

**Mujeres gestantes con riesgo de padecer depresión postparto, en una institución de primer nivel de atención del oriente Antioqueño año 2022-2023**

Daniela Alzate Ocampo

Neider Yesid Restrepo Manrique

María Camila Zapata Gómez

Universidad Católica de Oriente

Facultad de Ciencias de la salud

Rionegro

2023

**Mujeres gestantes con riesgo de padecer depresión postparto, en una institución de primer nivel de atención del oriente Antioqueño año 2022-2023.**

Daniela Alzate Ocampo

Neider Yesid Restrepo Manrique

María Camila Zapata Gómez

Asesor (a)

Helina Margarita Arango Peña

Trabajo de grado para optar al título de enfermero (a)

Universidad Católica de Oriente

Facultad de Ciencias de la salud

Rionegro

2023

**Contenido**

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN .....	7
ESTADO DEL ARTE.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	16
OBJETIVOS.....	16
Objetivo General .....	16
Objetivos específicos.....	16
JUSTIFICACIÓN.....	17
MARCO TEORICO .....	21
Contexto Histórico .....	21
Contexto situacional.....	26
Fundamento Epistémico.....	28
Salud.....	28
Enfermedad .....	28
Salud mental.....	29
Riesgo.....	29
Depresión .....	30
Depresión postparto.....	30

Escala de Edimburgo.....	30
Mujer gestante .....	31
Parto .....	31
Fundamento Teórico .....	31
Fundamento Legal.....	35
DISEÑO Y MEMORIA METODOLOGICA.....	36
Temporalidad .....	38
Selección de la muestra .....	38
Instrumentos y técnicas de recolección de datos.....	39
Ética de la investigación.....	41
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	42
HALLAZGOS Y DISCUSIÓN.....	50
CONCLUSIONES .....	54
RECOMENDACIONES .....	56
ANEXOS.....	58
Anexo 1: Carta de aprobación por parte del comité de ética de la Universidad .....	58
Anexo 2: Carta de aprobación por parte del Hospital San Juan de Dios de Sonsón.....	61
Anexo 3: consentimiento informado .....	62
Anexo 4: Encuesta de caracterización sociodemográfica de las gestantes. ....	64
Anexo 5: Escala de Depresión postparto de Edimburgo.....	68

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....72

## LISTADO DE TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1 Conceptos de Beck relacionados con la depresión postparto .....	33
Tabla 2 Descripción de la desviación estandar, media y moda relacionada con cada pregunta de la Escala de Edimburgo .....	42
Tabla 3 Frecuencia relacionada con la pregunta 3 del test de edimburgo.....	43
Tabla 4 Frecuencia relacionada con la pregunta 4 del test de edimburgo.....	43
Tabla 5 Frecuencia relacionada con la pregunta 5 del test de edimburgo.....	44
Tabla 6 Frecuencia relacionada con la pregunta 6 del test de edimburgo.....	44
Tabla 7 Frecuencia total y porcentaje obtenido por la EPDS, para la clasificación del riesgo de depresión postparto .....	45
Gráfica 1: Edad.....	46
Gráfica 2: ¿Su embarazo actual fue planeado? .....	46
Gráfica 3: Apoyo familiar por parte de familia o pareja .....	47
Gráfica 4: Lugar de residencia .....	48
Gráfica 5: Problemas económicos o de vivienda .....	48
Gráfica 6: Situación estresante o difícil durante la gestación actual.....	49

## RESUMEN

La depresión postparto es una complicación que se presenta en las mujeres durante el periodo perinatal y el puerperio. Representa un riesgo para el bienestar de la diada madre e hijo. Para esto la escala de depresión postparto de Edimburgo puede identificar el riesgo que tienen las mujeres de padecer esta condición. **Materiales y métodos:** estudio cuantitativo, de tipo transversal descriptivo. En el que se evaluaron a 12 mujeres gestantes en su tercer trimestre de gestación, que asisten al programa de control prenatal del Hospital San Juan de Dios de Sonsón, a través del Test de Edimburgo, durante el primer semestre del año 2023. **Resultados:** el grupo etario con mayor prevalencia fue el de gestantes entre los 15 a 20 años, representando el 50% del total de la muestra, el 58,3% viven en la zona rural, para finalizar el 67% de las mujeres había planeado su embarazo. En relación con los resultados de la aplicación del test de Edimburgo, el 33.3% de las gestantes tiene un puntaje  $\geq 10$  lo que indica riesgo de padecer depresión postparto. **Conclusiones:** se logró identificar una alta prevalencia de depresión postparto en las mujeres gestantes, así como la presencia de algunos síntomas emocionales establecidos en el Test de Edimburgo como (nerviosismo, miedo, angustia o culpa), todas ellas asociadas a la depresión postparto. **Palabras clave:** Depresión postparto, riesgo, Escala de depresión de Edimburgo, prevalencia.

## INTRODUCCIÓN

La depresión posparto (DPP) por su incremento al paso del tiempo se ha convertido en un problema de salud pública, teniendo la atención de varios profesionales, pero a pesar de ello no se toman acciones preventivas, esta problemática inicia a lo largo de la gestación y se prolonga después de dar a luz y hasta un año luego del parto.

Jiménez, Hernández et al. (2020) afirma que la prevalencia de DPP para Antioquia, se encuentra en alrededor del 20,27%. Cumplir el rol de madre adecuadamente y estar a cargo de una nueva vida, resulta una tarea difícil, se ha evidenciado además que el reajuste físico y hormonal luego del embarazo se ve afectado. La DPP no solo trae resultados negativos para la madre, también se ve influenciado el desarrollo y cuidado del recién nacido, presentando problemas en el progreso cognitivo, social, alimentario, pudiendo incluso atentar contra el bienestar del niño, por secuelas de la DPP.

Investigaciones previas han manifestado que el apoyo por parte de la familia y la pareja son factores importantes en la DPP, así como también la edad, estrato socioeconómico, bajo nivel educativo, consumo de alcohol o sustancias psicoactivas; no obstante se han creado instrumentos para detectar, prevenir y/o diagnosticar esta dificultad, aunque existen escalas prácticas para realizar el tamizaje, la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, se denomina como la herramienta estándar de fácil aplicación, contiene 10 preguntas de selección múltiple, la cual nos permite la identificación oportuna de riesgo para sufrir depresión posparto.

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, es considerada el estándar de oro para detectar el riesgo de padecer depresión posparto, estudios previos demuestran que tiene una alta confiabilidad de detectar el riesgo de que las mujeres embarazadas presenten depresión. La finalidad de este estudio fue determinar los factores asociados para presentar depresión posparto en el municipio de Sonsón – Antioquia.

El presente trabajo cuenta con estado del arte, planteamiento del problema, pregunta de investigación, objetivos y justificación. Seguido del marco teórico el cual consta con: contexto



histórico y situacional, fundamentos epistémicos y legal, diseño y memoria metodológica, análisis de la información, discusión y conclusiones.

## **ESTADO DEL ARTE**

La gestación es un proceso natural de las mujeres y suele ser un evento importante que cambia la vida de las futuras madres, el periodo perinatal, sobre todo antes del parto, implica una serie de adaptaciones de la futura madre y de su entorno, lo cual puede repercutir de manera positiva o negativa en su periodo perinatal; siendo uno de ellos la depresión postparto.

De acuerdo con lo anterior, Caparros et al. (2018) resalta que, la incidencia de depresión postparto puede alcanzar una prevalencia del 15% a nivel mundial, sin embargo, estas cifras han variado, es así que un 56% de las mujeres latinas residentes en Estados Unidos y México han presentado este trastorno mental.

Otro aspecto a tener en cuenta de acuerdo con lo anterior, es que las mujeres que durante su periodo postparto presentan depresión, suelen presentar un estado emocional triste acompañado de altos niveles de cansancio, trastornos del sueño. Habría que decir también, que, aunque estos síntomas suelen aparecer después del nacimiento del bebé, las mujeres presentan síntomas durante su periodo de gestación. Ante esta situación, el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V incluyó esta patología con la denominación de “trastorno depresivo durante el periodo perinatal” y que dicha perturbación puede asociarse a suicidio y filicidio.

Estas consideraciones fueron tenidas en cuentas por Zhuzhingo et al. (2018). en su artículo se comprende que, la depresión postparto es una condición seria que genera afectaciones no solo a corto plazo, gran cantidad de mujeres padecen este trastorno por más de seis meses, se ha evidenciado que hasta un 25% de las mujeres que no recibieron un tratamiento adecuado, persisten con síntomas aun al año de evolución.

Las mujeres en las cuales persiste la depresión tienen mayor riesgo de recurrencia de episodios durante otros embarazos, algo realmente preocupante, es que de este porcentaje que oscila entre el 21, 9% y el 25% de mujeres, realmente las que reciben un diagnóstico y tratamiento adecuado representan entre el 10% y el 14%, debido a esto, la depresión postparto constituye un problema de salud pública.

El tema de salud pública es importante porque este propone abordar dicha situación desde una mirada más integral, para que los grupos de atención primaria relacionados con la atención a la puérpera deben estar capacitados para reconocer de manera temprana la depresión postparto y establecer medidas terapéuticas eficaces e integrales.

En relación con lo anterior, resulta eficaz el uso de un tamizaje temprano y constante que ayude a identificar la prevalencia real de la depresión postparto, para ello resulta útil la Escala de Depresión de Edimburgo, ya que es una herramienta sencilla que permite la detección del riesgo de padecer este trastorno y que puede ser utilizado por los equipos de atención primaria en salud, los cuales están en mayor contacto con las mujeres gestantes y puérperas.

En cuanto a algunos factores que pueden predisponer al padecimiento de un trastorno mental como la depresión postparto González et al. (2019) en su estudio *Factores asociados a depresión postparto*, evidencio que, de un total de 139 puérperas, 19 pacientes o el (13,66%)

presentaron tamizaje positivo para depresión postparto y, que solo 17 pacientes o el 12,23% fueron diagnosticadas por el psiquiatra.

Es oportuno hablar entonces de los factores de riesgo identificados que, para el estudio se identificaron como principales factores predisponentes: el estado civil, la tenencia de dos hijos, la depresión previa, antecedentes de violencia, además de la edad, siendo relevante el grupo de mujeres ubicadas por debajo de los 20 años, este último hace dudar a la madre de su capacidad materna, debido a la vulnerabilidad que de por sí se vive en la adolescencia; cabe destacar que la ideación suicida en las pacientes con depresión posparto es 18,27 veces mayor, siendo preocupante desde la salud pública.

Paralelamente Masias y Arias, (2019) en su estudio Prevalencia de la depresión postparto en Arequipa, Perú. Señalan algunos factores similares, entre ellos la edad de las madres, debido a que no han madurado lo suficiente para asumir su rol de madre.

Es el caso de Martínez et al, (2019) en su estudio a cerca de la depresión postparto en madres adolescentes, realizado con un total de 50 madres, de las cuales el 58% tuvieron un mayor riesgo de padecer depresión durante su etapa postparto, grupo que está comprendido entre los 14 y 16 años de edad.

Al mismo tiempo concluyen que, los factores más predisponentes a padecer de esta afección durante la etapa postparto están relacionados con: madres adolescentes solteras por la falta de apoyo que reciben de sus parejas, la relación de dependencia que estas tienen hacia su familia, la falta de apoyo recibida durante el embarazo y la crianza del bebe por parte de su familia y lo más importante es el desconocimiento que estas tienen de la depresión postparto.

Conviene distinguir algunos factores diferenciadores dispuestos por Macias y Arias, ellos destacan que el nivel socioeconómico el cual guarda relación directa con su nivel de instrucción se asocia negativamente con la depresión postparto, al igual que aquellas mujeres que en su niñez tuvieron un apoyo parental ineficaz.

En relación con el apoyo ineficaz Domeyko, (2019) en su estudio Antecedentes de depresión, síntomas de estrés post-traumático y apoyo social percibido: prediciendo depresión postparto; concluye que el apoyo social destaca entre las otras variables como un factor protector significativo, que puede disminuir el riesgo de padecer depresión postparto en aquellas gestantes que no hayan tenido antecedentes de depresión

De otro lado Zamora, (2019) habla en su estudio de cohorte llamado tipo de parto como factor asociado a depresión postparto, de que el tipo de parto más ligado a la aparición de la depresión en las puérperas es la cesárea, luego de evaluar 192 madres de las cuales 64 que fueron sometidas a cesárea, el 28.1% presentaron depresión postparto, mientras que la cifra de mujeres con dicha patología que tuvieron parto vaginal, solo alcanzo el 14.1%, siendo la cesárea un factor asociado a la depresión postparto.

En su estudio Villanueva, (2020) llamado Factores asociados al riesgo de depresión postparto valorada por la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en puérperas adultas atendidas por tele consulta, se evaluaron a 139 mujeres en su periodo postparto de las cuales el 29.9% presentaron riesgo de padecer depresión postparto la cual se pudo asociar a variables como la violencia familiar y los antecedentes psicológicos.

En el ámbito regional Jiménez et al. (2020) describen factores asociados a depresión postnatal en puérperas de Antioquia según la escala de Edimburgo, un estudio de tipo descriptivo

transversal en el que se registraron 203 mujeres de las cuales el 20.27% presentaron indicadores  $\geq 10$  como indicador probable de depresión postparto, como conclusión se encontraron asociaciones en las variables epidemiológicas incluidas en la escala de Edimburgo, además de que factores como psicológicos y antecedentes personales y familiares de depresión estuvieron asociados a depresión postparto.

Para concluir, no se puede dejar de lado algunos factores obstétricos importantes señalados por Villon y Villavicencio, (2022) cuya metodología consistió en recolectar fuentes bibliográficas donde el 52% de las mujeres padecen depresión posparto, al evaluar algunos factores como la paridad en las primíparas que representa un 52% y la asistencia a controles prenatales con la misma cifra porcentual, siendo factores que predisponen a padecer de depresión durante su puerperio.

Por otra parte, Ucañay y Contreras, (2022) en su artículo denominado Violencia obstétrica y síndrome de depresión post parto en centros maternos públicos, señala que las mujeres gestantes que han experimentado algún tipo de violencia obstétrica durante la atención del parto, posterior al puerperio mostraron signos de depresión postparto. Esta violencia estuvo relacionada con: maltratos indeseados, frases ofensivas y denigrantes; siendo una variable de alta afinidad a la hora de presentar depresión en el postparto.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los trastornos depresivos actualmente representan un problema para la salud pública mundial, son altamente prevalente e incluso pueden generar incapacidad y resultados nefastos en quien lo padece. Se estima que afecta alrededor de 3,8% a 5,7% de los adultos y que, a escala mundial, se presenta aproximadamente en 280 millones de personas, siendo mayor la prevalencia

en mujeres que en hombres. Según cifras del Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (2021).

Este trastorno puede afectar al 56% de las mujeres latinas que habitan en México y Estados Unidos, se presentan en el 15% siendo alrededor de 600.000 a 800.000 de mujeres durante los 4 meses después del nacimiento de su hijo, y, se encuentra clasificado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS-V) denominado como “trastorno depresivo durante el período perinatal” según Caparros et. al (2018).

La depresión posparto actualmente se convierte en una cuestión de sanidad pública según el artículo Caparros et al. (2018) Se asocia a suicidio y filicidio, siendo el primero una de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal.

En relación con lo anterior, la depresión posparto, es un trastorno mental afectivo severo que se puede dar durante el puerperio, según Acuña et. Al (2019), en su estudio titulado *Depresión Postparto*, el cuál es el periodo inmediatamente posterior al parto y que puede durar hasta seis semanas, donde se revierten los cambios fisiológicos, neuroendocrinos y psicológicos de la madre, con síntomas que incluyen insomnio, pérdida del interés o placer, fatiga, tristeza y pensamientos o ideaciones suicida.

La transformación que se refleja en el cambio físico, emocional y social en la mujer, se vuelven importantes, a este problema se suma que hay afectación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, como lo dice Acuña et. Al (2021), no obstante, además de evidenciarse problemas hormonales también se entran los cambios de rol a nivel familiar que debe de cumplir, la nueva responsabilidad de la cual debe hacerse cargo, la carencia de redes de apoyo aún más en madres adolescentes, conllevando a producir una depresión posparto.

Al momento del parto, a la mujer en el ambiente hospitalario se le hace sentir como si fuera una persona enferma, dependiente, y sujeta a las decisiones que tomen por ella. En el artículo Montes y Sañudo (2021) La violencia obstétrica señala las agresiones físicas y psicológicas que se presentan hacia la mujer, de esta manera convertido el momento del parto en una rutina mecanizada y con apuros de salir del mismo.

En el estudio Malpartida et al. (2020), en el transcurso del puerperio, se presentan también múltiples factores bioquímicos y estrés psicológico, estos pueden desencadenar incluso trastornos psiquiátricos en la mujer.

Aun cuando las cifras en Colombia no se encuentran actualizadas, el incremento en la sociedad ha sido notorio, convirtiéndose en un interés de salud pública; Según el ministerio de salud, en la investigación Jiménez et. al (2020) el 20,3% de las mujeres que participaron en el estudio tuvieron puntos de corte  $>10$ , lo que corresponde a haber presentado depresión posparto.

Podemos encontrar en el artículo médico de Krauskopf y Valenzuela (2020), la Depresión Postparto se ha asociado con algunos problemas como bajo peso al nacer, aumento de riesgo de parto prematuro, preeclampsia, irritabilidad neonatal y a conductas de menos autocuidado durante el embarazo como lo es el consumo e ingesta de alcohol, tabaquismo entre otras sustancias, así como la poca adherencia a los controles prenatales.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el porcentaje de mujeres gestantes que tienen riesgo de padecer depresión posparto en una institución de salud de primer nivel de atención del oriente antioqueño?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar el riesgo de depresión posparto en mujeres gestantes que asisten al programa de control prenatal, de un hospital del Oriente antioqueño en el año 2022 – 2023, a partir de la aplicación de la escala de Edimburgo.

### **Objetivos específicos**

Caracterizar socio-demográficamente la población de mujeres gestantes participantes, que asisten al programa de control prenatal del hospital de Sonsón.



Clasificar el riesgo de sufrir depresión posparto en la población a estudiar según la Escala de Edimburgo.

Proponer los contenidos de un protocolo de intervención que contribuya con el fortalecimiento del programa de control prenatal de la institución, como respuesta a los diferentes niveles de riesgo arrojados por la escala.

## **JUSTIFICACIÓN**

A través del tiempo, la atención del parto ha sido transformada de tal manera que sus modificaciones interfieren con el proceso natural, y se ha catalogado como un suceso normal al cual se le han atribuido estandarizaciones y generalidades, olvidando que debe permitirse a la mujer gestante que lo viva de forma individualizada y permitirle poner en práctica sus creencias, su cultura para que puedan cumplirse sus expectativas.

Las diversas técnicas utilizadas hoy día durante la atención de las gestantes en el momento de dar a luz ocasionan que el parto inicie, acelere e incluso termine en momentos

específicos, dejando de lado el proceso fisiológico y afectando de esta forma la capacidad innata que posee la mujer para engendrar.

Es así como la OMS, en 2018, redacta 56 recomendaciones a través de las cuales pretende guiar al personal sanitario encargado de la atención de la mujer gestante y expone algunas consideraciones que deben ser tomadas en cuenta durante el proceso; Dentro de las cuales no solo se tienen presentes las prácticas médicas, sino la experiencia que la madre pueda tener para dar a luz a su bebe sano en un ambiente seguro clínica y psicológicamente.

Del mismo modo, resalta la importancia de contar con los insumos tecnológicos, científicos y el personal capacitado para actuar de forma correcta en caso de presentarse alguna emergencia obstétrica y mencionando que la madre de igual manera debe estar bajo estricta vigilancia y supervisión médica.

Durante el proceso del parto, las mujeres presentan episodios y picos de estrés y ansiedad que pueden magnificarse si estos se relacionan con el trato poco humanizado por parte del personal de salud, lo cual trae consigo una posibilidad mayor de presentar síndrome de depresión posparto y una estrecha relación entre ambas circunstancias.

Lo afirman Dávila y Rivera, (2022) A medida que las gestantes presentan durante esta etapa altos valores de estrés o ansiedad, incrementa la posibilidad de desencadenar un síndrome de depresión puerperal, el cual puede provocar grandes consecuencias, por tanto, sugieren replantear acciones que favorezcan un entorno de calidad para la atención del paciente por parte del personal de salud.

En relación con lo anterior, el personal de salud, específicamente el equipo enfermero, y su conexión directa con la mujer gestante durante el proceso de atención tanto en su preparto,

como durante el parto y posparto, podría contribuir con la disminución del riesgo de padecer depresión posparto, a través de la proporción de ambientes más humanos y amigables, sino también identificando factores de riesgo relacionados con la patología a través de la aplicación correcta y oportuna de la escala de Edimburgo, de esta forma apostarle a la disminución de los indicadores y tasas de morbi-mortalidad materna e infantil y creando consciencia en los futuros profesionales de enfermería, sobre la relevancia de la situación mental de las mujeres gestantes y cómo comprometerse con ella.

Otro aspecto importante que se observa en las estadísticas es la muerte fetal, la cual predomina sobre la muerte de niños menores de 5 años. Es así que la prevención durante la gestación es importante para reducir la mortalidad infantil. Estadísticas reconocidas en países de ingresos medio y bajo Allanson y Pattinson, (2015).

Del mismo modo Forero et al. (2019) resalta algunos factores de riesgo en los cuales aumenta el riesgo de mortalidad, estos a su vez estudiados por (Demirci et al. 2015) en los que destacan: edades superiores a los 35 años, consumidoras de tabaco durante el embarazo, familias con difícil acceso a personal capacitado, bajo nivel socioeconómico, analfabetismo, ausencia de controles médicos, poco cuidado en infecciones, entre otros.

El segundo tipo de prevención se relaciona con evitar complicaciones durante el embarazo. Algunos de ellos como la anemia, el consumo de drogas psicoactivas, alcohol, café en abundancia, entre otros, además de realizar controles adecuados los cuales pueden ayudar a disminuir el riesgo de complicaciones.

En relación con lo anterior, tenemos el tercer momento de prevención. Este se da precisamente cuando ya se ha diagnosticado una complicación, dependiendo de esta, aspectos

como una dieta, quietud, medicamentos y asistencia a controles, así como la identificación temprana de los síntomas podrían evitar que los riesgos a futuro desencadenen una muerte materna Black et al. (2016), aclarando que problemas como la anemia o la depresión perinatal pueden llevar a una muerte materna.

Es así que, la depresión postparto se considera un problema de salud pública que puede generar un aumento en los recursos de las instituciones de salud, deteriorar los índices poblacionales de salud y bienestar. La normatividad colombiana establece la resolución 3280 de 2018, a través del lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud materno perinatal, la cual tiene en cuenta estos momentos de prevención antes nombrados, detección temprana de los riesgos, educación y atención humana integral y de calidad por el personal de salud; de esta precisamente se crea la necesidad de que como futuros profesionales contribuyamos de manera positiva a la modificación de estos riesgos.

La importancia de este proyecto de investigación radica en que la depresión posparto es considerada un problema que puede detectarse desde la atención primaria de las mujeres gestantes y en hospitales de primer nivel a partir de la aplicación y la utilización correcta de la escala de Edimburgo por parte del personal de enfermería, asociado a la adherencia y la implementación de la atención humanizada del parto y la atención integral de la mujer gestante, contribuyendo con la disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil, aumentando los índices de salud física y mental de la población y disminuyendo los costos de atención en las instituciones de salud. A su vez, contribuimos con la concientización de los enfermeros en formación acerca de la importancia de la detección precoz de los factores de riesgo asociados con

la depresión posparto. La investigación fue desarrollada por tres estudiantes de la Universidad Católica de Oriente.

## **MARCO TEORICO**

### **Contexto Histórico**

Desde la antigüedad, la sintomatología depresiva ha sido registrada, sin embargo, y como lo expresan. Zarragoitia Ignacio (2018) se le al concepto de “melancolía” como una tristeza y ausencia de sueño al enfrentarse a una derrota durante los ataques de un reino. Se dice incluso que, en las guerras, los reyes percibían condiciones relacionadas con estos sentimientos de melancolía

Por otra parte. López, Noelia (2016) en el texto “Teoría Hipocrática de los Humores, refiere que el humorismo es considerado la doctrina médica más antigua, a partir de la cual Hipócrates relaciona la salud física y mental con el equilibrio de humores en el cuerpo. Así, la enfermedad podría significar el desequilibrio de estos humores en relación con el estilo de vida de las personas.

López, también expresa que: Los humores eran la bilis negra, la bilis amarilla, la flema y la sangre, y los filósofos desarrollaron estudios a partir de los cuales establecieron una relación

entre los humores y las características de las personas, de esta manera: y decían que las personas sangrientas eran seres con capacidad amplia de relación, los flemáticos eran considerados personas tranquilas, las personas biliosas se catalogaban como coléricas y la bilis negra aumentaba la melancolía en las poblaciones.

Según Zarragoitia, I. (2018) “La palabra depresión deriva del latín de *de* y *premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo)”. Comentan también que la depresión era considerada la patología más común en las poblaciones Incas, quienes curaban sus males con remedios derivados de las plantas y utilizaban rituales de magia y de religión para tratar de combatir la enfermedad.

Por su parte, los religiosos creían que las enfermedades de la mente se relacionaban con posesiones demoníacas. Lo asienta El reformador religioso alemán Martín Lutero cuando escribió: "Toda la pesadez de la mente y la melancolía vienen del diablo." A lo largo de los años la depresión ha sido tratada con diferentes remedios como azotes, sangrías, exorcismo y baños. Zarragoitia, I. (2018)

Por otra parte, los mismos autores comentan que en el siglo XVI la melancolía se aceptó como una enfermedad mental y la definieron como una alteración de la cabeza que no permitía capacidad de razón en las personas, originada por angustia y tristeza. Sin embargo, era poco reconocida, poco diagnosticada y considerada como una de las enfermedades de más alto costo. Actualmente, es considerada una enfermedad con gran capacidad discapacitante, la enfermedad mental más común y diagnosticada en 40 de cada 100 pacientes que asisten a consulta psiquiátrica.

El mismo artículo se expone que: “todavía los estudios epidemiológicos sugieren que hay un vasto número de individuos depresivos no tratados. Consecuentemente los médicos de atención primaria han sido reclutados como la primera línea de defensa y algunos de forma rutinaria investigan la presencia de Depresión.” Zarragoitia, I. (2018)

Según Gómez Velasco, en el año 2021, en su artículo “Triada Cognitiva de Beck: el modelo teórico de más famoso sobre la depresión”, manifiesta que la OMS refiere que aproximadamente 300 millones de personas sufren de depresión, por lo cual, los profesionales de la salud se encuentran inmersos en una problemática que requiere una pronta y eficaz solución, pues se sigue corriendo el riesgo de que la gravedad patológica conlleve al suicidio.

Cuando se busca estudiar la depresión, a partir de la psicología, este estudio puede realizarse desde la observación o desde el pensamiento autónomo, con el fin de llegar a la causa de la conducta y buscar el tratamiento preciso y más adecuado. De esta forma, la Triada de Beck, partiendo del cognitivismo, analiza la depresión con base en la interpretación que puede hacer una persona sobre su vida.

Explica Gómez, Cristian. (2021) en su artículo “Triada Cognitiva de Beck: el modelo teórico de más famoso sobre la depresión”, menciona que esta teoría fue propuesta por Aaron Beck en 1976 a través de la cual evalúa los pensamientos de las personas con trastornos depresivos y de este análisis surge la famosa Triada de Beck: “Pensamientos negativos sobre uno mismo. Pensamientos negativos sobre el mundo que le rodea. Pensamientos negativos sobre el futuro próximo.”

Gómez, C. (2021) dice en el texto que las personas que sufren depresión se perciben encerradas en un mundo que no es para ellos y para el cual no están hechos ni son útiles, de esta

forma se percibe cierta inferioridad con respecto al resto de personas, y finalmente terminan aislándose. Este tipo de personas difícilmente buscan ayuda por el temor de que la situación en el futuro continúe siendo similar; de esta forma, Beck concluye que las personas podrán recibir un tratamiento específico y correcto al entender su percepción sobre sí mismos.

Herrera, Carlos (2022) en “Temas selectos en Neurociencias y Psiquiatría” refieren que la Organización Mundial de la salud habla acerca de la depresión como un trastorno que afecta a una gran cantidad de personas en el mundo.

un trastorno mental frecuente que afecta a 350 millones de personas alrededor del mundo y es dos veces más prevalente en las mujeres en edad adulta, entre 18 y 44 años de edad, lo cual coincide con el periodo de fertilidad, convirtiéndose en una de las principales causas de discapacidad pues a pesar de los diversos programas de salud aún no es diagnosticada y tratada oportunamente. (p. 9)

Explican además que, la depresión posparto es considerada un problema de salud pública que genera preocupación en el sector salud y en los hogares. Se resalta la importancia del diagnóstico y tratamientos oportunos por el riesgo inminente de complicaciones y consecuencias. Mencionan además que los síntomas con el tiempo se han normalizado lo cual genera prolongación de la morbilidad, teniendo en cuenta que se ha generalizado la felicidad como el sentimiento principal a la hora de dar a luz.

Realizan un énfasis puntual en la relación de la DPP con la mortalidad materna como factor causal de gran significado, y hoy por hoy se sigue considerando el suicidio como una de las principales causas de muerte en las mujeres gestantes.



Así mismo, comentan que durante la etapa perinatal y posnatal, las mujeres en proceso de gestación experimentan cambios hormonales de tipo fisiológico y la interacción de componentes biológicos que las predisponen a ser personas más vulnerables, los cuales asociados con el estrés y los factores sociales, la violencia obstétrica y las limitaciones en el acceso a los servicios de salud, la ausencia de redes de apoyo, en conjunto construyen una red de situaciones que contribuyen con el riesgo de padecer depresión, además, existe el la inminente exposición a la afectación del binomio madre-hijo. Por lo anterior son de vital importancia el apoyo familiar, social y la detección precoz, más el tratamiento oportuno tras el que se encuentra un equipo de salud sólido y bien establecido. Herrera, C. (2022)

Por otra parte, encontramos al municipio de Sonsón en cual Es un municipio del departamento de Antioquia-Colombia perteneciente a la jurisdicción Oriente. Limita con los municipios de El Carmen de Viboral, Cocorná, Puerto Triunfo y San Francisco. Según Alcaldía de Sonsón (2020)

Ellos mismo mencionan que fue Fundado el 4 de agosto del año 1800. Posee 8 corregimientos, 107 veredas y 16 barrios en zona urbana. El municipio cuenta con paramo. Exporta frutas como aguacate e higo, y hortalizas y verduras como el maíz, la papa y el frijol, de los cuales depende gran parte de su sostenimiento económico. Además, exportan café, tomate, caña de azúcar y plátano.

En este municipio encontramos a La ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de Sonsón la cual es una entidad pública, descentralizada del orden municipal, creada mediante el acuerdo No 040 del 14 de septiembre de 1994 del Concejo Municipal de Sonsón, goza de personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa, está sometida al régimen

jurídico previsto en el capítulo III, artículos 195, 196 y 197 de la ley 100 de 1993, sus decretos reglamentarios y adscrita al sistema de seguridad social en salud. En razón de su autonomía la entidad se organizará, gobernará y establecerá sus normas y reglamentos de conformidad con los principios constitucionales y legales que le permitan desarrollar los fines para los cuales fue constituida.

### **Contexto situacional**

Actualmente, una de las principales enfermedades mentales que afecta a millones de personas es la depresión, caracterizado por un estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer por actividades. Es así que la OMS. (2023) indica que alrededor del 3.8% de la población mundial experimenta depresión, a nivel mundial se habla de que aproximadamente 280 millones de personas sufren de esta enfermedad.

En este mismo informe la OMS menciona que la depresión es 50% más común en las mujeres que en los hombres, además asegura que más del 10% de las mujeres embarazadas o que acaban de dar a luz experimentan depresión. Cada año se suicidan 700.000 personas, siendo la cuarta causa de muerte en el grupo de edades entre los 15 y los 29 años.

Colombia por su parte, presenta cifras similares a las reportadas por la OMS, un estudio secundario a la encuesta nacional de demografía y en salud reporta que: la prevalencia de depresión postparto fue del 12,9%, siendo esta cifra aun mayor en las zonas urbanas que en las rurales, siendo la primera del 15,1%. Sin embargo. Rincón, David (2014) concluye la existencia

de varios factores de riesgo para la aparición de depresión postparto, sin embargo, la mayoría de los casos son auto-reporte, por lo que las cifras podrían ser mayores.

Un estudio realizado en Antioquia, relacionado con factores asociados a la depresión postnatal en puérperas, en el cual el 20.27% presento puntajes  $\geq 10$ , asociados al riesgo de padecer depresión postparto. Según Jiménez, Gustavo (2020)

Dentro de la normativa Colombia se aprobó la Ley 1616 de 2013, la cual garantiza el derecho a la salud mental y el acceso a los servicios de salud y la atención adecuada. Ministerio de salud y protección (2013).

En la resolución 3280 de 2018, por la cual se establece el lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud materno perinatal, en la cual se hace especial énfasis en la salud mental de la mujer en proceso de gestación y postparto. Según el Ministerio de salud y la protección social. (2018) se debe evaluar en cada consulta los riesgos que tengan las gestantes en relación con su salud mental.

En relación con lo anterior, la resolución indica que desde la atención preconcepcional se debería identificar el riesgo de depresión postnatal, luego de la semana 28 de gestación se debe incluir la evaluación emocional de la gestante, sobre todo en población con factores de riesgo como niñas y adolescentes embarazadas y víctimas de violencia sexual, también en mujeres que estén siendo presionadas por la familia o por su pareja, entre otros factores.

De la mano de la resolución 3280 de 2018, el año anterior se estableció la ley 2244 de 2022, aunque en esta ley no se habla exactamente de la identificación oportuna y tratamiento de la depresión postparto, reconoce los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y postparto, además de reconocer los derechos del recién nacido. De acuerdo con el Ministerio de

la salud y la protección social (2022) promoviendo el parto digno, humanizado y respetado; enfocada en la atención integral de la mujer y el recién nacido.

### **Fundamento Epistémico**

En el fundamento epistémico se definirán una serie de conceptos claves para el proyecto de investigación, los cuales brindarán mayor claridad acerca del marco teórico. Para este se utilizaron fuentes bibliográficas como la (Organización panamericana de Salud, Organización mundial de la salud, entre otras).

#### **Salud**

una de las definiciones más aceptadas es la brindada por la Organización mundial de la salud que, durante 1946 en la conferencia sanitaria internacional en Nueva York y que fue vigente hasta el año 1948, donde se establece que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” Organización Mundial de la Salud (1948)

#### **Enfermedad**

existen múltiples definiciones de enfermedad en la actualidad, la OMS define la enfermedad como “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” según. Sara Herrero (2016) existen varios documentos que hacen referencia a esta definición, pero no existe la fuente primaria de ella.

## **Salud mental**

según. Carrazana, Valeria (2003) la definición de salud mental, ha sido controversial en cuanto a su definición, es así que este término se ha reducido a criterios médicos, al hacer referencia al termino de salud mental, se habla de enfermedad mental al punto de aprobar estos dos términos.

En relación con lo anterior. OMS (2022) en un comunicado de prensa hace alusión a la salud mental como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad.”

## **Riesgo**

es difícil definir el origen del vocablo riesgo, existe controversia acerca de su origen en el portugués, o del bajo latín Riscu, Risicu, o del español Risco. El termino indica la idea de que hay un peligro, o posibilidad ocurrencia. Según de Almeida Filho (2009).

Según Montoya, Carlos (1974) define el riesgo en salud como “la probabilidad de que una población determinada sufra cierta enfermedad o daño” también define que “Del concepto mismo de riesgo se desprende que el conocimiento de ciertas características anticipantes de un daño”

## **Depresión**

según OPS (2013) la depresión es una enfermedad caracterizada por una tristeza constante en la cual las personas pierden el interés en las actividades de su cotidianidad. Puede estar causada por amplios factores biológicos, genéticos, psicológicos y ambientales.

En relación con lo anterior el DSM V (2013) define la depresión, como un trastorno con una tristeza persistente superior a dos semanas, acompañada de pérdida del placer e interés, además de algunos síntomas como: pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, fatiga, sentimiento de inutilidad, entre otros.

## **Depresión postparto**

la depresión postparto es una enfermedad que puede afectar a las mujeres luego del parto, su origen se da entre las 4 a 6 semanas luego del nacimiento de su bebe y que puede aparecer durante el año después del parto. Según Orozco, Wendy (2013).

La autora resalta que se considera depresión postparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que le ocurre a la puérpera durante un año después del nacimiento del bebe, en el que la mujer se enfrenta a alteraciones emocionales, cognitivas, comportamentales y físicas.

## **Escala de Edimburgo**

la Escala de Depresión de Edimburgo, se creó como una herramienta sencilla para los profesionales del área de la salud, especialmente los de atención primaria, para identificar aquellas mujeres que tienen riesgo de padecer depresión postparto, la escala cuenta con 10 preguntas que generan un puntaje cada una de 0 a 3, al final un puntaje mayor a 10 indica el riesgo de presentar depresión postparto, mas no indica la gravedad de esta. Cox et al. (1987)

### **Mujer gestante**

Según Alvarado, Sabrina et al. (2014) “Mujer en estado de gravidez, desde la fecundación hasta el parto”

### **Parto**

El parto, es el proceso natural y por el cual se da la finalización del embarazo, en el cual nace el bebé, actualmente se habla del parto humanizado y respetado, como una forma de respetar las creencias, cultura, dignidad y autonomía del proceso de dar a luz. Según Macias et al. (2018)

### **Fundamento Teórico**

Teoría de la depresión postparto de Cheryl Tatano Beck

En el presente trabajo se ha decidido sustentar la teoría de la depresión postparto de Cheryl Tatano Beck, una teoría de rango medio, en la cual la autora define la depresión postparto como un trastorno depresivo mayor no psicótico que puede darse en las primeras cuatro semanas postparto, incluso puede darse en cualquier momento durante un año después del parto. Es una patología que es difícil de tratar que una depresión simple, la prevalencia de DPP son alrededor del 13%-25%, con algunos factores predominantes como la pobreza, gestantes adolescentes y mujeres que viven en ciudades apartadas. Según Raile, Martha (2010)

La misma autoría menciona que Beck resalta la pérdida de control, como un proceso el cual pasaban las mujeres con depresión postparto, ellas experimentaban la pérdida de control en

todas las áreas de sus vidas, este concepto encajaba con la sensación descrita de “estar en el límite”. De este concepto se describen cuatro etapas o fases.

El proceso de identificación consta de cuatro fases descritas a continuación:

**Terror con el que te encuentras:** durante esta fase las mujeres se pueden enfrentar a ataques horribles de ansiedad, sensación de torpeza y pensamientos obsesivos que no cesan.

**Muerte de una misma:** es una fase en la que la mujer ya no se siente bien consigo misma, esta fase consiste en una irrealidad alarmante según lo descrito por Beck, que se acompaña de intento y contemplación de la autodestrucción, lo que lleva a que la mujer termine aislándose ella misma.

**Lucha por sobrevivir:** consiste en una batalla contra el sistema, busca volver a sentirse bien y para esto busca soporte en grupos de apoyo y rezan por aliviarse.

**Lograr de nuevo el control:** es la última fase de la depresión postparto en la que recuperan el control, en esta fase además se da un luto por el tiempo perdido con su bebe por no haberse recuperado.

A demás, Beck incluye 22 conceptos para el desarrollo de la teoría, los cuales abarcan factores de riesgo, síntomas y factores que pueden ser predictivos en la depresión postparto, estos pudiendo agruparse en cuatro proposiciones. Menciona Raile, Martha (2010)



**Tabla 1***Conceptos de Beck en relación con la depresión postparto*

Concepto 1	Trastorno posparto del animo
Concepto 2	Pérdida de control: 4 fases del proceso
Concepto 3 del 3-15 predictores significativos o factores de riesgo de depresión postparto	Depresión prenatal, estrés del cuidado del niño, estrés vital, apoyo social, ansiedad prenatal, satisfacción marital, antecedentes de depresión, temperamento del niño, tristeza materna, autoestima, situación socioeconómica, situación marital, embarazo no planeado o no deseado.
Concepto 4 del 16-22 indican los síntomas de depresión postparto, teniendo en cuenta los predictores anteriores	Trastorno del sueño y de la alimentación, ansiedad e inseguridad, labilidad emocional, confusión mental, pérdida de una misma, culpabilidad y vergüenza, pensamientos suicidas.

Beck resalta algunas premisas importantes dentro de su teoría:

Enfermería: como una profesión de cuidados con la obligación de cuidar a las personas que están a su cargo; las relaciones interpersonales entre enfermeros y entre sus pacientes son la mejor forma en la que se alcanzan los objetivos del cuidado y de sentirse parte de un todo.

Persona: como un todo, con componentes biológicos, sociológicos y psicológicos.

Salud: la salud es un producto de la mujer a las vidas y los ambientes que la rodean.

Entorno: incluye los factores individuales, factores externos como el mundo exterior de cada persona. Este último incluye a su vez acontecimientos, situaciones, cultura, aspectos físicos, ecosistemas y sistemas sociopolíticos.

Dentro de los aspectos teóricos de Beck reconoce la importancia de autores Sichel y Driscoll (1999). En donde se relacionan algunos factores biológicos implicados en la depresión postparto, algunos nombrados a continuación:

- El cerebro puede acomodarse bioquímicamente a eventos externos que causen estrés
- La exposición por largo tiempo a eventos estresantes internos y externos, llevan a un desbalance bioquímico alterando al cerebro.
- El cerebro único de las mujeres y su química hormonal las hace más vulnerables ante los trastornos de ánimo.
- La depresión postparto es la combinación de estresantes biológicos, psicológicos, sociales, relacionales, económicos, entre otros.
- Culturalmente, se espera que las mujeres luzcan felices por ser madres, además de que deben demostrar que son capaces naturalmente de ser madres y demostrar que están completas.
- Dentro del marco de la prevención, la depresión postparto puede prevenirse con la identificación y el alivio de los factores de riesgo durante la gestación.
- Algunos síntomas son normales y esperados durante el embarazo, como el cansancio y las alteraciones del sueño. Si se prepara a las mujeres y se normalizan estos síntomas, puede reducirse el estrés que ellas presentan.

## **Fundamento Legal**

La normativa vigente en Colombia para el trabajo de investigación incluyó resoluciones y leyes relacionadas con la atención integral para la atención de la población materno infantil las cuales fueron:

Es por esto que el ministerio de salud y la protección social (2015) estableció, que la ley estatutaria en su artículo 5°, debía brindar el acceso al derecho fundamental de salud.

El Estado respeta, protege y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disponiendo al tenor de los literales, que para ello deberá formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales

Esta ley establece los lineamientos fundamentales del derecho a la salud, además aclara algunos sujetos que son de especial protección como las mujeres embarazadas.

Posterior, encontramos la Resolución 3280 de 2018. Ministerio de salud y la protección social (2018) en la cual se busca la atención integral de atención de la mujer gestante, desde una consulta preconcepcional, hasta el desenlace de su embarazo. En esta misma se enfatiza en la importancia de la salud mental como parte de la atención de la mujer en proceso de gestación, para esto se establecen momentos indicados para evaluar el riesgo de depresión, como lo es la semana 28 de gestación en adelante y el postparto, además establece un método sencillo de evaluación como lo es la escala de depresión de Edimburgo; incluida en los anexos de esta misma.

Por otra parte, la ley 2244 de 2022, nos habla del parto digno y humanizado, el cual fue aprobado por el Congreso de la República, con el principal objetivo de cobijar los derechos de la

mujer en su gestación, trabajo de parto, parto y posparto, donde también entran los derechos que tiene el recién nacido. En relación con lo anterior decreta que el personal de salud deberá ser idóneo, responsable, ético e interdisciplinario para brindar una atención más completa y oportuna, contando con el soporte del conocimiento previo. Según Ministerio de salud y la protección social (2022)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) proporciona 56 recomendaciones, para un parto humanizado, donde enfatiza no solo en la disminución de actos innecesarios, sino también en reestablecer la experiencia de la mujer en el parto, en donde ella tenga más autonomía y poder sobre sus decisiones, como también una conexión más profunda con su hijo, de esta manera obtener favorables resultados tanto para la mujer como para su bebé saludables.

## **DISEÑO Y MEMORIA METODOLOGICA**

Estudio de tipo cuantitativo, transversal descriptivo, para medir la variable depresión postparto, en mujeres gestantes en una sola oportunidad.

La investigación de tipo cuantitativa, también conocida como empirico-analitica. Según Mousalli, Gloria (2015) en la cual se opera bajo un orden propio por el cual se busca explicar y predecir fenómenos. Este tipo de investigación lleva al investigador a hacer a un lado lo subjetivo, para percibir la realidad tal y como es, para esto se deben realizar procesos de medición objetivos que permitan medir las variables.

Como se mencionó anteriormente, es un estudio descriptivo transversal. Menciona Hernández, Roberto (2014).

se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (p. 92)

La muestra fue transversal, porque se buscaba medir una variable en un único momento, de acuerdo con. Hernández, Roberto (2014) “Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.”

Las fuentes utilizadas para la investigación fueron diversas, para ello se consultaron páginas web, repositorios, tesis y proyectos de investigación, libros y normativas vigentes relacionadas con el tema. Así como la información suministrada por las gestantes en el instrumento utilizado.

### **Temporalidad**

El estudio es de tipo transversal, ya que se determinó el riesgo que tenían las mujeres gestantes de padecer depresión postparto, en un solo momento. Menciona Mügggenburg, Rodríguez (2017) acerca de los estudios transversales que:

son aquellos en los que se recolectan datos en un sólo momento, en un tiempo único. Su propósito se centra en describir variables y analizar su comportamiento en un momento dado. (es como tomar una fotografía de algo que sucede). (p. 37)

### **Selección de la muestra**

la selección de la muestra y la unidad de estudio, fueron las mujeres gestantes que asisten al programa de control prenatal, del hospital San Juan de Dios de Sonsón y que su gestación está en el tercer trimestre, durante el semestre 2023-1, con el fin de identificar el Riesgo de sufrir depresión postparto.

No se tuvieron en cuenta mujeres que estuvieran iniciando su proceso de gestación o que el mismo no estuviese en el tercer trimestre, debido que las recomendaciones para la aplicación de la Escala de Depresión de Edimburgo eran precisamente postparto, o la aplicación superior a las 28 semanas de gestación.

El tipo de muestreo es: muestreo no probabilístico de tipo intencional, en la que la población objeto, fueron las mujeres gestantes, específicamente las mujeres gestantes que estuvieran en su tercer trimestre de gestación.

Menciona Hernández, Roberto (2014) acerca de la muestra no probabilista que es un proceso de selección realizado por las características de la investigación, estas muestras también

son llamadas dirigidas. Añade además que su utilidad en la investigación cuantitativa radica en la selección de una cuidadosa y controlada elección de casos con características específicas.

**Los criterios de inclusión para el estudio fueron:** Mujeres gestantes asistentes al programa de control prenatal y que se encuentren en su tercer trimestre de gestación. Algunos **criterios de exclusión considerados para la investigación fueron:** Pacientes con diagnóstico de psicosis, depresión o ansiedad y que para el momento del estudio se encontrasen en tratamiento con algún tipo de medicamento antidepresivo o con psicoterapia.

### **Instrumentos y técnicas de recolección de datos**

Para la recolección de los datos, se utilizó una encuesta para la caracterización sociodemográfica con un total de 18 preguntas. Según Quispe, Doris (2011) la encuesta es una técnica de investigación mediante la elaboración de cuestionarios, que pueden ser aplicados a una población generalmente a un grupo de personas.

La encuesta de caracterización sociodemográfica cuenta con opciones de respuesta preestablecidas, las preguntas fueron cerradas, Menciona. Quispe, Doris (2011) este tipo de preguntas proporciona al encuestado varias opciones de las cuales solo puede elegir una.

El instrumento utilizado para la identificación del riesgo de depresión postnatal, fue la Escala de depresión de Edimburgo.

La escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS), es un instrumento creado en el año 1987 por Cox et al. (1987) como una herramienta para asistir a los profesionales de atención primaria en salud para la detección de la depresión postparto.

El instrumento es una encuesta autoadministrada desarrollada para la detección de síntomas de depresión perinatal, la cual consta de 10 preguntas de selección múltiple, con 4 alternativas cada una, con una puntuación de 0 a 3, dependiendo de la variación de los síntomas.

Años después, COX determinaron su validez de la semana 28 a la 34 de gestación, desde allí su uso se ha extendido a muchos países. Ortega et al. (2007) esta escala fue validada para población mexicana por el instituto de perinatología (INPerIER), su traducción al español estuvo a cargo de Ortega L y Figueroa ME. Nombran además tres tipos de validez: de contenido, de constructo o teórica y de criterio (predictora).

En un estudio realizado en la ciudad de Cartagena, se estableció que la Escala de Edimburgo para depresión postparto es un instrumento confiable y valido para ser utilizado en la detección temprana del trastorno depresivo en mujeres gestantes. Según Campo, Alberto (2007)

La recolección de datos se realiza en el municipio de Sonsón, con población gestante que pertenece el programa de control prenatal y curso de preparación para maternidad y la paternidad del ESE Hospital San Juan de Dios de Sonsón. Se realiza una jornada en la cual se obtiene la participación únicamente de 4 mujeres, de forma presencial. Partiendo de la poca asistencia se decide hacer uso de las bases de datos del hospital con previa autorización de la Enfermera jefe del programa quien hace envío de los archivos por correo electrónico, para citar a la población por medio de llamada telefónica, sin embargo, se obtiene una pobre respuesta.

Se realizan aproximadamente 70 llamadas telefónicas, durante las cuales obtuvimos cierto grado de rechazo, disentimiento, negación en la participación, bloqueo de llamadas y números de teléfono de los estudiantes, madres gestantes que lamentablemente habían perdido a sus bebés, que no pertenecían al último trimestre de gestación o que ya habían dado a luz. En total se logra realizar



12 entrevistas vía telefónica con grabación de la sesión, de las cuales el 100% cumple con los criterios de inclusión definidos para el trabajo de investigación.

### **Ética de la investigación**

El estudio se realizó con el aval del concejo de facultad de la facultad de ciencias de la salud de la, aprobación del comité de currículo y aprobación del comité de ética, todos ellos pertenecientes a la Universidad Católica de Oriente. Para esto se diseñó un consentimiento informado, teniendo en cuenta la normativa disponible de protección de datos, que según Congreso de la república (2012) dicta que:

La presente ley tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política. (p. 1)

Además, se tendrá en cuenta lo dispuesto por el Informe Belmont, en el que se habla de la beneficencia, al actuar bajo el beneficio de los participantes, sin vulnerar sus derechos y con la libre participación de estos en la investigación, no ocultando ninguna información. Menciona Faiad, Sebastián (2022) que “los beneficios deberán ser siempre superiores a los daños.

## ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos fueron analizados a través del programa de cálculo de Excel y el programa estadístico gratuito JASP. Inicialmente se creó una tabla en la cual se depositaron y organizaron todas las respuestas obtenidas a partir la aplicación de las encuestas, recolectando información dividida en dos partes: datos de caracterización sociodemográfica y puntaje arrojado por la escala de Edimburgo por cada mujer entrevistada.

En el programa estadístico JASP se reportan los datos referentes a la Escala de Edimburgo a partir del cual obtenemos los siguientes resultados:

**Tabla 2**

*Descripción de respuestas para cada ítem de la escala de depresión de Edimburgo*

	<b>Valid</b>	<b>Missing</b>	<b>Mode</b>	<b>Median</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviation</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
<b>P1</b>	12	0	0.000	0.000	0.083	0.289	0.000	1.000
<b>P2</b>	12	0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
<b>P3</b>	12	0	2.000	2.000	1.333	0.888	0.000	2.000
<b>P4</b>	12	0	0.000	1.000	1.167	1.193	0.000	3.000
<b>P5</b>	12	0	1.000	1.000	1.083	0.793	0.000	2.000
<b>P6</b>	12	0	0.000	0.500	0.917	1.084	0.000	3.000
<b>P7</b>	12	0	0.000	0.000	0.500	0.674	0.000	2.000
<b>P8</b>	12	0	0.000	0.000	0.250	0.452	0.000	1.000
<b>P9</b>	12	0	0.000	0.000	0.500	0.674	0.000	2.000
<b>P10</b>	12	0	0.000	0.000	0.250	0.622	0.000	2.000

Fuente: Elaboración propia

Las preguntas con más representación para la muestra fueron las preguntas 3,4,5 y 6 asociadas a sensaciones de (culpa, nerviosismo, miedo y angustia); En la tabla se muestra que la desviación para las preguntas 3,4,5 y 6 el rango esta entre 0.7% a 1.19% esto corresponde a las respuestas equivalentes a 2 y 3 conforme a la escala de Edimburgo.

En relación con lo anterior se decide incluir el análisis de las preguntas antes mencionadas ya que fueron las preguntas que obtuvieron mayor puntaje, por ende, se relacionan con el riesgo de padecer depresión posparto.

**Tabla 3**

*Pregunta 3: Cuándo las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente*

<b>P3</b>	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulate Percent
<b>0</b>	3	25.000	25.000	25.000
<b>1</b>	2	16.667	16.667	41.667
<b>2</b>	7	58.333	58.333	100.000
<b>Missing</b>	0	0.000		
<b>Total</b>	12	100.000		

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia que el 58,33% respondió con un puntaje de 2 según la escala de Edimburgo lo que significa, que más de la mitad de las gestantes encuestadas durante su embarazo ha sentido que las cosas le han salido mal culpándose a sí misma innecesariamente.

**Tabla 4**

*P4: He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo*

<b>P4</b>	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>0</b>	5	41.667	41.667	41.667
<b>1</b>	2	16.667	16.667	58.333
<b>2</b>	3	25.000	25.000	83.333
<b>3</b>	2	16.667	16.667	100.000
<b>Missing</b>	0	0.000		
<b>Total</b>	12	100.000		

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a las respuestas de la pregunta número 4, evidenciamos que el 41,66% relaciona no haber experimentado sensaciones de nerviosismo durante la gestación, sin embargo, 58,33% indica que ha experimentado en alguna ocasión estas emociones.

**Tabla 5**

*P5: He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo*

<b>P5</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>0</b>	3	25.000	25.000	25.000
<b>1</b>	5	41.667	41.667	66.667
<b>2</b>	4	33.333	33.333	100.000
<b>Missing</b>	0	0.000		
<b>Total</b>	12	100.000		

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a los resultados del análisis a la pregunta número 5, se puede evidenciar que el 75% de las encuestadas ha sentido miedo durante su proceso de gestación, la tabla también evidencia que los resultados de las encuestas según la escala de Edimburgo se encuentran entre el puntaje 1 y 2.

**Tabla 6**

*P6: Las cosas me han estado abrumando*

<b>P6</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>0</b>	6	50.000	50.000	50.000
<b>1</b>	2	16.667	16.667	66.667
<b>2</b>	3	25.000	25.000	91.667
<b>3</b>	1	8.333	8.333	100.000
<b>Missing</b>	0	0.000		
<b>Total</b>	12	100.000		

Fuente: Elaboración propia

Para la pregunta 6, según los valores arrojados, el 50% de las encuestadas no se han sentido abrumadas durante su estado de gestación, en comparación con el otro 50% que refieren sentirse abrumadas durante su embarazo, siendo puntaje 2 de la respuesta más alta.

**Tabla 7**

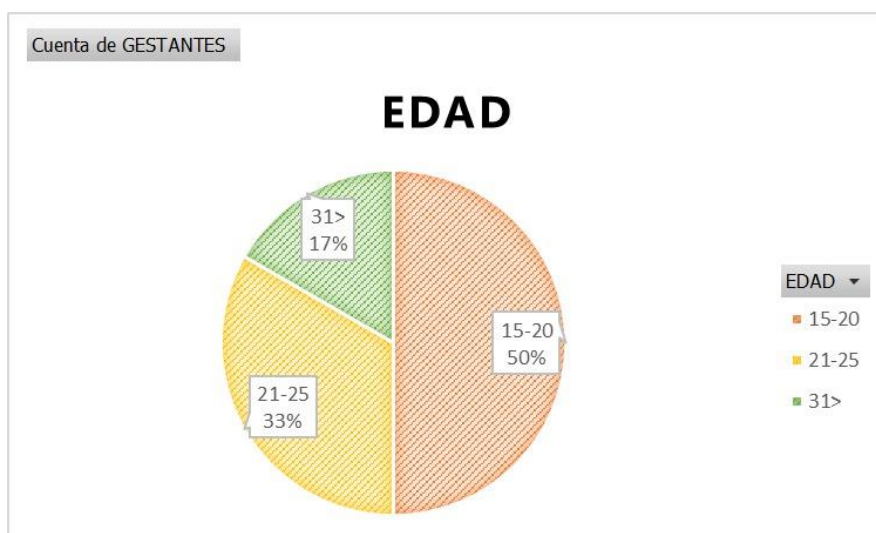
*Frecuencia total de los puntajes obtenidos por la EPDS, para clasificación del riesgo de Depresión postparto.*

<b>TOTAL</b>	<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>1</b>	1	8.333	8.333	8.333
<b>3</b>	3	25.000	25.000	33.333
<b>4</b>	1	8.333	8.333	41.667
<b>6</b>	2	16.667	16.667	58.333
<b>7</b>	1	8.333	8.333	66.667
<b>8</b>	1	8.333	8.333	75.000
<b>10</b>	2	16.667	16.667	91.667
<b>12</b>	1	8.333	8.333	100.000
<b>Missing</b>	0	0.000		
<b>Total</b>	12	100.000		

Fuente: Elaboración propia

La prevalencia de las gestantes que, al momento de aplicar el test de Edimburgo, arroja un resultado mayor o igual a 10, es de 24,9%, sin embargo, un resultado mayor a 0 en la pregunta 10 indica riesgo de depresión, lo que arroja un resultado final de 33,3%.

Se realizaron gráficas para analizar porcentajes relevantes con respecto a las situaciones que pueden condicionar algún grado de vulnerabilidad y mayor riesgo de presentar depresión postparto para las mujeres gestantes, como lo es la falta de apoyo familiar, la vivencia de situaciones estresantes y la alteración de las condiciones socioeconómicas.

**Gráfica 1: Edad**

Fuente: Elaboración propia

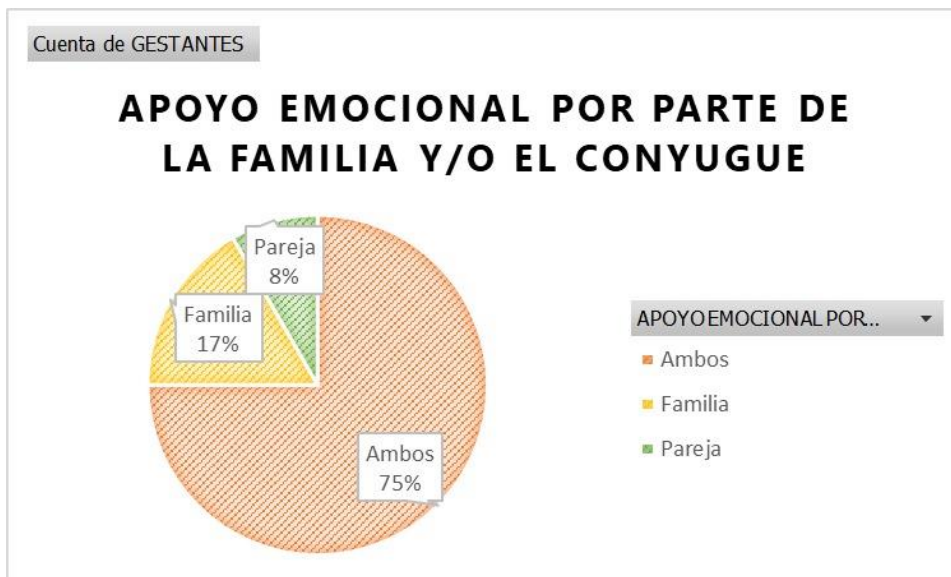
Del 100% de la población (12 gestantes), el 50% (6) tienen edades entre 15-20%, seguido de un 33% de la población (4 gestantes) que tienen edades entre 21-25 años, y en menor proporción mujeres con edades de 31 años o más en un 17% (2 gestantes).

**Gráfica 2: ¿Su embarazo actual fue planeado?**

Fuente: Elaboración propia

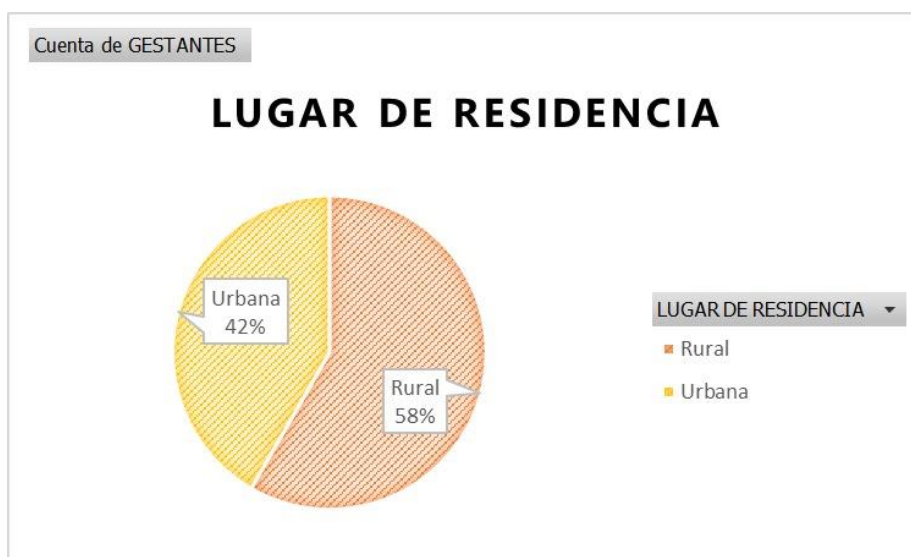
En esta gráfica se evidencia que el 66,6% de las gestantes entrevistadas (8), planearon su embarazo actual, mientras que el 33% de la población (4) no lo planearon.

**Gráfica 3: Apoyo familiar por parte de familia o pareja**



Fuente: Elaboración propia

Este gráfico nos arroja que el 100% de la población estudiada recibe algún tipo de apoyo emocional por parte de su familia y/o su conyugue.

**Gráfica 4: Lugar de residencia**

Fuente: Elaboración propia

La presente gráfica evidencia que el 58.3% (7) de la población estudiada reside en zona rural y el 41.7% (5) de la población reside en zona urbana.

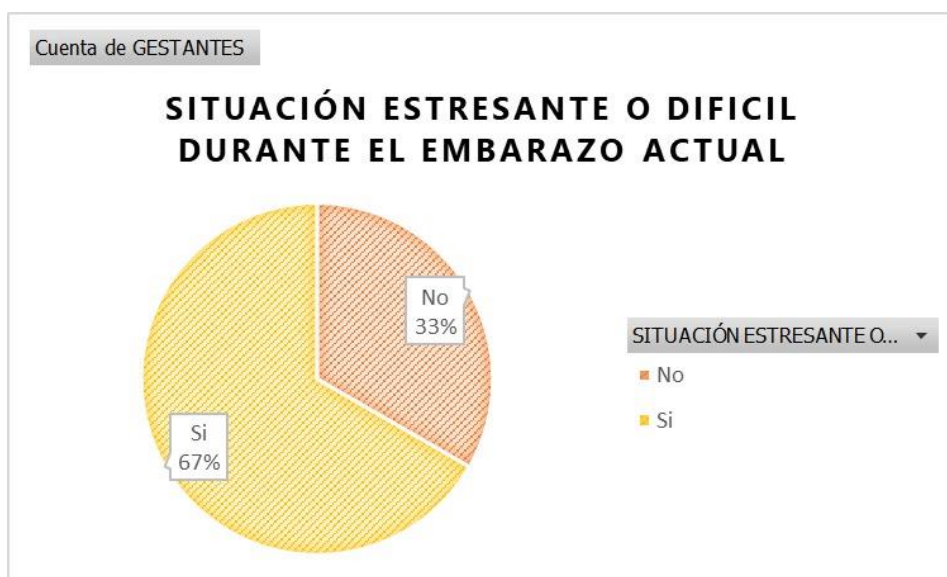
**Gráfica 5: Problemas económicos o de vivienda**



Fuente: Elaboración propia

Análisis: En esta gráfica nos permitimos observar que el 33.3% (4) de la población estudiada tiene problemas económicos o de vivienda.

### Gráfica 6: Situación estresante o difícil durante la gestación actual



Fuente: Elaboración propia

En esta gráfica se representa que el 67% de la población entrevistada (8) presentan o han presentado una situación difícil o estresante durante el embarazo actual. El 33.3% de la población estudiada padece o ha padecido alguna situación estresante o difícil durante su embarazo actual.

## HALLAZGOS Y DISCUSIÓN

Al evaluar los puntajes obtenidos por la Escala de Edimburgo encontramos que el 24,9% de las gestantes participantes tuvieron puntos de corte mayores o iguales a 10, lo que corresponde a tener riesgo de depresión posparto, aquí es importante aclarar que en la pregunta número 10 del test de Edimburgo, una respuesta diferente a 0 indica riesgo de Depresión postnatal, lo que equivale a un 33,3% de la muestra con riesgo de depresión. El hallazgo es similar en los datos obtenidos por otros autores en estudios realizados anteriormente como lo dice. Jiménez et. Al (2020) el riesgo de padecer depresión perinatal equivale al 20,1% de riesgo.

Es importante la prevalencia observada en la pregunta No. 3, la cual se trata sobre el sentimiento de culpa. Se evidencia que el 58,33% han presentado dicho sentimiento durante la gestación.

En relación con las preguntas de la Escala de Edimburgo, la que obtuvo mayor representatividad para la muestra fue la pregunta No. 4, relacionada con el sentimiento de nerviosismo e inquietud, los cuales son representativos de la tristeza posparto denominada “baby blues” en la cual las mujeres gestantes de forma natural presentan alteraciones en el estado de ánimo, como lo Menciona. Atencia, Stephanie (2015) que esta tristeza es provocada por cambios hormonales, psicológicos y sociales, que incluyen nerviosismo, agotamiento y confusión. Con lo anterior se destaca la importancia de aplicar la escala de Edimburgo en los programas de control prenatal y realizar el seguimiento adecuado de las gestantes para establecer un diagnóstico diferencial y oportuno.

En el presente estudio de investigación, en relación con los datos de caracterización sociodemográfica, a pesar de reconocer que todos los datos e información obtenida por medio de

la aplicación de la encuesta se consideran importantes, se seleccionan los datos con mayor predominio y aquellos que en teoría se relacionan más con el riesgo de padecer depresión posparto.

Considerando la edad de las gestantes participantes, se evidenció prevalencia en las edades entre 15-20 años, la cual se considera una edad en la cual existe mayor riesgo de presentar depresión posparto. Zamora et al. (2016) en su estudio relacionado con los factores de depresión postparto, mencionan que el riesgo elevado de padecer depresión en esta edad puede deberse a que las mujeres se encuentran en la transición de niñas a mujeres, por lo cual no están preparadas para responsabilizarse de una nueva vida.

También puede deberse a la preocupación que ocasiona tener poca experiencia para el parto y la carga que el nuevo integrante puede significar para la familia, así lo mencionan Jiménez et al. (2020)

Con respecto a la planeación del embarazo actual, la encuesta realizada y el análisis de los datos, nos arrojan que el 67% de la población ha planeado su embarazo, y del 33% restante, es decir de las 4 mujeres que no planearon su embarazo actual según el reporte de la Escala de Edimburgo aplicada 1 gestante se encuentra en riesgo de depresión posparto, con un puntaje de 10 puntos. No planear el embarazo. Según Antúnez et al. (2022) un estudio mostró que el embarazo no deseado se asocia con síntomas depresivos en el posparto, lo anterior lo podríamos relacionar con falta de experiencia o inestabilidad emocional que impiden el vínculo estrecho y correcto entre el binomio madre-hijo.

En relación con el apoyo emocional, el 100% de la población estudiada recibe apoyo por parte de su familia y/o su conyugue, y su ausencia es considerada uno de los principales factores

de riesgo para DPP, lo Urdaneta et al. (2011) cuando dicen que: “Los factores de riesgo que han sido descritos para el desarrollo de esta entidad son variados: ... las dificultades conyugales, los problemas con los padres, el nivel socioeconómico... entre otros.” Por lo anterior, consideramos el apoyo emocional como un factor protector.

El lugar de residencia predominante en la población estudiada es la zona rural con un 58%. De las 12 gestantes entrevistadas, 3 se encuentran en riesgo de depresión posparto con un puntaje superior a 10 según la escala de Edimburgo, de las cuales 2 se encuentran residiendo en área rural.

Lo anterior lo relacionamos con en vivir en zona rural, alejado del casco urbano puede crear una barrera de acceso a los sistemas de salud, dificultad la adherencia a los programas de control prenatal y los cursos de preparación para la paternidad y la maternidad, lo que continúa significando un gran reto para los equipos de interdisciplinarios del sector salud, y la necesidad evidente de mayor atención extramural, demanda inducida y atención primaria sin barreras.

Los problemas de tipo económico o de vivienda reportan en el estudio un 67% de prevalencia, catalogado así mismo en diversos estudios como factor de riesgo y predisponente para presentar depresión posparto, lo asientan. Almeida y Toscano (2013) cuando dicen que

En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina y parece ser mayores durante el embarazo y el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital, especialmente en las embarazadas de bajos ingresos económicos.

(p. 10)

Por último, durante el estado de gestación las mujeres experimentan cambios de forma natural y fisiológica los cuales retornan en el momento del posparto, de esta forma se enfrentan a cambios hormonales y psicológicos que al asociarse con una situación estresante o difícil aumentan el riesgo de que las mujeres presenten depresión posparto. Los resultados de nuestra investigación muestran que del 100% de la población estudiada, el 67% ha presentado una situación difícil o estresante durante el embarazo, es decir, 8 mujeres de las cuales 2, según el puntaje de Edimburgo, presentan riesgo de depresión posparto con puntajes iguales o mayores de 10.

## CONCLUSIONES

Según el análisis de los datos de caracterización sociodemográfica, el 100% de la población estudiada de acuerdo con los estudios utilizados como fuente teórica y de consulta, presentan al menos 1 condición de riesgo que las hace vulnerables a presentar depresión posparto. Por lo anterior concluimos que, en los programas de control prenatal y cursos de preparación para la maternidad y la paternidad, así como en las instituciones de salud de mayor complejidad donde se atienden los partos, se deben tener en cuenta las condiciones de vida de las gestantes de forma individualizada que puedan contribuir con la detección temprana de la DPP.

Se concluye también, que el 33.3% de la población estudiada se encuentra en riesgo de padecer depresión posparto definido por el puntaje igual o superior a 10 puntos arrojado por la Escala de Edimburgo. Del 33.3%, el 8.3% se refiere a una parte de la población que obtuvo un puntaje inferior a 10, pero que en la última pregunta de la escala responde de forma afirmativa, lo que automáticamente supone una condición de riesgo independiente del puntaje total. Así, concluimos que la Escala de Edimburgo es considerada una herramienta de oro para detectar el riesgo de manera oportuna, para brindar un tratamiento precoz y evitando que se presenten efectos colaterales tanto para la madre como para su bebé.

Finalmente, y evidenciando el riesgo de DPP que presenta la población estudiada, se converge en la necesidad evidente de generar mayores estrategias educativas a las gestantes durante el control prenatal y el curso de preparación para la paternidad y la maternidad a través de las cuales las gestantes aprendan a identificar la sintomatología relacionada con el riesgo de padecer DPP y puedan acudir a tiempo a los servicios de salud. De igual forma, se resalta la importancia de que, en las instituciones de cualquier nivel de atención, el personal de enfermería

reconozca la importancia de la aplicación temprana y correcta de la escala de Edimburgo y la caracterización sociodemográfica de la población materna.

## RECOMENDACIONES

Recomendaciones para la institución relacionadas con la elaboración de un protocolo institucional.

Realizar un protocolo institucional, que permita establecer la Escala de depresión postparto de Edimburgo, como una herramienta de aplicación necesaria para las mujeres gestantes asistentes al programa de control prenatal, curso de preparación para la maternidad y la paternidad y de las mujeres postparto. Esto precisamente para orientar al personal de salud de la institución en la identificación del riesgo de depresión postparto.

Los ejes temáticos del protocolo deben girar en torno a la educación del personal sanitario en la identificación de factores de riesgo y síntomas de alerta que pueden indicar que la mujer pueda presentar depresión postnatal, así como la explicación de la operatividad de la escala, para arrojar resultados más confiables, que permitan la derivación oportuna de esta gestante a un grupo interdisciplinario que pueda brindar una atención diferencial e integral a estas gestantes, no sin antes mencionar que todo esto está dispuesto en la Resolución 3280 de 2018, en donde se hace especial énfasis en la aplicación del Test de Edimburgo, mismo que se encuentra relacionado en un anexo de la misma resolución.

Se recomienda establecer la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo en cada control prenatal durante el tercer trimestre de gestación, ya que es el periodo en el que se pueden identificar con mayor confiabilidad los síntomas y factores de riesgo de las gestantes para presentar depresión. La resolución 3280 de 2018 de igual manera establece casos especiales para su aplicación antes del tercer trimestre algunos de ellos como: Mujeres adolescentes o niñas en



periodo de gestación, mujeres que estén siendo maltratadas por sus familias o parejas y casos en los que se haya dado el embarazo por un acto de violencia sexual.

Establecer, además una base de datos confiable de permanente actualización, en la que se pueda tener mayor control de las mujeres gestantes que acuden a la institución, con el fin de que si en algún momento se tiene una alerta durante la gestación o su postparto, se pueda ubicar a la gestante para tener una intervención oportuna, por parte del equipo de salud.

Fortalecer los encuentros educativos del curso de preparación para la maternidad y la paternidad, donde se puedan mencionar importantes como la salud mental durante el proceso de gestación y, en caso de requerir ayuda este grupo pueda actuar como una red de apoyo en la que las mujeres puedan hablar acerca de sus procesos, sentimientos, puntos y lo difícil que puedan o no llegar a ser, durante un proceso a veces tan difícil para ellas.

Se recomienda que los encuentros del curso sean orientados a adquirir conocimientos con métodos activos de aprendizaje, donde se involucren de manera dinámica a las participantes para que en dichos cursos se promuevan pensamientos críticos del tema presentado por parte de los profesionales de la salud involucrados en la atención de las gestantes.

## ANEXOS

### **Anexo 1: Carta de aprobación por parte del comité de ética de la Universidad**

Rionegro, febrero 17//2023

Respetada docente Helina Margarita Arango

Respetados estudiantes:

Daniela Álzate Ocampo

Neider Yesid Restrepo Manrique

María Camila Zapata Gómez

Saludo cordial El comité de Ética de la Universidad Católica de Oriente, creado mediante Acuerdo CD007 del 28 de mayo de 1998, y en reunión ordinaria del mes de febrero ha revisado el proyecto de investigación denominado, “Mujeres gestantes con riesgo de depresión posparto en una institución de primer nivel de atención del Oriente Antioqueño” del programa en enfermería y dando trámite a los lineamientos de la política institucional de ética, emite el siguiente concepto: Es responsabilidad primordial y así lo indica el Comité, salvaguardar el respeto por la dignidad, derechos, seguridad, bienestar de los participantes actuales y potenciales en la investigación, garantizando que las investigaciones sean confiables y éticamente sustentables, así mismo, procurar el cuidado del medio ambiente, los recursos naturales, plantas y animales. Además, “-que, respecto a la ciencia, el investigador tiene el compromiso de su preparación al más alto nivel, para dedicar sus energías a la producción de conocimientos de la calidad de su área, lo que implica responsabilidad frente al proyecto personal del saber y con la comunidad

científica, porque la investigación se hace pública para su crítica y utilización en una concreta tradición investigativa, de aquí el sentido y la solidaridad como contribución a los grupos de investigación. Así mismo, frente a los seres vivientes y a la sociedad, el investigador deberá priorizar la solución a la problemática social, con respecto a los problemas científicos implícitos en su tarea cotidiana. Además, el investigador está comprometido con los valores por el mero hecho de desarrollar su trabajo; la reflexión y la argumentación filosófica y ética, lo que constituyen características fundamentales de los métodos y procedimientos de investigación. De aquí su compromiso ético – político con la transformación de la sociedad”. El Comité respectivamente, con el programa de enfermería y la docente, Helina Margarita Arango, según calendario de ejecución, harán seguimiento a los compromisos éticos desde los criterios de la política a este estudio, con posibilidad de intervención si así se requiere. Por lo anterior, y después de analizar el objeto de estudio, la metodología, riesgos y beneficios, así como los avales y permisos respectivos, y validación del instrumento, emite un dictamen favorable y de aprobación, para los instrumentos como el test Escala de Edimburgo, así como del consentimiento informado, pues cumple con todos los requerimientos institucionales, la Política Nacional de Ética, Bioética e Integridad Científica, así como los marcos legales y declaraciones de orden internacional vigentes. La presente investigación contempla parámetros establecidos en la resolución No 8430 de 1993 del 4 de octubre, emanada por el Ministerio de Salud en cuanto a investigaciones con riesgo mínimo. El presente aval es exclusivo para los instrumentos en mención y el consentimiento informado descritos en el proyecto. En caso de requerir otros instrumentos de recolección de la información deberán solicitar el dictamen correspondiente al comité, el cual hará una nueva revisión y aprobación.

Para constancia firma:



Mg. Jesús David Vallejo Cardona  
Coordinador Comité de Ética



PhD. Dagoberto Castro Restrepo  
Director Investigación y Desarrollo



Maribel Ocaiones  
Vto. Secretaría General



Mg. Juan Carlos Gonzalez Sanchez

## Anexo 2: Carta de aprobación por parte del Hospital San Juan de Dios de Sonsón

 <b>890980003-5</b>	<b>TALENTO HUMANO</b>	CÓDIGO:	F_07_51_03
		VERSIÓN:	3
		VIGENCIA:	2018-2041
		PAGINA:	11
FORMATO COMUNICACIÓN OFICIAL		1808-05	

**EL PROFESIONAL DE TALENTO HUMANO DE LA  
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  
 DEL MUNICIPIO DE SONSON – ANIOQUIA  
 NIT: 980980003-5**

### CERTIFICA:

Que los estudiantes DANIELA ALZATE OCAMPO, NEIDER YESID RESTREPO MANRIQUE Y MARIA CAMILA ZAPATA GOMEZ, se encuentran realizando proyecto en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del Municipio de Sonsón - Antioquia, orientado a "mujeres gestantes con riesgo de padecer depresión post parto en una institución de primer nivel de atención del oriente antioqueño"

Los estudiantes se encuentran en la recopilación de datos y ejecución de propuesta, la cual fue aprobada por gerencia desde el mes de marzo de la presente anualidad.

La presente constancia se expide para fines académicos como aval de su participación en la institución y de aprobación de la misma.

Dado en el municipio de Sonsón Antioquia a los 09 días del mes de Mayo de 2023.

  
**YEISON BUITRAGO MARIN**  
 Jefe talento humano

[talentohumano@hospitalsonson-antioquia.gov.co](mailto:talentohumano@hospitalsonson-antioquia.gov.co)

Tel. (4)8695050 ext. 115 Cel.: 3218741807



**Con la fraternidad en la salud: EL FUTURO, Es ahora**

Dirección Calle 18 No. 7-151 Sector La Cabana, Sonsón, Tel. 8090000  
 Correo: [institucional@hospitalsonson.gov.co](mailto:institucional@hospitalsonson.gov.co)  
<http://www.hospitalsonson-antioquia.gov.co>

### **Anexo 3: consentimiento informado**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA: MUJERES GESTANTES CON RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO EN UNA INSTITUCIÓN DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO**

(Ley 1581, 2012) La ley de protección de datos personales reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, y verificar información que haya sido recolectada sobre ellas, en las diferentes fuentes de datos de naturaleza pública o privada.

### **OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO**

Determinar el riesgo de depresión posparto en mujeres gestantes que asisten al programa de control prenatal, de un hospital del Oriente antioqueño en el año 2022-2 a partir de la aplicación de la escala de Edimburgo.

**Yo** \_\_\_\_\_

**C.C. No.** \_\_\_\_\_.

Declaro que he sido informado(a) del objetivo general y características de la presente investigación, por ello y en forma voluntaria doy mi autorización, para participar en el proyecto de investigación antes mencionado por medio de una entrevista con una lista de 17 preguntas de caracterización sociodemográfica y 10 preguntas pertenecientes a la escala de Edimburgo.

1. Declaro que esta participación es totalmente voluntaria, se me ha informado que después de iniciada la entrevista, puedo rehusarme a responder o puedo tomar la decisión de terminar mi participación en cualquier momento. Con lo anterior, se me garantiza el principio de respeto a la dignidad humana y a la libre autodeterminación.

2. Tengo entendido que la información será **Estrictamente Confidencial**, y se me garantiza el **Anonimato**, al identificárseme con un código, en lugar de hacerlo con mi nombre; éste será reservado Exclusivamente para el conocimiento de los investigadores, fines netamente académicos.
3. Es claro que no pagaré ni recibiré ninguna retribución económica en dinero o en especie por la participación en este trabajo de investigación.
4. Además, se me informa que no se realizarán pruebas, ensayos, intervenciones o modificación intencionada sobre aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos y sociales, que puedan generar perjuicios para mí.

Informado ampliamente de lo anterior, declaro que leí y comprendí la información suministrada en este documento y deseo dar mi consentimiento libre y voluntario para hacer parte en este trabajo investigativo.

**Responsable de la Investigación:**

**Estudiantes:** Daniela Alzate Ocampo, identificada con cédula de ciudadanía: 1.007.565.867, Neider Yesid Restrepo Manrique identificado con cédula de ciudadanía: 1.002.205.630, Maria Camila Zapata Gómez, identificada con cédula de ciudadanía: 1.036.960.076.

**Asesor:** Sra. Helina Arango, docente.

**Institución:** Universidad Católica de Oriente

**Firma del entrevistado:** \_\_\_\_\_

**CC** \_\_\_\_\_

**Firma y documento de la persona que conduce el consentimiento informado.**

\_\_\_\_\_

**CC** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Anexo 4: Encuesta de caracterización sociodemográfica de las gestantes.**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**TAMIZAJE SOBRE RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO UTILIZANDO LA  
ESCALA DE EDIMBURGO EN GESTANTES DEL TERCER TRIMETRE QUE  
ASISTEN AL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL DE  
SONSÓN**

**Estudiantes:**

**Daniela Alzate Ocampo**

**Néider Yesid Restrepo Manrique**

**María Camila Zapata Gómez**



## **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Complete cada pregunta con la información requerida:

### **Preguntas de única respuesta:**

#### **1. Trimestre de gestación en el cual se encuentra:**

- a) Primer trimestre
- b) Segundo trimestre
- c) Tercer trimestre

#### **2. N° de hijos sin tener en cuenta la actual gestación:**

- a) 0 hijos
- b) 1 hijo
- c) 2 hijos
- d) 3 hijos
- e) 4 hijos o más

#### **3. ¿Su embarazo actual ha sido planeado?**

- a) Si
- b) No

#### **4. Edad:**

- a) Menor de 15 años
- b) Entre 15 y 20 años
- c) Entre 21 y 25 años
- d) Entre 26 y 30 años
- e) 31 años o más

#### **5. Estado civil:**

- a) Soltera
- b) Casada

- c) Unión libre
- d) Otro

**6. Actualmente vive con:**

- a) Pareja
- b) Pareja e hijo (s)
- c) Pareja y familiares
- d) Familiares
- e) Sola

**7. ¿Cuenta con apoyo emocional por parte de su familia o por parte de su conyugue para su actual embarazo?**

- a) Si, por parte de ambos
- b) Si, por parte de la familia
- c) Si, por parte de la pareja
- d) No cuenta con apoyo

**8. ¿Cómo define la relación que tiene con su pareja?**

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala
- d) Muy mala

**9. Lugar de residencia:**

- a) Área Rural
- b) Área Urbana

**10. Nivel de educación:**

- a) Básica primaria
- b) Básica secundaria
- c) Técnico
- d) Tecnólogo
- e) Universitario

**11. Actualmente consume o ha consumido alcohol o alguna sustancia psicoactiva?**

- a) Si
- b) No

**Especifique su respuesta:** \_\_\_\_\_

**12. Ocupación actual:**

- a) Ama de casa
- b) Trabajo independiente
- c) Trabajo en empresa

**13. De qué o de quién dependen sus ingresos económicos en la actualidad:**

- a) De su trabajo
- b) De su pareja
- c) De su familia
- d) No cuenta con ingresos económicos

**14. ¿Considera que tiene problemas económicos o de vivienda?**

- a) Si
- b) No

**15. Estrato socioeconómico:**

- a) Estrato 1
- b) Estrato 2
- c) Estrato 3
- d) Estrato 4
- e) Otro

**16. En alguno de sus embarazos anteriores (en caso de haberlos tenido) fue diagnosticada con DPP?**

- a) Si
- b) No
- c) No aplica

**17. ¿Ha recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en los últimos dos años?**

- a) Si
- b) No

**18. ¿Durante su embarazo actual ha sufrido alguna situación estresante o difícil?**

- a) No
- b) Si, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**Anexo 5: Escala de Depresión postparto de Edimburgo**

### **ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO**

**En los últimos 7 días:**

**1. He sido capaz de reír y ver el lado divertido de las cosas:**

- a) Tanto como siempre

- b) No tanto ahora
- c) Mucho menos ahora
- d) No, nada

**2. He disfrutado mirar hacia delante:**

- a) Tanto como siempre
- b) Menos que antes
- c) Mucho menos que antes
- d) Casi nada

**3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:**

- a) Sí, la mayor parte del tiempo
- b) Sí, a veces
- c) No con mucha frecuencia
- d) No, nunca

**4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo**

- a) No, nunca
- b) Casi nunca
- c) Si, a veces
- d) Sí, con mucha frecuencia

**5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo**

- a) Sí, bastante
- b) Sí, a Veces
- c) No, no mucho
- d) No, nunca

**6. Las cosas me han estado abrumando:**

- a) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
- b) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
- c) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
- d) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre

**7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:**

- a) Sí, la mayor parte del tiempo
- b) Si, a veces
- c) No con mucha frecuencia
- d) No, nunca

**8. Me he sentido triste o desgraciada:**

- a) Si, la mayor parte del tiempo
- b) Sí, bastante a menudo
- c) No con mucha frecuencia
- d) No, nunca

**9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:**

- a) Sí, la mayor parte del tiempo
- b) Si, bastante a menudo
- c) Sólo ocasionalmente
- d) No, nunca

**10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:**

- a) Sí, bastante a menudo
- b) A veces
- c) Casi nunca
- d) Nunca

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adriana Acuña Alvarado, D., Estefanía Ramírez Zumbado, D., & María Fabiola Azofeifa Zumbado. (2021). Depresión postparto Postpartum depression. *María Fabiola Azofeifa Zumbado E712*, 6(9), 712. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i9.712>
- Alcaldía de sonsón. (2020). *Mi municipio*. Alcaldía de Sonsón, El futuro es ahora. <https://www.sonson-antioquia.gov.co/MiMunicipio/Paginas/Presentacion.aspx>
- Alvarado, S. M., Mesinas, A. G., & Peña, M. Y. (2014). Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. *Horizonte Médico*, 14(4), 53–57. <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v14n4/a10v14n4.pdf>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed) <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Atencia Olivas, S. M. (2015). Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrion durante abril – junio, 2015. . <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4355>
- Ayol Pérez, L. G., Villon Lucero, M. A., & Villavicencio Garofalo, D. I. (2022). FACTORES OBSTÉTRICOS EN LA DEPRESIÓN POST PARTO. *Repositorio de La Universidad Estatal de Milagro*. <http://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/handle/123456789/6655>



Caparros-Gonzalez, R. A., Romero-Gonzalez, B., & Peralta-Ramirez, M. I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e97. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>

Carrazana, V. (2003). EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL EN PSICOLOGÍA HUMANISTA-EXISTENCIAL. *Ajayu Órgano de Difusión Científica Del Departamento de Psicología UC BSP*, 1(1), 1–19.  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612003000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo. *British Journal of Psychiatry*, 150.

de Almeida Filho, N., Castiel, L. D., & Ayres, J. R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5(3), 325–326.  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1851-82652009000300003](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1851-82652009000300003)

Depresión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (2013).  
<https://www.paho.org/es/temas/depresion>

Domeyko Prieto, M. (2019). *Antecedentes de depresión, síntomas de estrés post-traumático y apoyo social percibido : prediciendo depresión postparto*.  
<https://repositorio.uc.cl/handle/11534/23693>

E.S.E Hospital San Juan DE Dios. (2020). *E.S.E Hospital San Juan De Dios*.  
<http://www.hospitalsonson-antioquia.gov.co/>

- Forero Rodríguez, D. E., Torres, L. M., & Rodríguez, L. S. (2019). La morbimortalidad materno-infantil y su prevención. *Prevención de La Enfermedad y La Muerte En El Embarazo y La Primera Infancia : Un Aporte Desde La Psicología Del Consumidor*, 9–35.  
<https://doi.org/10.14349/9789585234420.1>
- Gómez Velasco, C. (2021, September 3). *Tríada Cognitiva de Beck: la depresión desde el pensamiento*. INESEM. <https://www.inesem.es/revistadigital/educacion-sociedad/triada-cognitiva-de-beck/>
- González-González, A., Casado-Méndez, P. R., Molero-Segrera, M., Santos-Fonseca, R. S., López-Sánchez, I., González-González, A., Casado-Méndez, P. R., Molero-Segrera, M., Santos-Fonseca, R. S., & López-Sánchez, I. (2019). Factores asociados a depresión posparto. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(6), 770–779.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552019000600770&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552019000600770&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Herrera Huerta, C., Camarena-Robles, E., Cervantes-Camacho, C., Sánchez-Ordoñez, J., López-Lizárraga, E., Soto-Briseño, A., Prospero-García, O., & López, A. (2022). Temas selectos en neurociencias FIV project View project Role of hippocampal GPR55 on spatial learning and memory View project. *Asociación Ibero-latinoamericana de Neurociencias y Psiquiatría (AILANCYP)*, 9–14. <https://www.researchgate.net/publication/366182676>
- Herrero Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2), 0–0.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx).

<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b> (consultado el 1 de mayo de 2021).

Jiménez Hernández, G. E., Peña Jaramillo, Y. M., Ortega Pérez, M., Gil Salazar, J., & Arias Vélez, K. (2020). Factores asociados a depresión posnatal en puérperas de Colombia, según escala de Edimburgo. *Ciencia e Innovación En Salud*.

<https://doi.org/10.17081/INNOSA.84>

Jiménez Hernández, G. E., Peña Jaramillo, Y. M., Ortega Pérez, M., Gil Salazar, J., & Arias Vélez, K. (2020). Factores asociados a depresión posnatal en puérperas de Colombia, según escala de Edimburgo. *Ciencia e Innovación En Salud*, 84, 285–296.

<https://doi.org/10.17081/INNOSA.84>

Krauskopf, V., & Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139–149.

<https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2020.01.004>

Ley 2244 de 2022. (2022, 11 de julio). Ministerio de salud y la protección social.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=189347#:~:text=L a%20presente%20ley%20tiene%20por,derechos%20de%20los%20reci%C3%A9n%20nacidos>

LEY ESTATUTARIA No. 1751 DE 2015. (2015, 16 de febrero). Ministerio de salud y la protección social.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

López Huertas, N. (2016, October 17). *Teoría Hipocrática de los Humores / Gómeros*. Gómeros: Salud, Historia, Cultura y Pensamiento [Blog].

<https://www.fundacionindex.com/gómeros/?p=1990>

Macías Intriago, M. G., Haro Alvarado, J. I., Piloso Gómez, F. E., Galarza Soledispa, G. L., Quishpe Molina, M. del C., & Triviño Vera, B. N. (2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de Las Ciencias*, ISSN-e 2477-8818, Vol. 4, No. 3, 2018, Págs. 392-415, 4(3), 392–415.

<https://doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2018.vol.4.n.3.392-415>

Malpartida, M. (2020). DEPRESION POSTPARTO EN ATENCIÓN PRIMARIA. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 68(6). [https://doi.org/10.4067/S0717-](https://doi.org/10.4067/S0717-75262003000600006)

[75262003000600006](https://doi.org/10.4067/S0717-75262003000600006)

Maria José Montes Hernandez, & Martha Eugenia Sañudo Velázquez. (2021). Vista de Reflexión ética sobre lo humano, dentro del movimiento social por un parto humanizado. *PUCP*, 11(2), 17–33.

[https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/summa\\_humanitatis/article/view/24041/22840](https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/summa_humanitatis/article/view/24041/22840)

Martínez, N. G., Martínez, N. G., Guanoluisa, J. C. M., Sánchez, F. de J. C., & Baryolo, L. P. L. (2019). Prevención de la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital General Ambato; 2017. *Enfermería Investiga*, 4(1), 26–32.

<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/479>

Masías Salinas, M. A., & Arias Gallegos, W. L. (2019). Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Revista Médica Herediana*, 29(4), 226.

<https://doi.org/10.20453/RMH.V29I4.3447>

Montoya Aguilar, C. (1974). Aplicación del concepto de riesgo en salud materno infantil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 77 (2), ago. 1974.

OMS. (1946, July 22). CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Organización mundial de la salud (2018) Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>

Organización mundial de la salud (2023). Depresión.

Orozco, W. N. (2013). DEPRESIÓN POSTPARTO. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*, 70(608), 639–647.

Ortigosa, M., MartínNarváez, N., Casilari Floriano, J. C., & Mérida de la Torre, F. J. (2022).

Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería.

Revisión bibliográfica. *Enfermería Cuidándote*, 5(3), 19–29.

<https://doi.org/10.51326/EC.5.3.2558670>

Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2010). *Modelos y teorías en enfermería* -

9788413822990. ELSEVIER. <https://tienda.elsevier.es/modelos-y-teorias-en-enfermeria-9788413822990.html>

Resolución 3280 de 2018. (2018, 02 de agosto) Ministerio de salud y la protección social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

Rincón-Pabón, D., & Ramírez-Vélez, R. (2014). Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010 Postnatal. *Rev. Salud Pública*, 16(4), 534–546. <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n4.40673>

Ucañay Dávila, L. E., & Contreras Rivera, R. J. (2022). Violencia obstétrica y síndrome de depresión post parto en centros maternos públicos. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 6639–6653. [https://doi.org/10.37811/CL\\_RCM.V6I6.3911](https://doi.org/10.37811/CL_RCM.V6I6.3911)

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 puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 76(2), 102–112. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262011000200007>

Vega-Dienstmaier, J. M. (2019). Depresión postparto en el Perú. *Revista Médica Herediana*, 29(4), 207. <https://doi.org/10.20453/RMH.V29I4.3444>

Villanueva Basilio, B., & Jazmin, A. (2022). Factores asociados al riesgo de depresión postparto valorada por la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en puérperas adultas atendidas por teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020. *Universidad Ricardo Palma*. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5289>

World Health Organization. (2018). *Parto humanizado: recomendaciones de la OMS* . <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>

Zamora Aroca, C. J. (2019). Tipo de parto como factor asociado a la depresión postparto.

*Universidad Privada Antenor Orrego.*

<https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/5187>

Zamora López, B. K., Molina Briones, S. L., & Parrales González, E. M. (2016). FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST – PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUMBERTO ALVARADO VÁZQUEZ. MASAYA. II SEMESTRE 2015.

Zarragoitia Alonso, I., de la Osa O' Reilly, M., Agudín Depestre, S. G., & Marot Casañas, M.

(2018, April). *LA DEPRESIÓN: RETOS Y CONFLICTOS EN. INTERPSIQUIS.*

[www.interpsiquis.com-abril](http://www.interpsiquis.com-abril)

Zhuzhingo-Vásquez, C., Peñaloza-Buele, Y., Ajila-Vacacela, J., & Aguirre-Carrión, C. (2018).

TAMIZAJE PARA DEPRESIÓN POSTPARTO APLICADO A LA POBLACIÓN PUÉRPERA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD. *PSICOLOGÍA*

*UNEMI*, 2(3), 21–29. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol2iss3.2018pp21-29p>