



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Prevalencia y factores asociados a la depresión en mujeres primigestas durante el puerperio en el Hospital Universitario de Guayaquil en el año 2023

AUTOR (ES):

Loor Intriago Genesis Yamilet
Suquilanda Rovayo Estefania Jackeline

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico

TUTOR:

Dr. Martin Delgado Jimmy Daniel

Guayaquil, Ecuador

29 de mayo del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **LOOR INTRIAGO GENESIS YAMILET Y SUQUILANDA ROVAYO ESTEFANIA JACKELINE** como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

TUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
**JIMMY DANIEL MARTIN
DELGADO**
Validar únicamente con FirmaSC

f. _____

Dr. Jimmy Daniel Martin Delgado

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez

Guayaquil, 29 de mayo de 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Loor Intriago Genesis Yamilet;**
Suquilanda Rovayo Estefania Jackeline

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia y factores asociados a la depresión en mujeres primigestas durante el puerperio en el Hospital Universitario de Guayaquil en el año 2023.** previo a la obtención del título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 29 de mayo del 2025

f.  **Genesis Yamilet Loor Intriago**

Loor Intriago Genesis Yamilet
CI: 0953572104

f.  **ESTEFANIA JACKELINE SUQUILANDA ROVAYO**
Firmado electrónicamente por:
Validar únicamente con FirmaBC
Suquilanda Rovayo Estefania Jackeline
CI: 0950051722



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Loor Intriago Genesis Yamilet;**
Suquilanda Rovayo Estefania Jackeline

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia y factores asociados a la depresión en mujeres primigestas durante el puerperio en el Hospital Universitario de Guayaquil en el año 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 29 de mayo del 2025

f.  **Genesis Yamilet Loor Intriago**

Loor Intriago Genesis Yamilet
CI: 0953572104

f.  **Firmado electrónicamente por:**
ESTEFANIA JACKELINE
SUQUILANDA ROVAYO
Validar únicamente con FirmaSC
Suquilanda Rovayo Estefania Jackeline
CI: 0950051722

Reporte antiplagio

Genesis Loor Intriagio
Estefania Suquilanda Rovayo

**ANALYSIS REPORT**
STUDYONE

Prevalencia y factores asociados a la depresion en mujeres primigestas durante el puerperio en el hospital universitario de guayaquil año2023

5%
Suspicious
texts

5%
Similarities
0% similarities
between
quotation
marks
0% among the
sources
mentioned
24% Texts
potentially
generated by
AI (ignored)

Document name: Prevalencia y factores asociados a la depresion en mujeres primigestas durante el puerperio en el hospital universitario de guayaquil año2023.docx
Document ID: 59b77ace970c2d4b1bf4727ad6f357d0c41155fd
Original document size: 1.93 MB

Submitter: estefania suquilanda
Submission date: 5/9/2025
Upload type: Interface
analysis end date: 5/9/2025

Number of words: 6,582
Number of characters: 44,694

Location of similarities in the document:



Firmado electrónicamente por:
JIMMY DANIEL MARTIN DELGADO
Validar únicamente con FirmaEC

FIRMA DEL TUTOR

AGRADECIMIENTOS

Quiero comenzar agradeciendo a Dios, quien ha sido mi guía constante, mi refugio en los momentos difíciles y la fuente inagotable de fuerza y amor. Gracias por mostrarme que los tiempos difíciles también son parte del propósito, por enseñarme a confiar en tus planes y a creer que todo llega a su debido momento, con un propósito perfecto.

A mi mamita, mi pilar, mi fuerza, mi mayor inspiración. Este logro no es solo mío, es completamente tuyo también. Gracias por tu sacrificio incansable, por cada madrugada de preocupación, por cada palabra de aliento cuando ya no me quedaban fuerzas. Gracias por haber creído en mí incluso en los momentos en los que yo me sentía perdida y sin rumbo. Por acompañarme paso a paso, por celebrar mis logros como tuyos y por sostenerme en mis caídas. Gracias por enseñarme con tu ejemplo el significado del amor incondicional, la fortaleza silenciosa y la fe inquebrantable. Tu entrega y dedicación han sido la base de este sueño hecho realidad. Te amo con cada parte de mi ser, mamita linda. Siempre te llevaré conmigo en cada paso que dé como médica, porque tú has sido y serás siempre mi mayor maestra de vida.

A mis hermanos, gracias por su amor sincero, por estar presentes a su manera en cada etapa de este camino, por sus risas, sus bromas y su compañía que me devolvía la calma en los días de mayor estrés. Ustedes han sido una parte hermosa de este viaje.

A Flavio, quien llegó a mi vida cuando este sueño apenas comenzaba y decidió quedarse, acompañarme y apoyarme en cada momento. Gracias por ayudarme con pequeños gestos que hicieron una gran diferencia, por celebrar conmigo cada logro y darme consuelo en cada tropiezo. Gracias por sostenerme sin quitarme el impulso de volar.

A mi querida amiga Denisse, compañera de estudio, gracias por caminar a mi lado en esta aventura. Por esas noches eternas estudiando para exámenes y lecciones. Hoy me siento orgullosa de que podamos decir que lo logramos, juntas. Eres más que una amiga, eres parte de mi familia y en pocos meses colegas.

GENESIS LOOR

Primero, agradezco profundamente a Dios, fuente de fortaleza y guía constante en cada paso de mi vida. Sin su presencia, nada de esto hubiera sido posible.

Con todo mi amor, dedico este logro a mi mamá Jackeline, quien ahora me cuida desde el cielo. Su recuerdo es mi fuerza, su amor eterno es mi impulse para alcanzar mis sueños.

A mi papá, gracias por su esfuerzo incansable, por creer en mí incluso cuando las circunstancias fueron difíciles. Este logro también es suyo.

A mi hijo Jamito, mi motor y mi razón de lucha. Todo sacrificio ha tenido sentido por ti. Que este logro te llene de orgullo y te inspire a luchar por tus sueños como yo lo hice por los míos.

A mi hermana Jessica y a mi sobrina Vale, gracias por su cariño, apoyo y por ser una parte fundamental de mi vida. Sus palabras y compañía han hecho este camino más llevadero y especial.

A mi tía Johanna, gracias por creer en mí desde el inicio, por estar pendiente de cada etapa de mi carrera, y sobre todo, por su apoyo incondicional cuando más lo necesité, especialmente tras la partida de mi mamá.

A mi prima María Isabel, gracias por estar a mi lado en tantas noches de estudio, por tu compañía y constante apoyo desinteresado. Tu presencia fue una luz en momentos de cansancio y desánimo. Gracias por no soltarme.

ESTEFANIA SUQUILANDA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN.....	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS.....	6
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
HIPÓTESIS	6
JUSTIFICACIÓN.....	7
CAPITULO II	9
MARCO TEÓRICO	9
GENERALIDADES:	9
SINTOMATOLOGIA:	10
Síntomas emocionales.	10
Síntomas físicos	10
Síntomas cognitivos	11
Ansiedad y ataques de pánico	11
ETIOLOGIA:	12
Factores biológicos	12
Factores psicosociales	12
Factores relacionados con el estilo de vida	12
Factores de riesgo relacionados con la crianza y el bebé	13
FACTORES DE RIESGO:.....	13
Factores Biológicos y Genéticos	13

Factores Psicosociales.....	14
Factores Socioeconómicos.....	14
Influencia Cultural y Regional.....	14
Procedimientos de Detección.....	15
Identificación de Factores de Riesgo	15
Implementación de Herramientas de Detección.....	16
Escala de Edimburgo.	16
TRATAMIENTO:.....	19
Tratamientos Alternativos	20
PREVENCION:	20
Intervenciones.....	20
Apoyo Comunitario.....	21
Factores Socioeconómicos.....	21
IMPACTO FAMILIAR Y SOCIAL:	21
Desafíos Comunes para las Parejas	22
Calidad de la Relación y Crianza.....	22
Estrés Parental.....	22
Aislamiento y Cambios Sociales.....	22
Salud Emocional y Apoyo	23
Abordaje de la Depresión y Ansiedad Posparto	23
La Importancia de la Comunicación	23
CAPÍTULO III	24
METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE INVESTIGACIÓN.....	24
TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	24
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	24
MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	25

POBLACIÓN Y MUESTRA	25
POBLACIÓN	25
MUESTRA.....	25
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	26
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	26
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:	27
RESULTADOS.....	28
DISCUSION.....	36
CONCLUSION	38
RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

RESUMEN

La depresión posparto impacta el estado emocional de una gran cantidad de mujeres después del parto, en particular durante las primeras gestaciones, a causa de las transformaciones físicas, emocionales y sociales que atraviesan. Es un trastorno que puede causar efectos dañinos en la salud de la madre. Esta situación puede causar efectos adversos en la salud de la madre, el crecimiento del neonato y la interacción familiar. En este marco, el propósito de la investigación fue establecer la prevalencia y los elementos relacionados con la depresión posparto en mujeres primigestas que fueron atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el 2023.

Se llevó a cabo una investigación descriptiva, observacional y de observación, donde se aplicó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) a un grupo de mujeres en etapa de embarazo. En las investigaciones se descubrió que el 14% de las participantes experimentaron depresión postparto, destacando como factores clave el elevado nivel de estrés, la falta de respaldo familiar y complicaciones obstétricas como la preeclampsia y el nacimiento prematuro. En este análisis, también se notó que tanto el estado civil como el estatus socioeconómico inciden en la posibilidad de padecer este trastorno, siendo las madres con ingresos bajos y las que son madres solteras las más impactadas.

Respecto al tratamiento, de todas las situaciones de mujeres con depresión posparto: el 42.7% se sometió a psicoterapia, el 25.3% se sometió a terapia con medicamentos, y el 32% no se sometió a ninguna intervención. A pesar de las intervenciones terapéuticas realizadas, el 36% de las pacientes no indicó un cambio en su estado emocional, lo que indica la necesidad de evaluar la eficacia de las estrategias de tratamiento aplicadas.

Los hallazgos de este estudio subrayan la relevancia de desarrollar programas de capacitación. Identificación precoz y potenciar tácticas en las que se intervenga de forma multidisciplinaria, con respaldo psicosocial y familiar, además de la formación del personal sanitario en la detección y tratamiento de la depresión posparto.

Palabras Claves: Depresion en la mujer, depresión posparto, depresión, puerperio.

ABSTRACT

Postpartum depression affects the emotional state of a large number of women after childbirth, particularly during their first pregnancies, due to the physical, emotional, and social changes they undergo. It is a disorder that can have harmful effects on the mother's health. This condition can also negatively impact maternal well-being, neonatal development, and family interaction. Within this context, the purpose of the study was to determine the prevalence and associated factors of postpartum depression in primigravida women who received care at the University Hospital of Guayaquil during 2023.

A descriptive, observational, and cross-sectional study was conducted, in which the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was applied to a group of pregnant women. The research found that 14% of participants experienced postpartum depression, with key contributing factors being high levels of stress, lack of family support, and obstetric complications such as preeclampsia and premature birth. The analysis also showed that both marital status and socioeconomic level influenced the likelihood of experiencing this disorder, with single mothers and those with low income being the most affected.

Regarding treatment, among all women with postpartum depression: 42.7% underwent psychotherapy, 25.3% received pharmacological treatment, and 32% did not receive any intervention. Despite the therapeutic efforts, 36% of patients reported no improvement in their emotional state, highlighting the need to assess the effectiveness of the applied treatment strategies.

The findings of this study emphasize the importance of developing training programs, promoting early identification, and strengthening multidisciplinary intervention strategies. These should include psychosocial and family support, as well as adequate training of healthcare personnel in the detection and treatment of postpartum depression.

Key words:. Depression in women, postpartum depression, depression, puerperium

INTRODUCCIÓN

La depresión posparto, también conocida como depresión puerperal, impacta los estados emocionales de numerosas mujeres tras el nacimiento de su primer hijo. Con transformaciones significativas en aspectos físicos, emocionales y sociales, este periodo funciona como un ambiente propicio para que las madres primerizas presenten síntomas de depresión. Si estos síntomas no se identifican y tratan de manera oportuna, pueden perjudicar la salud de la madre, el crecimiento del bebé e incluso la familia, quienes padecen las consecuencias.(1)

En Latinoamérica, datos recientes han revelado cifras que oscilan entre el 15% y el 30%, lo que subraya la relevancia de este tema de salud pública.(2)

En Ecuador, especialmente en Guayaquil, una de las ciudades más pobladas del país, la falta de información actualizada sobre la incidencia de depresión en mujeres recién nacidas dificulta la implementación de efectivas estrategias de prevención y tratamiento.

Cada año, el Hospital Universitario de Guayaquil, el centro más importante de la región, brinda atención a numerosas mujeres en la fase de puerperio, muchas de las cuales podrían presentar factores de riesgo para deprimirse después de dar a luz. Es necesario identificar la prevalencia y identificar qué elementos están relacionados con esta afección en este grupo, pues facilitaría una mejor comprensión del problema y además propondría medidas para una vida más satisfactoria de mujeres y familias.

Dentro de los elementos asociados a la depresión postparto, se incluyen el desamparo social, antecedentes de depresión, problemas durante la gestación o el parto, conflictos en la relación con la pareja y la presión económica. No obstante, la relevancia de estos componentes podrá variar en función del entorno sociocultural. Por lo tanto, es vital realizar investigaciones en el lugar, que nos permitan observar las particularidades de las pacientes del Hospital Universitario de Guayaquil.

En este contexto, este estudio busca establecer la prevalencia y los elementos asociados a la depresión en mujeres recién nacidas tras dar a luz, en el Hospital Universitario de Guayaquil, durante el año 2023.

Los resultados de esta investigación aportarán la evidencia científica requerida para apoyar la implementación de políticas y programas de salud mental destinados a las madres. El objetivo es reducir el efecto de la depresión posparto y potenciar el bienestar de las mujeres y sus familiares.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión durante el periodo de gestación es un asunto de salud pública que impacta de manera considerable a las mujeres, en particular a las primerizas (mujeres que experimentan su primer embarazo). Este periodo, que incluye las primeras semanas tras el parto, se distingue por transformaciones físicas, emocionales y sociales que pueden predisponer a la emergencia de alteraciones del estado emocional, como la depresión postparto. En Ecuador, particularmente en el Hospital Universitario de Guayaquil, se ha notado un incremento en el cuidado de mujeres primigestas que manifiestan síntomas depresivos durante el periodo de gestación, lo que repercute de manera adversa en su bienestar, en la relación entre madre y hijo y en el ambiente familiar.

Pese a la importancia del asunto, hay escasas investigaciones locales que traten la prevalencia y los elementos relacionados con la depresión en mujeres en etapa de gestación. La ausencia de información precisa y actualizada para esta población obstaculiza la puesta en marcha de estrategias de prevención e intervención precoz. Además, elementos como la ausencia de respaldo social, historial de trastornos mentales, problemas durante la gestación o el nacimiento, y circunstancias socioeconómicas desfavorables podrían estar vinculados con la manifestación de este trastorno, aunque no se han investigado adecuadamente en el entorno del Hospital Universitario de Guayaquil.

Así pues, resulta imprescindible examinar la prevalencia de la depresión en mujeres primigestas durante la gestación en este hospital, además de reconocer los factores relacionados que podrían afectar su evolución. Esta información facilitará la creación de intervenciones apropiadas y potenciará la calidad del cuidado en salud mental para este grupo en situación de vulnerabilidad.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de depresión en mujeres primigestas durante el puerperio en el Hospital Universitario de Guayaquil en el año 2023?

¿Qué factores sociodemográficos, obstétricos y psicosociales están asociados a la depresión en mujeres primigestas durante el puerperio?

¿Existe una relación entre el apoyo social percibido y la presencia de depresión posparto en mujeres primigestas?

¿Cómo influyen los antecedentes de salud mental en el desarrollo de depresión durante el puerperio?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y los factores asociados a la depresión en mujeres primigestas durante el puerperio en el Hospital Universitario de Guayaquil en el año 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimar la prevalencia de depresión en mujeres primigestas durante el puerperio.
2. Identificar los factores sociodemográficos asociados a la depresión posparto.
3. Analizar la relación entre complicaciones obstétricas y la presencia de depresión.
4. Evaluar el impacto del apoyo social y familiar en el desarrollo de depresión posparto.
5. Proponer recomendaciones para la prevención y manejo de la depresión en mujeres primigestas durante el puerperio.

HIPÓTESIS

La prevalencia de depresión en mujeres primigestas durante el puerperio en el Hospital Universitario de Guayaquil en el año 2023 es significativa, y está asociada a factores sociodemográficos, obstétricos y psicosociales.

JUSTIFICACIÓN

La depresión durante la gestación, también denominada depresión posparto, es una alteración del humor que impacta a un porcentaje considerable de mujeres tras el nacimiento del bebé, con una prevalencia mundial calculada entre el 10% y el 20%.⁽³⁾ Este trastorno de salud mental no solo repercute de manera negativa en el bienestar de la madre, sino que también tiene efectos perjudiciales en el crecimiento emocional, cognitivo y social del neonato, además de afectar la dinámica familiar.⁽⁴⁾ Para las mujeres recién gestantes, que viven por primera vez las transformaciones físicas, emocionales y sociales vinculadas al embarazo y al parto, el peligro de padecer depresión posparto puede incrementarse debido a la ausencia de experiencia previa de nuevo rol materno.⁽⁵⁾

En el marco de América Latina, particularmente en Ecuador, el estudio de la depresión posparto ha sido limitado, pese a su importancia para la salud pública. Investigaciones llevadas a cabo en naciones de la región, como Perú y Colombia, han informado una prevalencia de depresión posparto que varía entre el 15% y el 30%, con elementos relacionados como la ausencia de respaldo social, las complicaciones ginecológicas y el historial de trastornos mentales.^(6,7)

No obstante, en Ecuador, especialmente en Guayaquil, persiste un déficit de información acerca de la prevalencia y los elementos relacionados con la depresión en mujeres en etapa de gestación, lo que complica la puesta en marcha de estrategias de prevención e intervención precoz. Como uno de los centros médicos más importantes de la ciudad, el Hospital Universitario de Guayaquil brinda atención anual a un vasto grupo de mujeres en la fase de gestación, numerosas de ellas en sus primeras gestaciones. Sin embargo, no se dispone de información actualizada acerca de la prevalencia de depresión posparto en este grupo de personas, ni se han determinado los factores de riesgo particulares que podrían estar afectando su evolución. Esto supone una restricción para la elaboración de políticas y programas de salud mental orientados a este colectivo.

El estudio sugerido tiene como objetivo cubrir este vacío de información al establecer la prevalencia de depresión en mujeres en etapa de gestación durante el período de lactancia en el Hospital Universitario de Guayaquil en 2023, además de reconocer los factores relacionados con este trastorno. Aspectos sociodemográficos (como el estatus socioeconómico y la condición civil), obstétricos (como problemas durante la

gestación o el nacimiento) y psicosociales (como el respaldo social y los antecedentes de salud mental). Esta información resultará muy beneficiosa para los expertos en salud, pues facilitará la creación de intervenciones particulares y potenciará la calidad del cuidado proporcionado a las mujeres en este periodo crucial.

Además, esta investigación posee un significativo impacto social, dado que la depresión posparto no solo impacta a la madre, sino también al neonato y a toda la familia. Se ha comprobado que los descendientes de madres con depresión posparto tienen un riesgo elevado de experimentar trastornos emocionales, demoras en el crecimiento y problemas en la relación entre madre e hijo.(8) Así pues, el reconocimiento precoz de mujeres en peligro y la puesta en marcha de estrategias de prevención y tratamiento podrían ayudar a potenciar el bienestar familiar y a disminuir las repercusiones a largo plazo vinculadas a este trastorno.

Para finalizar, este estudio se basa en la necesidad de producir pruebas científicas locales acerca de la depresión posparto en mujeres primigestas, un asunto poco investigado en el escenario ecuatoriano. Los hallazgos logrados no solo aportarán al saber científico, sino que también tendrán un efecto práctico al guiar las decisiones en el sector de la salud pública y elevar el nivel de vida de las mujeres y sus familias.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES:

La depresión posparto (DPP) es una grave enfermedad que impacta a las madres en etapa de gestación. Manifiesta diversos síntomas, tanto emocionales como cognitivos, e incluso físicos. Es que puede ser extremadamente duro, especialmente para la madre, le resulta complicado establecer conexión con el niño, y las actividades cotidianas se convierten en un desafío. Este estado, que sucede en el primer año tras el parto, puede presentarse como una tristeza constante, emociones de desesperación, irritabilidad, cansancio y problemas para enfocarse, lo que frecuentemente impacta en la autoeficacia y el bienestar emocional de la madre.(11–9)

Es importante resaltar que la depresión posparto (DPP) impacta entre el 10% y el 20% de las madres primerizas, lo que la transforma en un asunto de salud pública apremiante que necesita ser detectado e intervenido a tiempo.(12,13)

La causa de la depresión posparto (DPP) es multifactorial, con elementos biológicos, psicosociales e incluso ambientales involucrados.(14)(16)

Además, algunos factores de riesgo, tales como la maternidad en solitario, la falta de recursos socioeconómicos y el historial de trastornos de salud mental, incrementan la posibilidad de padecer esta condición, subrayando la relevancia de disponer de sistemas de detección y asistencia integral para las comunidades en riesgo.(17,18)

El estigma ligado con la depresión posparto, a menudo actúa como un muro, impidiendo que quienes la sufren pidan auxilio. Esto retrasa su diagnóstico, y tratamiento. Falsas ideas o estigmas sobre el asunto que creen es debilidad incrementa la vergüenza, y empeora la mejoría clínica.(18,19)

Pese al incremento de casos de depresión posparto, todavía persisten obstáculos importantes para un tratamiento eficaz. Esto requiere seguir con la educación, potenciar el acceso a los recursos de salud mental e instaurar iniciativas de respaldo comunitario.(20,21)

Usualmente, un tratamiento eficaz para la depresión posparto implica una mezcla de psicoterapia, medicamentos e intervenciones de apoyo, diseñadas específicamente para satisfacer las necesidades individuales. Normalmente se utilizan terapias como la cognitivo-conductual (TCC) y la interpersonal (TIP), sin embargo, los inhibidores

selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) suelen ser prescritos en circunstancias de mayor severidad. Adicionalmente, han emergido terapias innovadoras, como la brexanolona, que brindan alternativas novedosas para la recuperación. (22,23)

Abordar la depresión posparto no solo mejora la salud materna, sino que también impacta positivamente en el desarrollo infantil y la dinámica familiar, convirtiéndola en un área clave para la intervención en salud pública y la reforma de políticas. (24,25)

SINTOMATOLOGIA:

La depresión posparto, también conocida como DPP por sus siglas, presenta una variedad de síntomas emocionales, físicos e incluso cognitivos, impactando significativamente a las madres tras el parto. Entre sus síntomas más destacados se encuentran:

Síntomas emocionales.

Incluyen algunos de los síntomas emocionales más habituales de la DPP:

Constante tristeza, frecuentemente acompañada de sensaciones de vacío y desesperación.

Disminución del interés en actividades que anteriormente parecían divertidas.

Sensaciones de culpabilidad y autocrítica en torno a las capacidades para la crianza. (10)

Una intensa percepción de inutilidad e insuficiencia, que puede provocar vergüenza y humillación.

Irritabilidad intensa y ira, que frecuentemente se expresan en debates o respuestas desmedidas ante circunstancias simples. (13) (12)

Estos retos emocionales pueden provocar un sentimiento de aislamiento, complicando la relación con el neonato y la implicación en las actividades diarias.

Síntomas físicos

Las señales físicas de la depresión posparto son notables e incluyen lo siguiente:

- Trastornos del sueño, tales como falta de sueño o exceso de sueño (hipersomnia).

- Alteraciones significativas en el apetito, que pueden conducir a la pérdida o incremento de peso.

- Cansancio constante, incluso tras un mínimo esfuerzo.
 - Bajos niveles de energía, lo que provoca que las tareas cotidianas sean agobiantes.
- (13) (12)

Estos signos físicos pueden intensificar los retos emocionales, provocando un sentimiento de fatiga intensa y complicando la administración de las obligaciones de crianza.

Síntomas cognitivos

Los problemas cognitivos vinculados a la depresión posparto pueden presentarse de la siguiente manera:

- Dificultades en la concentración y en la toma de decisiones.
 - Estilos de pensamiento negativos y constante inquietud.
-
- Problemas para crear un vínculo con el bebé, lo que puede provocar emociones de indiferencia y desorientación. (13) (12)
 - Estos obstáculos cognitivos pueden impactar en la habilidad de la madre para cuidar a sí misma y a su bebé, agudizando aún más las emociones de culpabilidad e incapacidad.

Ansiedad y ataques de pánico

Además de la depresión, numerosas madres recién nacidas batallan con la ansiedad, o tal vez padecen episodios de pánico, los cuales podrían representar preocupaciones intensas, que abarcan desde la salud hasta la protección del bebé. En ocasiones, los síntomas se presentan, tales como taquicardia, dificultad para respirar, ¡e incluso pánico!, todo esto realza la necesidad urgente de proporcionar ayuda y de crear estrategias para gestionar la situación. (13) (12)

ETIOLOGIA:

Las diversas causas de la depresión postparto DPP provienen de una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Estos mecanismos internos no se contradicen, sino que interactúan, aumentando la probabilidad de presentar DPP y otras formas de trastornos depresivos de mayor gravedad.

Factores biológicos

Numerosos elementos biológicos influyen en la posibilidad de padecer depresión posparto. Además, existen elementos en la biología que incrementan el peligro de padecer depresión posparto. Además, varios factores biológicos impactan, lo sé, la probabilidad de padecer una depresión posparto.(24) Adicionalmente, se ha vinculado la disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), que afecta la reacción hormonal al estrés, con un incremento en el riesgo de DPP. Igualmente, afecciones crónicas como la diabetes y los desórdenes autoinmunes pueden tener una correlación con la DPP, aunque no sean su causa directa. (6) En cambio, la vulnerabilidad genética también tiene un rol significativo. Un antecedente familiar de depresión o DPP, sumado a algunas variantes genéticas, como las que inciden en el sistema de oxitocina, puede incrementar la propensión a padecer la enfermedad.

Factores psicosociales

Los elementos psicosociales son esenciales y vitales en el progreso de la DPP. El estrés experimentado, la sensación de sobrecarga, o la tensión continua derivada de dificultades económicas, o un empleo inestable, se ha vinculado con un incremento en el riesgo de padecer enfermedades. Uno de los elementos psicosociales más determinantes es la ausencia de respaldo social. (27) Además, un nivel socioeconómico bajo y la escasez de recursos pueden incrementar el riesgo de DPP, en particular en madres solteras, que se topan con retos extra durante el cambio hacia la maternidad. (27)

Factores relacionados con el estilo de vida

Las decisiones diarias acerca del estilo de vida afectan, y mucho, la posibilidad de sufrir depresión posparto. Una alimentación mala, no hacer ejercicio, y no dormir lo suficiente, todo esto puede ayudar a que aparezcan los síntomas depresivos.

Igualmente, tener ciertas carencias de nutrientes, como la falta de vitamina B6, se asocian al desarrollo de la DPP. (27)

Factores de riesgo relacionados con la crianza y el bebé

Algunas circunstancias particulares durante la lactancia pueden incrementar el riesgo de DPP. Poseer un infante con cólicos o un niño con requerimientos médicos especiales puede provocar un estrés extra en los progenitores, incrementando su susceptibilidad a la depresión posparto. (27)

Igualmente, los progenitores primerizos y aquellos con hijos de edad más avanzada pueden presentar índices más elevados de síntomas depresivos durante el periodo posparto. (27)

FACTORES DE RIESGO:

La depresión posparto, también conocida como DPP, se basa en varios factores de riesgo, que incluyen aspectos biológicos, psicosociales y socioeconómicos. Es evidente que comprender todo esto es esencial para desarrollar estrategias de prevención e intervención, las cuales resultan muy eficaces.

Factores Biológicos y Genéticos

Diversos componentes biológicos aumentan las probabilidades de producir DPP. Un historial de depresión resalta como el factor predictivo más relevante; esto se debe a que se observó una razón de probabilidades (29), lo que indica un riesgo increíblemente elevado en aquellos que ya experimentaron episodios de depresión.(30)

Además, las repercusiones genéticas asociadas a la DPP pueden intensificarse en presencia de factores ambientales estresantes, como sucesos de vida desfavorables y una condición socioeconómica deficiente. (13)

Dentro de los genes relacionados con la depresión se hallan COMT, MAO-A, BDNF y 5HTTLPR, que presentan vínculos variados con la DPP dependiendo del entorno ambiental. (30)

Factores Psicosociales

Los elementos psicosociales desempeñan un papel importante en el progreso de la DPP. Eventos de vital importancia, el estrés persistente y la calidad de las relaciones personales pueden aumentar la susceptibilidad a esta condición.(27) Igualmente, las mujeres que no cuentan con un apoyo social apropiado durante el periodo posparto pueden tener problemas para pedir ayuda, lo que incrementa su riesgo.(29) Estudios señalan que las mujeres con menos recursos, tanto económicos como emocionales, suelen manifestar niveles más elevados de depresión y estrés en comparación con las que cuentan con redes de apoyo más robustas. (27)

Factores Socioeconómicos

El estatus socioeconómico juega un papel clave, en la DPP. Investigaciones nos dicen, que la probabilidad de sufrir problemas mentales durante el embarazo y postparto es mayor con menos recursos, especialmente en mujeres jóvenes. (30) Además, la educación importa, sobre todo, en zonas complicadas como Medio Oriente, donde menos estudios van con más depresión. (27)

Influencia Cultural y Regional

También los factores culturales influyen en el riesgo de DPP. Por ejemplo, investigaciones del mundo árabe señalaron riesgos particulares, que incluyen el género del neonato, demostrando que las madres de niños, en contraste con las de niñas, presentan un mayor riesgo de DPP. (27)

DIAGNOSTICO:

Usualmente, el diagnóstico de la depresión posparto, DPP, se basa en los estándares del trastorno de depresión mayor, TDM, establecidos en el DSM-IV. (31) Aunque el DSM-IV no diferencia de manera precisa la depresión posparto del TDM, sí incluye el comienzo de los síntomas depresivos posparto dentro del TDM; efectivamente, lo describe como la manifestación de señales durante esas cuatro semanas posteriores al parto. ¡Pero muchos profesionales prolongan ese período! Incluso un año. (29)

Procedimientos de Detección

Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), es necesario incluir una evaluación completa de las condiciones de salud mental, incluyendo la DPP, en el cuidado prenatal y posparto.(32) La Guía de Práctica Clínica #4 del ACOG enfatiza que todos los individuos que reciben atención de bienestar, prenatal y posparto, deben ser evaluados para identificar depresión y ansiedad a través de herramientas estandarizadas y validadas en momentos.

Identificación de Factores de Riesgo

Varios estudios han identificado diferentes factores de riesgo, vinculados al surgimiento de la depresión en el periparto. Un metaanálisis que incluyó cincuenta y siete investigaciones, mostró descubrimientos fascinantes: antecedentes de depresión, temor al parto, uso de tabaco y estatus civil... estar soltero y con menos estatus socioeconómico, la ansiedad materna y ese embarazo no planificado, aumentan... de forma notable, la probabilidad de DPP.(28,33) Específicamente, el antecedente de depresión sobresale como el predictor más potente, mostrando una razón de probabilidades significativas.

Implementación de Herramientas de Detección

La aplicación de instrumentos de detección durante el periodo perinatal tiene como objetivo detectar e intervenir precozmente en situaciones de salud mental. El equipo médico evalúa esos exámenes, además de anotar los resultados en el expediente electrónico clínico del paciente, justo antes de concluir la consulta. En situaciones en las que los pacientes manifiesten factores de riesgo, tales como pensamientos autolesivos o pensamientos suicidas, es crucial valorar de inmediato la severidad y urgencia de dichos riesgos, y posteriormente, aplicar las estrategias de gestión pertinentes. Por lo tanto, mediante un enfoque sistemático en la identificación y valoración del riesgo, los profesionales de la salud pueden atender con mayor eficacia las necesidades de salud mental posparto, optimizando así los resultados globales en la salud de la madre.(32)

Escala de Edimburgo.

La Escala de Depresión Postparto de Edinburgh se creó con el objetivo de asistir a los profesionales de cuidado primario en la detección de madres que sufren de depresión postparto. Esta condición es más prolongada que la "melancolía materna" (en inglés "baby blues") que generalmente surge en la primera semana después del parto, aunque su severidad es inferior a la psicosis puerperal. (34)

La Escala Postparto de Depresión de Edinburgh (EPDS) se desarrolló en centros sanitarios de Livingston y Edimburgo. Se compone de diez breves declaraciones, y la madre tiene la tarea de escoger, de cuatro alternativas, la que mejor represente su vivencia en la semana pasada. La mayoría de las madres son capaces de finalizarla en menos de cinco minutos sin problemas. Es esencial llevar a cabo una rigurosa evaluación clínica para corroborar el diagnóstico.(34)

Ya que la escala mide el estado emocional de la semana anterior, en situaciones de incertidumbre, puede resultar beneficioso repetirla tras dos semanas. No obstante, esto no facilita la detección de neurosis de ansiedad, fobias o alteraciones de la personalidad.(34)

El siguiente párrafo contiene un ejemplo del contenido de esta escala.

1. Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.(34)
2. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana.(34)

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.
 - Tanto como siempre
 - No tanto ahora
 - Mucho menos
 - No, no he podido
2. He mirado el futuro con placer.
 - Tanto como siempre
 - Algo menos de lo que solía hacer
 - Definitivamente menos
 - No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien.
 - Sí, la mayoría de las veces
 - Sí, algunas veces
 - No muy a menudo
 - No, nunca
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo.
 - No, para nada
 - Casi nada
 - Sí, a veces
 - Sí, a menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.
 - Sí, bastante
 - Sí, a veces
 - No, no mucho
 - No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian.

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

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

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

8. Me he sentido triste y desgraciada.

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

9. He sido tan infeliz que he estado llorando.

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

10. He pensado en hacerme daño a mí misma.

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

Las categorías de respuestas se clasifican en 0, 1, 2 y 3 en función del incremento en la severidad del síntoma. Los puntos correspondientes a las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se registran en secuencia inversa (por ejemplo, 3, 2, 1).(34)

Se acumulan todos los puntos para obtener el total de la puntuación. Una calificación de 10+ indica la posibilidad de sufrir una depresión, pero no su severidad. Si se selecciona un número que no sea el "0" para la pregunta número 10, implica que se deben realizar evaluaciones adicionales de inmediato. La calificación de la EPDS está concebida para apoyar el juicio clínico, no para sustituirlo.(34)

TRATAMIENTO:

La depresión posparto (DPP) puede ser tratada a través de varias alternativas de tratamiento, que comprenden la psicoterapia, la medicación y diferentes medidas de apoyo. La selección del tratamiento se basa en gran parte en la severidad de los síntomas y en las situaciones específicas de cada individuo.

Psicoterapia

También denominada terapia de conversación o orientación, juega un papel crucial en el manejo de la DPP. Se utilizan terapias fundamentadas en pruebas científicas, tales como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP). La Terapia Cognitivo-Conductual contribuye a reconocer y cambiar patrones de pensamiento y comportamientos negativos que fomentan la depresión y la ansiedad.(29)

Por otro lado, la TIP se centra en potenciar las relaciones interpersonales y las capacidades comunicativas, reforzando el apoyo social en momentos adversos.(35) Asimismo, intervenciones fundamentadas en el mindfulness y grupos de apoyo posparto pueden proporcionar un respaldo emocional crucial y tácticas de manejo para las recién nacidas. (35) También es crucial el respaldo de familiares y amigos para disminuir las sensaciones de aislamiento y cansancio.(35)

Medicamentos

En circunstancias de depresión de moderada a grave, puede ser imprescindible la receta de medicamentos. La Asociación Psiquiátrica Americana aconseja la utilización de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como tratamiento principal para la DPP, aunque estos fármacos se han vinculado con ciertos peligros en los recién nacidos, como la hipertensión pulmonar persistente.(35) Los inhibidores de la reabsorción de serotonina y noradrenalina (IRSN), el bupropión y los antidepresivos tricíclicos (ATC) son algunas de las opciones.(23) En 2019, la FDA otorgó su aprobación a la brexanolona, el primer medicamento creado específicamente para la DPP, que se suministra a través de una infusión intravenosa.(35)

Más recientemente, el zuranolone, un fármaco oral, ha demostrado resultados positivos al disminuir los síntomas con mayor rapidez que los antidepresivos

convencionales.(35)

Es vital que los profesionales de la salud supervisen meticulosamente a las mujeres en tratamiento, empleando la dosis mínima eficaz y administrando correctamente el proceso de retirada para prevenir problemas relacionados con una interrupción abrupta del tratamiento.(17) Además, es esencial que las mujeres embarazadas o lactantes tengan una conversación sobre los riesgos y ventajas del tratamiento farmacológico con un psiquiatra experto en salud mental perinatal.(21)

Tratamientos Alternativos

Para las mujeres que opten por eludir el consumo de fármacos, se pueden contemplar terapias de estimulación cerebral, como la terapia electroconvulsiva (TEC) o la estimulación magnética transcraneal (EMT), en situaciones de DPP grave o cuando otros tratamientos no hayan dado resultados.(21) Otros tratamientos alternativos incluyen la terapia con caja de luz, usualmente empleada para el trastorno afectivo estacional, que también puede brindar ventajas.

PREVENCION:

La prevención de la depresión posparto (DPP) demanda una estrategia holística que fusiona el respaldo psicosocial, las acciones sanitarias y los recursos de la comunidad. Se ha evidenciado que brindar apoyo psicosocial funciona como un elemento de protección contra el desarrollo de la DPP en individuos en riesgo.(14) Este respaldo puede abarcar asistencia práctica en las labores del hogar, la compañía y el acceso a recursos de la comunidad, como la ayuda alimentaria, lo que ayuda a disminuir la sensación de aislamiento que frecuentemente sufren las madres recién nacidas.(14)

Intervenciones

Varios métodos han demostrado efectividad en la disminución del riesgo de DPP. Dentro de estas intervenciones se incluyen las acciones psicosociales o psicológicas, como las visitas domiciliarias, el soporte telefónico entre compañeros y la terapia interpersonal, que han demostrado ser beneficiosas.(14,25) Un estudio sistemático de

2013 demostró que estas acciones contribuyen de manera significativa a reducir las tasas de DPP en las madres recién nacidas.(14) Además, técnicas de asesoramiento como la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia psicodinámica.(14)

Apoyo Comunitario

El apoyo de la comunidad y el respaldo mutuo son esenciales para evitar la DPP. El apoyo emocional e informativo proporcionado por individuos con vivencias parecidas ha probado potenciar el bienestar mental de las madres recién nacidas. Este sistema de respaldo ayuda a manejar sensaciones de falta de capacidad y aislamiento que pueden presentarse durante el posparto.(14) Además, en diversas culturas, las prácticas tradicionales de cuidado posparto pueden brindar ventajas de protección, aunque su eficacia suele ser superior cuando dicho soporte es bien acogido por la madre.(14)

Factores Socioeconómicos

Se reconoce el estatus socioeconómico como un factor de riesgo significativo para la DPP, dado que un nivel socioeconómico inferior se relaciona con tasas más altas de esta condición.(29) Por lo tanto, es vital establecer acciones que optimicen el acceso a la atención sanitaria y la calidad de vida en zonas desfavorecidas, tratando de esta manera los factores ambientales que elevan el riesgo de DPP.(29) Las estrategias preventivas deben tener en cuenta tanto el ambiente de la madre como los métodos médicos tradicionales para lograr resultados efectivos.

IMPACTO FAMILIAR Y SOCIAL:

El periodo posparto puede ser una etapa especialmente complicada para las familias, ya que influye de manera significativa en la dinámica de la relación de pareja y en el bienestar general del hogar. Durante la transición a la parentalidad, los padres se enfrentan a múltiples estresores que pueden derivar en malentendidos y conflictos en la relación.

Desafíos Comunes para las Parejas

Calidad de la Relación y Crianza

Las investigaciones han demostrado que la calidad de la relación de pareja está estrechamente vinculada a los resultados en la crianza y al apego que el niño desarrolla con sus padres.(36) La “hipótesis del derrame” postula que el clima emocional de la pareja se refleja directamente en la manera en que se ejerce la crianza, afectando en última instancia el desarrollo del hijo. Cuando la pareja atraviesa conflictos, el niño puede enfrentar dificultades en ámbitos sociales, emocionales y educativos.(36)

Estrés Parental

El estrés relacionado con la crianza es común en los nuevos padres, debido a las abrumadoras demandas y responsabilidades que implica el cuidado de un recién nacido.(37) La discrepancia entre las expectativas y la realidad del posparto, sumada al cansancio y la falta de tiempo de calidad en pareja, puede intensificar este estrés. Diversos estudios indican que el nacimiento del primer hijo frecuentemente conduce a una disminución de interacciones positivas y a un incremento de conflictos dentro de la pareja, lo cual agrava la tensión en la relación.(37)

Aislamiento y Cambios Sociales

El cuidado intensivo de un recién nacido puede generar un aislamiento social, ya que las parejas encuentran dificultades para mantener amistades y participar en actividades sociales que solían disfrutar.(38) Este aislamiento afecta negativamente la salud mental y puede incrementar la presión en la relación, pues los compañeros tienden a depender excesivamente el uno del otro para obtener apoyo emocional. Además, las expectativas sociales sobre la crianza pueden añadir estrés, haciendo necesario establecer una comunicación clara y definir límites tanto entre la pareja como con los familiares extendidos.(38)

Salud Emocional y Apoyo

Abordaje de la Depresión y Ansiedad Posparto

La presencia de depresión o ansiedad en el posparto puede tener consecuencias profundas en la dinámica familiar. La persona que sufre estos trastornos puede encontrar dificultades para expresar sus emociones, lo que a menudo genera malentendidos y resentimientos en la relación.(39) En este sentido, buscar apoyo profesional a través de la terapia resulta fundamental para detectar los síntomas a tiempo, ofrecer soporte emocional y desarrollar estrategias de afrontamiento tanto para la persona afectada como para su pareja(38,39). La implicación del compañero en el proceso terapéutico también ayuda a fomentar la comprensión mutua y a equiparlo con herramientas para brindar un apoyo adecuado.

La Importancia de la Comunicación

Una comunicación abierta y efectiva durante el periodo posparto es crucial. Las parejas que comparten de manera honesta sus sentimientos y experiencias están en mejores condiciones para enfrentar los desafíos y evitar que pequeños problemas se agraven en conflictos mayores (38,39).

Practicar la paciencia, la compasión y buscar una coherencia en los estilos de crianza contribuye a fortalecer la relación y a crear un ambiente de apoyo para el bienestar del bebé.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE INVESTIGACIÓN

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Fue realizado un estudio observacional de corte transversal y descriptivo. Este diseño permitió determinar la prevalencia de depresión posparto en mujeres primigestas y explorar la asociación entre diversos factores sociodemográficos, obstétricos y psicosociales con la presencia de depresión durante el puerperio.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Cuestionario estructurado: Se diseñó un cuestionario que incluye:

- Datos sociodemográficos y obstétricos.
- Preguntas específicas sobre factores psicosociales y de apoyo.
- Escala de Depresión Posparto: Se utilizará la Escala de Depresión de Edimburgo EDPS (Es una escala validada internacionalmente) que sirve para identificar la presencia y severidad de síntomas depresivos en gestantes.

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada, El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

Se puede evaluar a la gestante como a la puerpera, durante el embarazo una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión. En el posparto una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto. Cualquier puntaje distinto de cero en la pregunta No 10 requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas.(6)

Se valoró el Nivel del Apoyo familiar preguntándole a la paciente calificando como bueno, malo o regular.

Validación:

- Se realizará una prueba piloto en una muestra reducida para evaluar la claridad, consistencia interna y adecuación cultural del instrumento.
- Se ajustarán los ítems según los resultados del piloto.

MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Se utilizó hoja de recolección de datos en Microsoft Excel. Una vez recopilados y organizados, los datos se importarán al software estadístico SPSS versión 25 para realizar el análisis estadístico.

Análisis descriptivo:

Se calcularán frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar para describir las características de la muestra y la prevalencia de depresión posparto.

Análisis bivariado:

Se aplicarán pruebas estadísticas (por ejemplo, Chi-cuadrado para variables categóricas y t-test o ANOVA para variables continuas) para identificar asociaciones entre la presencia de depresión y cada factor independiente.

Análisis multivariado:

Se llevará a cabo un análisis de regresión logística para determinar cuáles factores se asocian de manera independiente con la presencia de depresión, ajustando por posibles confusores.

POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población de estudio incluye mujeres primigestas que se encuentren en el periodo de puerperio atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2023.

MUESTRA

Se calculó mediante una fórmula para estimación de proporciones, considerando una prevalencia estimada de depresión posparto (según estudios previos o datos preliminares), un nivel de confianza del 95% y un margen de error aceptable (por ejemplo, 5%). Se añadirá un porcentaje para cubrir posibles pérdidas o respuestas incompletas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Mujeres primerizas (primigestas) con un parto ocurrido en el hospital o que acudan al servicio de puerperio.
- Edad mayor o igual a 18 años.
- Consentimiento informado firmado.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con antecedentes de trastornos psiquiátricos diagnosticados antes del embarazo.
- Pacientes con complicaciones médicas graves que impidan la participación en el estudio.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable dependiente:

- Presencia de depresión en el puerperio, evaluada a través de la Escala de Depresión Posparto de Edinburgh [EPDS].

Variables independientes:

- Sociodemográficas: Edad, nivel educativo, estado civil, situación laboral, nivel socioeconómico.
- Obstétricas: Tipo de parto, complicaciones durante el parto, tiempo transcurrido desde el parto, seguimiento prenatal.
- Psicosociales: Red de apoyo familiar y social, nivel de estrés, antecedentes familiares de depresión, experiencias relacionadas con el embarazo y el parto.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Variable	Tipo de Variable	Escala de Medición
Edad	Cuantitativa	Razón
Tipo de Parto	Cualitativa	Nominal
Antecedentes de Depresión	Cualitativa	Nominal
Apoyo Familiar	Cualitativa	Nominal
Nivel Socioeconómico	Cualitativa	Nominal
Escala de Edimburgo	Cuantitativa	Razón
Tratamiento Recibido	Cualitativa	Nominal
Complicaciones Obstétricas	Cualitativa	Nominal
Factores Sociodemográficos	Cualitativa	Nominal
Impacto del Tratamiento Psicológico	Cualitativa	Nominal
Diagnóstico de Depresión Posparto	Cualitativa	Nominal
Nivel educativo	Cualitativa	Nominal
Estado civil	Cualitativa	Nominal
Situación laboral	Cualitativa	Nominal
Nivel socioeconómico	Cualitativa	Nominal
Tipo de parto	Cualitativa	Nominal
Complicaciones durante el parto	Cualitativa	Nominal
Nivel de estrés	Cualitativa	Nominal
Antecedentes familiares de depresión	Cualitativa	Nominal
Ingreso económico	Cuantitativa	Razón
Número de personas en el hogar	Cuantitativa	Razón
Complicaciones obstétricas	Cualitativa	Nominal
Apoyo emocional	Cualitativa	Nominal
Presencia de pareja	Cualitativa	Nominal
Estrategias de prevención y manejo	Cualitativa	Nominal

RESULTADOS

Como resultado se obtuvieron de la base de datos del Hospital Universitario de Guayaquil un total de 75 casos de primigestas con diagnóstico confirmado de depresión posparto dentro del periodo enero a diciembre 2023, cabe destacar que el universo atendido de primigestas fue de 512 pacientes.

Tabla 1. – Tasa de prevalencia de depresión posparto

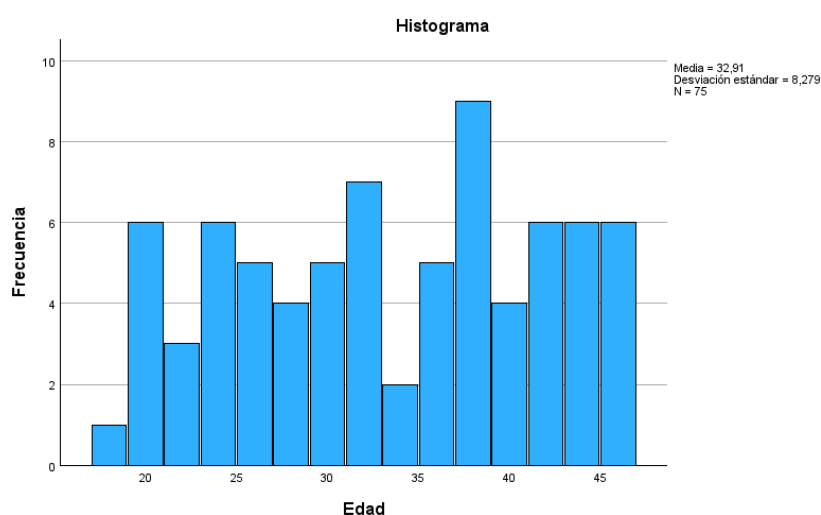
P: $(C / N) \times 100$
P: $(75 / 512) \times 100$
P: 14 %

C: Número de individuos afectados existentes

N: Número de personas en una población

Como resultado encontramos que la muestra de la población de primigestas dentro del periodo enero a diciembre 2023 atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil fueron de 512 casos, y 75 casos nuevos sufrieron depresión posparto, eso nos da una tasa de prevalencia del 14% en el año 2023.

Histograma 1.- Frecuencia de la edad en pacientes con depresión posparto.



En el Hospital Universitario de Guayaquil, la edad donde más se presentó este trastorno fue entre 35 a 40 años de edad, con un total de 18 pacientes, seguido de la edad entre 30 a 34 con un total de 15 pacientes.

Tabla 2. – Nivel socioeconómico de pacientes con depresión postparto.

Nivel Socioeconómico:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alto	16	21,3	21,3	21,3
	Bajo	29	38,7	38,7	60,0
	Medio	30	40,0	40,0	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

Referente al nivel socioeconómico de las 75 pacientes, un 40% pertenecen a un nivel medio, 38.7% un nivel bajo y 21.3% un nivel socioeconómico alto.

Tabla 3. – Factores sociodemográficos de pacientes con depresión postparto.

Factores Sociodemográficos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Desempleo	27	20,2	20,2
	Educación baja	20	15,0	15,0
	Madre soltera	21	15,7	15,7
	Ninguno	7	5,2	5,2
	Total	75	100,0	100,0

Referente a factores sociodemográficos encontramos que un 20.2% están desempleadas, el 15% tienen baja educación, el 15.7% son madres solteras.

Tabla 4. – Nivel educativo de pacientes con depresión postparto.

Nivel educativo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	20	26,7	26,7	26,7
	Secundaria	19	25,3	25,3	52,0
	Técnico	15	20,0	20,0	72,0
	Universitario	21	28,0	28,0	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

Sobre el nivel de educación encontramos que un 28% tienen nivel de educación superior es decir son profesionales, el 26.7% solo culminaron la primaria, un 25.3% terminaron la secundaria, y un 20% tienen título técnico superior, no se encontró ninguna persona analfabeta dentro de la base de datos.

Tabla 5. – Estado civil de pacientes con depresión postparto.

Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casada	18	24,0	24,0	24,0
	Divorciada	26	34,7	34,7	58,7
	Soltera	15	20,0	20,0	78,7
	Unión libre	16	21,3	21,3	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

De las 75 pacientes primigestas atendidas en el periodo 2023 que fueron diagnosticadas con depresión posparto, se detalla su estado civil, con un 34.7% de pacientes divorciadas, seguidas de un 24% casadas, un 21.3% de unión libre, y un 20% solteras.

Tabla 6. – Situación Laboral de pacientes con depresión postparto:

Situación laboral

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Desempleada	27	36,0	36,0	36,0
	Empleada	24	32,0	32,0	68,0
	Independiente	24	32,0	32,0	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

Los resultados de su situación laboral se describen que un 36% se encuentran desempleadas, seguidas de un 32% son empleadas al igual que un 32% son independientes.

Tabla 7. – Ingreso económico de pacientes con depresión postparto:

Ingresos Económicos

			Estadístico
Ingreso económico	Media		1967,85
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	2689,12
		Límite superior	2871,31
	Mínimo		506,00
	Máximo		4919,2
	Rango		4413,2
	Rango Inter cuartil		2318,4

Referente al ingreso económico describimos que el valor máximo de ingreso de aquellas mujeres como valor mínimo es de 506 dólares, y el rango mayor fue de 4919 dólares mensuales, cabe destacar que son los ingresos de quienes trabajan, no se considera las pacientes desempleadas.

Histograma 2.- Número de personas que conviven con las pacientes en depresión postparto:



Los resultados para el número de personas que convive con ellas determinados que, el 21.33% vive con una persona, el 21.33% vive con dos personas, el 20% vive con 3 personas, y un 18.67% viven con más de 4 personas.

Tabla 8. - Factores sociodemográficos asociados a la depresión posparto:

	Depresión Posparto.	
Variable	Valor P	Índice de Pearson
Edad	0,73	0,03
Situación Económica	0,13	0,17
Semana de Gestación	0,72	0,04
Número de Personas en el Hogar.	0,87	0,018

En el análisis de la relación entre variables numéricas con la depresión posparto en pacientes con diagnóstico confirmado, no se observa una correlación significativa entre las variables numéricas y la depresión posparto, ninguna de las variables analizadas muestra una relación estadísticamente significativa con la Depresión Posparto (todas tienen $p > 0.05$), en este análisis no se consideró al 86% de las mujeres sin depresión posparto.

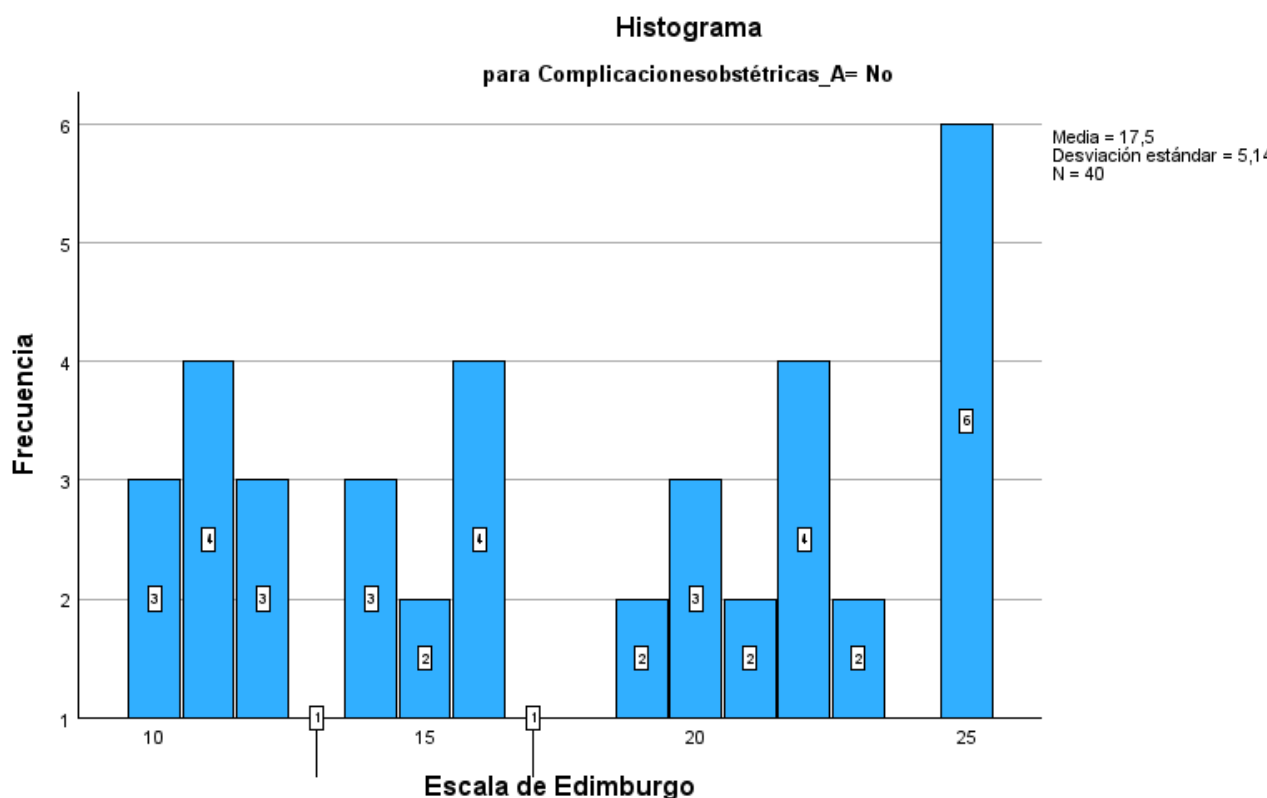
Tabla 9. – Análisis de la relación entre complicaciones obstétricas y la presencia de depresión posparto:

Complicaciones Obstétricas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hemorragia postparto	16	21,3	21,3	21,3
	Ninguna	18	24,0	24,0	45,3
	Parto prematuro	20	26,7	26,7	72,0
	Preeclampsia	21	28,0	28,0	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

La principal complicación con mayor porcentaje es "Preeclampsia" (28%), seguida de "Parto prematuro" (26.67%), el menor porcentaje se observa en "Hemorragia posparto" (21.33%). Las mujeres sin complicaciones obstétricas representan el 24%, lo que sugiere que la mayoría de la muestra sí presentó alguna complicación.

Histograma 3. - Rangos de Puntuación de la escala de Edimburgo:



Se detalla que las 75 pacientes tienen un valor mayor a 10 en la escala de Edimburgo, tomamos de referencia los valores mayores a 10, determinados que 6 pacientes tienen un valor de 25 en la escala, seguida de 4 pacientes con un valor de 23, seguida de 4 pacientes con un valor de 15 y 4 pacientes con un valor de 10 puntos, según el orden por predominancia.

Tabla 12. - Análisis Chi cuadrado y valor p:

	Depresión Posparto.	
Variable	Valor P	Chi Cuadrado
Relación Nivel de Depresion / Escala de Edimburgo.	0,04	22,42

Dado que $p < 0.05$, la relación es estadísticamente significativa, esto indica que hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula y afirmar que existe una relación entre el Nivel de Depresión Posparto y la Escala de Edimburgo en esta muestra.

El valor de Chi-Cuadrado mide la magnitud de la diferencia entre los grupos analizados, un valor de 22.42 sugiere que hay una diferencia notable entre los grupos

en cuanto a sus niveles de depresión según la Escala de Edimburgo que usamos el punto de corte mayor a 10.

Tabla 12. – Nivel del Apoyo familiar a pacientes con depresión postparto:

Apoyo Familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bueno	19	25,3	25,3	25,3
	Malo	33	44,0	44,0	69,3
	Regular	23	30,7	30,7	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

La mayoría de las mujeres perciben un apoyo familiar "Malo" (44%), lo que indica que casi la mitad de la muestra no cuenta con un buen respaldo familiar. Un 30.7% considera su apoyo familiar "Regular", lo que sugiere que, aunque no es completamente malo, tampoco es suficiente.

Solo el 25.3% reporta tener un apoyo "Bueno", lo que representa una minoría dentro de la muestra.

El porcentaje acumulado muestra que el 69.3% de las mujeres tiene un apoyo entre regular y malo, lo que podría ser un factor de riesgo para la depresión posparto.

Tabla 13. – Nivel de estrés valorada por escala de estrés percibida:

Nivel de estrés

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alto	12	16,0	16,0	16,0
	Bajo	20	26,7	26,7	42,7
	Medio	43	57,3	57,3	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

Este cuadro muestra la distribución del nivel de estrés en tres categorías: Alto, Medio y Bajo, con sus respectivas frecuencias y porcentajes.

La mayoría de las mujeres (57.3%) reporta un nivel de estrés "Medio", lo que indica que más de la mitad de la muestra experimenta una carga de estrés moderada.

Un 16% tiene un nivel de estrés "Alto", lo que representa un grupo de riesgo que tiene depresión posparto.

Solo el 26.7% tiene un nivel de estrés "Bajo", lo que significa que una minoría de las mujeres se siente relajada o sin una carga emocional significativa.

El porcentaje acumulado muestra que el 73.3% de las mujeres experimenta al menos un nivel de estrés Medio o Alto, lo cual es un hallazgo relevante.

Tabla 14. – Tratamiento recibido de las pacientes con depresión postparto:

Tratamiento Recibido

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Medicación	19	25,3	25,3	25,3
	Ninguno	24	32,0	32,0	57,3
	Psicoterapia	32	42,7	42,7	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

El tratamiento más común es la psicoterapia (42.7%), lo que indica que muchas mujeres han recibido apoyo psicológico como parte de su tratamiento.

Un 32% no ha recibido ningún tipo de tratamiento, lo que representa un grupo de riesgo, ya que podrían necesitar ayuda, pero no haber accedido a ella.

Solo el 25.3% ha recibido medicación, lo que sugiere que el uso de fármacos no es la opción principal de tratamiento en esta muestra.

El porcentaje acumulado indica que el 57.3% ha recibido algún tipo de tratamiento, mientras que un 32% no ha recibido ninguna intervención.

Tabla 15. – Impacto del tratamiento en pacientes con depresión postparto:

Impacto del Tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Empeoró	25	33,3	33,3	33,3
	Mejóro	23	30,7	30,7	64,0
	Sin cambios	27	36,0	36,0	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

A los 6 meses de tratamiento, según la encuesta de autopercepción, el 36% de las mujeres reportó que el tratamiento no generó cambios en su estado emocional, lo que indica que una proporción significativa no percibe mejoras con la intervención. Un 33.3% siente que su estado "Empeoró" tras el tratamiento, lo que es preocupante, ya que implica que una parte importante de la muestra no está recibiendo el apoyo adecuado o que el tratamiento no está siendo efectivo.

Solo el 30.7% reportó mejoras, lo que significa que menos de un tercio de las mujeres percibe un impacto positivo del tratamiento.

El porcentaje acumulado indica que el 69.3% de las mujeres no ha experimentado mejoras o incluso ha empeorado con el tratamiento.

DISCUSION

El presente estudio analizó la prevalencia y los factores asociados a la depresión posparto (DPP) en 75 primigestas atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2023. Los resultados mostraron una tasa de prevalencia del 14%, lo que contrasta con estudios recientes que reportan tasas más elevadas en otras regiones. Por ejemplo, un estudio realizado en Brasil en 2021 encontró una prevalencia del 15.6% en mujeres posparto, mientras que, en Estados Unidos, la prevalencia oscila entre el 10% y el 20%.⁽⁴⁰⁾ Estas diferencias podrían atribuirse a variaciones en los métodos de diagnóstico, la población estudiada y los contextos socioeconómicos.⁽⁴⁰⁾

En cuanto a los factores sociodemográficos, este estudio identificó que el 40% de las pacientes con DPP pertenecían a un nivel socioeconómico medio, seguido de un 38.7% con nivel bajo. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que han asociado la DPP con condiciones socioeconómicas desfavorables. Por ejemplo, un estudio

realizado en India en 2020 encontró que las mujeres de bajos ingresos tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar DPP.(41) Sin embargo, en contraste, un estudio en Canadá (2022) sugirió que el nivel socioeconómico no era un predictor significativo de DPP, lo que indica que otros factores, como el apoyo social y la salud mental previa, podrían tener un mayor impacto.(42)

Respecto al nivel educativo, el 28% de las pacientes en este estudio tenían educación universitaria, lo que sugiere que la DPP no está exclusivamente asociada a bajos niveles de educación. Este hallazgo es similar a un estudio realizado en España País de primer mundo donde casi todos van a la universidad en 2021, donde se observó que mujeres con educación superior también presentaban DPP, posiblemente debido a altas expectativas y estrés relacionado con la maternidad.(43) Sin embargo, otros estudios, como uno realizado en Nigeria en 2019, encontraron una mayor prevalencia de DPP en mujeres con menor educación formal.(44)

El estado civil también fue un factor relevante en este estudio, con un 34.7% de pacientes divorciadas y un 20% solteras. Estos resultados coinciden con investigaciones recientes que han identificado la falta de apoyo de la pareja como un factor de riesgo para la DPP. Un estudio en Australia (2020) encontró que las mujeres solteras o sin apoyo de pareja tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar DPP.(45) En contraste, un estudio en Suecia (2021) no encontró una asociación significativa entre el estado civil y la DPP, sugiriendo que el apoyo social más amplio podría mitigar este riesgo.(46)

En relación con las complicaciones obstétricas, este estudio encontró que el 28% de las pacientes con DPP presentaron preeclampsia, seguido de un 26.7% con parto prematuro. Estos hallazgos son consistentes con estudios recientes que han asociado complicaciones obstétricas con un mayor riesgo de DPP. Por ejemplo, un estudio en Estados Unidos (2022) encontró que las mujeres con partos prematuros tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar DPP.(47) Sin embargo, en este estudio no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones obstétricas y los niveles de DPP medidos por la Escala de Edimburgo, lo que contrasta con otros estudios que sí han reportado esta relación.(48)

El apoyo familiar también fue un factor relevante en este estudio, con un 44% de las pacientes reportando un apoyo familiar "malo". Este hallazgo es consistente con estudios previos que han identificado la falta de apoyo familiar como un factor de

riesgo para la DPP. Un estudio en México (2021) encontró que las mujeres con bajo apoyo familiar tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar DPP.(49) En contraste, un estudio en Japón (2022) sugirió que el apoyo familiar no era un predictor significativo de DPP, lo que indica que otros factores, como el apoyo de la pareja, podrían ser más relevantes.(50)

Finalmente, en cuanto al tratamiento, este estudio encontró que el 42.7% de las pacientes recibieron psicoterapia, mientras que el 32% no recibió ningún tratamiento. Estos resultados son preocupantes, ya que sugieren que una proporción significativa de mujeres con DPP no está recibiendo la atención adecuada. Este hallazgo es consistente con estudios recientes que han destacado la necesidad de mejorar el acceso a tratamientos efectivos para la DPP. Por ejemplo, un estudio en el Reino Unido (2021) encontró que solo el 50% de las mujeres con DPP recibían tratamiento, lo que subraya la importancia de implementar políticas de salud mental más efectivas.(51)

CONCLUSION

El estudio identificó que, dentro de la población de primigestas atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2023, el 14% presentó depresión posparto.

Se evidenció que ciertas características sociodemográficas, como el apoyo familiar, nivel de estrés y complicaciones obstétricas, pueden estar asociadas con una mayor incidencia de depresión posparto.

Un porcentaje considerable de las pacientes con depresión posparto reportaron un apoyo familiar regular o malo. Además, la mayoría presentó niveles de estrés medio o alto, lo que podría indicar una relación entre estos factores y el desarrollo de síntomas depresivos.

Se encontró que el tratamiento más comúnmente recibido fue la psicoterapia, el cual su duración terapéutica dependía de la gravedad de la depresión, seguida de la medicación. Sin embargo, el impacto del tratamiento varió, con un 36% de las pacientes reportando ausencia de mejoría, lo que sugiere la necesidad de evaluar la efectividad de los tratamientos aplicados y considerar enfoques multidisciplinarios.

RECOMENDACIONES

Implementar programas de tamizaje para la depresión posparto en consultas prenatales y postnatales, utilizando herramientas validadas como la Escala de Edimburgo.

Desarrollar programas de formación continua para médicos, enfermeras y personal de salud en la identificación y manejo de la depresión posparto, enfatizando la importancia del abordaje multidisciplinario.

Diseñar protocolos de atención psicológica y psiquiátrica ajustados a las necesidades individuales de las pacientes, incluyendo estrategias de apoyo emocional y seguimiento continuo.

Incluir a la familia en el proceso de tratamiento para fortalecer redes de apoyo y reducir el impacto de la depresión posparto en la madre y el recién nacido.

Integrar en la historia clínica prenatal una evaluación detallada de factores de riesgo sociodemográficos para una mejor identificación de pacientes vulnerables.

Garantizar que las pacientes tengan acceso oportuno a opciones terapéuticas efectivas, incluyendo psicoterapia, farmacoterapia y grupos de apoyo.

Fomentar estudios longitudinales que permitan evaluar la efectividad de las intervenciones y generar estrategias basadas en evidencia para el manejo de la depresión posparto.

Promover iniciativas gubernamentales y hospitalarias para la prevención, detección y tratamiento de la depresión posparto, asegurando recursos suficientes para su implementación y sostenibilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018 [citado el 2 de febrero de 2025];42. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49117>
2. Rincón-Pabón D, Ramírez-Vélez R. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. Revista de Salud Pública [Internet]. julio de 2014 [citado el 2 de febrero de 2025];16(4):534–46. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642014000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
3. Prevalencia e incidencia de la depresión posparto en madres sanas: una revisión sistemática y metaanálisis - ScienceDirect [Internet]. [citado el 2 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395618304928>
4. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. Infant Behav Dev [Internet]. el 1 de febrero de 2010 [citado el 2 de febrero de 2025];33(1):1–6. Disponible en: <https://europepmc.org/articles/PMC2819576>
5. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review - PubMed [Internet]. [citado el 2 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22423165/>
6. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Alvarez A, Salas-Martinez C, Martínez-García S. Validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a population of puerperal women in Mexico. Clin Pract Epidemiol Ment Health. el 29 de noviembre de 2006;2:33.
7. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. [Characterization of depressed mothers in the postpartum]. Rev Med Chil. mayo de 2010;138(5):536–42.
8. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. Lancet. el 15 de noviembre de 2014;384(9956):1800–19.
9. Verywell Health [Internet]. [citado el 3 de febrero de 2025]. Postpartum Depression: Start of PPD, Symptoms, Support. Disponible en: <https://www.verywellhealth.com/postpartum-depression-7570607>
10. Health [Internet]. [citado el 3 de febrero de 2025]. Is It “The Baby Blues” or Postpartum Depression? Disponible en: <https://www.health.com/postpartum-depression-symptoms-8707903>

11. Depresión posparto: síntomas, causas, riesgos, tipos, pruebas, cuidado profesional y personal [Internet]. [citado el 3 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.webmd.com/depression/postpartum-depression/>
12. Jennifer A. 13 formas en que la depresión posparto afecta a las madres y por qué es más común de lo que crees [Internet]. 2024 [citado el 3 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://mamabeaparenting.com/postpartum-depression-affects-mothers/>
13. Is Postpartum Depression Different From Depression Occurring Outside of the Perinatal Period? A Review of the Evidence | Focus [Internet]. [citado el 3 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.focus.20190045>
14. Postpartum depression. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2025 [citado el 3 de febrero de 2025]. Disponible en: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Postpartum_depression&oldid=1272850968
15. Zhang K, He L, Li Z, Ding R, Han X, Chen B, et al. Bridging Neurobiological Insights and Clinical Biomarkers in Postpartum Depression: A Narrative Review. International Journal of Molecular Sciences [Internet]. enero de 2024 [citado el 3 de febrero de 2025];25(16):8835. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/25/16/8835>
16. Health [Internet]. [citado el 3 de febrero de 2025]. Could You or a Loved One Be at Risk for Postpartum Depression? Disponible en: <https://www.health.com/what-causes-postpartum-depression-8744426>
17. Identificación y tratamiento de la depresión periparto | AAFP [Internet]. [citado el 3 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2016/0515/p852.html/1000>
18. Neighborhood socioeconomic status and postpartum depression among commercial health insurance enrollees: a retrospective cohort study | BMC Pregnancy and Childbirth | Full Text [Internet]. [citado el 3 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-024-06882-5>
19. Depresión mayor posparto | AAFP [Internet]. [citado el 3 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2010/1015/p926.html>
20. Patient Screening | ACOG [Internet]. [citado el 3 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.acog.org/programs/perinatal-mental-health/patient-screening>
21. Depresión posparto: tratamiento y diagnóstico | Central Psiquiátrica [Internet]. [citado el 3 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://psychcentral.com/depression/postpartum-depression-treatment>

22. Depresión perinatal - Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) [Internet]. [citado el 3 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression>
23. Greater Good [Internet]. [citado el 3 de febrero de 2025]. The Postpartum Brain. Disponible en: https://greatergood.berkeley.edu/article/item/postpartum_brain
24. Postpartum depression treatment: Types and effectiveness [Internet]. 2024 [citado el 3 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/postpartum-depression-treatment>
25. Robbins CL. Timing of Postpartum Depressive Symptoms. Prev Chronic Dis [Internet]. 2023 [citado el 3 de febrero de 2025];20. Disponible en: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2023/23_0107.htm
26. Puenteando los conocimientos neurobiológicos y los biomarcadores clínicos en la depresión posparto: una revisión narrativa [Internet]. [citado el 3 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/25/16/8835>
27. Health [Internet]. [citado el 3 de febrero de 2025]. Could You or a Loved One Be at Risk for Postpartum Depression? Disponible en: <https://www.health.com/what-causes-postpartum-depression-8744426>
28. Langan RC, Goodbred AJ. Identification and Management of Peripartum Depression. afp [Internet]. el 15 de mayo de 2016 [citado el 3 de febrero de 2025];93(10):852–8. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2016/0515/p852.html>
29. Baser O, Isenman L, Baser E, Li W, Cigdem B. Neighborhood socioeconomic status and postpartum depression among commercial health insurance enrollees: a retrospective cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. el 8 de noviembre de 2024 [citado el 3 de febrero de 2025];24(1):732. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06882-5>
30. Impacto de la privación socioeconómica en las enfermedades mentales materno-perinatales que se presentan en la práctica general del Reino Unido | Revista Británica de Medicina General [Internet]. [citado el 3 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://bjgp.org/content/62/603/e671>
31. Depresión mayor posparto | AAFP [Internet]. [citado el 9 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2010/1015/p926.html>
32. Cribado de pacientes | ACOG [Internet]. [citado el 9 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.acog.org/programs/perinatal-mental-health/patient-screening>
33. Alfaro López DP, Canales Ramos LM, Domínguez Monterrubio GE, Ruvalcaba Ledezma JC, Cortés Ascencio SY, Solano Pérez CT, et al. Virus del Papiloma Humano: Conocimiento en alumnas de Secundaria en Pachuca, Hidalgo y su impacto en la prevención. Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR [Internet]. 2020 [citado el 18 de noviembre de 2024];5(10):1134–44. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7802658>

34. PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf [Internet]. [citado el 9 de febrero de 2025]. Disponible en: https://nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf
35. Depresión adolescente: más que mal humor - Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) [Internet]. [citado el 9 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/teen-depression>
36. Fronteras | El impacto del estrés postraumático posparto y los síntomas de depresión en la satisfacción de la relación de pareja: un estudio prospectivo basado en la población [Internet]. [citado el 9 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2018.01728/full>
37. Smorti M, Ponti L, Pancetti F. A Comprehensive Analysis of Post-partum Depression Risk Factors: The Role of Socio-Demographic, Individual, Relational, and Delivery Characteristics. *Front Public Health* [Internet]. el 24 de octubre de 2019 [citado el 9 de febrero de 2025];7. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2019.00295/full>
38. Insightful Matters Family Counseling Professionals [Internet]. [citado el 9 de febrero de 2025]. The Impact of Postpartum on Relationship Dynamics. Disponible en: <https://www.insightfulmatters.com/blog/the-impact-of-postpartum-on-relationship-dynamics>
39. PostpartumDepression.org [Internet]. 2024 [citado el 9 de febrero de 2025]. Postpartum Depression and Marriage - How Relationships Are Affected. Disponible en: <https://www.postpartumdepression.org/postpartum-depression/marriage/>
40. Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*. mayo de 2013;70(5):490–8.
41. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry*. enero de 2002;159(1):43–7.
42. Dennis CL, Ross LE, Herxheimer A. Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. el 8 de octubre de 2008;2008(4):CD001690.
43. Cox JL, Chapman G, Murray D, Jones P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *J Affect Disord*. el 29 de julio de 1996;39(3):185–9.
44. Adewuya AO, Ola BO, Aloba OO, Mapayi BM, Okeniyi JAO. Impact of postnatal depression on infants' growth in Nigeria. *J Affect Disord* [Internet]. el 1 de mayo de 2008 [citado el 13 de febrero de 2025];108(1–2):191–3. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.09.013>

45. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord.* mayo de 2008;108(1–2):147–57.
46. Depressive mood in early pregnancy and postpartum: prevalence and women at risk in a national Swedish sample: *Journal of Reproductive and Infant Psychology: Vol 23 , No 2 - Get Access [Internet]*. [citado el 13 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02646830500129289>
47. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, et al. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depress Anxiety.* febrero de 2017;34(2):178–87.
48. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(4):289–95.
49. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: a randomized control trial. *J Affect Disord.* abril de 2010;122(1–2):109–17.
50. Yamashita H, Yoshida K, Nakano H, Tashiro N. Postnatal depression in Japanese women. Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. *J Affect Disord.* mayo de 2000;58(2):145–54.
51. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet.* el 15 de noviembre de 2014;384(9956):1775–88.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **LOOR INTRIAGO GENESIS YAMILET** con C.C:0953572104 y **SUQUILANDA ROVAYO ESTEFANIA JACKELINE** con C.C: 0950051722 autores del trabajo de titulación: **Prevalencia y factores asociados a la depresión en mujeres primigestas durante el puerperio en el Hospital Universitario de Guayaquil en el año 2023**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 29 de mayo 2025

f. _____



**Genesis Yamilet Loor
Intriago**

Time Stamping
Security Data

Nombre: **LOOR INTRIAGO GENESIS YAMILET**

C.C: 0953572104

f. _____



**ESTEFANIA JACKELINE
SUQUILANDA ROVAYO**

Validar únicamente con FirmaBC

Nombre: **SUQUILANDA ROVAYO ESTEFANIA JACKELINE**

C.C: 0950051722

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:		Prevalencia y factores asociados a la depresión en mujeres primigestas durante el puerperio en el Hospital Universitario de Guayaquil en el año 2023.	
AUTOR(ES)		Loor Intriago Genesis Yamilet Suquilanda Rovayo Estefania Jackeline	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)		Martin Delgado Jimmy Daniel	
INSTITUCIÓN:		Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:		Ciencias de la Salud	
CARRERA:		Medicina	
TÍTULO OBTENIDO:		Médico	
FECHA DE PUBLICACIÓN:		29 de mayo 2025	No. DE PÁGINAS: (43 PAGINAS)
ÁREAS TEMÁTICAS:		Ginecología, Obstetricia, Psicología y Psiquiatría	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:		Depresion posparto, depresion, puerperio, depresion en la mujer	
RESUMEN/ABSTRACT: La depresión posparto impacta el estado emocional de una gran cantidad de mujeres después del parto, en particular durante las primeras gestaciones, a causa de las transformaciones físicas, emocionales y sociales que atraviesan. Es un trastorno que puede causar efectos dañinos en la salud de la madre. Esta situación puede causar efectos adversos en la salud de la madre, el crecimiento del neonato y la interacción familiar. En este marco, el propósito de la investigación fue establecer la prevalencia y los elementos relacionados con la depresión posparto en mujeres primigestas que fueron atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el 2023. Se llevó a cabo una investigación descriptiva, observacional y de observación, donde se aplicó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) a un grupo de mujeres en etapa de embarazo. En las investigaciones se descubrió que el 14% de las participantes experimentaron depresión posparto, destacando como factores clave el elevado nivel de estrés, la falta de respaldo familiar y complicaciones obstétricas como la preeclampsia y el nacimiento prematuro. En este análisis, también se notó que tanto el estado civil como el estatus socioeconómico inciden en la posibilidad de padecer este trastorno, siendo las madres con ingresos bajos y las que son madres solteras las más impactadas. Respecto al tratamiento, de todas las situaciones de mujeres con depresión posparto: el 42.7% se sometió a psicoterapia, el 25.3% se sometió a terapia con medicamentos, y el 32% no se sometió a ninguna intervención. A pesar de las intervenciones terapéuticas realizadas, el 36% de las pacientes no indicó un cambio en su estado emocional, lo que indica la necesidad de evaluar la eficacia de las estrategias de tratamiento aplicadas.			

Los hallazgos de este estudio subrayan la relevancia de desarrollar programas de capacitación. Identificación precoz y potenciar tácticas en las que se intervenga de forma multidisciplinaria, con respaldo psicosocial y familiar, además de la formación del personal sanitario en la detección y tratamiento de la depresión posparto.

ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-96-994-0452 +593-98-696-5301	E-mail: genesis.loor01@cu.ucsg.edu.ec estefania.suquilanda@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Diego Antonio Vasquez Cedeño	
	Teléfono: +593-98-274-2221	
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		