la que puedan participar las madres y sus parejas, desde la visita pre-concepcional hasta el puerperio.

Por lo expuesto, se planteó la realización de un estudio en pacientes en periodo de puerperio inmediato, en dos establecimientos de salud: Centro de Salud de Conocoto del MSP y el Hospital San Francisco de Quito del IESS, por ser de interés personal de los investigadores, pues fueron los lugares asignados al inicio del programa de postgrado, en donde se ha prestado un trabajo asistencial. El objetivo de la investigación fue el establecer la prevalencia de depresión posparto y su asociación con el estrés materno medido a través de un indicador biológico como es el cortisol sérico y relacionarlo con el nivel de disfunción familiar en

mujeres que cursan el puerperio inmediato, durante los meses de septiembre y diciembre del 2016.

Para la realización del estudio se utilizó dos instrumentos de evaluación de fácil aplicación y acceso como son, la Escala de Depresión Posparto de Edimburg, y el Test de Evaluación Familiar McMaster (FAD), para Disfunción Familiar.

## **2. CAPÍTULO II**

### **2.1. MARCO CONCEPTUAL**

#### **2.2. 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 (Gabbe et al., 2012).

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 (Gabbe et al., 2012).

El período posparto está asociado con tanta tradición y superstición como cualquier otro rito de paso en la vida porque la salud de un nuevo bebé es tan importante para la supervivencia de cualquier familia. Con el fin de apoyar la recuperación exitosa de la madre y la sana transición a través del período neonatal, se han desarrollado muchos rituales y tabúes en la mayoría de las culturas. Muchas de las recomendaciones médicas actuales sobre el puerperio se han desarrollado a partir de adaptaciones de tradiciones socialmente aceptables, en lugar de la ciencia. Por ejemplo, el examen posparto de 6 semanas se aproxima al final de los 40 días de descanso y separación sexual requeridos en las sociedades tradicionales (Castro, Felisa, Gina, Plaza, & Rodríguez, 2006).

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 (Montgomery & Alexander, 1994).

El fondo uterino se encuentra cerca del ombligo dentro de las 24 horas después del parto, dentro de una semana después del parto se encuentra a la mitad de la sínfisis del pubis y el ombligo, en dos semanas después del parto no es palpable a través del abdomen, y alcanza su tamaño normal de seis a ocho semanas después del parto. Este proceso se ve afectado por la paridad+, el tipo de parto, y la lactancia. Aunque realizada de forma rutinaria, no hay evidencia de que la evaluación del tamaño del útero en el periodo postnatal temprano es predictiva de complicaciones. El peso del útero se reduce de aproximadamente 1000 gramos inmediatamente después del parto a 60 gramos de seis a ocho semanas después (Shalev et al., 2002).

Los loquios es la parte basal de la decidua que queda después de que la placenta se separa del útero. La decidua se divide en dos capas: la capa superficial se elimina y la capa profunda regenera el nuevo endometrio, que cubre toda la cavidad endometrial por el día dieciséis del posparto. El cambio normal de la sangre y la decidua se conoce como loquios rubra (rojo, marrón), y dura los primeros días posteriores al parto. El flujo vaginal se vuelve más acuoso; llamados loquios serosos, que tienen una duración de dos a tres semanas. Al final la secreción se vuelve de color blanco amarillento y se denomina loquios albos microscópicamente, los loquios consta de exudado seroso, eritrocitos, leucocitos, decidua, células epiteliales, y bacterias. (Yoshii, Kitahara, Ueta, Matsuno, & Ezaki, 2014)

El volumen total de la secreción posparto de loquios es de 200 a 500 ml, con una duración media de un mes. Curiosamente, hasta un 15 por ciento de las mujeres continúan eliminando loquios durante seis a ocho semanas (Gabbe et al., 2012).

El cuello uterino después del parto, es suave y dilatado, hay pequeños desgarros en los márgenes del orificio externo, mientras se mantiene dilatado. Durante los primeros días después del parto el cuello uterino se contrae lentamente, permaneciendo dos a tres centímetros de dilatación, y menos de un centímetro de dilatación en una semana. El orificio externo nunca recupera su forma anterior al embarazo y se convierte en un orificio grande, transversal, con hendiduras estrelladas después del parto.(Word, Li, Hnat, & Carrick, 2007)

La vagina y la vulva inmediatamente después del parto son de gran tamaño y suaves. La vagina se contrae lentamente, pero no regresa su tamaño previo al embarazo; las rugosidades se restauran en la tercera semana mientras desaparece edema y la vascularización. El himen se sustituye por varios segmentos de tejido llamados carúnculas himeniales. El estiramiento de la fascia y el trauma producido durante el parto causará una relajación de la musculatura pélvica que no regresara a su estado anterior al embarazo.(Gabbe et al., 2012)

La pared abdominal es muy complaciente después del parto, pero recupera su tono muscular normal durante varias semanas. Sin embargo, la separación (diastasis) de los músculos rectos abdominales puede persistir(Gabbe et al., 2012).

Los valores de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (HCG) normalmente vuelven a los niveles normales de dos a cuatro semanas después del parto a término, pero puede tomar más tiempo.(Gol, Guclu, Demir, Erata, & Demir, 2005)

Las gonadotropinas y esteroides sexuales se encuentran en niveles bajos dos a tres semanas después del parto. El retorno a la menstruación después del parto puede variar de 45 a 64 días después del parto y el tiempo medio de la ovulación varía de 45 a 90 días después del parto. El 70 por ciento de las mujeres menstrúan a las doce semanas después del parto y de 20 a 71 por ciento de las primeras menstruaciones son precedidos por la ovulación.(Gol et al., 2005)

Los cambios de la glándula mamaria ocurren durante la segunda mitad del embarazo. La formación de unidades secretoras completamente diferenciadas o acinos se vuelve cada vez más evidentes y el lumen de las unidades ya formadas se dilata por la acumulación de material secretor o calostro.(Gabbe et al., 2012)

Meses antes y durante el parto, hay una nueva actividad mitótica en la glándula mamaria. En este momento, y durante la lactancia, el proceso de crecimiento y diferenciación se puede observar en el mismo lóbulo, con el proceso de la secreción de la leche. El componente glandular de la mama se incrementa y está compuesto principalmente de elementos epiteliales, con muy poco estroma. Estos cambios persisten durante toda la lactancia(Gabbe et al., 2012).

La piel y del pelo tienen modificaciones durante el periodo posparto como por ejemplo las estrías, cambian de color de rojo a color blanco, pero son permanentes. La piel abdominal puede permanecer laxa si hubo una amplia ruptura de las fibras elásticas. El cloasma se resuelve en el período post-parto, aunque no se ha determinado el tiempo exacto que esto puede tomar.(Gabbe et al., 2012)

Durante el embarazo, la fase anágena del crecimiento del cabello tiene un porcentaje mayor en relación con la fase telógena o de "reposo". Esta relación se invierte en el puerperio (Gabbe et al., 2012).

La pérdida media de peso con el del feto, la placenta y el líquido amniótico es de trece libras. La contracción del útero y la pérdida del exceso de líquido extracelular y los loquios llevan a una pérdida adicional de cinco a quince libras durante el puerperio (Gabbe et al., 2012).

## 2.3. Depresión posparto

### 2.3.1. Definición

La depresión posparto es una enfermedad que se caracteriza por presentar ánimo deprimido y/o anhedonia (Castellón, 2012) que es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades, además de abulia, confusión, olvido, culpa, incapacidad de afrontamiento y ocasionalmente, ideas suicidas (WHO, 1992), que pueden exacerbarse por falta de confianza, expectativas irreales sobre la maternidad y baja autoestima materna (Dois et al., 2012).

En la mujer afectada por este problema, la depresión se observa durante la mayor parte del día, todos los días en períodos de al menos dos semanas, acompañado principalmente por un nivel de angustia significativa y/o alteración del funcionamiento personal que aparece entre las 4 y 30 semanas del puerperio (Castellón, 2012).

La depresión posparto, que ahora se denomina depresión periparto según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-V, es una de las complicaciones más frecuentes en el período post-parto con las consecuencias negativas tanto para las madres, el recién nacido y sus familias (Dennis & McQueen, 2009). *El Baby blues* o sobre parto, término utilizado popularmente es un estado de inestabilidad emocional y afectiva más frecuente con una prevalencia cercana al 80 % pero de menor intensidad y gravedad que la depresión posparto, es benigno y auto limitada, un 10 % de estos casos podría evolución hacia depresión mayor (Olivares et al., 2016).

La Asociación Americana de Psiquiatría define a la depresión posparto a aquella que tiene su inicio en las cuatro primeras semanas seguidas después del nacimiento, a diferencia de lo determinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la define como su aparición dentro de las primeras seis semanas posparto (14).

Durante el embarazo y puerperio ocurren cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que hacen más vulnerable a la mujer para la aparición de estos trastornos. La depresión en cualquier momento de la vida afecta profundamente la autopercepción y comportamientos de las personas, especialmente en las relaciones interpersonales y sociales. Al asociarla a la maternidad sobre todo durante el primer año de vida, genera consecuencias que pudieran extenderse durante toda la vida. Entre estas consecuencias se puede mencionar la alteración en la unión entre madre e hijo, depresión en los padres que se asocia con un mayor riesgo de falta de armonía en las relaciones de pareja, alteración en el desarrollo infantil (Dennis & McQueen, 2009)(Giallo et al., 2014), discordia marital, suicidio o infanticidio (Lindahl et al., 2005).

### **2.3.2. Epidemiología**

La incidencia de la depresión posparto es un evento más frecuente de lo que se cree y puede ocurrir en un 15 a 20 por ciento de mujeres en el periodo puerperal según los resultados de un estudio realizado en Australia en una muestra de 40.333 participantes, entre los años 2002 y 2005 (Plant et al., 2015)(Milgrom et al., 2008).

En Latinoamérica se ha observado una variación en la frecuencia de la enfermedad, según varias publicaciones, como el estudio realizado en el Hospital Universitario de Brasilia, Brasil, en el cual se determinó una prevalencia de 22,2 por ciento (Moreno et al., 2004); otro estudio realizado en un centro de atención primaria en el sur de Chile en el año 2008, determinó una prevalencia de depresión posparto del 50,7 por ciento (Póo F et al., 2008), mientras que un estudio realizado en la Maternidad Isidro Ayora de la Ciudad de Quito, estimó una prevalencia de depresión posparto en adolescentes de un 23,2 por ciento (Almeida, 2013).

Se han establecido varios factores de riesgo para la depresión posparto, entre los que se puede mencionar antecedente de haber presentado depresión, historia de abuso sexual, madres adolescentes en la que se presentó una prevalencia del 23 por ciento en un estudio

realizado en Ecuador (Almeida, 2013), embarazo no planificado (7), falta de soporte familiar (OR 4,7 IC 95%  $p < 0,0001$ ), mala situación económica (OR 9,7 IC 95%  $p < 0,0001$ ), no haber alimentado al recién nacido con lactancia materna, entre otros (Sierra Manzano et al., 2002) (Wisner et al., 2002). De estos factores de riesgo en el presente estudio se ha escogido el estrés materno, disfunción familiar, porque en revisiones sistemáticas se ha demostrado que estos factores son los que han tenido una mayor fuerza de asociación con depresión posparto (Milgrom et al., 2008).

La edad materna avanzada que comprende embarazos en mujeres mayores de 35 años de edad, se ha convertido en un problema de salud pública ya que durante la última década se ha presentado una elevación significativa de embarazos en mujeres a esta edad en países desarrollados y que se puede extrapolar a nuestro medio. Un estudio realizado en Canadá en el año 2014 reportó que la prevalencia de depresión en mujeres que tuvieron un parto recientemente fue significativamente más alta en mujeres de 40 a 44 años que en las mujeres de 30 años de 35 años (OR ajustado 3,72; IC del 95% 2.15 a la 6,41) (Muraca & Joseph, 2014).

La planificación del embarazo es otro de los factores de riesgo para depresión posparto, en una revisión sistemática realizada en Venezuela encontró que en seis estudios en el que el embarazo no planificado demostró una asociación con la presencia de síntomas depresivos durante el puerperio en un análisis bivariable. (Urdaneta M et al., 2011)

La depresión posparto y cortisol en seis estudios (Handley et al., 1977) han informado de una relación positiva significativa entre la depresión posparto o síntomas depresivos y el cortisol. Específicamente, las concentraciones superiores de cortisol se han asociado con síntomas depresivos a los 4 - 6 días posparto.

En un estudio realizado en 1992 por Okano también reportaron que las concentraciones de cortisol fueron significativamente más altas en las mujeres que experimentan Baby Blues a los 3 y 4 días después del parto. Sin embargo, en 3 y 4 días después del parto, los niveles séricos

de cortisol en los controles comenzaron a disminuir, mientras que el cortisol en el grupo de depresión posparto continuó incrementando. En general, estos resultados sugieren que el cortisol es mayor en las mujeres que experimentan síntomas depresivos 1 a 6 días después del parto (Seth et al., 2016).

Otro de los más importantes factores asociados con la depresión posparto, es el soporte y la funcionalidad familiar, ya que el riesgo de que se presente es catorce veces más probable si la madre no tiene soporte familiar y si viven en un entorno familiar disfuncional (Lancaster et al., 2010b). Esta relación ha sido tema de estudio de varios investigadores, en la que se ha identificado a la falta de soporte familiar como un factor de riesgo considerable para presentar depresión posparto (Urdaneta M et al., 2011). Es así como un el estudio realizado en Venezuela (Urdaneta M et al., 2011) demostró un riesgo significativo de presentar depresión posparto si la madre no disponía del apoyo de su pareja (OR 14,28 IC 95%  $p < 0,0001$ ), estableciéndose la falta de soporte afectivo por el padre, como un factor de riesgo considerable.

### **2.3.3. Manifestaciones clínicas**

Las manifestaciones clínicas incluyen cambios en las funciones somáticas tales como, sueño, energía, apetito, peso y libido. Sin embargo, estos síntomas deben ser evaluados en el contexto de expectativas normales para el período posparto (20), en relación a que la prioridad es el cuidado del recién nacido.

La depresión posparto se asocia a eventos adversos tanto para la madre, el recién nacido y la familia. Puede interferir con la unión entre la madre y el infante afectando adversamente el desarrollo del niño, también se evidencia problemas en la relación matrimonial que es a la vez un factor de riesgo y consecuencia de depresión posparto. (21)

Durante los controles pediátricos del recién nacido (22), o durante la primera semana del puerperio, estudios transversales identificaron que la vulnerabilidad para depresión posparto podría aparecer inmediatamente y extenderse hasta 6 semanas posterior a este (23) y se podría predecir el estado de ánimo materno a las 4 a 8 semanas posteriores (3).

#### **2.3.4. Patogénesis**

La patogénesis de la depresión posparto es desconocida, pero puede incluir cambios hormonales, susceptibilidad genética, y acontecimientos mayores de la vida. Cambios hormonales asociados pueden implicar a los estrógenos, progesterona, la hormona tiroidea, testosterona, colesterol, hormona liberadora de corticotropina, y cortisol (17) (18)(19)(Hohlagschwandtner, Husslein, Klier, & Ulm, 2001)(Keshavarzi et al., 2011)(Guintivano, Arad, Gould, Payne, & Kaminsky, 2013):

El estrés juega un papel clave en la aparición y persistencia de la depresión. El cortisol se libera en respuesta al estrés y es un marcador fisiológico clave para la activación de la respuesta de estrés (Lancaster et al., 2010b). Hay un debate considerable en cuanto al papel de cortisol en la depresión en general y, específicamente, durante el embarazo y el puerperio (Lancaster et al., 2010b). El cortisol es una hormona esteroide glucocorticoide, sintetizado a partir de colesterol en la corteza suprarrenal y su liberación se regula a través del sistema hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) (Tsigos & Chrousos, 2002).

##### **2.3.4.1. El estrés y depresión posparto**

Típicamente, en respuesta a la apreciación cognitiva de factores estresantes significativos (que puede ser reales o imaginarios), la hormona liberadora de corticotropina (CRH) se produce en el núcleo paraventricular del hipotálamo y se libera en la glándula pituitaria. La CRH a su vez estimula la liberación de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) en la glándula pituitaria anterior, que posteriormente se traslada a la corteza suprarrenal liberando una serie

de glucocorticoides, como el cortisol en humanos. El eje Hipotálamo Hipófisis Adrenal (HPA) opera en un bucle de retroalimentación negativa en la que la liberación de cortisol regresa a regiones del cerebro del hipotálamo y del hipocampo que desencadenan el cese de la liberación de CRH. (Tsigos & Chrousos, 2002)

En las primeras fases de un factor de estrés, el cortisol promueve una respuesta adaptativa al motivar comportamientos que tienen alto valor de supervivencia, tales como el estado de alerta, la vigilancia, la excitación y la atención. En fases posteriores de la respuesta al estrés, los receptores de glucocorticoides (GR) median la terminación de la respuesta, suprimen la información que no está relacionada con el factor estresante inicial, y promueven la recuperación a través de la movilización de fuentes de energía (Buist, 2006).

Por lo tanto, cuando la secreción de cortisol es suficientemente alta, la salida de CRH se reduce, lo que, a su vez, reduce los niveles de ACTH y cortisol adrenal (de Kloet et al., 2005). Es así como la respuesta al estrés, puede causar hipercortisolemia (un exceso de excreción de CRH y cortisol), según el estudio realizado por S. Seth y colaboradores publicado en el año 2016 en el que se sugiere que este exceso de secreción de cortisol aumenta la vulnerabilidad a la depresión (Seth et al., 2016). Esto permitiría explicar interrogantes tales como por qué una mujer que tiene dificultades de pareja o trastornos del sueño durante el puerperio, aumenta su riesgo de desarrollar trastornos del ánimo, como lo menciona A. Buist en su revisión bibliográfica. (Buist, 2006)

#### **2.3.4.2. Cortisol y el embarazo**

Hay un aumento continuo de la concentración en plasma de la hormona cortisol alrededor de las 40 semanas de embarazo, seguido por una caída drástica en el parto. Los estrógenos, progesterona, testosterona, hormona liberadora de corticotropina (CRH) y cortisol siguen este patrón de modificaciones plasmáticas (Skalkidou et al., 2012)

El continuo aumento de las hormonas esteroides conlleva a un desequilibrio de los sistemas de retroalimentación negativa regulares. La unidad feto placentaria, que produce grandes cantidades de estrógenos, progesterona y CRH, entre numerosas otras sustancias, provocar en finalmente su propia secreción. En lugar de la retroalimentación negativa que el cortisol tiene sobre la producción de CRH hipotalámica, el cortisol tiene una acción positiva sobre la producción placentaria de CRH. Es importante destacar que una cantidad sustancial de cortisol es producido por la glándula suprarrenal fetal durante la última semana de gestación, probablemente como una señal para la maduración de órganos del feto, así como para la sincronización del parto. Se cree que los niveles elevados de CRH placentaria se correlacionan con el parto prematuro, pero también el comienzo del trabajo de parto en embarazos a término (Skalkidou et al., 2012)

Durante el tercer trimestre, los niveles de cortisol materno alcanzan aproximadamente tres veces su valor normal que el de mujeres no embarazadas. Mientras que los niveles basales de CRH, ACTH y cortisol son elevados, las reacciones a los estímulos estresantes a nivel del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) se mantienen al final del embarazo. Por otra parte, mientras que los niveles basales de cortisol vuelven a la normalidad dentro de un par de días después del parto, una respuesta menor del eje HPA se rezaga en mujeres que amamantan (Skalkidou et al., 2012).

Además el eje HPA, los cambios hormonales del embarazo y el parto también afecta de una manera similar a otro sistema de estrés importante, el sistema nervioso simpático (SNS) (Skalkidou et al., 2012) .

#### **2.3.4.3. Función tiroidea**

El eje tiroideo también se ve afectado por el embarazo los efectos de la gonadotropina coriónica en la glándula tiroides pueden constituir un área de vulnerabilidad biológica para la

depresión durante el embarazo o después del parto. Existen elevaciones de la hormona estimulante de la tiroides que indican hipotiroidismo (McCoy et al., 2008) y elevaciones de la T4 que sería consistente con el hipertiroidismo subclínico. (Basraon & Costantine, 2011)

Algunos trabajos también muestran que los anticuerpos tiroideos son un factor de riesgo para síntomas en el embarazo y después del parto. (Basraon & Costantine, 2011)

Se debe evaluar la función tiroidea mujeres embarazadas y puerperales con trastornos depresivos porque esto puede indicar disfunción tiroidea y pueden ayudar en el tratamiento de la depresión. Sin embargo, no está claro que las anomalías en tiroideos expliquen casos de trastornos depresivos perinatales (Basraon & Costantine, 2011)

La melatonina es una hormona sintetizada a partir de la serotonina la cual ha demostrado ser la mejor técnica para determinar el ritmo circadiano de la secreción hormonal ya que es regulada por el marcapasos circadiano hipotalámico (Skalkidou et al., 2012)

En un estudio realizado por Perry y colaboradores demostraron (Skalkidou et al., 2012) que las mujeres embarazadas con trastorno depresivo tenían niveles disminuidos de melatonina y mujeres posparto con trastorno depresivo mayor tenían niveles mayores de melatonina en comparación con pacientes no deprimidas. Estos resultados son consistentes con trabajos anteriores de este grupo que mostraron un efecto beneficioso de la privación de sueño críticamente cronometrada sobre los síntomas del estado de ánimo en las mujeres posparto con depresión.

#### **2.3.4.4. Estudios genéticos**

Investigaciones sobre la relación familiar y hereditaria de la depresión posparto identificó mecanismos genéticos para explicar la enfermedad como los polimorfismos en el gen del transportador de serotonina (5HTTLPR) que conduce a la expresión baja de esta molécula.

Alta expresión de este gen está vinculada con síntomas depresivos, particularmente cuando el precursor de serotonina, triptófano, está relativamente agotado. El período posparto es un momento en que el triptófano está relativamente agotado con una asociación alta de expresión de polimorfismos (Skalkidou et al., 2012)

#### **2.3.4.5. Depresión posparto y soporte familiar**

Otro de los más importantes factores asociados con la depresión posparto, es el soporte y la funcionalidad familiar, ya que el riesgo de que se presente es catorce veces más probable si la madre no tiene soporte familiar y si viven en un entorno familiar disfuncional (Lancaster et al., 2010b). Es así como un estudio realizado en Venezuela (Urdaneta M et al., 2011) demostró un riesgo significativo de presentar depresión posparto si la madre no disponía del apoyo de su pareja ( $p < 0,0001$ ), estableciéndose la falta de soporte afectivo por el padre, como un factor de riesgo considerable.

El soporte y la funcionalidad familiar ha sido tema de estudio de varios investigadores, en la que se ha identificado a la falta de soporte familiar como un factor de riesgo considerable para presentar depresión posparto (5), además un estudio demostró un riesgo significativo de presentar depresión posparto si la madre no disponía del apoyo de su pareja (OR 14,28 IC 95%  $p < 0,0001$ ).

#### **2.3.5. 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 del paciente con riesgo de manera más precisa y en un tiempo más corto, optimizando la atención para más puérperas en la atención primaria y permitiendo la identificación de aquellas madres que requieran una atención más especializada (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987b). Entre esos métodos se han desarrollado algunas escalas o instrumentos de tamizaje (Boyd, Le, &

Somberg, 2005); para este estudio se escogió la escala de Edimburg, la misma que se creó como un test de tamizaje para la detección temprana de la depresión posparto en la atención primaria de salud. Esta fue elaborada en los centros de salud en Livingston y Edimburgo en el año 1987 por los investigadores J.L. Cox, J.M Holden y R. Sagovsky(Cox et al., 1987b). La diseñaron el objetivo de que sea , fácil de completar, socialmente aceptada y sencilla de utilizar; es decir, que no requiera a un psiquiatra para su implementación, que sea válida, confiable y tenga una buena sensibilidad para identificar los cambios en la severidad de la sintomatología a lo largo del tiempo (Cox et al., 1987a). En varios estudios se destaca la validación y la reproducción de este instrumento.(Boyd et al., 2005)

En la actualidad es considerada la herramienta de tamizaje de más amplio uso para la detección temprana de depresión posparto. Ha sido traducida a múltiples idiomas y es utilizada como “prueba de oro” para la detección de esta enfermedad(Jadresic , Araya2, & Jara, 1995).

Esta encuesta, consiste en un cuestionario auto aplicado de diez preguntas. Las respuestas están valoradas entre 0-3 puntos según la gravedad de los síntomas. Las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se realiza con valoración en sentido invertido(Cox et al., 1987a). Sus ítems se agrupan en torno a la tristeza y la ansiedad: cinco de ellos se relacionan con disforia, dos con ansiedad, uno con sentimiento de culpa, uno con ideas suicidas y uno con dificultades de concentración muy semejante a los criterios utilizados en el DSM V para la detección de depresión en paciente no púerperas(Fallis, 2013).Este instrumento ha sido validado en múltiples estudios como lo indica Jadresic y cols. en un estudio realizado en Chile y publicado en el 2009 (Jadresic ’ et al., 1995)

De forma general se ha aceptado que la EPDS tiene una sensibilidad del 76,6% y una especificidad del 92,5% para la depresión posparto. El tiempo de aplicación de esta herramienta, se estima se la realiza en cinco minutos. Se recomienda utilizarla entre las cuatro

a ocho semanas posparto siendo este el periodo de mayor incidencia de la patología. El puntaje varía de 0 a 30 puntos. (Cox et al., 1987a)

Para este estudio se utilizará la escala desarrollada por los autores y utilizada en el estudio con los siguientes puntos de corte:

Según los resultados obtenidos se puede clasificar a las puérperas en tres grupos:

- EPDS igual o mayor a 13: probable depresión posparto (Yawn et al., 2012).

### 2.3.6. Diagnóstico de depresión posparto

Los criterios diagnósticos de depresión posparto son los mismos criterios que se utilizan para diagnosticar la depresión mayor no puerperal (Fallis, 2013).

**Tabla 1: Criterios de Diagnostico de trastorno depresivo mayor DSM-5**

<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <p>(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.</p> <p>(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)</p> <p>(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</p> <p>(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</p> <p>(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p>
<p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p>
<p>E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.</p>

**Fuente:** American Psychological Association. DSM-5(Fallis, 2013)

Sin embargo, la depresión posparto no es un diagnóstico independiente de diagnóstico de la American Psychiatric Association and Statistical Manual, quinta edición (DSM-V);, los pacientes son diagnosticados con depresión mayor junto con la especificación "con inicio periparto" para los episodios que se presentan dentro de las cuatro semanas después del parto(Fallis, 2013).

### **2.3.7. Diagnóstico diferencial**

El diagnóstico diferencial de la depresión posparto incluye cambios normales relacionados con el post-parto, el Baby Blues y la depresión bipolar, así como otros trastornos psiquiátricos. Analizar los diagnósticos diferenciales pueden prevenir un tratamiento inadecuado.(Yonkers, Vigod, & Ross, 2012)

Los síntomas somáticos de la depresión mayor como cambios en el sueño, nivel de energía y el apetito superponen a los cambios observados en mujeres después del parto que no están deprimidas. Durante la anamnesis en la consulta externa nosotros los médicos podemos determinar si los problemas con el sueño, la energía y el apetito se deben a la depresión o a los cambios normales relacionados puerperales mediante la evaluación de estos síntomas en el contexto de las expectativas normales para el puerperio (Buist, 2006).

#### **2.3.7.1. Baby Blues (por su nombre en inglés)**

Pueden aparecer síntomas depresivos tales como disforia, insomnio, fatiga, problemas de concentración. Además, los síntomas del Baby Blues son leves y auto-limitados. Los síntomas se desarrollan dentro de dos a tres días del parto, y se resuelven dentro de las dos semanas siguientes. Por el contrario, el diagnóstico de la depresión mayor requiere un mínimo de cinco síntomas que deben estar presentes durante al menos dos semanas. Los síntomas de la Baby

Blues que persisten más allá de dos semanas debe ser vistos como la depresión posparto(Wisner et al., 2013).

### **2.3.7.2. Depresión bipolar**

La depresión posparto puede representarse como depresión bipolar en lugar de la depresión unipolar. La depresión bipolar se caracteriza por una historia pasada de hipomanía y / o manía. Además, la ansiedad puede ser más frecuente en la depresión bipolar. En un estudio prospectivo de mujeres diagnosticadas con síntomas depresivos después del parto el 26 % tuvieron depresión bipolar (Wisner et al., 2013).

Depresión menor unipolar se diagnostica en pacientes con dos a cuatro síntomas depresivos que duran por un período de al menos dos semanas, y sin antecedentes de manía o hipomanía(Fallis, 2013).

## **2.4. FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

La Funcionalidad familiar es una las variables de estudio que se decidió aplicar por la gran importancia mencionado en párrafos anteriores por los investigadores. Se sustenta en varios estudios como un factor de riesgo importante para la presentación de depresión posparto, por lo que es pertinente tratar este tema(Lancaster et al., 2010a).

Al hablar de funcionalidad familiar los investigadores se refieren al equilibrio que deben existir en la familia entre sus diferentes componentes; lo que constituye un sistema, y que debe tener una adaptabilidad a los cambios de roles que ocurren durante el ciclo vital familiar(Valencia, 2010).

### **2.4.1. 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(Aguilera Garcia Luis, 2012).

La Familia es una realidad compleja, tanto por el número de miembros que la integran y la riqueza de las relaciones que establecen(Aguilera Garcia Luis, 2012). 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 (Aguilera Garcia Luis, 2012).

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(Armas, 2007).

### **2.4.2. 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(Aguilera Garcia Luis, 2012)

### **2.4.3. 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 (52).

### **2.4.4. 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(Armas, 2007).

### **2.4.5. 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(Aguilera Garcia Luis, 2012)

### **2.4.6. 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 (Armas, 2007).

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 (Armas, 2007).

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(Armas, 2007).

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(Ministerio de Salud Pública, 2012).

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 (Armas, 2007).

#### **2.4.7. 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(Aguilera Garcia Luis, 2012).

#### **2.4.8. 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 (Aguilera Garcia Luis, 2012; Armas, 2007). Y los padres deben compartir de manera flexible la jerarquía más alta.

#### **2.4.9. 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(Aguilera Garcia Luis, 2012; Armas, 2007).

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 (Aguilera Garcia Luis, 2012). La evaluación de la familia requiere de un enfoque multidisciplinario y de la realización de mayor numero de investigaciones para poder determinar qué factores son los que se pueden prevenir y trabajar para mantener la funcionalidad familiar (Orpinas, Rico, & Martinez, 2013).

#### **2.4.10. Indicador de evaluación de función familiar**

El Indicador de Evaluación Familiar McMaster (FAD), desarrollado originalmente por Epstein et al. (1983), mide diferentes aspectos del funcionamiento familiar. Consta de siete subescalas. Aarons et al. (2007) aplicaron el FAD con una muestra de hispanos residentes en

los Estados Unidos. Barroilhet et al. (2009) tradujeron y adaptaron el FAD a una muestra de España.

Consta de un total de 60 preguntas, mide diferentes aspectos del funcionamiento familiar y consta de siete subescalas: Solución de problemas: 6 preguntas (2, 12, 24, 38, 50, 60), Comunicación: 9 preguntas (3, 14, 18, 22, 29, 35, 43, 52, 59), Respuesta Afectiva: 6 preguntas (9, 19, 28, 39, 49, 57), Roles: 11 preguntas (4, 8, 10, 15, 23, 30, 34, 40, 46, 53, 58), Compromiso Afectivo: 7 preguntas (5, 13, 25, 33, 37, 42, 54), Control Conductual: 9 preguntas (7, 17, 20, 27, 32, 44, 47, 48, 55), Funcionamiento General: 12 preguntas (1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 45, 51, 56)

Puede emplearse individual o a toda la familia en su conjunto, se pueden incluir a personas 12 años en adelante y dura aproximadamente 15 a 20 min.

Para las respuestas se utiliza el formato Likert, de la siguiente manera:

1 = completamente de acuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = en desacuerdo, 4 = completamente en desacuerdo.

La calificación de las subescalas se calcula por el promedio entre la puntuación obtenida y el número de ítems que posee cada subescala. Puntuaciones más bajas reflejan un mejor funcionamiento familiar; la puntuación total e interpretación se realiza tomando en cuenta las siguientes equivalencias de 1 a 1.90 funcional; de 2 a 2.40 medianamente funcional; de 2.50 a 3 medianamente disfuncional; de 3.10 a 3.90 disfuncional (Ryan, Epstein, Keitner, Miller, & Bishop, 2009)

Algunas de las preguntas deben ser redactadas en las palabras que mejor sean comprendidas por el encuestado según el medio donde se encuentre. Las preguntas que tengan un componente negativo, se marca con un asterisco y significa que se debe utilizar una constante para su

resultado. Cinco es el valor de la constante y a este valor se debe restar el valor de la respuesta del encuestado y así se obtendrá el valor real a esa pregunta, en total son 28 preguntas las que necesitan esta operación especial(Ryan et al., 2009).

De esta clasificación de subescalas saldrán 4 tipos de familias las mismas que se denominarán como(Valencia, 2010):

- Familia funcional se caracteriza por un funcionamiento y una comunicación familiar altamente satisfactoria.
- Familia medianamente funcional se caracterizan por una escasa tolerancia y vinculación familiar, aunque la comunicación con los integrantes es positiva y sin graves problemas.
- Familia medianamente disfuncional se caracteriza por una adecuada tolerancia y vinculación emocional, pero con una comunicación familiar conflictiva.
- Familia disfuncional que tiene una escasa vinculación y tolerancia a los cambios que presenta la familia con una comunicación problemática.

### **3. CAPÍTULO III**

#### **3.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existe asociación entre la depresión posparto y este con el estrés materno medida a través de cortisol y su relación con la disfunción familiar en las madres admitidas en la maternidad de corta estancia del centro de salud de Conocoto y el Hospital San Francisco de Quito, entre los meses de septiembre a diciembre del 2016?

#### **3.2. OBJETIVOS**

##### **3.2.1. Objetivo general:**

Establecer la prevalencia de depresión posparto y su asociación con el estrés materno medido a través de cortisol sérico y su relación con el nivel de disfunción familiar en mujeres que cursan el puerperio, admitidas en la maternidad de corta estancia del Centro de Salud de Conocoto y el Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito, entre los meses de septiembre y diciembre del 2016.

##### **3.2.2. Objetivos específicos:**

1. Establecer la prevalencia de depresión posparto a través de la Escala de Edimburg en mujeres en puerperio inmediato, atendidas en la maternidad de corta estancia del Centro de Salud de Conocoto y del Hospital San Francisco de Quito, en el tercer trimestre del 2016.
2. Identificar el nivel de funcionalidad familiar utilizando el test FAD Mc Master en el grupo de mujeres en puerperio inmediato del estudio.
3. Establecer la asociación entre la depresión posparto con el nivel de funcionalidad familiar en el grupo de mujeres en puerperio inmediato que participaron en el estudio.

4. Establecer los valores de cortisol, el promedio y la desviación estándar obtenidas en el grupo de madres del estudio.
5. Identificar la prevalencia de estrés materno a través de valores de cortisol y su asociación con la depresión posparto.
6. Determinar las características sociodemográficas y gineceo-obstétricas de las mujeres participantes.

### **3.3. HIPÓTESIS**

Las mujeres en puerperio inmediato con presencia de estrés y depresión presentan valores altos de cortisol sérico y un nivel de disfuncionalidad familiar mayor que aquellas mujeres que no presentan estas condiciones.

## **4. CAPÍTULO IV**

### **4.1. METODOLOGÍA**

#### **4.1.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

##### **4.1.1.1. Variable Dependiente**

Depresión posparto

##### **4.1.1.2. Variables Independientes**

Estrés Materno

Disfunción familiar

**Tabla 2: Variables socio demográficas**

<i>Variable</i>	<i>Definición</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala</i>	<i>Medida estadística</i>
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona	18 años o mas	Edad en años	Cualitativa continua	18-24 25-29 30-34 35-mas
Parroquia de residencia	Ubicación geográfica de la residencia de una persona en la división política de la ciudad	Parroquia rural Parroquias urbanas	Lugar de residencia	Cualitativa	Urbano Rural
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Estado civil	Reporte verbal de la paciente	Cualitativa	Soltera Casada Divorciada Unión libre
Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso	Alfabeta. Analfabeta	Niveles de instrucción culminados o en curso	Cualitativa	Primaria Secundaria Universitaria
Estado laboral	Condición laboral de la paciente	Empleada o desempleada	Tipo de condición laboral	Cualitativa	Empleada Desempleada
Controles prenatales	Número de controles prenatales recibidos por la paciente en el periodo anterior al parto.	Número de controles prenatales	Controles prenatales	Cualitativa	<5 5 >5

Trimestre del 1er control prenatal	Trimestre del primos control prenatal	Trimestre del primer control prenatal	Momento del 1er control prenatal	Cualitativa	1er trimestre 2do trimestre 3er trimestre
------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	-------------	---

**FUENTE:** Elaborada por los autores

**Tabla3: Variables biológicas y Psicosociales**

<i>Variable</i>	<i>Definición</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala</i>	<i>Medida estadística</i>
<b>Depresión posparto</b>	Presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto	Escala para la depresión posparto de Edimburgo	No probabilidad de depresión 10	Cuantitativa >13: riesgo elevado de depresión posparto <13 riesgo bajo de depresión posparto	%
<b>Estrés materno</b>	Niveles elevados de cortisol	Cortisol	Nivel de Cortisol	Cuantitativa Estrés=>25 mcg /dl No estrés <25 mcg /dl	Porcentaje
<b>Disfunción familiar</b>	Mantenimiento de un deficiente funcionamiento en la familia a través del tiempo, un quebrantamiento de las funciones culturalmente establecida, el desempeño de roles complementarios anómalos, una carencia trastoque, alteración.	McMaster	Nivel de Funcionalidad Familiar	Promedio de las escalas Funcional	1.Porcentaje por cada nivel medido  2.

**FUENTE:** Elaborada por los autores

#### **4.2. Tipo de proyecto**

El trabajo presentado representa un proyecto de investigación con fines de enseñanza y documentación. Tiene como finalidad obtener información médica adecuada que de forma posterior pueda ser implementada en diversos procesos de intervención médica y diagnóstico para la patología estudiada.

#### **4.3. Diseño del estudio realizado**

El diseño del presente trabajo de titulación, corresponde a un estudio Observacional Analítico de Asociación para establecer la posible relación entre la depresión posparto y el estrés materno medido a través niveles altos de cortisol sérico que a su vez se asocia al nivel de funcionalidad familiar de las participantes.

#### **4.4. Período y lugar donde se llevó a cabo la investigación**

El presente estudio se llevó a cabo durante los meses de septiembre a diciembre del 2016 en el Hospital San Francisco de Quito ubicado en el norte de la ciudad y perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Centro de Salud de Conocoto, ubicado en el Valle de los Chillos perteneciente al Ministerio de Salud Pública.

#### **4.5. Universo y muestra**

Durante el año 2015 en el Centro de Salud de Conocoto se atendieron un total de 644 partos, mientras que en el Centro Obstétrico del Hospital San Francisco se atendieron un total de 1237 partos, con un total de atenciones entre las dos unidades de 1881 partos, población considerada como el universo de estudio para la presente investigación.

Para el cálculo de la muestra se consideró la población universo (N) a los 1881 partos atendidos en el año 2015, en las dos instituciones seleccionadas. La prevalencia estimada fue del 15 % de mujeres en el periodo puerperal según los resultados de un estudio realizado en Australia entre los años 2002 y 2005 (Plant et al., 2015)(Milgrom et al., 2008).

#### 4.6. Cálculo de la muestra:

**Tabla 4: Los criterios muestrales utilizados fueron los siguientes:**

Universo de estudio (N)	1881
Nivel de confianza o seguridad (1-alfa)	95%
Precisión máxima permitido	5%
Prevalencia esperada	15%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	178

**Tabla 5: Tamaño de la muestra ajustado a pérdidas**

#### TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS

Proporción esperada a pérdidas (R)	5%
Muestra ajustada a las pérdidas	187

El tamaño de la muestra calculada fue de **n= 187** mujeres en puerperio inmediato.

El cálculo de la muestra, se lo realizó en el paquete estadístico EPIDAT de la Organización Panamericana de la Salud y de la Xunta de Galicia, versión 3.1 del año 2007 de distribución gratuita.

#### 4.7. Criterios de inclusión

1. Madres mayores de 18 años, admitidas en la maternidad de corta estancia del Centro de Salud de Conocoto y el Hospital San Francisco de Quito.
2. Madres que se encuentren en las 12- 24 primeras horas del posparto
3. Madres que quieran formar parte del estudio previa explicación y firma del consentimiento informado.

#### **4.8. Criterios de exclusión**

1. Madres adolescentes.
2. Antecedentes de síntomas depresivos o problemas de salud mental antes del embarazo
3. Pacientes con enfermedad psiquiátrica previa, diferente a depresión.
4. Madres con consumo activo o pasivo de sustancias psicotrópicas como: alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y/o sus derivados o medicamentos psicotrópicos sin prescripción médica.
5. Paciente con antecedentes de enfermedades endocrinológicas
6. Madres sometidas a procedimientos quirúrgicos antes o después del parto
7. Madres sometidas a cesárea
8. Madres con complicaciones posparto

#### **4.9. Métodos y técnicas**

La evaluación de la depresión posparto fue medida con la escala de Edinburgh (EPDS), que consiste en un cuestionario de auto aplicación con e 10 ítems, que se aplica en pacientes a las seis semanas después del parto y en el puerperio inmediato (Leung et al., 2011). Este instrumento ha sido validado en algunos estudios y se estima que tiene un valor similar entre el 80 al 90% tanto para la sensibilidad como especificidad (Evins et al., 2000).

La EPDS consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior.

La encuesta se aplica sin dificultad en menos de 5 minutos. Se realizará una entrevista y se formulará las preguntas que se encuentran en el instrumento de recolección. La escala indica el estado de ánimo de la madre durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. Se suman todos los puntos para dar la puntuación total.

Escala: Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

Pautas para la evaluación: A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0), se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento (Dennis, 2004).

La evaluación de la función familiar se utilizó la Test de Evaluación Familiar de McMaster (FAD). Este instrumento mide diferentes aspectos del funcionamiento familiar. Consta de siete sub-escalas (60 ítems en total):

1. Solución de problemas (6 ítems): capacidad de la familia para resolver los problemas;
2. Comunicación (9 ítems): eficacia del intercambio de información;
3. Roles (11 ítems): grado en que la familia ha establecido patrones de comportamiento al tratar de las tareas familiares;
4. Capacidad de respuesta afectiva (6 ítems): capacidad de la familia para responder con las emociones apropiadas;

5. Implicación afectiva (7 ítems): calidad de la implicación de los miembros de la familia entre sí;

6. Control del comportamiento (9 ítems): normas y límites esperados respecto al comportamiento;

7. Funcionamiento general (12 ítems): ésta sub-escala puede usarse de forma independiente y ha mostrado buenas propiedades psicométricas en muestras de familias latinas.

Escala de interpretación del MCMASTER (FAD):

1 = Completamente de acuerdo

2 = De acuerdo

3 = En desacuerdo

4 = Completamente en desacuerdo

Pautas para la evaluación: La calificación de las subescalas se calcula por el promedio entre la puntuación obtenida y el número de ítems que posee cada subescala. Puntuaciones más bajas reflejan un mejor funcionamiento familiar; la puntuación total e interpretación se realiza tomando en cuenta las siguientes equivalencias de 1 a 1.90 funcional; de 2 a 2.40 medianamente funcional; de 2.50 a 3 medianamente disfuncional; de 3.10 a 3.90 disfuncional (Ryan et al., 2009)

Algunas de las preguntas deben ser redactadas en las palabras que mejor sean comprendidas por el encuestado según el medio donde se encuentre. Las preguntas que tengan un componente negativo, se marca con un asterisco y significa que se debe utilizar una constante para su resultado. Cinco es el valor de la constante y a este valor se debe restar el valor de la respuesta

del encuestado y así se obtendrá el valor real a esa pregunta, en total son 28 preguntas las que necesitan esta operación especial (Ryan et al., 2009).

#### **4.10. Técnica para la toma de muestra de cortisol**

La sangre se extrae típicamente de una vena, por lo general de la parte interior del codo o del dorso de la mano. El sitio se limpia con un desinfectante (antiséptico). El médico envuelve una banda elástica alrededor de la parte superior del brazo con el fin de aplicar presión en el área y hacer que la vena se llene de sangre.

Luego, el médico introduce suavemente una aguja en la vena y recoge 10 ml de sangre en un frasco hermético o en un tubo pegado a la aguja. La banda elástica se retira del brazo. Una vez que se ha recogido la muestra de sangre, se retira la aguja y se cubre el sitio de punción para detener cualquier sangrado.

La muestra de sangre fue llevada bajo normas de asepsia y antisepsia al laboratorio clínico del Hospital San Francisco de Quito, para su análisis, a través de un método de Micro Elisa en un equipo Siemens destinado para el objetivo.

#### **4.11. Procedimientos para la recolección de la información**

La muestra de estudio fue levantando a medida que las pacientes ingresaron a los establecimientos de salud y una vez ubicadas a aquellas pacientes que cumplían con los criterios de inclusión del estudio, se les fue explicando el objetivo de la investigación y se procedió a obtener el consentimiento informado, el mismo que fue firmado por cada una de las participantes. Luego se procedió a la toma de la muestra de sangre para luego continuar con la aplicación de los dos instrumentos de investigación.

Durante la hospitalización de las pacientes en los establecimientos de salud en donde se realizó el estudio, se inició con la toma de la muestra de sangre de aproximadamente 10 cc a

través de venopunción. Es importante aclarar que el procedimiento de recolección de la muestra de sangre es un procedimiento mínimamente invasivo y corresponde a un procedimiento de rutina como el utilizado para la biometría hemática. Una vez obtenida esta muestra de sangre, se continuó con la aplicación de los dos instrumentos tanto para medir disfuncionalidad familiar como la depresión pos-parto.

#### **4.12. Plan de análisis**

##### **a) Análisis univariar:**

Para caracterizar la muestra con las variables demográficas y de control y según el tipo de variable (numérica o categórica) se utilizaron frecuencias simples y porcentajes, así como el promedio y su respectiva desviación estándar.

##### **b) Análisis bivariar:**

Para establecer la asociación entre el nivel de estrés y el nivel sérico de cortisol, se utilizó la prueba de asociación de Chi cuadrado y su prueba de significación estadística ( $p < 0,05$ ): que permite comprobar o rechazar la hipótesis de estudio. De manera complementaria al estadístico del Chi- cuadrado. Para esto, se considera que un valor del coeficiente de Pearson igual o menor que 0,05 representa una asociación significativa entre las variables.

Luego se estratificó en dos grupos, aquellas, para establecer una fuerza de asociación entre las variables, Depresión Posparto, Función Familiar y Estrés Materno a través de la prueba de razón de productos cruzados (Odds ratio), con sus respectivos intervalos de confianza y su valor de significación estadística ( $p < 0,05$ ).

#### **4.13. Procesamiento y análisis de los datos**

Para el procesamiento de los datos del estudio y una vez recogida la muestra, se realizó un control de calidad de cada una de las encuestas y se ingresó la información en la base de datos elaborada en el programa Excel de Microsoft Office versión 2010. Luego se procedió a

procesar los datos, según lo establecido en cada uno de los instrumentos utilizados, hasta obtener las escalas de cada uno de ellos; así mismo y luego de recibir los resultados del examen de cortisol, se digitó el resultado correspondiente a cada una de las pacientes. Las pruebas estadísticas bivariales se obtuvieron en el paquete estadístico SPSS, con la licencia de la PUCE.

#### **4.14. Aspectos bioéticos**

Para el estudio realizado previamente la aplicación de los instrumentos de recolección de datos se solicitó a las pacientes la firma voluntaria de un consentimiento informado avalado por el Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Previamente se explicó en qué consistía la participación y como sería el proceso a seguir a lo largo de la investigación. Finalmente, se entregó a las participantes el documento explicativo del consentimiento informado, elaborado en base al formato propuesto por la OMS.

El estudio consistió en la aplicación de un formulario de tipo encuesta y de la recolección de una muestra de sangre para el procesamiento del cortisol sérico, no se considera una prueba invasiva y los riesgos relacionados a la venopunción fueron explicados previamente a la paciente

La información recolectada por los autores en esta investigación fue totalmente confidencial y únicamente con objetivos académicos, garantizando de esta manera la integridad, privacidad y autonomía de las pacientes participantes del estudio.

Se obtuvo las respectivas autorizaciones y permisos por parte de la unidad de salud que participaron en el proyecto, como de la Dirección Médica y el departamento de Investigación y Docencia del Hospital San Francisco y de la Dirección General del Centro de Salud de Conocoto.

## 5. CAPÍTULO V

### 5.1. RESULTADOS

#### 5.1.1. Caracterización de la muestra:

La muestra del estudio estuvo constituida por 187 paciente, según lo calculado para la muestra, de las cuales finalizaron el estudio 182 pacientes, pues 5 de ellas decidieron no participar, lo que representó una pérdida del 2,7 % del total; situación que se había previsto en el cálculo muestral.

Las pacientes fueron seleccionadas en el puerperio inmediato, después de 12 horas del parto, en los establecimientos de salud del Hospital San Francisco de Quito y el Centro de Salud de Conocoto; las pacientes cumplieron con la norma de alojamiento conjunto por lo que se encontraban acompañadas por sus hijos durante la recolección de la muestra.

En la tabla 1, se puede observar las variables socio-demográficas de la muestra, de ella se destaca los siguientes resultados: la edad de las mujeres participantes, tuvo un rango de entre 18 a 42 años de edad, con un promedio de 28,23 años de edad ( $DE \pm 5,5$  años); a las cuales se las clasificó en cuatro grupos etáreos. El grupo más frecuente fue el de 25 a 29 años de edad, con un porcentaje del 35,2% ( $n= 64$ ), del total de la muestra.

Con respecto a la parroquia de residencia, el 75,3% provinieron de parroquias rurales del Distrito Metropolitano de Quito. Según el Estado Civil de las mujeres del estudio, la mayoría se encuentran Casadas o en Unión Libre, con el 36,8 ( $n=67$ ) % y 31,9% ( $n=58$ ) respectivamente; por otro lado, el 53,8% ( $n=98$ ) han cursado el bachillerato. El estado laboral de las paciente se estableció en dos grupos, las mujeres que trabajan con el 64,3% y aquellas que no tienen ninguna relación laboral con el 35,71 %. Por último, el 84,1% ( $n= 153$ ) de las participantes indicaron haber tenido más de cinco controles prenatales; de igual manera un alto porcentaje, 81,3% ( $n=148$ ) mencionó haber iniciado los controles prenatales en el primer trimestre de embarazo.

**Tabla 6: Caracterización de la muestra según variables socio demográficas, en mujeres en puerperio inmediato del Hospital San Francisco y CS Conocoto. Septiembre a diciembre del 2016.**

VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje	
Grupo etario	18-24	46	25,3
	25-29	64	35,2
	30-34	41	22,5
	35-Mas	31	17
	Total	182	100
Promedio de edad 28,23 DE± 5, 5 años			
Parroquia de residencia	Urbano	45	24,7
	Rural	137	75,3
	Total	182	100
Estado civil	Soltera	52	28,6
	Casada	67	36,8
	Divorciada	5	2,7
	Unión Libre	58	31,9
	Total	182	100
Nivel de instrucción	Primaria	28	15,4
	Secundaria	98	53,8
	Universitaria	56	30,8
	Total	182	100
Estado laboral	Empleada	117	64,3
	Desempleada	65	35,7
	Total	182	100

Elaborado por: Teresa Aumala V, Daniel Vergara P.

Para hacer referencia a los antecedentes obstetricos se consideraron algunas variables. Dentro de los antecedentes referentes a la paridad, la media de embarazos anteriores fue 2,41 con una desviacion estandar de 1,3 embarazos , de estas pacientes el número de partos tuvo una media de 2,12 desviacion estanda de 1,058 , antecedente de abortos con una media de 0.2 y una desviacion estadar de 0,49 , antecedentes de embarazo ectopico media de 0,04 con una desviacion estandar de 0,2 y ninguna tuvo antecedentes de cesareas.

Todas las pacientes tuvieron un parto normal a término, con una media de edad gestacional para el momento del parto de 39 semanas de gestacion desviacion estandar de 1,2 .

**Tabla7: Antecedentes gineco-obstetricos , en mujeres en puerperio inmediato del Hospital San Francisco y CS Conocoto. Septiembre a diciembre del 2016.**

Variable	Media	DE
Gestas	2,4	1,3
Partos	2,1	1,1
Abortos	0,2	0,5
Embarazo ectópico	0,0	0,2
Edad gestacional*	39,0	1,2

\*Edad Gestacional al momento del parto.

Elaborado por: Teresa Aumala V, Daniel Vergara P.

Se hace notar que la mayoría de las pacietnes tuvieron un óptimo número de controles prenatales que representaron el 84.07% , minimo requerido de controles prenatales fueron el 9.89 % y el 6.04% tubieron insuficiente número de controles prenatales.

**Tabla 8: Controles prenatales , en mujeres en puerperio inmediato del Hospital San Francisco y CS Conocoto. Septiembre a diciembre del 2016.**

VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje
CONTROLES PRENATALES	<5	6
	5	9,9
	>5	84,1
	Total	100
TRIMESTRE DEL 1ER CONTROL PRENATAL	PRIMER TRIMESTRE	81,3
	SEGUNDO TRIMESTRE	17
	TERCER TRIMESTRE	1,6
	Total	100

Elaborado por: Teresa Aumala V, Daniel Vergara P.

Otro de los objetivos del estudio fue el establecer la Depresión Posparto, los resultados obtenidos luego de haber aplicado el Test de Depresion Posparto de Edimburg, estableció una prevalencia del 18.13 % .

**Tabla 9: Depresión posparto en mujeres en puerperio inmediato del Hospital San Francisco y CS Conocoto. Septiembre a diciembre del 2016.**

		Frecuencia	Porcentaje
DEPRESIÓN POSPARTO	NEGATIVO	149	81,9
	POSITIVO	33	18,1
	Total	182	100

Elaborado por: Teresa Aumala V, Daniel Vergara P.

Con respecto a la Funcionalidad familiar evaluada con la escala FAD McMaster, la mayor parte de las mujeres entrevistadas se ubicaron dentro de la categoría de familias “medianamente funcionales” con el 52,2% (n=95), seguida por el grupo de “medianamente disfuncionales” con el 31,9% (n=58); cabe señalar que en el grupo de estudio no se identificó familias completamente disfuncionales.

**Tabla 10: Nivel de Funcionalidad Familiar -FAD Mc Master, en mujeres en puerperio inmediato del Hospital San Francisco y CS Conocoto. Septiembre a diciembre del 2016**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	29	15,9
Medianamente Funcional	95	52,2
Medianamente Disfuncional	58	31,9
TOTAL	182	100

Elaborado por: Teresa Aumala V, Daniel Vergara P.

Con respecto a las Dimensiones de la Funcionalidad Familiar, la categoría en la cual se ubicaron con mayor frecuencia las familias de las participantes fue la de Medianamente Funcional; en el grafico 1 se observan estos resultados, en donde la categoría de **Solución de Problemas**, las familias Medianamente Funcionales (MF) alcanzaron el 45,1% (n=82), al igual que en la dimensión de **Comunicación Familiar** con el 52,2% (n=95) y en la dimensión de **Roles** con el 44,5 % (n=81). En la dimensión del **Involucramiento Afectivo**, las familias Medianamente Funcionales fueron el 39,6% (n=71 ), seguida de la categoría Funcional con el 33,5% (n=61).

Solo la dimensión de Respuesta Afectiva, obtuvo el mayor porcentaje de familias “**Medianamente Disfuncionales**, con el 39,6% (n=72). Por último con respecto a la **Funcionalidad General**, el 43,3% (n=79) de las participantes indicaron pertenecer a familias Medianamente Funcionales.

**Tabla 11: FAD McMaster resultados por Dimensiones en mujeres en puerperio inmediato del Hospital San Francisco y CS Conocoto. Septiembre a diciembre del 2016.**

		Frecuencia	Porcentaje
SOLUCION DE PROBLEMAS	Funcional	65	35,7
	Medianamente Funcional	82	45,1
	Medianamente Disfuncional	33	18,1
	Disfuncional	2	1,1
	Total	182	100
COMUNICACIÓN	Funcional	28	15,4
	Medianamente Funcional	95	52,2
	Medianamente Disfuncional	57	31,3
	Disfuncional	2	1,1
	Total	182	100
REPUESTA AFECTIVA	Funcional	39	21,4
	Medianamente Funcional	63	34,6
	Medianamente Disfuncional	72	39,6
	Disfuncional	8	4,4
	Total	182	100
ROLES	Funcional	38	20,9
	Medianamente Funcional	81	44,5
	Medianamente Disfuncional	63	34,6
	Disfuncional	63	34,6
	Total	182	100
INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO	Funcional	61	33,5
	Medianamente Funcional	71	39
	Medianamente Disfuncional	32	17,6
	Disfuncional	18	9,9
	Total	182	100
CONTROL DE COMPORTAMIENTO	Funcional	19	10,4
	Medianamente Funcional	84	46,2
	Medianamente Disfuncional	72	39,6
	Disfuncional	7	3,8
	Total	182	100
FUNCION GENERAL	Funcional	48	26,4
	Medianamente Funcional	79	43,4

Medianamente Disfuncional	53	29,1
Disfuncional	2	1,1
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

Elaborado por: Teresa Aumala V, Daniel Vergara P.

Para un análisis de riesgo se recategorizaron en dos grupos combinando las categorías de funcionalidad y disfuncionalidad. Como resultado las familias funcionales resultaron en un 68,13% y las familias disfuncionales fueron un 31,87% .

El análisis de asociación de las variables Depresión Posparto y Disfuncion Familiar se evidenció la relación entre estas variables; el valor del Chi cuadrado fue del 12,27 con un valor de  $p > 0,000$  y un OR de 3,83 ( $p > 0,001$ , lo que fue estadísticamente significativo, es decir que la Disfuncionalidad familiar está relacionada con la Depresión posparto; es decir que la DF influye en el estado de presio de la mujer en puerperio .

**Tabla 12: Asociación entre depresión posparto y función familiar en mujeres en puerperio inmediato del Hospital San Francisco y CS Conocoto. Septiembre a diciembre del 20**

		DEPRESIÓN POSPARTO			
		NEGATIVO	POSITIVO	Total	
FUNCION FAMILIAR	FUNCIONAL	Casos	110	14	124
		%	73,8%	42,4%	68,1%
	DISFUNCIONAL	Casos	39	19	58
		%	26,2%	57,6%	31,9%
Total			149	33	182
			100,0%	100,0%	100,0%

Chi-cuadrado de Pearson: 12, 269<sup>a</sup> ( $p < ,000$ ) Odds ratio para FUNCION FAMILIAR (FUNCIONAL / DISFUNCIONAL) 3,828 (IC 95% 1,75-8,36)

Elaborado por: Teresa Aumala V, Daniel Vergara P.

Con respecto a los valores de cortisol obtenidos en las participantes, el valor promedio fue de a de 25,84 mcg/ dl ( $DE \pm 8,43$ ); con un valor minimo de 5,3 mcg /dl y un valor maximo de 57,6 mcg/dl .

La determinación de la variable estrés se realizó a través de los valores elevados de cortisol sérico tomando como valor de referencia 25 mcg/dl (Aires, 2013), 47,8% de pacientes tuvieron un valor elevado de cortisol , que se correlaciona con estrés .

**Tabla 13: Presencia de estrés a través de valores elevados de cortisol en mujeres en puerperio inmediato del Hospital San Francisco y CS Conocoto. Septiembre a diciembre del 2016**

		Frecuencia	Porcentaje
ESTRÉS	NEGATIVO	95	52,2
	POSITIVO	87	47,8
	Total	182	100

Elaborado por: Teresa Aumala V, Daniel Vergara P.

Al hacer el analisis bivariar entre las variables depresion posparto y estrés, la relacion no fue estadisticamente significativa, pues se obtuvo un valor de Chi cuadrado de 0.467 y un OR de 0.767 (IC de 95%) ; resultados que no permiten aceptar la hipótesis de estudio.

**Tabla 14: Asociación entre Depresión Posparto y Estrés materno a través de niveles elevados de cortisol en mujeres en puerperio inmediato del Hospital San Francisco y CS Conocoto. Septiembre a diciembre del 2016**

		DEPRESIÓN POSPARTO			
		NEGATIVO	POSITIVO	Total	
ESTRÉS	NEGATIVO	Casos	76	19	95
		%	51,0%	57,6%	52,2%
	POSITIVO	Casos	73	14	87
		%	49,0%	42,4%	47,8%
Total			149	33	182
			100,0%	100,0%	100,0%

Chi-cuadrado de Pearson: 0,467a p=0,494 OR de 0.767 (IC de 95%)

Elaborado por: Teresa Aumala V, Daniel Vergara P.

## 6. CAPÍTULO VI

### 6.1. DISCUSIÓN

El Centro de Salud de Conocoto es una unidad de atención médica de primer nivel, perteneciente al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, localizada en una parroquia rural de la ciudad de Quito, la cual dispone de un Centro Obstétrico de estancia corta donde se resuelven los casos de pacientes sin factores de riesgo y que en su mayoría son pacientes de bajos recursos económicos, residentes en localidades aledañas al centro de salud. . El otro establecimiento de salud es el Hospital San Francisco de Quito, unidad de salud de segundo nivel perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social , localizado en una parroquia urbana al norte de la Ciudad de Quito, atiende a pacientes del norte del país, por ende la población perteneciente a esta unidad es muy amplia, no se realizó el análisis comparativo entre ambas unidades ya que no fue el objetivo del estudio

La depresión posparto siendo una enfermedad multifactorial y que se presenta con una relativa frecuencia, en ocasiones es subestimada por el personal sanitario; al respecto estudios como el realizado por Milgrom J. en Australia (RB), en 40.333 pacientes, estimó esta prevalencia entre el 15 a 20% de las pacientes; la depresión posparto en el presente estudio se ubica en este mismo rango, con un valor de 18% de las pacientes que participaron en la investigación. Esto quiere decir que casi 2 de cada 10 pacientes en el posparto inmediato pueden presentar síntomas depresivos en los primeros días del puerperio.

La Escala de Evaluación Familiar FAD Mc Master, que como se pudo observar midió varios aspectos de la funcionalidad familiar. Este instrumento tiene preguntas con afirmaciones negativas, para las cuales se utiliza un valor constante de 5 que hay que restarlo al valor final obtenido en cada una de estas preguntas, lo que permite evitar los sesgos si se utilizaran solo

preguntas positivas, esto garantiza un mejor nivel al momento de evaluar de forma más precisa la funcionalidad familiar. Los resultados demostraron que un alto porcentaje de las pacientes indicaron tener un nivel de funcionalidad familiar adecuado (68,13%). Es importante recalcar que en el grupo de estudio no existieron casos de disfunción familiar extrema, lo que determinaría que la tendencia de la disfunción familiar se manifiesta en los grados medios, por lo que se puede afirmar que no existen familias perfectas, pues su comportamiento lo determinan factores como la sociedad, la cultura en donde interactúa la familia, como lo menciona (Ryan et al., 2009); por lo tanto el concepto de familia normal representa a una familia que tiene problemas, pero que su capacidad para poderlos resolver es eficiente y no genera división del sistema familiar.

El FAD Mc Master permite analizar las dimensiones de la funcionalidad familiar, aunque como lo mencionan los autores del instrumento no abarca a todos los componentes que influyen en su adecuado accionar, toma a los más importantes o que se han visto que su alteración produce desquebranto del sistema familiar.

En el presente estudio, los autores observaron que la dimensión respuesta afectiva tuvo un porcentaje mayor de medianamente disfuncionales y disfuncionales comparado con las otras dimensiones, lo que indica que existe una inadecuada respuesta afectiva a los estímulos que ocurren en el entorno familiar. Como lo menciona Ryan y colaboradores, la respuesta afectiva se refiere a si los integrantes de la familia son capaces de responder con todo el espectro de sentimientos experimentados en la vida emocional y si la emoción experimentada es consistente o apropiada con el estímulo o el contexto situacional. La respuesta afectiva de las pacientes en este estudio podría ser exagerada o fuera del contexto de las situaciones.

Todo esto conlleva a que los niños que viven en un entorno, en que los padres tienen una inadecuada respuesta con sus sentimientos podrían generar a futuro comportamientos emocionales erróneos en ellos.

Por otro lado, analizando los variables de estudio de Depresión Posparto con respecto a la percepción por parte de la paciente, de la funcionalidad familiar, estuvieron relacionadas, al parecer el apoyo de su pareja y las relaciones interpersonales son bastante adecuadas en la mayoría de las mujeres púerperas participantes, según los resultados estadísticos obtenidos (OR 3,83). Esto ya fue observado en un estudio realizado por Urdaneta y colaboradores en Venezuela, en donde se estableció a la disfuncionalidad familiar, como un factor de riesgo asociado a la depresión posparto (OR 14,28), en aquellas mujeres que no tuvieron el soporte su pareja (Urdaneta M et al., 2011).

Otro de los factores de riesgo analizado fue el estrés materno, medido a través del cortisol sérico, pues en algunos estudios (Nierop et al., 2006), se ha demostrado la asociación entre niveles elevados de cortisol y depresión posparto, pues las pacientes presentaron niveles elevados de cortisol, estrés y ansiedad materna; resultados que sustentaron la realización de este estudio. Sin embargo, aunque los resultados de este trabajo establecieron un importante porcentaje de pacientes con valores elevados de cortisol, lo que indicaría que las madres presentaron estrés, éste no estuvo asociado con la depresión posparto, tampoco con la funcionalidad familiar; explicado tal vez, porque al momento de la recolección de la muestra de cortisol, hubo dificultades con las pacientes, puesto que la venopunción podría poner incómodas a las participantes lo que ocasionó que cinco de ellas decidieran no continuar en el estudio.

Entre las limitaciones del estudio se puede mencionar que en la utilización del Mc master para medir funcionalidad familiar al ser un formulario muy extenso, si representó dificultades

en el momento de la recolección de la muestra ya que en algunos casos las pacientes indicaron problemas para llenar el formulario, además de que demandó mucho tiempo por parte de la paciente para completarlo.

Los autores aceptaron que en el estudio tuvieron limitaciones con respecto a la recolección de la muestra de sangre para la determinación de cortisol sérico, por el tiempo, el momento, el modo y el lugar en donde se realizó esta actividad. La venopunción pudo influir en el resultado final del nivel de cortisol, ya que el dolor podría causar la elevación del cortisol en forma inmediata. Pues en los estudios realizados con cortisol y estrés, se lo hizo en muestras de saliva o en cabello (Aires, 2013; Nierop et al., 2006; Penninx, Milaneschi, Lamers, & Vogelzang, 2013; Seth et al., 2016), lo que podría producir la elevación de esta hormona a causa del dolor, o también el valor de cortisol sérico pudo estar influenciado por la producción exagerada en el embarazo de una proteína llamada hormona fijadora de corticotropinas. En esta investigación, se utilizó una muestra de sangre venosa, al no contar con otras técnicas de laboratorio en los establecimientos de salud en donde se desarrolló el estudio.

## 7. CAPÍTULO VII

### 7.1. CONCLUSIONES

Con base a los resultados obtenidos de las diferentes escalas aplicadas en este estudio y su análisis estadístico de asociación los investigadores concluyeron que :

- La población del estudio fue homogénea y en su mayoría pacientes jóvenes, con características sociodemográficas similares.
- La depresión posparto es una enfermedad que obtuvo una prevalencia importante en la muestra de la población estudiada lo que significa que es una enfermedad con una frecuencia considerable.
- Si bien la mayoría de las mujeres manifestó tener una familia medianamente funcional existen varias de ellas que consideran lo contrario, por lo que este segundo grupo se vuelve prioritario para su intervención al estar expuestas al riesgo de presentar depresión posparto.
- De las dimensiones que estudió el FAD McMaster, la dimensión de respuesta afectiva fue la menos favorable, en cuanto a que obtuvo mayores índices de disfuncionalidad dentro de las pacientes estudiadas, lo que indica dificultades familiares para controlar su expresión emocional, pilar fundamental para la comunicación de los miembros de la familia.
- Existe una fuerte asociación entre depresión posparto y disfunción familiar considerado uno de los principales factores de riesgo para la presentación de esta enfermedad .
- Un gran porcentaje de pacientes presentaron niveles elevados de cortisol durante el estudio, pero su elevación pudo estar influenciada por factores distintos a los que se

planteó en la hipótesis, debido a que las condiciones para obtener la muestra de estudio no fue la más adecuada.

- La determinación de los valores de cortisol en muestras de sangre periférica no resultó ser la más adecuada a diferencia de las muestras de saliva y cabello utilizadas en otros estudios.
- No existió asociación entre depresión posparto y estrés materno valorado a través de niveles elevados de cortisol, pero esto no indica que no exista estrés en la población estudiada, ni tampoco la posibilidad de presentar depresión en el futuro.

## 8. CAPITULO VIII

### 8.1. RECOMENDACIONES

- Dada la importante prevalencia de depresión posparto encontrada en este estudio, se requiere intervenir en las pacientes que presentan este problema de salud mental, implementando instrumentos de diagnostico durante las consultas posteriores al parto como la Escala de Depresión posparto de Edimburg, para la identificación oportuna de mujeres con riesgo y así poder brindar apoyo integral para la curación, recuperación, rehabilitación, y reinserción a la sociedad como un mujer productiva para su familia.
- Brindar apoyo a las pacientes y sus familias a través de la creación de clubes prenatales en los cuales se involucre a la pareja en el control prenatal y en el puerperio, con la finalidad de fortalecer los lazos familiares y ademas determinar si existen áreas de la funcionalidad familiar en las que se pueda intervenir oportunamente.
- Valorar la funcionalidad familiar durante el control prenatal a través de la utilización del instrumento FAD mcMaster, herramienta que permite valorar las distintas dimensiones de la funcionalidad familiar.
- Fomentar el trabajo multidisciplinario con los servicios de Ginecología y Obstetricia, Medicina Familiar y Psicología en las unidades de Salud para identificar pacientes con riesgo de depresión posparto; poder dar seguimiento y disminuir las complicaciones que conlleva esta enfermedad para su entorno familiar y social.

## 9. CAPÍTULO IX

### 9.1. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera Garcia Luis. (2012). *Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria* (2nd ed.). Barcelona: Editorial Medica Panamericana.
- Aires, B. (2013). ARTÍCULO ESPECIAL MEDICIÓN DE CORTISOL Y SUS FRACCIONES Concepto de fracción activa, 579–584.
- Almeida, A. (2013). PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO MATERNIDAD ISIDRO AYORA.
- Armas, N. (2007). *Las Familias por Dentro. America*.
- Basraon, S., & Costantine, M. M. (2011). Mood disorders in pregnant women with thyroid dysfunction. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 54(3), 506–514. Retrieved from <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L362449532%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1097/GRF.0b013e3182273089%5Cnhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=00099201&id=doi:10.1097%2FGRF.0b013e3182273089&atitle=Mood+disorders+>
- Boyd, R. C., Le, H. N., & Somberg, R. (2005). Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 8(3), 141–153. <http://doi.org/10.1007/s00737-005-0096-6>
- Buist, A. (2006). Perinatal depression: Assessment and management. *Australian Family Physician*, 35(9), 670–673.
- Castellón, A. D. (2012). Actualizaciones en depresión posparto. *Revista Cubana de Obstetricia Y Ginecología*, 38(4), 576–586. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000400016&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400016&lng=es)
- Castro, É., Felisa, S., Gina, M., Plaza, P., & Rodríguez, M. (2006). PRÁCTICAS Y CREENCIAS TRADICIONALES EN TORNO AL PUERPERIO, MUNICIPIO DE POPAYÁN, 2005, 1(1), 141–152.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987a). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(June), 782–786.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987b). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(JUNE), 782–786. <http://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- de Kloet, E. R., Joëls, M., & Holsboer, F. (2005). Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nature Reviews. Neuroscience*, 6(6), 463–475. <http://doi.org/10.1038/nrn1683>
- Deligiannidis, K. M., Kroll-Desrosiers, A. R., Svenson, A., Jaitly, N., Barton, B. A., Hall, J. E., & Rothschild, A. J. (2016). Cortisol response to the Trier Social Stress Test in pregnant women at risk for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*. <http://doi.org/10.1007/s00737-016-0615-7>

- Dennis, C.-L. (2004). Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *Journal of Affective Disorders*, 78(2), 163–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14706728>
- Dennis, C.-L., & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123(4), e736-51. <http://doi.org/10.1542/peds.2008-1629>
- Dois, A., Uribe, C., Villarroel, L., & Contreras, A. (2012). [Risk factors for post partum depression]. *Revista Médica de Chile*, 140(6), 719–25. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872012000600004>
- Evins, G. G., Theofrastous, J. P., & Galvin, S. L. (2000). Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(5), 1080–2. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10819833>
- Fallis, A. . (2013). *DSM 5. Guía para el diagnóstico clínico. Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53). <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Gabbe, S. G., NIEBYL, J. R., SIMPSON, J. L., LANDON, M. B., GALAN, H. L., JAUNIAUX, E. R. M., & DRISCOLL, D. A. (2012). *OBSTETRICS: NORMAL AND PROBLEM PREGNANCIES* (6th ed.). Philadelphia: Elsevier Inc.
- Giallo, R., Cooklin, A., Wade, C., D'Esposito, F., & Nicholson, J. M. (2014). Maternal postnatal mental health and later emotional-behavioural development of children: the mediating role of parenting behaviour. *Child: Care, Health and Development*, 40(3), 327–36. <http://doi.org/10.1111/cch.12028>
- Gol, M., Guclu, S., Demir, A., Erata, Y., & Demir, N. (2005). Effect of fetal gender on maternal serum human chorionic gonadotropin levels throughout pregnancy. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 273(2), 90–92. <http://doi.org/10.1007/s00404-005-0036-8>
- Guintivano, J., Arad, M., Gould, T. D., Payne, J. L., & Kaminsky, Z. A. (2013). Antenatal prediction of postpartum depression with blood DNA methylation biomarkers. *Molecular Psychiatry*, 19(5), 560–567. <http://doi.org/10.1038/mp.2013.62>
- Handley, S. L., Dunn, T. L., Baker, J. M., Cockshott, C., & Gould, S. (1977). Mood changes in puerperium, and plasma tryptophan and cortisol concentrations. *British Medical Journal*, 2(6078), 18–20. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1631316&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Hohlagschwandtner, M., Husslein, P., Klier, C., & Ulm, B. (2001). Correlation between serum testosterone levels and peripartal mood states. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(4), 326–30. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11264607>
- Jadresic , E., Araya2, R., & Jara, C. (1995). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *Obstet. Gynecol*, 16(March), 187–191. [http://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00020-4](http://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00020-4)
- Keshavarzi, F., Yazdchi, K., Rahimi, M., Rezaei, M., Farnia, V., Davarinejad, O., ... Jalili, M. (2011). Post partum depression and thyroid function. *Iranian Journal of Psychiatry*, 6(3), 117–20. Retrieved from

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3395948&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010a). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1), 5–14. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010b). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1), 5–14. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>
- Leung, S. S. L., Leung, C., Lam, T. H., Hung, S. F., Chan, R., Yeung, T., ... Lee, D. T. S. (2011). Outcome of a postnatal depression screening programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: a randomized controlled trial. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 33(2), 292–301. <http://doi.org/10.1093/pubmed/fdq075>
- Lindahl, V., Pearson, J. L., & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 77–87. <http://doi.org/10.1007/s00737-005-0080-1>
- McCoy, S. J. B., Beal, J. M., Payton, M. E., Stewart, A. L., DeMers, A. M., & Watson, G. H. (2008). Postpartum thyroid measures and depressive symptomology: a pilot study. *JAOA: Journal of the American Osteopathic Association*, 108(9), 503–507. Retrieved from <http://www.jaoa.org/content/108/9/503.short><http://www.jaoa.org/content/108/9/503.full.pdf><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18806079>
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., ... Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1–2), 147–157. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014>
- Ministerio de Salud Pública. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI), 64–72. Retrieved from [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)<http://www.cerebroperiferico.com/msp/normatizacion.html>
- Montgomery, E., & Alexander, J. (1994). Assessing postnatal uterine involution: a review and a challenge. *Midwifery*, 10(2), 73–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8057959>
- Moreno, A., Lucília, D., & França, P. (2004). Depresión posparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología*, (Depresion Posparto), 209–2013.
- Muraca, G. M., & Joseph, K. S. (2014). The association between maternal age and depression. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36(9), 803–10. [http://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30482-5](http://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30482-5)
- Nierop, A., Bratsikas, A., Zimmermann, R., & Ehlert, U. (2006). Are stress-induced cortisol changes during pregnancy associated with postpartum depressive symptoms? *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 931–937. <http://doi.org/10.1097/01.psy.0000244385.93141.3b>
- Olivares, I. S., Antonio, J., Bueno, S., & Garcı, E. (2016). Influencia de la visita puerperal

- temprana en la detección de la depresión posparto evolución, 54(2). <http://doi.org/10.1016/j.pog.2010.09.006>
- Orpinas, P., Rico, A., & Martínez, L. (2013). *Familias latinas y jóvenes: Un Compendio de Herramientas de Evaluación*. Retrieved from [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=23172&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23172&Itemid=)
- Penninx, B. W. J. H., Milaneschi, Y., Lamers, F., & Vogelzangs, N. (2013). Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC Medicine*, 11(1), 129. <http://doi.org/10.1186/1741-7015-11-129>
- Plant, D. T., Pariante, C. M., Sharp, D., & Pawlby, S. (2015). Maternal depression during pregnancy and offspring depression in adulthood: role of child maltreatment. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 207(3), 213–20. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.156620>
- Póo F, A. M., Espejo S, C., Godoy P, C., Gualda de la C, M., Hernández O, T., & Pérez H, C. (2008). Prevalencia y factores de riesgo en púerperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Revista Médica de Chile*, 136, 44–52.
- Ryan, C. E., Epstein, N. B., Keitner, G. I., Miller, I. W., & Bishop, D. S. (2009). *Evaluating and Treating Families. The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry* (Vol. 11). <http://doi.org/10.4088/PCC.08bk00770>
- Seth, S., Lewis, A. J., & Galbally, M. (2016). Perinatal maternal depression and cortisol function in pregnancy and the postpartum period: a systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 124. <http://doi.org/10.1186/s12884-016-0915-y>
- Shalev, J., Royburt, M., Fite, G., Mashiach, R., Schoenfeld, A., Bar, J., ... Meizner, I. (2002). Sonographic evaluation of the puerperal uterus: correlation with manual examination. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 53(1), 38–41. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11803227>
- Sierra Manzano, J. M., Carro García, T., & Ladrón Moreno, E. (2002). Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Atención Primaria*, 30(2), 103–111. [http://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)78979-8](http://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)78979-8)
- Skalkidou, A., Hellgren, C., Comasco, E., Sylven, S., & Poromaa, I. S. (2012). Biological aspects of postpartum depression. *Women's Health*, 8(6), 659–671. Retrieved from [http://www.medscape.com/viewarticle/775406\\_2](http://www.medscape.com/viewarticle/775406_2)
- Teissèdre, F., & Chabrol, H. (2004). Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 49(1), 51–4. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14763678>
- Tsigos, C., & Chrousos, G. P. (2002). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 865–871. [http://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00429-4](http://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00429-4)
- Urdaneta M, J., Rivera S, A., García I, J., Guerra V, M., Baabel Z, N., & Contreras B, A. (2011). Factores de riesgo de depresión posparto en púerperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología*, 76(2), 102–112. <http://doi.org/10.4067/S0717-75262011000200007>

- Valencia, U. de. (2010). Funcionamiento Familiar: Evaluación de los Potenciadores y Obstructores ( I ) El sistema familiar. *British Medical Journal*, (I), 78.
- WHO, W. H. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva. *World Health Organization*, 1–267. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:The+ICD-10+Classification+of+Mental+and+Behavioural+Disorders#1>
- Wisner, K. L., Parry, B. L., & Piontek, C. M. (2002). Clinical practice. Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine*, 347(3), 194–9. <http://doi.org/10.1056/NEJMcp011542>
- Wisner, K. L., Sit, D. K. Y., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., ... Hanusa, B. H. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, 70(5), 490–8. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87>
- Word, R. A., Li, X. H., Hnat, M., & Carrick, K. (2007). Dynamics of cervical remodeling during pregnancy and parturition: Mechanisms and current concepts. *Seminars in Reproductive Medicine*, 25(1), 69–79. <http://doi.org/10.1055/s-2006-956777>
- Yawn, B. P., Olson, A. L., Bertram, S., Pace, W., Wollan, P., & Dietrich, A. J. (2012). Postpartum Depression: Screening, Diagnosis, and Management Programs 2000 through 2010. *Depression Research and Treatment*, 2012, 363964. <http://doi.org/10.1155/2012/363964>
- Yonkers, K. A., Vigod, S., & Ross, L. E. (2012). Diagnosis, Pathophysiology, and Management of Mood Disorders in Pregnant and Postpartum Women. *Focus*. <http://doi.org/10.1176/appi.focus.10.1.51>
- Yoshii, A., Kitahara, S., Ueta, H., Matsuno, K., & Ezaki, T. (2014). Role of Uterine Contraction in Regeneration of the Murine Postpartum Endometrium. *Biology of Reproduction*, 91(2), 32–32. <http://doi.org/10.1095/biolreprod.114.117929>

## 10. ANEXOS

### 10.1. ANEXO 1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con Cédula de Identidad número \_\_\_\_\_, acepto voluntariamente participar en el estudio de titulación denominado “: **La Depresión Posparto y su asociación a Estrés materno a causa de disfunción familiar en pacientes en el puerperio inmediato atendidas en el Hospital San Francisco de Quito y el Centro de Salud de Conocoto desde agosto del 2016 a noviembre del 2016**”. Siendo mi decisión tomada de manera voluntaria y en pleno uso de mis facultades, confirmando que he sido informado adecuadamente acerca de la definición, objetivos y riesgos del mismo, siendo mis dudas despejadas detalladamente y con un lenguaje comprensible para mi persona. Así mismo es de mi conocimiento que los datos que proporcione serán manejados bajo absoluta reserva. Además, conozco que tengo derecho a renunciar a mi participación en dicho estudio en el momento que yo desee o estime convenientemente, así como a declarar la nulidad del presente consentimiento.

Firma (paciente): \_\_\_\_\_

CI:

Firma (testigo): \_\_\_\_\_

CI:

## 10.2. ANEXO 2:

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR**  
**POSGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**TEMA DE TESIS:** La depresión postparto asociado a estrés materno a causa de disfunción familiar.

**NOMBRE:** .....

INFORMACIÓN GENERAL									
EDAD			años	RESIDENCIA	HISTORIA CLINICA INGRESA DESDE: Consulta, Hospital, transferencia Emergencia ,otros(especifique)	FECHA			
NIVEL DE EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitaria									
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> divorciada <input type="checkbox"/> Unión libre					OCUPACIÓN				
GESTAS	PARTOS		CESÁREAS	ABORTOS	E ECTOPICO	PERIODO INTERGENESICO			M0565
No. CONTR. PRENATALES		SEMANAS 1er. CPN		LUGAR CONTROL PRENATAL		EDAD GEST.			

### DEPRESION POSTPARTO

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas<br/>           Tanto como siempre<br/>           No tanto ahora<br/>           Mucho menos<br/>           No, no he podido</p> <p>2. He mirado el futuro con placer<br/>           Tanto como siempre<br/>           Algo menos de lo que solía hacer<br/>           Definitivamente menos<br/>           No, nada</p> <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien<br/>           Sí, la mayoría de las veces<br/>           Sí, algunas veces<br/>           No muy a menudo<br/>           No, nunca</p> <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo<br/>           No, para nada<br/>           Casi nada<br/>           Sí, a veces<br/>           Sí, a menudo</p> <p>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno<br/>           Sí, bastante<br/>           Sí, a veces<br/>           No, no mucho<br/>           No, nada</p> | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian<br/>           Sí, la mayor parte de las veces<br/>           Sí, a veces<br/>           No, casi nunca<br/>           No, nada</p> <p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir<br/>           Sí, la mayoría de las veces<br/>           Sí, a veces<br/>           No muy a menudo<br/>           No, nada</p> <p>8. Me he sentido triste y desgraciada<br/>           Sí, casi siempre<br/>           Sí, bastante a menudo<br/>           No muy a menudo<br/>           No, nada</p> <p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando<br/>           Sí, casi siempre<br/>           Sí, bastante a menudo<br/>           Sólo en ocasiones<br/>           No, nunca</p> <p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma<br/>           Sí, bastante a menudo<br/>           A veces<br/>           Casi nunca<br/>           No, nunca</p> |
|---|---|

Elaborado por los autores.

## 10.3. ANEXO 3:

## Formulario FAD McMaster.

N°	PREGUNTA	TA	A	D	TD
1	Es difícil planear actividades en la familia Porque no nos entendemos bien.				
2	Resolvemos casi todos los problemas Diarios en torno a la casa.				
3	Cuando alguno de nosotros está disgustado, los demás saben por qué.				
4	Cuando se le pide a uno que haga algo, es necesario verificar que lo haya hecho.				
5	Si alguno tiene problemas, los demás se entrometen demasiado.				
6	En momentos de crisis podemos contar con el apoyo de los demás.				
7	No sabemos qué hacer cuando surge una emergencia.				
8	A veces se nos acaban las cosas que necesitamos.				
9	Nos cuesta trabajo demostrar el afecto que sentimos el uno por el otro.				
10	Nos aseguramos que los miembros de la familia cumplan con sus responsabilidades.				
11	No podemos hablar entre nosotros acerca de la tristeza que sentimos				
12	Por lo general, actuamos según las decisiones que hemos tomado respecto a los problemas que surgen				
13	Uno recibe la atención de los demás sólo cuando se trata de algo de interés para ellos				
14	No se puede saber lo que uno siente sólo por lo que dice.				
15	Las tareas caseras no se reparten suficientemente bien.				
16	Cada uno es aceptado por lo que es.				
17	Las reglas de la casa se pueden romper fácilmente, sin problemas.				
18	En mi familia decimos las cosas abiertamente, sin rodeos.				
19	Algunos de nosotros no respondemos emocionalmente				
20	Sabemos qué hacer en caso de una emergencia				
21	Evitamos hablar de nuestros temores y preocupaciones.				
22	Nos es difícil hablar entre nosotros de sentimientos tiernos				
23	Nos es difícil pagar nuestras deudas.				
24	Por lo general, después de tratar de resolver un problema, discutimos (hablamos) si resultó bien o no la solución.				
25	Somos demasiado egoístas.				
26	Podemos expresar nuestros sentimientos el uno al otro				
27	No tenemos expectativas claras acerca de los hábitos de higiene.				
28	No mostramos el amor que sentimos el uno para el otro				
29	Hablamos con los otros directamente, sin intermediarios.				
30	Cada uno de nosotros tiene sus propias obligaciones y responsabilidades.				
31	Hay muchos malos sentimientos en la familia.				
32	Tenemos reglas sobre el pegarle a los demás.				
33	Nos involucramos con los demás solamente cuando se trata de algo que nos interesa personalmente.				
34	Hay poco tiempo para explorar intereses personales.				
35	Muchas veces no decimos lo que pretendemos decir.				
36	Nos sentimos aceptados por lo que somos.				
37	Mostramos interés en los otros cuando nos conviene personalmente.				
38	Resolvemos casi todos los problemas emocionales que surgen				
39	La ternura es secundaria a otras cosas en nuestra familia				
40	Hablamos sobre quién ha de hacer las tareas del hogar.				
41	El tomar decisiones es un problema para nuestra familia.				
42	En nuestra familia uno muestra interés en el otro sólo cuando le conviene.				
43	Somos francos el uno con el otro.				
44	Si se le pide a alguno que haga algo, hay que recordárselo				
45	Somos capaces de decidir cómo resolver nuestros problemas.				
46	Si se quebrantan las reglas, no sabemos qué esperar.				
47	Si se quebrantan las reglas, no sabemos qué esperar.				
48	En nuestra familia nada funciona.				
49	Mostramos ternura.				
50	Enfrentamos los problemas que involucran sentimientos				
51	No nos llevamos bien.				
52	No nos hablamos cuando estamos enojados.				
53	Por lo general estamos descontentos con las tareas caseras que se nos han asignado.				
54	Aunque tenemos buenas intenciones, nos entrometemos demasiado en la vida de los demás.				
55	Tenemos reglas para situaciones de peligro.				
56	Nos hablamos con confianza.				
57	Lloramos abiertamente				
58	No tenemos un medio de movilidad razonable.				
59	Cuando no nos gusta lo que alguien ha hecho, se lo decimos.				
60	Tratamos de pensar en diferentes maneras de resolver los problemas.				

## 10.4. ANEXO 4:

## RECURSOS

INSUMOS	CANTIDAD	VALOR
PAPELERIA	100	\$ 50
FOTOCOPIA	1000	\$ 50
MATERIALES COMPUTACION	500	\$ 50
EMPASTADO	4	\$ 100
IMPREVISTOS	10	\$ 200
TRANSPORTE	100	\$ 300
ALIMENTACIÓN	50	\$ 150
INTERNET	INDEFINIDO	\$ 500
TELEFONO – CELULAR	INDEFINIDO	\$ 100
CAPACITACIONES	INDEFINIDO	\$ 100
MATERIAL EDUCATIVO	INDEFINIDO	\$ 300
MATERIAL DIDACTICO	4 KITS	\$ 150
TOMA DE MUESTRA DE CORTISOL	INDEFINIDO	\$1300
TOTAL		\$ 3.350

## 10.5. ANEXO 5:

## CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDAD	AGOS TO	SEPTIEM BRE	OCTUBR E	NOVIEMBR E	DICIEMB RE	ENE RO	FE BRERO
Presentación de protocolo							
Recolección de datos							
Análisis de datos							
Procesamiento de datos							
Elaboración del proyecto							
Defensa del proyecto							

