

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Obstetricia y Puericultura

### Programa Profesional de Obstetricia y Puericultura



## Factores asociados a depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa. Junio - Julio 2015

Trabajo de Investigación presentado por:

**ANA CECILIA VERA DURAND**

**IVANA JESSICA URRUTIA BEJARANO**

Para optar el Título Profesional de Licenciadas en  
Obstetricia.

**Arequipa - Perú**

**2015**

## DEDICATORIA

*Dedicamos esta tesis a:*

*En primer lugar a DIOS y a la Virgen María, quienes inspiraron mi espíritu para realizar esta tesis, en Obstetricia. A mi padre quien desde cielo me ayuda a seguir adelante, a mi madre que cada día me apoya y me da el ánimo para seguir en la carrera de la vida. A mis hermanos y familia quienes siempre estuvieron alentándome a seguir a pesar de las dificultades. A todos ellos se los agradezco desde el fondo de mi alma. Para todos ellos hago esta dedicatoria.*

*Ana Cecilia Vera Durand*

*A Dios que con su bendición siempre estuvo presente en mi camino, a mi madre que con todo su apoyo incondicional, su gran amor y esfuerzo logro que yo llegara a este momento. A mis abuelitos, casi mis padres que siempre estuvieron presentes en todo aspecto en mi vida y a toda mi familia la cual siempre me brindó su apoyo.*

*Ivana Jessica Urrutia Bejarano*



EPÍGRAFE

ESTAR PREPARADO ES IMPORTANTE, SABER ESPERARLO ES AÚN MAS, PERO  
APROVECHAR EL MOMENTO ADECUADO ES LA CLAVE DE LA VIDA.

(ARTHUR SCHNITZLER)



## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	v
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO .....	3
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS .....	47
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	54
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....	101
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS .....	106
BIBLIOGRAFÍA .....	110
ANEXOS .....	116
Anexo 1: Escala de Autoestima de Rosenberg .....	117
Anexo 2: Cuestionario de depresión postnatal de Edinburgh .....	119
Anexo 3: Consentimiento informado.....	122
Anexo 4: Cédula de entrevista .....	123

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la Depresión Post Parto en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza entre los meses de Junio y Julio del 2015 y como hipótesis general la frecuencia de la depresión post parto en las puérperas que guarda una relación con la presencia de factores socio demográficos, tipo de parto, paridad, socio económicos o psicológicos.

El estudio es transversal prospectivo y el método empleado fue observacional explicativo estudiando la causa de la depresión post parto teniendo como muestra 267 pacientes puérperas. El análisis estadístico de la información se realizó mediante la prueba de independencia Chi Cuadrado.

Para la recolección de información se empleó la Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo, la Escala de Autoestima de Rosemberg y una cédula de entrevista para la paciente.

Los resultados demuestran que el 36.33% de puérperas que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa presentaron depresión post parto, son predominantemente jóvenes (13.48%, <20a), con pareja y de educación secundaria o superior (59.55%, 30.71%), de ocupación independiente o ama de casa, que acuden por primer o segundo parto (52.81%, 35.58%). La mayoría vive con el cónyuge (68.91%) y depende del aporte de ambos o de la pareja, con vivienda propia (51.69%) en Arequipa y de material noble con todos los servicios, y con ingreso económico igual o superior al básico (37.83%, 54.31%); la mayoría tiene una autoestima media o elevada (53.56%, 31.46%).

Por lo tanto se concluye que los factores identificados como asociados a depresión post parto en las puérperas del servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa fueron una edad menor a los 20 años, el ser soltera, una baja educación materna, tener el primer parto, el parto vaginal, el no vivir con su pareja o depender económicamente de otros o de sí misma, el no tener ocupación o que su pareja no la tenga, tener un ingreso bajo y el tener una autoestima baja.

**PALABRAS CLAVE: Depresión Post parto, Factores Asociados**

## SUMMARY

This study aimed to determine the factors associated with Postpartum Depression in new mothers treated at the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza between the months of June and July 2015 as a general hypothesis frequency of postpartum depression in new mothers who keeps a relationship with the presence of sociodemographic, type of delivery, parity, socioeconomic and psychological factors.

The study is prospective and cross-explanatory observational method used was studying the cause of postpartum depression as a sign bearing 267 postpartum patients. Statistical analysis of data was performed by the chi-square test of independence.

For data collection the Postpartum Depression Scale Edinburgh employment, Rosenberg Self-Esteem Scale, and a writ of patient interview.

The results show that 36.33% of postpartum women attending the Regional Hospital Honorio Delgado, Arequipa had post partum depression are predominantly young (13.48%, <20a), Couple and secondary or higher (59.55%, 30.71%) education, independent occupation or housewife, who go by first or second delivery (52.81%, 35.58%). Most live with spouse (68.91%) and depends on the contribution of both or partner with homeownership (51.69%) in Arequipa and noble materials with all services and with income equal to or superior to the baseline (37.83 %, 54.31%); most have a medium or high self-esteem (53.56%, 31.46%).

Therefore it is concluded that the factors identified as associated with postpartum depression in postpartum service Obstetrics Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa were less than 20 years of age, being single, low maternal education, have the first delivery, vaginal delivery, not living with your partner or financially dependent on others or themselves, not having employment or your partner does not have it, have a low income and have low self-esteem.

**KEYWORDS:** Postpartum Depression, Associated Factors

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos afectivos constituyen, en todo el mundo, la segunda alteración más común entre las enfermedades mentales. Para el año 2020 la depresión será, según el estudio de Carga global de la enfermedad (OMS/Banco Mundial), la segunda causa general de discapacidad.

La depresión post parto aparece en un 10-20 % de las madres de los países desarrollados, con una duración hasta la cuarta o sexta semana. Puede durar incluso hasta un año sin tratamiento.

La depresión se presenta tanto en niveles socioeconómicos bajos como altos; siendo de alto riesgo en la adolescencia y la adultez joven, es decir ciertas características socio demográficas y socioeconómicas específicas se asocian a una mayor probabilidad de que se presente el trastorno, tales características son conocidas como factores de riesgo y sus estudios proporcionan luces en el conocimiento y la comprensión de su etiología.

El parto es un evento vital en la vida de la mujer, ya que la madre debe aceptar al nuevo hijo y generar una capacidad adecuada de respuesta ante sus demandas. El puerperio constituye una época de alto riesgo para presentar trastornos afectivos, entre ellos, la depresión post parto (DPP), complicación muy común que no siempre es reconocida, por lo que muchas mujeres no reciben tratamiento. Esto ha llevado a que en los últimos años este trastorno sea considerado un problema de salud pública y exista un especial interés en el diagnóstico y tratamiento temprano.

Es por ello que ha realizado el siguiente trabajo, con el fin de poder saber qué factores son los que pueden estar asociados a esta depresión post parto, y mediante ello ayudar a que las madres gocen de un puerperio de calidad con sus hijos y su familia.

Luego de haber realizado el estudio hemos encontrado una elevada frecuencia de depresión post parto asociada a factores socio demográfico, tipo de parto, paridad y económico que deberían de ser detectados para disminuir este problema.



## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO TEÓRICO

#### 1. Problema de investigación

##### 1.1. Enunciado del Problema

Factores asociados a depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa. Junio - Julio 2015.

##### 1.2. Descripción del Problema

###### a) Área del conocimiento

- Área general : Ciencias de la Salud
- Área específica : Obstetricia
- Línea : Depresión post parto

**b) Operacionalización de Variables**

VARIABLES	INDICADORES	SUB-INDICADORES
V. INDEPENDIENTE  Factores asociados a síntomas depresivos	-Factores Socio Demográficos	1. Edad 2. Estado civil 3. Procedencia 4. Grado de instrucción 5. Ocupación 6. Religión
	-Tipo de Parto	1. Vaginal 2. Cesárea
	-Paridad	1. Primiparidad 2. Multiparidad
	-Factores Socio Económicos	1. Soporte familiar 2. Lugar de residencia 3. Tenencia y características de vivienda 4. Ingreso económico 5. Situación laboral
	-Factores Psicológicos	1. Autoestima
V. DEPENDIENTE  Depresión Post Parto	Puntaje en escala de Edimburgo	- Normal <13.5 - Depresión ≥13.5

**c) Interrogantes básicas**

- ¿Cuáles son los factores socio demográficos, tipo de parto, paridad, socio económicos y psicológicos de púerperas que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa. Junio – Julio 2015?
- ¿Cuál es el porcentaje de depresión post parto en las púerperas del servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa. Junio – Julio 2015?
- ¿Cuáles son los factores asociados a depresión post parto en las púerperas del servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa. Junio – Julio 2015?

**d) Tipo de Investigación**

La presente investigación es un estudio de campo.

**e) Nivel de investigación.**

Se trata de un estudio observacional explicativo.

### 1.3. Justificación del problema

#### **RELEVANCIA PRÁCTICA:**

Porque se aplica a las puérperas diversos test que permitirán poder observar a través de ellos, cuál de todos los factores es el que más prevalece en asociarse a la depresión post parto.

#### **RELEVANCIA SOCIAL:**

Porque se podrá a ayudar a las puérperas a prevenir una depresión post parto más severa, con ésta investigación se podrá observar qué factores son los que se asocian más a una depresión post parto y así se podrá a ayudar a las puérperas a disfrutar plenamente su maternidad.

#### **INTERÉS PERSONAL:**

El interés que se tiene por hacer esta investigación es porque sorprende el ver a puérperas que no disfrutan como debe ser el placer de tener a sus hijos fuera de su vientre, sino todo lo contrario se ve la tristeza, la sensibilidad ante cualquier evento que no las deja disfrutar, es por eso que se quiere lograr este proyecto determinando qué factores se asocian a la depresión post parto en estas mujeres.

#### 1.4. Objetivos.

- 1) Determinar los factores socio demográfico, el tipo de parto, paridad, socio económico y psicológicos de puérperas que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa. Junio – Julio 2015.
- 2) Determinar el porcentaje de depresión post parto en las puérperas del servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa. Junio – Julio 2015.
- 3) Establecer los factores asociados a depresión post parto en las puérperas del servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa. Junio – Julio 2015.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. MARCO CONCEPTUAL

#### 1. PUERPERIO

En términos estrictos el puerperio se define como el periodo de reclusión que transcurre durante el parto e inmediatamente después, pero por lo general el término se utiliza para referirse a las siguientes 6 semanas.

El puerperio se divide en:

- Puerperio Inmediato: que se da en las primeras 24 horas.
- Puerperio Mediato: comprende desde las 24 horas hasta las 6 semanas del post parto, a su vez se divide en:
  - Puerperio Temprano: hasta los primeros 7 días post parto.
  - Puerperio Tardío: desde los 8 hasta los 42 días post parto.

El puerperio es un periodo con gran número de particularidades donde pueden quedar enmascaradas serias complicaciones por hechos fisiológicos, por lo cual se debe distinguir bien entre los límites del puerperio normal y los signos o síntomas que deben alertar (1).

- **CAMBIOS FISIOLÓGICOS**

- a) Órganos Reproductivos:

- Útero:

- Involución: Tras la expulsión de la placenta, el útero, con un peso de 1.000g en este momento, se contrae rápidamente como mecanismo hemostático para comprimir los vasos miometriales, y se sitúa a la altura del ombligo. Posteriormente desciende a razón de 0,5-1 cm/día, de tal forma que en la segunda semana post parto el útero, con un peso de 500 g, ya no se palpa al examen abdominal, porque ha involucionado hasta la cavidad pélvica, y hacia las 4 semanas, con un peso de 100 g, el útero retorna a su tamaño previo al embarazo. Por ecografía se ha documentado que en mujeres cuyo parto fue por cesárea o no lactaron, el tamaño uterino es ligeramente mayor.
- Entuertos: Durante los 2-3 primeros días la involución del tamaño uterino se acompaña de contracciones dolorosas denominadas “entuertos”, más frecuentes en multíparas y durante la lactancia materna, por el estímulo oxitócico que provoca la succión del recién nacido. Ocasionalmente el dolor es tan fuerte que amerita analgésicos, pero progresivamente va disminuyendo en intensidad hasta desaparecer completamente hacia el tercer día post parto.

- Endometrio: Hacia los días 2-3 post parto la decidua se diferencia en dos capas, una superficial, que se necrosa y desprende como parte de los loquios, y otra profunda, a partir de la cual se produce la regeneración del nuevo endometrio, excepto en el sitio de implantación placentaria cuya regeneración se completa hacia la tercera semana.
- Loquios: Inicialmente se produce una gran cantidad de secreción constituida de sangre, decidua y restos epiteliales (“loquios rojos”) que progresivamente va disminuyendo, en pocos días cambia a color café claro por su mayor contenido de agua (“loquios serosos”), durante la segunda semana cambian a un aspecto más espeso de tipo exudativo, con predominio de leucocitos y células deciduales degeneradas, con una apariencia blanco-amarillenta y en mucha menor cantidad (“loquios blancos”). El volumen total de loquios se calcula entre 200 a 500 ml; su duración es variable, entre 17 a 51 días (promedio de 37 días) y parece no estar influenciada por la lactancia materna. En algunos casos, principalmente en las multíparas, la fase de loquios rojos es más prolongada. En algunas mujeres el sangrado reaparece entre los días 7 y 14 del post parto, relacionado con el desprendimiento de la costra del lecho placentario (11).

- Cérvix y Vagina:

Después del parto vaginal el cérvix, aunque puede permanecer 2-3 cm dilatado, recupera su consistencia a los dos o tres días siguientes al parto. El orificio cervical externo queda más ancho y con unas depresiones laterales que le dan la característica de cuello de múltipara. La vagina permanece edematosa, hipervascularizada y friable durante aproximadamente tres semanas después del parto, su típica apariencia rugosa reaparece luego de tres semanas y la involución se completa hacia las seis semanas post parto; restos del himen cicatrizan formando pequeñas excrecencias fibrosas, denominadas carúnculas mirtiformes. La episiotomía cicatriza en una semana.

- Ovarios:

La reaparición de la ovulación, y posteriormente de la menstruación, es muy variable y depende en gran medida de la lactancia. Las madres que no dan de lactar experimentan la ovulación en un promedio de 45 días y la menstruación 7 a 9 semanas después del parto. La amenorrea de la lactancia es a menudo usada como un predictor de la fertilidad, se estima que durante los primeros 6 meses después del parto las mujeres con lactancia exclusiva (más o menos 8 veces al día) y que permanecen en amenorrea, tienen un riesgo de embarazo menor al 2%. El control de la fertilidad generado por la lactancia no se ha entendido muy bien, aunque se cree que es por una

disfunción a nivel hipotalámico de la producción de los pulsos de la Hormona liberadora de Gonadotropina mediada por los niveles de prolactina.

- **CAMBIOS SISTÉMICOS**

Una marcada leucocitosis ocurre durante y después del parto. El recuento de leucocitos algunas veces alcanza hasta 30.000/uL, con incremento predominantemente de neutrófilos y una relativa linfopenia y eosinopenia; sus valores pregestacionales retornan hacia el día 6 del puerperio. La concentración de hemoglobina y hematocrito aumenta levemente los primeros días del parto, luego disminuye hacia los días 4 ó 5, y hacia el día 9 alcanza los valores del final del embarazo. En la primera semana post parto el volumen sanguíneo retorna a su nivel pregestacional, mientras que el gasto cardíaco permanece elevado durante las primeras 48 horas, luego disminuye lentamente, y hacia las dos semanas regresa a su estado pregestacional.

El embarazo induce un estado de hipercoagulabilidad que persiste por un periodo variable de tiempo durante el puerperio en el cual se suman otros factores que favorecen este estado. Inmediatamente después del desprendimiento de la placenta disminuye el recuento de plaquetas pero hay una elevación secundaria en los siguientes días, con la característica de que las nuevas plaquetas tienen una adhesividad aumentada. La concentración de fibrinógeno decrece durante el trabajo de parto y llega a su valor más bajo en el primer día post parto. De ahí en adelante aumenta

la concentración de fibrinógeno hasta los valores previos al parto, hacia los días 3 ó 4 del puerperio. Esta elevación secundaria en la actividad del fibrinógeno se mantiene hasta la segunda semana del puerperio, después de la cual retorna lentamente a los valores pregestacionales aproximadamente en la semana 3 del puerperio.

La vejiga tiene acrecentada su capacidad y disminuido el volumen, lo que ocasiona retención urinaria transitoria, principalmente en las pacientes con infusión aumentada de líquidos y oxitocina durante el parto. La función renal disminuye a los niveles pregestacionales a las 6 semanas, mientras que cambios anatómicos tales como dilatación ureteral y pielocalicial pueden persistir durante muchos meses.

La glándula tiroides retorna a su tamaño normal en un periodo de 12 semanas y los niveles elevados de tiroglobulina, tiroxina y triyodotironina regresan a sus niveles pregestacionales a las 4-6 semanas.

La curva de insulina regresa a los niveles pregestacionales dos días después del parto y la curva de glucosa vuelve a la normalidad 8 a 10 semanas después del parto. Pérdida de peso. Además de la pérdida de aproximadamente 5 a 6 kg por la evacuación uterina, otros 2 a 3 kg se pierden a través de la diuresis, aumentada en las primeras semanas del puerperio. La mayoría de las mujeres retornan muy cerca de su peso habitualmente 6 meses después del parto, quedando con un promedio de 1.5 kg de exceso. Los factores que influyen en la pérdida de peso: ganancia menos a 20 kg de peso durante el embarazo, primiparidad,

regreso temprano al trabajo y fumar. La lactancia materna, la edad y el estado civil no afectan la pérdida de peso.

## **2. LA DEPRESIÓN**

La depresión está clasificada como un trastorno afectivo, lo que implica cambios en el humor, sugiriendo que los efectos de la depresión están circunscritos al funcionamiento emocional. Sin embargo el impacto de la depresión es mucho más profundo, afectando prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona deprimida, tales como las relaciones interpersonales, el funcionamiento conductual y el funcionamiento cognitivo. Es entonces comprensible porque la depresión causa una discapacidad laboral significativa. La naturaleza de la depresión, que no es físicamente medible, sino que depende del auto reporte o de la inferencia que se haga de la conducta de la persona deprimida, contribuye a la falta de comprensión y al estigma, dilatando o impidiendo la adecuada detección y manejo.

En las mujeres, la depresión tiende a aparecer en una edad más temprana, se presenta con una mayor frecuencia de episodios, con un mayor número de síntomas y con tasas mucho mayores de depresión atípica. En un análisis estadístico variable se encontró que la edad temprana de aparición, el exceso de autocrítica y la disminución del líbido, son los mejores predictores de depresión mayor en mujeres. Un número elevado de síntomas atípicos en las mujeres podría estar reflejando una diferencia fisiopatológica en la depresión de hombres y mujeres.

Los problemas y trastornos mentales en las mujeres se pueden desarrollar como consecuencia de problemas de salud reproductiva, entre los cuales están: la falta de elección en las decisiones reproductivas, embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, la infertilidad y complicaciones del embarazo, como abortos espontáneos, parto prematuro. Además, el nivel de salud mental está estrechamente relacionado con la morbilidad materna (1).

La salud mental depende además de las condiciones sociales. Las mujeres están en mayor riesgo de problemas de salud por tener una mayor carga de trabajo no remunerado, por lo general relacionado con el cuidado de sus hijos y las tareas del hogar; tienen más probabilidades de tener un menor nivel socioeconómico, están más expuestas a ser víctimas de la violencia y tienen menor acceso a factores protectores, como participación en la educación, el empleo remunerado y la toma de decisiones políticas.

Las madres adolescentes tienen un mayor riesgo de morbi-mortalidad obstétrica, más probabilidad de deserción escolar, inactividad laboral y dependencia económica y de establecer vínculos de apego inseguros con sus hijos, por lo tanto, los hijos de madres adolescentes estarían más expuestos a la morbi-mortalidad perinatal y neonatal, prematuridad y bajo peso al nacer, y negligencia parental (1).

Los sistemas de salud, la comunidad y el entorno social, deben dar prioridad a los problemas y trastornos mentales de las mujeres y las familias. Los aspectos de salud mental de la salud reproductiva son fundamentales para lograr el Desarrollo del Milenio en reducción de la pobreza, tanto en el Objetivo

Desarrollo del Milenio (ODM) N° 3 sobre igualdad de género, como en el ODM N° 4 sobre reducción de la mortalidad materna e infantil.

## **2.1.DEPRESIÓN POST PARTO**

La depresión post parto es un trastorno grave que ocasiona enorme sufrimiento tanto a la madre como a la familia. Además de deteriorar en forma importante la calidad de vida de la madre, afecta la salud del recién nacido. Esto ha llevado a que en los últimos años este trastorno sea considerado un problema de salud pública y exista un especial interés en el diagnóstico y tratamiento temprano, ya que al igual que sucede con la mayoría de las enfermedades, es fundamental el diagnóstico precoz del trastorno con el fin de poder iniciar el tratamiento integral de él y evitar o limitar las potenciales secuelas.

De acuerdo al Diagnostic and Statistical Manual Disorders, cuarta edición (DSM-V), un episodio de depresión se considera de presentación post parto si comienza dentro de las 4 semanas post parto. La prevalencia descrita internacionalmente fluctúa entre 10% y 20% (16), siendo mayor en niveles socioeconómicos más bajos y en madres adolescentes.

La depresión post parto consiste en el desarrollo de un conjunto de síntomas, en la madre, posteriores al nacimiento de su hijo. A veces esta depresión puede tener una fácil explicación, bien porque el hijo no ha sido deseado o porque es anormal. Estas mujeres experimentan una de las complicaciones más frecuentes

del parto, la depresión post parto, un trastorno que en la actualidad sufren en silencio un gran número de mujeres (1). Los trastornos del estado de ánimo que pueden encontrarse tras el parto se clasifican en: *Depresión post parto leve* o “Maternity Blues”; síndrome leve y transitorio. La *depresión mayor post parto* y *Psicosis Post parto*; enfermedad aguda y grave (2, 5,6-9).

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica a nivel mundial, además de ser también una de las más importantes causas de incapacidad y de alta probabilidad de generar el suicidio (9). La depresión post parto tiene una frecuencia a nivel mundial del 8% al 25% (6, 11,12) en México el Instituto Nacional de Perinatología (INP), reportó en el año 2001 una prevalencia del 21.7% de depresión post parto (13). En clínicas de primer nivel de atención no se tienen datos estadísticos de dicha patología (15-16), lo que provoca que la detección de este trastorno sea difícil y que su incidencia se encuentre subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas.

La depresión post parto que no es tratada puede tener consecuencias a largo plazo; para la madre, puede ser un episodio precursor de un trastorno depresivo recurrente; para los hijos, una madre deprimida puede contribuir a problemas a nivel emocional, cognitivo o conductual en el futuro.

### 2.1.1. TRASTORNOS AFECTIVOS PERINATALES

- **La Depresión Post Parto Leve:**

La depresión postparto es un síndrome leve, transitorio, que se presenta aproximadamente en un 20-80% de las madres, es llamada también la “depresión del tercer día” y conocido entre los anglosajones como “Maternity Blues”. Hamilton la define como un síndrome caracterizado por un estado depresivo moderado cuya duración puede ir desde unas pocas horas hasta varios días. Suele producirse entre los diez primeros días del post parto fundamentalmente en el tercer, cuarto o décimo día.

Según Hamilton, aparece una combinación de los siguientes síntomas: llanto, fatiga, pérdida de energía, confusión mental, incomodidad física, ansiedad sobre su salud física y del bebe, pobre concentración, dificultad para dormir, cefaleas, hipocondríasis, pérdida del apetito, sentimientos de inseguridad y pesimismo. Hamilton y Yalom y otros, en sendos estudios encontraron que la depresión post parto era específica del nacimiento y no solamente una consecuencia de la hospitalización (15).

Presenta una mínima implicación sobre la actividad habitual de la madre y se ha considerado como un proceso mental fisiológico de adaptación a la nueva situación. No obstante debería vigilarse la posibilidad de que estos síntomas persistan o aumenten de intensidad.

- **Depresión Mayor Post Parto:**

La clínica de este cuadro es más florida. Se inicia a las 2-3 semanas tras el nacimiento, con una duración de 4-6 semanas e incluso superior al año sin tratamiento.

Un número significativo de mujeres parece que experimenta malestares psicológicos de bastante gravedad después del parto. Tales trastornos incluyen una variedad de síntomas neuróticos, psicosomáticos o episodios psicóticos breves, siendo lo más común una depresión post parto.

Pitt llamo “depresión atípica” a la depresión post parto que duraba sobre un mes y era al menos parcialmente incapacitante (1).

Son características comunes de este tipo de depresión post parto: la fatiga, irritabilidad hacia el esposo y los otros niños, ansiedad específica sobre el bebe, anorexia, insomnio, falta de interés por el sexo y sentimientos de desánimo, sobreprotección del niño; la madre ve al niño siempre como enfermo, lo que motiva repetidas consultas al especialista. A veces esta situación es el único síntoma de una depresión silenciosa de la madre.

- **Psicosis Post Parto:**

El trastorno psiquiátrico más grave asociado con el parto se refiere a la psicosis post parto o del puerperio, que fue descrita en la antigüedad y estudiada por Esquoril y Harcellus en el siglo XIX y ha sido considerablemente investigada en los últimos años.

La mayor controversia que existe sobre la psicosis puerperal es si debería considerarse como un síndrome distinto o no de las psicosis no puerperales. La mayoría de los autores parecen pensar que no es distinto ya que las pacientes con psicosis post parto muestran la misma sintomatología que las pacientes con psicosis aguda no puerperal. Las psicosis post parto son clasificadas como afectivas, esquizofrénica o desordenes orgánicos.

La psicosis postparto es una enfermedad aguda y grave que ocurre en 1-2 de cada 1.000 nacimientos (1, 3,5). Aparece generalmente de forma brusca entre el tercer y el noveno día post parto, aunque puede iniciarse incluso en el sexto mes (1-3).

Su aparición clínica comporta labilidad del humor, agitación grave, confusión, incapacidad para dormir, pensamiento desorganizado y alucinaciones que implican al niño (pueden pensar que el niño está muerto, que esta poseído por un demonio y debería morir, o que es un salvador con una misión divina (1, 3, 5,12). A lo largo del día puede existir una variabilidad sintomática importante (1); puesto que la madre puede con frecuencia autolesionarse o dañar a su niño, la psicosis post parto es una emergencia médica (5).

El 15-20% de las mujeres con psicosis postparto ha tenido episodios psicóticos previos (1,3). Las primigestas son doblemente vulnerables a la psicosis (11). Tras un episodio de psicosis post parto, las mujeres tienen un riesgo de recaída con episodios maníacos o depresivos (1).

### 2.1.2. ETIOPATOGENIA

- Factores Bioquímicos: El período luego del parto se caracteriza por tres singulares cambios secuenciales en los valores hormonales, cualesquiera de los cuales puede precipitar síntomas entre mujeres susceptibles a desarrollar síntomas afectivos en ese momento en particular.

Los primeros cambios ocurren con el parto, estos incluyen una caída aguda del nivel de cortisol plasmático y hormona liberadora de corticotropina (derivada de la placenta) desde los altos niveles del embarazo (con la subsiguiente supresión prolongada del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal debido a la regulación por la disminución en la producción del receptor de hormona liberadora de corticotropina), una disminución de las hormonas hipofisarias, y un brusco incremento de oxitocina y prolactina. Sin embargo, el cambio hormonal más intenso es en relación a los esteroides gonadales: progesterona y estradiol (8).

En un estudio con 23 mujeres que cumplían criterios de la CIE 10 para depresión post parto, se encontró que todas las pacientes tenían una baja en la concentración de estradiol (media de 79.8pmol/l; con un rango de 23-140pmol/l). En 16 de las 23 pacientes se encontró que la concentración de estradiol fue menor que el umbral aceptado para falla gonadal. Se les dio tratamiento con 17 $\beta$ estradiol, con lo que los síntomas depresivos disminuyeron y los niveles de estradiol sérico

alcanzo a niveles similares a los de las fase folicular (Media +/- DS=342+/-141 pmol/l) (18).

Ross y Cols examinaron a 19 mujeres que presentaron alto riesgo de depresión puerperal (puntajes altos con la escala de depresión puerperal de Edimburgo), y a 19 mujeres no deprimidas (control). Todas fueron evaluadas a las 36 y 40 semanas de gestación, 36 horas de puerperio, 6 semanas de post parto y 16 semanas de post parto. Se analizaron los niveles de pregnenolona, progesteron y metabolitos  $5\beta$ progesterona, y la tasa de conversión de progesterona a  $5\beta$ hidroxiprogesterona, los cuales fueron mayores en las mujeres deprimidas que en el grupo de control, mientras que la tasa de conversión de pregnenolona a progesterona fue menos en las deprimidas comparadas con el grupo de control, estos efectos fueron observados y prenatalmente y en gran medida hacia la semana 16 del post parto (20).

Mientras la información que existe sobre los efectos biológicos y conductuales de tal supresión violenta de estos esteroides es escasa en humanos, un buen número de estudios en animales muestran alteración en la neurotransmisión, la cual parece ser de importancia al continuar con la supresión de esteroides gonadales. Por ejemplo, en ratas, la supresión de altos niveles de progesterona, la cual tiene propiedades anestésicas y anticonvulsivante a través de su efecto modulador en el receptor GABA amino butírico, resulta en una insensibilidad del receptor a benzodiacepinas. Además Smith y Cols

recientemente ha demostrado que la supresión de progesterona induce a la subunidad  $\alpha 4$  del receptor GABA-A, tal vez subyaciendo a la inhibición reducida gabaérgica. La supersensibilidad del receptor de dopamina y en un incremento de ácido ribonucleico mensajero para el transportador de dopamina en el cerebro.

Las alteración biológicas debidas a la supresión de estradiol y progesterona pueden ser reguladas por la duración de la exposición de estos esteroides antes de la supresión, o tal vez por la rapidez de la supresión, esto sugerido por los reportes de mayor frecuencia de trastornos del humor en menopausias quirúrgicas que aquellos observados en menopausias naturales (8).

La segunda característica endocrina de este periodo es el prolongado estado hipogonadal que persiste después del parto hasta la reiniciación de la ovulación y el ciclo menstrual. Estradiol y progesterona permanecen a niveles foliculares bajos por una medida de 30 días antes de la primera menstruación. Este periodo se puede prolongar hasta 75 días en mujeres que no dan de lactar y hasta de 190 días en mujeres que amamantan. Los síntomas del humor que acompañan el decremento de esteroides gonadales pueden observarse tanto en menopausia natural como quirúrgica y pueden responder al tratamiento con estrógenos. Como se revisó, recientemente existen intensas interacciones entre esteroides gonadales (principalmente estradiol) y sistemas serotoninérgicos centrales. Tal interacción se ve reflejada en el dimorfismo sexual en una variedad de mediciones

serotonérgicas a lo largo del ciclo menstrual y por la manipulación de niveles esteroideos gonadales. Como los estrógenos regulan a la baja el auto receptor y transportador de serotonina y regulan a la alta triptófano hidroxilasa, los bajos niveles de esteroides gonadales típicos del puerperio pueden disminuir la actividad serotonérgica central y conferir una incrementada vulnerabilidad al desarrollo de síntomas del humor en mujeres susceptibles.

Un tercer evento endocrino durante el periodo del post parto es la renovación de la función ovárica cíclica. No obstante, es poco probable que la ovulación y el destete influyeran en el inicio de la depresión puerperal, la cual usualmente aparece más temprano, lo cual no parece ser compartido luego de sus estudios en ratas por Walter y Cols.

La posible relevancia de la supresión y subsiguiente hipogonadismo de la depresión puerperal es apoyada por el creciente reporte de eficacia del tratamiento hormonal de la depresión puerperal.

El embarazo también está asociado en cambios marcados en la función adrenocortical los cuales podrían tener relación con los disturbios del eje hipotálamo hipofiso adrenal, que ha sido reconocido como uno de los hallazgos más reproducibles en depresión mayor no puerperal. Magiakou y Cols examinaron la respuesta de ACTH (adrenocorticotropina) a CRH (hormona liberadora de corticotropina) a los 3,6 y 12 semanas post parto en 17 mujeres. La disminución de ACTH (adrenocorticotropina) fue más severa y de mayor duración en

los tres momentos en las siete mujeres que desarrollaron depresión puerperal o blues del post parto. Este hallazgo y otro más sugieren una supresión central hipotalámica en el post parto, lo cual explicarían la vulnerabilidad para problemas afectivos durante este periodo. Walter y Cols (25) en estudios en roedores y sus crías, encontraron que las madres en post parto exhiben respuestas reducidas a cortisol aun ante estresores intensos comparados con madres fuera del post parto o con mujeres que no son madres. Proponen que este cambio hormonal sería necesario para bloquear respuestas al estrés severo que podría darse en ese periodo de vulnerabilidad, por lo tanto la incapacidad para bloquear dichos estresores podría estar asociada en parte con el desarrollo de depresión puerperal y que, la lactancia, con la infinidad de procesos neurobiquímicos que conlleva podría ser un factor protector contra exageradas respuestas a los desafíos del puerperio.

- Factores Psicológicos: El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios que ocurren no sólo en su cuerpo y en su mente sino con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales.

El modelo de *madre ideal*, abnegada, sacrificada y entregada a su hijo, provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer.

El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito, indican problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el

embarazo y después de éste, al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo que pueden condicionar secuelas (1).

- Factores Psicosociales: Estos factores juegan un rol preponderante en el desencadenamiento de la depresión post parto, se ha encontrado una relación inversamente proporcional entre niveles socioeconómicos y prevalencia de depresión post parto. La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos, ya sea en la realización de tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, ya sea por parte de familiares o de su pareja, supone un incremento en el riesgo de estos trastornos (2,4).

La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, la no disponibilidad del periodo de baja maternal, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja constituyen factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno (4).

- Factores Socio demográficos: La edad temprana o tardía de la madre, el estado civil, el nivel de estudios, la situación económica, y la situación laboral de ambos cónyuges son otras variables que se han estudiado en relación a este problema (2,4).

### **2.1.3. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESION POST PARTO EN SUDAMERICA**

Los factores de riesgo de mayor consistencia para la depresión puerperal son: historia personal de enfermedad o desórdenes mentales, depresión post parto en el pasado, historia familiar de depresión. La evidencia es más débil frente a otros factores de riesgo como la sensibilidad hormonal, el síndrome premenstrual, los síntomas psiquiátricos durante el embarazo, el uso de anticonceptivos orales. Los “maternity blues” están bien establecidos como factores de riesgo para depresión post parto.

Los factores de riesgo involucrados en la génesis de la depresión puerperal según Pérez y Cols son: la actitud negativa hacia el embarazo, los antecedentes de patología en el embarazo, parto por cesárea, ansiedad y depresión prenatal, antecedentes personales o familiares de depresión mayor y el embarazo no deseado, son factores que pueden desencadenar una depresión post parto. De igual forma deben considerarse otros factores que pueden tener influencia sobre la aparición de depresión puerperal como las edades extremas, antecedentes de tensión premenstrual, tipo de trabajo, nivel socio-cultural, expectativas personales, complicaciones del parto, lactancia materna, grado de apoyo social y emocional por parte de sus allegados, y la mala relación entre la pareja.

En cuanto a algunos factores de riesgos biológicos, solo los trastornos médicos durante el embarazo o la enfermedad del neonato demostraron estar asociados a un mayor riesgo de depresión. Algunos estudios han

señalado una relación entre la depresión y algunos procesos mórbidos asociados a la gestación, evidenciándose una mayor prevalencia de depresión entre las madres que tuvieron neonatos pre términos o con bajo peso para su edad gestacional; así como aquellas embarazadas que han presentado pre eclampsia, en las que se observa un mayor grado de hipocondría y altos niveles de depresión desde antes del nacimientos inclusive.

De igual forma los resultados obtenidos en un estudio peruano han encontrado una moderada asociación estadística entre la presencia de complicaciones durante el embarazo o la presencia de enfermedad crónica. Asimismo se ha señalado que la intensidad de la sintomatología en pacientes con depresión post parto está relacionada con la deficiencia de algunos oligoelementos, sobre todo con el déficit de zinc.

Al evaluar el modo del nacimiento, se encontró que el parto vaginal represento un factor protector para el desarrollo de depresión puerperal, mientras que las mujeres cuyos hijos fueron extraídos mediante la operación cesárea tenían tres veces más riesgo para presentar depresión; coincidiendo con otro estudio donde se encontró que las mujeres con una intervención cesárea presentan un riesgo muy superior. Contrariamente, en los resultados obtenidos en otros estudios se evidencio que el tipo de parto, ya sea cesárea o parto vaginal, no resultaba ser estadísticamente diferentes para riesgo de depresión post parto; mientras que otro estudio señala que el uso de anestésicos durante el parto (por cesárea o analgesia epidural), se relacionaba de forma independiente con puntajes mayores

de 13 en la escala de depresión puerperal de Edimburgo y con la aparición de depresión post parto (OR = 3,2).

Por otra parte, la lactancia materna no mostro ser un factor protector contra el desarrollo de depresión puerperal, a pesar de que se pudo observar entre las puérperas deprimidas que la mayor parte de ellas no amamantaban a su hijo o tenían algún impedimento para ellos. Al respecto, Vargas y García manifiestan que los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo post parto, por lo que razonablemente se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés y producen un rápido declive en su prolactina, podrían tener una mayor incidencia de depresión post parto.

En cuanto a la edad como factor de riesgo existen discrepancias, se ha señalado que las mujeres adolescentes presentan más depresión que las mayores, puesto que ciertos factores desmoralizadores en el entorno social y las experiencias pasadas, tornan al adolescente más vulnerable a hechos vitales como el embarazo, reportándose tasas de prevalencias dentro de este grupo etario de un 14% a un 48%; sin embargo, en otros trabajos esta diferencia no ha resultado ser estadísticamente significativa. Asimismo, otros autores han expresado que como la prevalencia de depresión mayor aumenta con la edad, en las mujeres adultas pudiese ser mayor la frecuencia de depresión puerperal debido a que se pudiese tratar de recaídas de una depresión de base desencadenada por los cambios

hormonales productos del parto y los factores socio-culturales relacionados con la llegada de un nuevo hijo.

En cuanto a los factores de riesgo de tipo psicológico, se encontró un mayor riesgo en caso de presentar antecedentes de melancolía durante el embarazo, antecedentes de depresión y no contar con el apoyo de la familia o la pareja. Al respecto, en Chile se ha demostrado que los factores psico-sociales juegan un rol preponderante en el desencadenamiento de la depresión post parto; además tendrían importancia en las púerperas chilenas la ocurrencia de eventos vitales, la relación con cónyuge, con la madre y problemas propios del post parto, como dificultades en la lactancia o dar a luz un recién nacido de muy poco peso, así como los antecedentes de depresiones previas.

En la ciudad de Tintaya se encontró que el estado civil, el grado de instrucción, la ocupación materna y la paridad estuvieron relacionados con riesgo de depresión puerperal en madres que acudieron al hospital Regional Honorio Delgado. Yana encontró que los factores asociados a riesgo de depresión puerperal fueron: la no participación del padre en el cuidado del hijo, la mala calidad de la relación la pareja, la multiparidad, y el parto por cesárea (12, 13).

#### 2.1.4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPRESIÓN POST PARTO SEGÚN DSM - V

Requiere 5 de los siguientes síntomas presentes por 2 semanas o más, que causan dificultad en la funcionalidad:

- Ánimo triste o depresivo.
- Anhedonía.
- Baja de energía.
- Disminución de la concentración.
- Retardo o agitación psicomotora.
- Ideación suicida.

Investigaciones recientes sugieren que las madres en riesgo de desarrollar una depresión post parto pueden ser identificadas tempranamente durante el post parto inmediato como un método de prevención secundaria. Se encontraron correlaciones significativas entre el estado de ánimo materno a los 5 días del post parto y a las 6 semanas del post parto. Si bien se considera el “maternity blues” como un cuadro de menor severidad y duración que la depresión post parto, hay autores que plantean que los síntomas de depresión post parto pueden aparecer tan tempranamente como durante las dos primeras semanas del post parto. Por otra parte, la presencia de síntomas depresivos en el puerperio inmediato constituye un factor de riesgo para el desarrollo de una posterior depresión post parto, es decir, un “maternity blues” severo sería un poderoso predictor de una

subsecuente depresión: 40% de las mujeres con cuadros de “maternity blues” severos desarrollaron posteriormente un trastorno depresivo.

Tradicionalmente se propone como periodo de comienzo de la depresión post parto según la DSM – V se inicia en las primeras 4 semanas después del parto, investigaciones recientes en detección precoz plantean que habría evidencia de que la sintomatología depresiva podría aumentar dentro de las dos primeras semanas del post parto y que de las mujeres en riesgo, un porcentaje considerable podría desarrollar depresión post parto durante ese periodo.

#### **2.1.5. EFECTOS DE LA DEPRESIÓN POST PARTO EN LA SALUD DEL INFANTE**

- **Salud Mental**

Se ha reportado problemas relacionados con el temperamento infantil y la severidad o cronicidad de los síntomas de depresión post parto. Se describe problemas de conducta hacia los 5 años, así como bajo coeficiente intelectual, mayor riesgo de trastornos psiquiátricos (ansiedad de separación y ansiedad social, depresión, déficit de atención o hiperactividad) en relación con hijos de madres control.

- Salud Física

Se observa incremento en el número de visitas a urgencias, disminución en el uso de los servicios preventivos, como la vacunación. En general son problemas relacionados con la falta de cuidado.

#### **2.1.6. TRATAMIENTO**

La detección temprana de síntomas y la pronta iniciación del tratamiento pueden reducir significativamente las consecuencias de esta condición.

Las opciones de tratamiento incluyen psicoterapia (individual, de pareja o grupo), manejo farmacológico (inhibidores de la recaptación de serotonina), e inclusive si es el caso el uso de moduladores del efecto.

La psicoterapia interpersonal interactiva ha demostrado ser efectiva en la reducción del riesgo de desarrollar depresión post parto en mujeres que tuvieron episodios previamente. El tratamiento profiláctico con antidepresivos no ha demostrado consistentemente reducir el riesgo de depresión post parto recurrente. Sin embargo, las mujeres que desarrollaron trastornos depresivos mayores durante el embarazo están en riesgo no solo por la probabilidad de exacerbación en el puerperio, sino también por la mayor probabilidad de tener complicaciones obstétricas, como restricción en el crecimiento intrauterino, parto pre término, abrupsioplacentae y conducta neonatal alterada.

### 2.1.7. CONCEPTO DE AUTOESTIMA

La autoestima supone una evaluación global de la consideración positiva o negativa de uno mismo. Es sólo un componente del más amplio concepto de sí mismo, que Rosemberg define como “la totalidad de los pensamientos y sentimientos de la persona con referencia a sí mismo como objeto.” Además de la autoestima, la autoeficacia y la auto-identidad son una parte importante del concepto de sí mismo.

Debido a su gran popularidad en el lenguaje cotidiano el concepto de autoestima puede estar sujeto a la distorsión y el uso indebido. Por lo tanto, es recomendable estar familiarizado con el estudio científico de este concepto y sus complejidades antes de usar esta escala con fines profesionales.

En este sentido, los libros de Rosemberg son un buen punto de partida, aunque debe tenerse en cuenta que existen otras definiciones y medidas de la autoestima en las ciencias sociales, así como miles de estudios empíricos y análisis teóricos de este concepto en la literatura académica.

Gran parte de la obra de Rosemberg se centró en examinar cómo la posición social, las variables raciales o étnicas y los contextos institucionales, como la escuela o la familia se relacionan con la autoestima. Estas variables proporcionan un conjunto característico de experiencias que se interpretan activamente por los individuos dando forma al concepto de sí mismo.

Además de examinar la autoestima como el resultado de estas variables sociales, también fue analizada a menudo como una variable independiente. Debe tenerse en cuenta que la autoestima es generalmente una característica estable en los adultos, por lo que no es fácil de manipular como resultado de los diseños experimentales. En este sentido parece poco realista pensar que la autoestima se puede “enseñar”, estando más vinculada al aprendizaje implícito en las experiencias de la vida del individuo.

#### **2.1.8. LA ESCALA DE ROSEMBERG**

La Escala de Autoestima de Rosenberg es quizás la medida de autoestima más utilizada en la investigación en ciencias sociales, habiendo sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en más de 50 países.

El Dr. Rosenberg fue profesor de Sociología en la Universidad de Maryland desde 1975 hasta su muerte en 1992. Es autor y editor de numerosos libros y artículos, y su trabajo en el concepto de sí mismo, en particular en lo que se refiere a la dimensión de la autoestima, es mundialmente conocida.

La muestra original en la que se desarrolló la escala en la década de 1960 consistió en 5.024 estudiantes de tercer y cuarto año de secundaria de 10 escuelas seleccionadas al azar en el estado de Nueva York. La escala mostró una alta fiabilidad: correlaciones test-retest en el rango de 0,82

hasta 0,88. A lo largo de los años se han realizado numerosas traducciones y validaciones en diversas poblaciones, con semejantes resultados.

La prueba consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Las frases están enunciadas una mitad en forma positiva y la otra mitad en forma negativa, al objeto de evitar el llamado efecto de “aquiescencia autoadministrada”. No se establecieron inicialmente puntos de corte que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque sí es posible establecer un rango normal de puntuación en función de la muestra que se tome como referencia.

Se propone para su descarga un interesante estudio de fiabilidad y validez de la escala de Rosemberg realizado en una muestra clínica española. La utilidad de este estudio se sustenta en el hecho de que la autoestima es un constructor de gran interés clínico por su relevancia en diversos cuadros psicopatológicos, así como por su asociación con la búsqueda de ayuda psicológica, con el estrés percibido y con el bienestar general.

#### **2.1.9. ESCALA DE DEPRESIÓN DE POST PARTO DE EDINBURGH**

La Escala de Depresión de Post Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post parto.

El uso de herramientas de rastreo, como la Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo que ha sido validada en diversos estudios internacionales, incluyendo el Perú, es efectivo en cuanto a realizar el diagnóstico temprano de la depresión. Este cuestionario ha mostrado una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92.5 % para depresión postparto. Su aplicación puede realizarse desde el puerperio inmediato para contribuir a una mejor efectividad en el diagnóstico precoz, de hecho, en varios estudios se ha demostrado una mayor tasa de prevalencia de este problema, no porque haya aumentado, sino por haber sido diagnosticada oportunamente.

El estudio de validación de la Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo (22), que se realizó en mujeres peruanas encontró que el punto de corte óptimo de la Escala para la población estudiada era 13,5; con este valor se obtuvo una sensibilidad de 84,21% y una especificidad de 79,47% para el diagnóstico de depresión. Los ítems que tuvieron mayor poder predictivo para depresión postparto fueron los referidos a preocupación, capacidad para afrontar problemas, pánico, llanto y optimismo. Se concluyó que la versión en español de la Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo funciona adecuadamente en mujeres peruanas.

La Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo fue creada por Cox en el año 1987 en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió

durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de dos semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

#### Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.

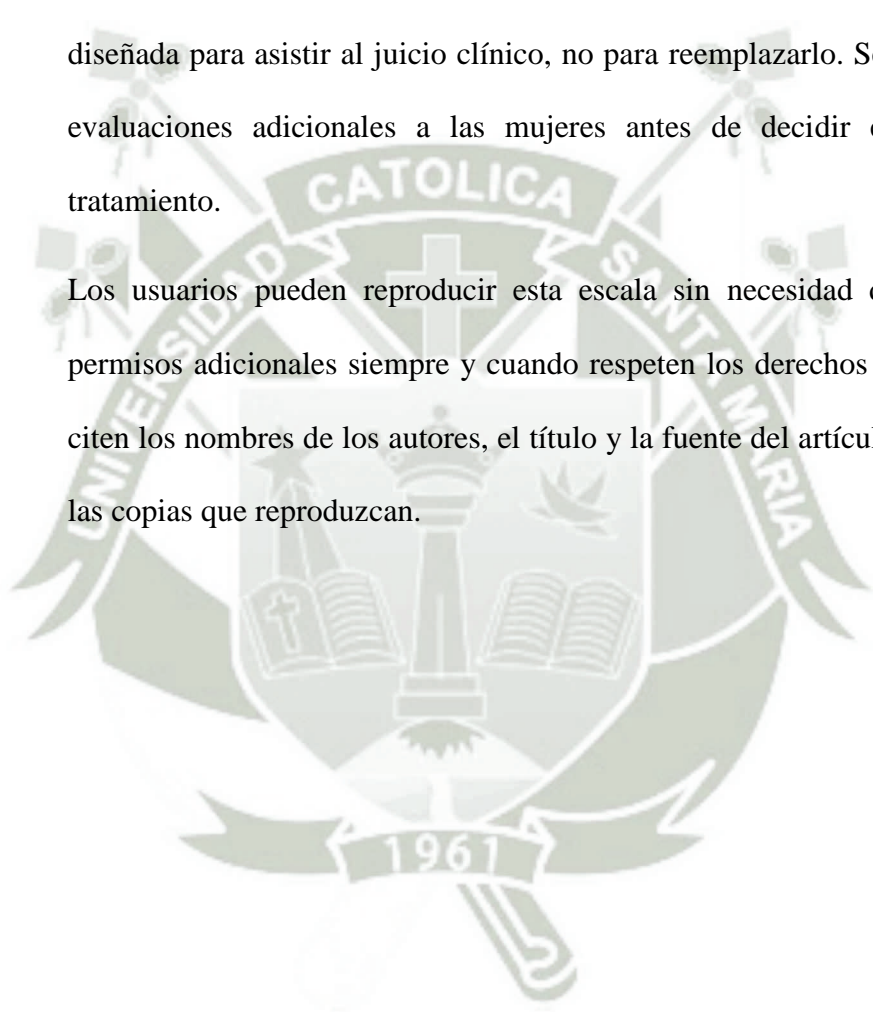
#### Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0).

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 13.5 muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

La puntuación de la Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.



## 2.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

**2008 – Álvarez Escutia A, Ponce Rosas ER, Irigoyen Coria A.**

**TÍTULO:** Artículo Original. Frecuencia de depresión post parto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México. Vol.9 (4) 133-136. 2008

**OBJETIVO:**

Identificar la frecuencia de depresión post parto en mujeres habientes de dos clínicas de Medicina Familiar.

**CONCLUSIONES:**

Este punto de corte sugiere que las mujeres tienen más probabilidad de sufrir la depresión post parto, por lo que se recomienda recibir ayuda para ser atendida por personal médico específico, y confirmar si existe o no tal depresión; así el Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo no es un sustituto de la valoración clínica por parte del trabajadores de salud. Respecto al punto de corte en este trabajo se uso el recomendado por Cox, sin embargo si se hubiera disminuido a 11 puntos los resultados hubieran parecido muy semejantes a los criterios del DSM IV; al respecto hay controversia en que unos autores como Alvarado<sup>19</sup>, menciona que si el punto de corte se baja a 9/10 la sensibilidad aumenta; otros autores como Vega <sup>20</sup> mencionan que si se baja el corte a 7.5 la sensibilidad llega al 100% esto es una controversia entre autores, al respecto preferimos tomar como criterio el DSM IV y para hacerlo más cercano a estos se sugiere bajarlo a 11 para que los porcentajes del cuestionario de Edimburgo sean más semejantes al DSM IV.

En esta investigación se utilizaron los criterios del DSM IV y basados en ellos se encontró una frecuencia de 32 pacientes sospechosas de depresión con un 24.6%. Con el cuestionario de Edimburgo se encontraron 22 pacientes sospechosas de depresión post parto 16.9%.

### **RESULTADOS:**

Se aplicaron un total de 130 encuestas, de las cuales 43 correspondieron a la clínica “Dr. Ignacio Chávez” con 33.1%; y 87 a “Tlanepantla” con un 66.9%. *La edad de las pacientes:* Hubo una edad mínima de 17 años y una máxima de 44 años, con una media de 29.4 y una desviación estándar de 5.8.

*Estado civil de las pacientes:* fueron casadas 92 (70.8%), solteras ocho (6.2%), unión libre 26 (20.0%), y separadas con una frecuencia de cuatro (3.0%).

*Escolaridad:* Hubo desde mujeres analfabetas hasta con una escolaridad de 19 años completos estudiados, con una media de 12.6 años y una desviación de 3.78. La ocupación más frecuente fue ama de casa con una frecuencia de 62 y 47.7%.

*Uso de métodos anticonceptivos:* Se encontró una frecuencia de 75 pacientes que contestaron que sí utilizaban algún método anticonceptivo (57.7%); no utilizan métodos anticonceptivos 55 (42.3%). *Antecedentes Gineco-obstétricos:* algunos datos Gineco-obstétricos de la 130 mujeres en estudio, donde se reporta la edad mínima y máxima de cada pregunta; así como su media y desviación estándar.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

La investigación se realizó en dos clínicas de medicina familiar del ISSSTE, la denominada “Dr. Ignacio Chávez” en la ciudad de México y en el Estado de México la clínica “Tlanepantla”, durante los meses de junio a octubre del año

2006; la población de estudio fueron mujeres con 4 semanas a 6 meses posteriores al nacimiento de su hijo.

La muestra fue no aleatoria, no representativa, obtenida por cuotas, estudiándose un total de 130 mujeres derechohabientes que asistieron a la consulta externa en los turnos matutino y vespertino de todos los consultorios, en los servicios de medicina preventiva y en la sala de espera de las clínicas.

**2001 – RIVEROS, VANESSA**

**TÍTULO:** Factores psicosociales que conllevan a la depresión post parto en pacientes puérperas en el hospital apoyo Camaná para obtener el título profesional de Médico-Cirujano - 2001.

**OBJETIVO:**

Determinar la influencia de los estresores psicosociales en los grados de depresión en pacientes puérperas en Hospital Apoyo Camaná - 2001.

**CONCLUSIONES:**

El 40,7%, porcentaje significativo, de las pacientes puérperas del Hospital Apoyo Camaná presentan depresión post parto. Lo que es cerca del triple en relación a los países desarrollados y es concordante con los resultados de estudios hechos en asentamientos rurales de países como Sudáfrica, cuya realidad no está muy lejana de la nuestra.

El orden de la importancia de los factores psicosociales identificados, a los que se debe la depresión que se presenta en pacientes puérperas, es: factor psicológico, factor socioeconómico y el factor cultural.

### **RESULTADOS:**

Hay 118 pacientes puérperas que acudieron por el servicio de Niño Sano se les realizó una entrevista personal, se encontró que un 40,7% de pacientes puérperas cursaba con depresión post parto de acuerdo a la Escala de Depresión Post parto de Edimburgo (EPDS), algunos textos citan que la prevalencia para la población general es de 5-9% para mujeres y 2-3% para varones.

El objetivo principal de nuestro estudio fue el de determinar los factores psicosociales que influyen en la depresión post parto en pacientes puérperas, iniciamos investigando el estado económico encontramos que el estrato bajo cursa con 28,0% sufre de depresión a diferencia del nivel regular que cursa con un 11,9% y el nivel bueno con 0,8% encontrando que nuestros resultados son similares a los de la Epidemiological Catchmen Area (ECA) donde se observó mayor correlación con el estado socioeconómico bajo.

En cuanto al factor psicológico observamos que el nivel bueno cursa con 7,6% de depresión, el nivel regular con 21,2% y el nivel bajo con 11,9% relacionando que a mejor nivel psicológico menor depresión, estudios epidemiológicos demuestran que es más frecuente en la mujer.

En cuanto a la variable edad observamos que fueron las mujeres de grupo etáreo juvenil (15-24 años) fueron las que tuvieron mayor incidencia de depresión post parto, de acuerdo a la literatura en la mujer es dos veces más frecuente que en el

hombre, aparece en forma más temprana y más precoz (edad de comienzo entre los 13 y 15 años), teniendo su máxima prevalencia durante los años fértiles, con picos en menarca, el puerperio y la perimenopausia que constituyen precisamente, los periodos caracterizados por una mayor vulnerabilidad social, psicológica y hasta biológica en la mujer.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

La población de la siguiente investigación se encuentra conformada por 118 pacientes del Servicio de Niño Sano, del Hospital Apoyo Camaná, durante los meses de Octubre y Noviembre del 2001; estas unidades de estudio constituirán el universo.

**2007 – ZEGARRA, OLGA**

**TÍTULO:** Prevalencia y factores asociados a la depresión post parto en puérperas del Hospital Goyeneche para obtener el título de Médico-Cirujano en Agosto- Noviembre. Arequipa 2006.

### **OBJETIVO:**

Determinar la prevalencia de la depresión post parto en las mujeres atendidas en el Hospital Goyeneche en el mes de Agosto- Noviembre 2006.

### **CONCLUSIONES:**

Los factores asociados a los síntomas depresivos post parto en las mujeres estudiadas son el nivel socioeconómico bajo, una mala relación conyugal, haberse sentido deprimida en el embarazo y la patología del recién nacido.

**RESULTADOS:**

El nivel socioeconómico fue diferente entre las mujeres con y sin síntomas depresivos, siendo bajo en 33,33% de mujeres con síntomas depresivos y 8,65% en las mujeres sin este problema.

En relación a las características del recién nacido que pudieran influir en los síntomas depresivos, vemos que hubo una Parente mayor frecuencia de nacimientos pre término entre las mujeres deprimida (20%) que entre la no deprimidas (5.77%).

Los antecedentes personales de las pacientes por el grupo de estudio; vemos que la relación conyugal fue mala en 26,67% de mujeres con síntomas depresivos en contraste con 4,81% de mujeres sin estos síntomas, y las mujeres sin depresión reportan mejores relaciones conyugales, diferencia que es estadísticamente significativa.

En relación al estado civil, no hubo diferencias significativas entre los dos grupos de mujeres siendo la mayoría de mujeres con síntomas depresivos solteras en 20% comparado con 13,46% de mujeres sin depresión, algunos autores han planteado que para las mujeres el hecho de ser casadas no se constituye en factor protector de depresión.

Tampoco hubo diferencias significativas en la cantidad de mujeres que trabaja, siendo el 66,67% de mujeres con síntomas deprimidos desempleada, comparada con 56,73% en las mujeres sin depresión, en algunos estudios se ha mostrado que las amas de casa de tiempo completo, son particularmente propensas a la depresión, especialmente si ellas tienen otros hijos pequeños.

## **MATERIALES Y MÉTODOS:**

La población de la siguiente investigación se encuentra conformada por el número de mujeres atendidas por parto en el servicio de obstetricia del Hospital Goyeneche, durante los meses de Agosto a Noviembre del 2006; estas unidades de estudio constituirán el universo.

### **3. HIPÓTESIS**

Dado que la actitud ante el parto y el grado de depresión que conlleva la gestación y el futuro nacimiento de un hijo, se puede crear en la madre un ambiente de sensibilidad tanto en el estado físico como en el estado emocional.

Es probable que la depresión post parto sea frecuente y que se deba a factores socio demográficos, tipo de parto, paridad, socio económicos o psicológicos.

## CAPÍTULO II

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

VARIABLES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	INSTRUMENTO	TÉCNICA
V. INDEPENDIENTE  Factores asociados a síntomas depresivos	-Factores demográficos Socio	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edad</li> <li>▪ Estado civil</li> <li>▪ Grado de instrucción</li> <li>▪ Ocupación</li> <li>▪ Procedencia</li> </ul>	Cédula de Cuestionario	Técnica de comunicación Cuestionario
	- Tipo de parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vaginal</li> <li>▪ Cesárea</li> </ul>	Cédula de Cuestionario	Técnica de comunicación Cuestionario
	- Paridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Primaridad</li> <li>▪ Multiparidad</li> </ul>	Cédula de Cuestionario	Técnica de comunicación Cuestionario
	-Factores económicos Socio	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soporte familiar</li> <li>▪ Tenencia y características de vivienda</li> <li>▪ Ingreso económico</li> <li>▪ Situación laboral</li> </ul>	Cédula de Cuestionario	Técnica de comunicación Cuestionario
	-Factores Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autoestima</li> </ul>	Escala de Rosenberg	Técnica de comunicación Cuestionario
V. DEPENDIENTE  Depresión Post Parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normal &lt;13.5</li> <li>- Depresión ≥13.5</li> </ul>		Escala de Edimburgo	Técnica de comunicación Cuestionario

## 2. Campo de verificación

### 2.1. **Ubicación espacial:**

- Precisión del lugar: **Ámbito Especifico**
- Caracterización del lugar: **Ámbito Institucional**
- Delimitación gráfica del lugar: **Anexo 1**

### 2.2. **Ubicación temporal:**

2.2.1. **Cronología:** La investigación corresponde a Junio -Julio del 2015.

2.2.2. **Visión temporal:** Prospectivo.

2.2.3. **Corte temporal:** Transversal.

### 2.3. **Unidades de estudio:**

- **Universo Cualitativo:**

- a. **Criterios de inclusión**

- Mujeres hospitalizadas que tuvieron su parto ya sea por vía vaginal o por cesárea en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- Puérperas que acuden a consultorio de Obstetricia en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- Mujeres en su puerperio inmediato y mediato.
- Primíparas y multíparas.

#### **b. Criterios de exclusión**

- Mujeres con trastornos psiquiátricos.
  - Mujeres que no accedieron a la entrevista.
  - Mujeres inconscientes.
- 
- **Universo cuantitativo:** El universo de esta investigación es 800 púerperas que tuvieron su parto en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante los meses de Junio y Julio del 2015.

#### **A. Criterios estadísticos**

##### **a. Confiabilidad**

En este trabajo de investigación se utilizó una muestra con 99.7% de confiabilidad.

##### **b. Margen de error**

En este trabajo de investigación se utilizó una muestra con +- 5% de margen de error.

##### **c. Probabilidad**

La probabilidad del presente trabajo de investigación es 50%.

## B. Tamaño de la muestra

### A. Tamaño de la muestra

$$M = \frac{N \times 400}{N + 400}$$

$$M = \frac{800 \times 400}{800 + 400}$$

$$M = \frac{320000}{1200}$$

$$M = 267$$

### B. Tipo de muestreo

No probabilístico-intencional.

## 3. Estrategia de Recolección de datos

### 3.1. Recursos

#### a. Humanos

Autora: Ana Cecilia Vera Durand

Ivana Jessica Urrutia Bejarano

### **b. Físicos**

En cuanto a recursos físicos se utilizó:

- Cédulas de cuestionario: que fueron utilizadas como fuente para la elaboración de las tablas y gráfico del presente trabajo de investigación.
- Consentimiento
- Materiales de escritorio (lapiceros, lápices, borradores, engrapador).

### **c. Institucionales**

Se utilizó las instalaciones del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza- Arequipa.

## **3.2. Validación del instrumento**

### **a. Procedimiento**

La prueba piloto fue realizada a 20 puérperas que tuvieron su parto en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

### **b. Finalidad**

La finalidad de la prueba piloto fue determinar un diagnóstico general y parcial de acuerdo a las unidades de estudio.

Verificar la claridad de los cuestionarios propuestos para una resolución rápida y correcta de las puérperas.

### 3.3. Criterios para el manejo de resultados

#### **A nivel de recolección:**

Vaciado manual del protocolo de recolección de datos a la matriz de datos.

#### **A nivel de sistematización:**

Para el procesamiento de los datos se procedió a tabular manualmente los datos recogidos, para luego convertirlos al sistema digital, para su posterior análisis estadístico, en el programa Estadístico SPSS 20.0 for Windows.

#### **A nivel de estudio de datos:**

Basados en los resultados obtenidos del Software SPSS y el análisis estadístico se realizó mediante prueba de independencia chi cuadrado.

#### 4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS:

##### 4.1. PLAN DE PROCESAMIENTO:

###### a. Tipo de procesamiento

En el presente trabajo de investigación se optó por un procesamiento mixto (procesamiento electrónico y procesamiento manual).

###### b. Operaciones de la sistematización

Se realizó un plan de tabulación y un plan de graficación, en el plan de tabulación se utilizó tablas de entrada simple y doble entrada, estos además fueron numéricos y literales; y en el plan de graficación se utilizó gráficos de barras y torta.

Los datos registrados en el protocolo de recolección de datos, fueron calificados, tabulados para su análisis e interpretación empleando cuadros y gráficos.



FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

## Características sociodemográficas de las puérperas

Tabla 1

## Distribución de las puérperas según edad

	N°	%
< 20 a	36	13.48%
20-24 a	78	29.21%
25-29 a	86	32.21%
30-34 a	52	19.48%
≥ 35 a	15	5.62%
Total	267	100.00%

Fuente: Elaboración propia

Entre las **características sociodemográficas** de las madres, en la **Tabla 1** se muestra la distribución de las puérperas según edad; el 13.48% fueron adolescentes menores de 20 años, y 5.62% fueron gestantes añosas con más de 35 años; la edad promedio de toda la muestra fue de  $25.80 \pm 5.19$  años con rango entre los 15 y 40 años.

Edad Prom  $\pm$  D. estándar (mín – máx):  $25.80 \pm 5.19$  años (15 – 40 años)

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Tabla 2

Distribución de las puérperas según estado civil

	N°	%
Soltero	126	47.19%
Conviviente	63	23.60%
Casada	78	29.21%
Total	267	100.00%

**Fuente:** Elaboración propia

El 47.19% de madres fueron solteras, 23.60% convivientes y 29.21% eran casadas, como se aprecia en la **Tabla 2**.

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Tabla 3

## Distribución de las puérperas según nivel de instrucción materno

	N°	%
Primaria	9	3.37%
Secundaria	159	59.55%
Sup técnica	17	6.37%
Sup Universitaria	82	30.71%
Total	267	100.00%

**Fuente:** Elaboración propia

El nivel de instrucción de las madres fue primario en 3.37%, secundario en 59.55% y superior técnico en 6.37%, con 30.71% de casos con educación superior universitaria.

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Tabla 4

Distribución de las puérperas según nivel de instrucción de la pareja

	N°	%
Primaria	6	2.25%
Secundaria	173	64.79%
Superior	88	32.96%
Total	267	100.00%

**Fuente:** Elaboración propia

El 2.25% de parejas de las madres con educación primaria, 64.79% con educación secundaria y 32.96% con educación superior (**Tabla 4**).

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Tabla 5

Distribución de las puérperas según religión de la madre

	N°	%
Católica	238	89.14%
Evangélica	23	8.61%
Otra	6	2.25%
Total	267	100.00%

**Fuente:** Elaboración propia

La religión predominante en las madres fue católica (89.14%), con 8.61% de madres evangélicas y 2.25% de otras religiones, como se aprecia en la **Tabla 5**.

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

## Características del parto de las puérperas

Tabla 6

Distribución de las mujeres según antecedente de paridad

	N°	%
Primer parto	141	52.81%
Segundo parto	95	35.58%
Tercer parto	28	10.49%
Cuarto parto	3	1.12%
Total	267	100.00%

**Fuente:** Elaboración propia

En la **Tabla 6** muestra la paridad de las puérperas encuestadas; el 52.81% fueron primíparas, 35.58% tuvieron su segundo parto, 10.49% el tercero y 1.12% el cuarto parto.

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Tabla 7

## Distribución de las mujeres según tipo de parto

	N°	%
Vaginal	160	59.93%
Cesárea	107	40.07%
Total	267	100.00%

**Fuente:** Elaboración propia

El tipo predominante de parto fue el vaginal en 59.93% y se realizó cesárea en 40.07% de casos (**Tabla 7**).

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

## Características socioeconómicas de las puérperas

Tabla 8

## Distribución de las mujeres según estructura familiar

	N°	%
Esposo e hijos	184	68.91%
Padres	66	24.72%
Sola	6	2.25%
Otro	11	4.12%
Total	267	100.00%

**Fuente:** Elaboración propia

La **Tabla 8** muestran la estructura familiar; el 68.91% de mujeres vive con el esposo e hijos, 24.72% vive con uno o los dos padres 2.25% vive sola y 4.12% lo hace con otros parientes.

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Tabla 9

## Distribución de las mujeres según soporte económico

	N°	%
Ambos cónyuges	90	33.71%
Pareja	98	36.70%
Padres	62	23.22%
Sola	7	2.62%
Otros	10	3.75%
Total	267	100.00%

**Fuente:** Elaboración propia

El soporte económico es proporcionado por ambos cónyuges en 33.71%, solo por la pareja en 36.70%, por los padres en 23.22%, y solo por la madre en 2.62% de casos, con 375% dependiente de otros familiares (**Tabla 9**).

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Tabla 10

## Distribución de las mujeres según lugar de procedencia

	N°	%
Arequipa	182	68.16%
Puno	59	22.10%
Cusco	19	7.12%
Tacna	3	1.12%
Moquegua	3	1.12%
Lima	1	0.37%
Total	267	100.00%

**Fuente:** Elaboración propia

La procedencia de las madres fue predominantemente de Arequipa (68.16%) seguida de Puno (2.10%) y Cusco (7.12%), y en menor proporción de otros departamentos como Tacna y Moquegua (1.12% cada uno) o de Lima (0.37%), como se aprecia en la **Tabla 10**.

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015****Tabla 11****Distribución de las mujeres según características de la vivienda**

		N°	%
Pertenenencia	Propia	138	51.69%
	Alquilada	86	32.21%
	Prestada	36	13.48%
	Otra	7	2.62%
Material	Noble	264	98.88%
	Rústico	3	1.12%
Servicios	Completos	244	91.39%
	Sólo luz	21	7.87%
	Sólo agua	2	0.75%
Recojo de basura	3 v/sem	63	23.60%
	2 v/sem	190	71.16%
	1 v/sem	14	5.24%
Total		267	100.00%

**Fuente:** Elaboración propia

En la **Tabla 11** se resumen las principales características de la vivienda; en 51.69% de casos se cuenta con vivienda propia y en 32.21% de casos es alquilada. Casi todas (98.88%) son de material noble y cuentan con todos los servicios (91.39%), y el recojo de basura es al menos 2 veces por semana en 94.76% de casos.

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Tabla 12

## Distribución de las puérperas según ingreso económico familiar

	N°	%
Menor al básico	21	7.87%
Igual al básico	101	37.83%
Mayor al básico	145	54.31%
Total	267	100.00%

**Fuente:** Elaboración propia

El ingreso económico familiar es menor al básico en 7.87% de casos con 37.83% de mujeres con ingreso igual al básico y en 54.31% superior al mismo, siendo el básico 750.00 soles. (**Tabla 12**).

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Tabla 13

Distribución de las puérperas según ocupación de la madre

	N°	%
Estudiante	59	22.10%
Ama de casa	92	34.46%
Desempleada	17	6.37%
Profesional	19	7.12%
Independiente	80	29.96%
Total	267	100.00%

**Fuente:** Elaboración propia

La ocupación de las madres fue estudiante en 22.10% y amas de casa en 34.46%, con 6.37% de casos desempleadas, 7.12% profesionales y 29.96% independientes (**Tabla 13**).

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Tabla 14

Distribución de las puérperas según ocupación de la pareja

	N°	%
Estudiante	47	17.60%
Desempleado	16	5.99%
Profesional	23	8.61%
Independiente	181	67.79%
Total	267	100.00%

**Fuente:** Elaboración propia

El 17.60% de parejas estudiantes, 5.99% desempleados, 8.61% profesionales y 67.79% de parejas fueron independientes (**Tabla 14**).

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

## Características psicológicas de las puérperas

Tabla 15

## Distribución de las puérperas según autoestima de la madre

	N°	%
Baja	40	14.98%
Media	143	53.56%
Elevada	84	31.46%
Total	267	100.00%

**Fuente:** Elaboración propia

Una de las **características psicológicas** de las mujeres puérperas evaluadas fue la autoestima, que se realizó a través del test de Rosemberg y cuyos resultados se muestra en la **Tabla 15**; el 14.98% de mujeres tiene una autoestima baja, 53.56% una autoestima media y 31.46% tiene la autoestima elevada.

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Tabla 16

Frecuencia de depresión postnatal en las madres evaluadas

	N°	%
Con depresión	97	36.33%
Sin depresión	170	63.67%
Total	267	100.00%

Fuente: Elaboración propia

Se aplicó la escala de depresión postnatal de Edinburgh (**Tabla 16**), con un punto de corte de 13.5 para definir depresión, encontrando síntomas de depresión postnatal en 36.33% de nuestras madres encuestadas.

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Factores socio demográficos asociados a la depresión postnatal

Tabla 17

Asociación de la edad materna con la presencia de depresión postnatal

	Total	Con depresión		Sin depresión	
		N°	%	N°	%
< 20 a	36	26	72.22%	10	27.78%
20-24 a	78	42	53.85%	36	46.15%
25-29 a	86	18	20.93%	68	79.07%
30-34 a	52	10	19.23%	42	80.77%
≥ 35 a	15	1	6.67%	14	93.33%
Total	267	97	36.33%	170	63.67%

Fuente: Elaboración propia

$$\text{Chi}^2 = 51.49$$

$$\text{G. libertad} = 4$$

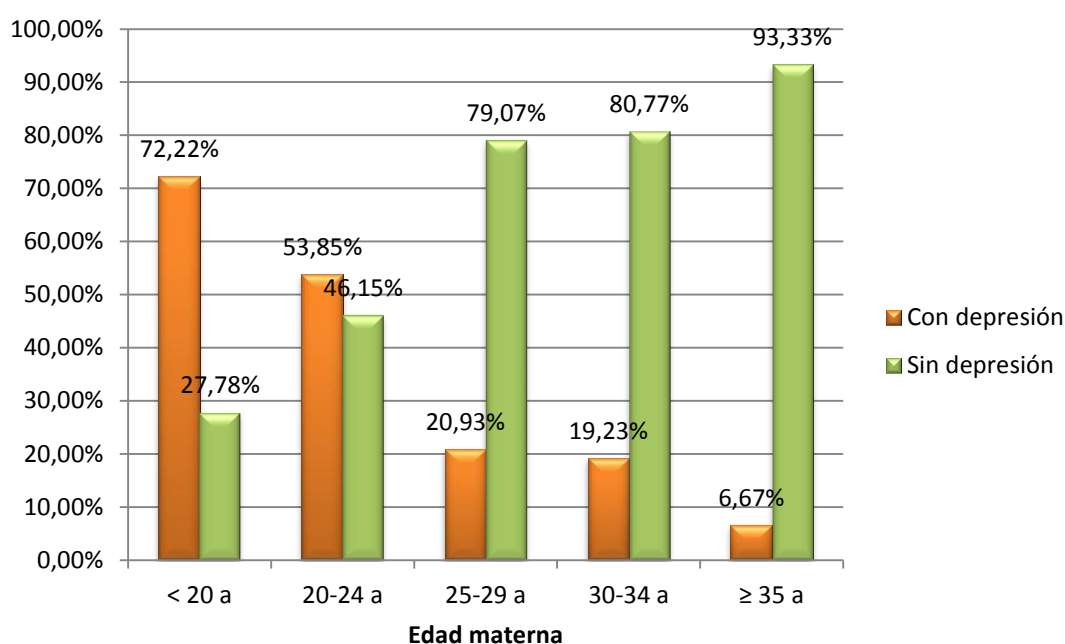
$$p < 0.01$$

Para establecer la asociación de la *depresión postnatal* con las *características sociodemográficas*, en la **Tabla Gráfico 17** se muestra la relación con la edad materna; se aprecia una mayor frecuencia de depresión postnatal en adolescentes (72.22% de ellas) y en mujeres jóvenes (53.85% de gestantes de 20 a 24 años), mientras que en las demás edades la frecuencia es menor a la general. Las diferencias son estadísticamente significativas ( $p < 0.01$ ), por lo que se puede afirmar que la depresión postnatal se asocia a una menor edad, sobre todo en madres adolescentes.

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015**

**Gráfico 17**

**Asociación de la edad materna con la presencia de depresión postnatal**



**Fuente:** Elaboración propia

Edad promedio  $\pm$  D. estándar (mín – máx)

- Con depresión: 22.92  $\pm$  4.57 años
- Sin depresión: 27.45  $\pm$  4.80 años

Prueba t = -7.61

G. libertad = 265

p < 0.01

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Tabla 18

Asociación del estado civil materno con la presencia de depresión  
postnatal

	Total	Con depresión		Sin depresión	
		N°	%	N°	%
Soltera	126	78	61.90%	48	38.10%
Conviviente	63	6	9.52%	57	90.48%
Casada	78	13	16.67%	65	83.33%
Total	267	97	36.33%	170	63.67%

Fuente: Elaboración propia

$\chi^2 = 68.24$

G. libertad = 2

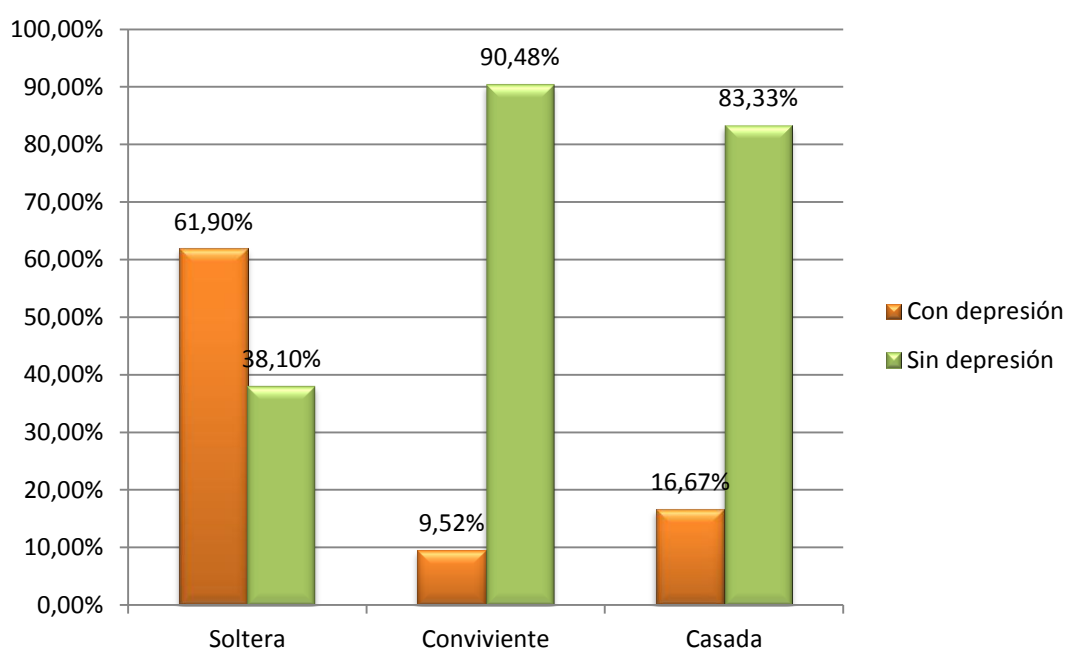
$p < 0.01$

La relación del estado civil y la depresión postnatal se muestra en la **Tabla y Gráfico 18**; se encontró alta frecuencia de depresión postnatal en madres solteras (61.90%), mientras que fue más baja en mujeres con pareja (9.52% en convivientes, 16.67% en casadas), las diferencias fueron significativas ( $p < 0.05$ ).

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015**

**Gráfico 18**

**Asociación del estado civil materno con la presencia de depresión  
postnatal**



**Fuente:** Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Tabla 19

Asociación del nivel de instrucción materno con la presencia de  
depresión postnatal

	Total	Con depresión		Sin depresión	
		N°	%	N°	%
Primaria	9	5	55.56%	4	44.44%
Secundaria	159	58	36.48%	101	63.52%
Sup técnica	17	1	5.88%	16	94.12%
Sup Universitaria	82	33	40.24%	49	59.76%
Total	267	97	36.33%	170	63.67%

Fuente: Elaboración propia

$\text{Chi}^2 = 8.80$

G. libertad = 3

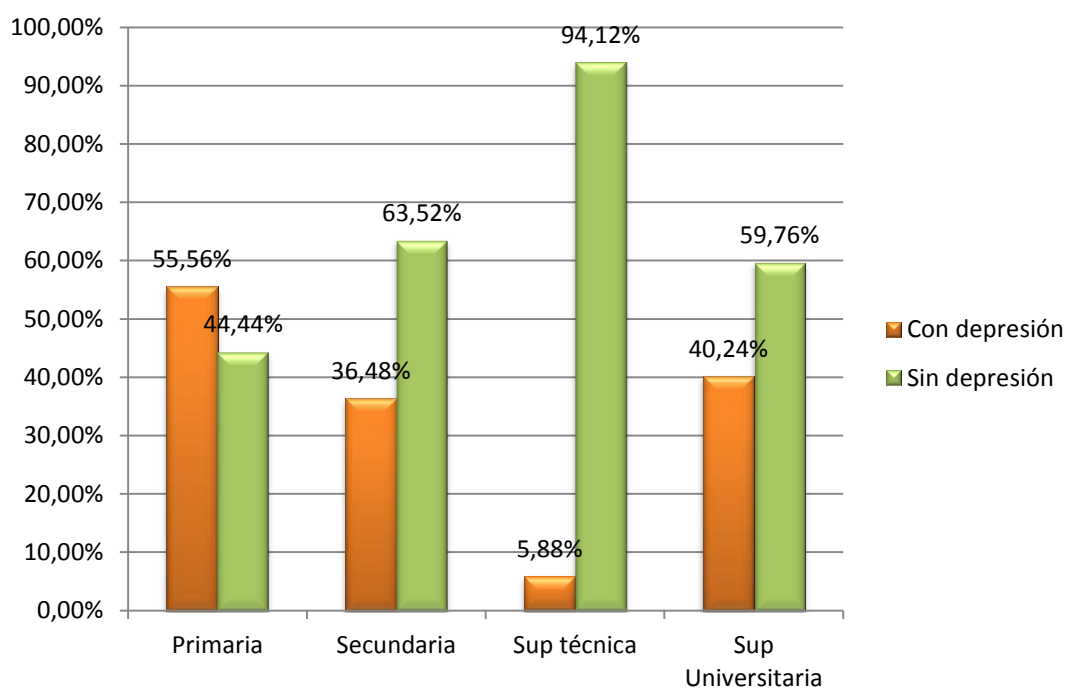
$p = 0.03$

Se encontró una diferencia significativa de depresión postnatal con la instrucción materna (**Tabla y Gráfico 19**), siendo más alta en mujeres con educación primaria (55.56%) o superior universitaria (40.24%) y menos en mujeres con educación superior técnica (5.88%;  $p < 0.05$ ).

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015**

**Gráfico 19**

**Asociación del nivel de instrucción materno con la presencia de  
depresión postnatal**



**Fuente:** Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Tabla 20

Asociación del nivel de instrucción de la pareja con la presencia de  
depresión postnatal

	Total	Con depresión		Sin depresión	
		N°	%	N°	%
Primaria	6	0	0.00%	6	100.00%
Secundaria	173	66	38.15%	107	61.85%
Superior	88	31	35.23%	57	64.77%
Total	267	97	36.33%	170	63.67%

Fuente: Elaboración propia

$\chi^2 = 3.72$

G. libertad = 2

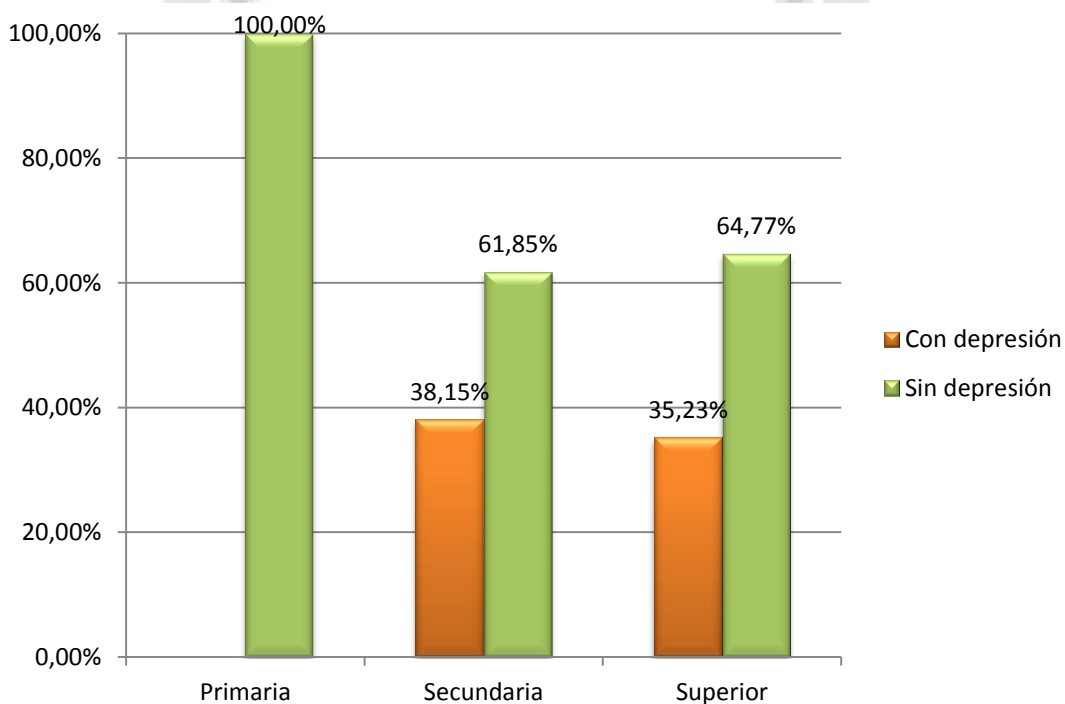
$p = 0.16$

No se encontró diferencia significativa con la instrucción de la pareja (**Tabla y Gráfico 20**;  $p > 0.05$ ).

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015**

**Gráfico 20**

**Asociación del nivel de instrucción de la pareja con la presencia de  
depresión postnatal**



**Fuente:** Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Tabla 21

Asociación de la religión materna con la presencia de depresión  
postnatal

	Total	Con depresión		Sin depresión	
		N°	%	N°	%
Católica	238	91	38.24%	147	61.76%
Evangélica	23	5	21.74%	18	78.26%
Otra	6	1	16.67%	5	83.33%
Total	267	97	36.33%	170	63.67%

Fuente: Elaboración propia

$\chi^2 = 3.49$

G. libertad = 2

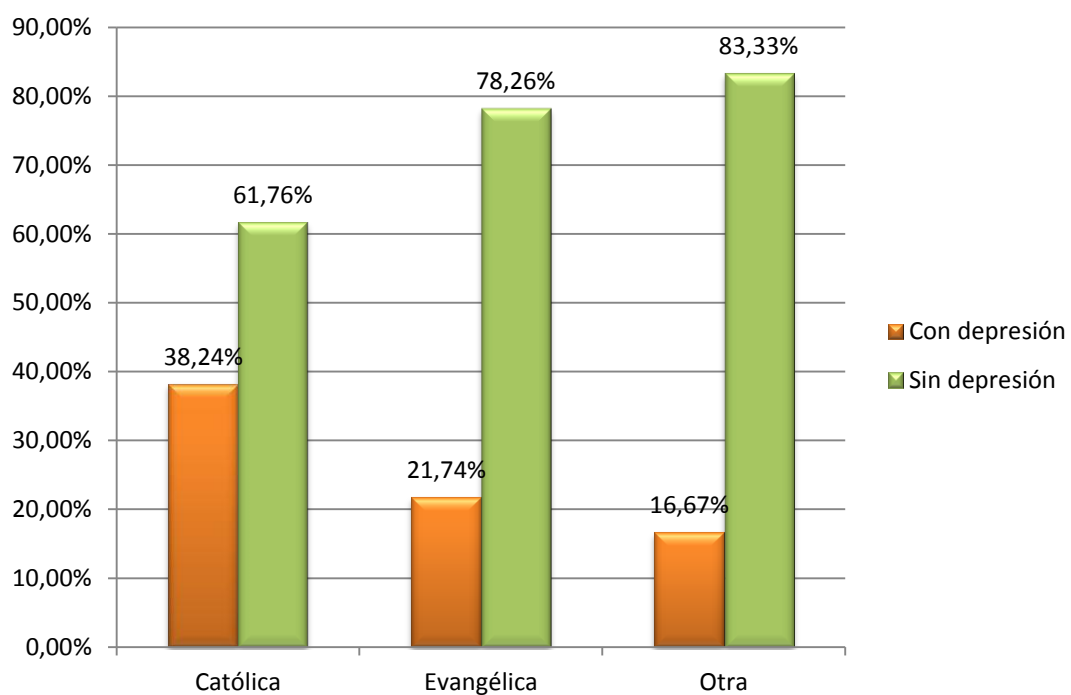
$p = 0.17$

Tampoco se encontró una relación significativa con la religión, ( $p > 0.05$ ; **Tabla y Gráfico 21**).

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015**

**Gráfico 21**

**Asociación de la religión materna con la presencia de depresión  
postnatal**



**Fuente:** Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

**Factores del tipo de parto y paridad asociados a la depresión  
postnatal**

Tabla 22

**Asociación de la paridad materna con la presencia de depresión  
postnatal**

	Total	Con depresión		Sin depresión	
		N°	%	N°	%
Primer parto	141	67	47.52%	74	52.48%
Segundo parto	95	25	26.32%	70	73.68%
Tercer parto	28	4	14.29%	24	85.71%
Cuarto parto	3	1	33.33%	2	66.67%
Total	267	97	36.33%	170	63.67%

Fuente: Elaboración propia

Chi<sup>2</sup> =17.64

G. libertad = 3

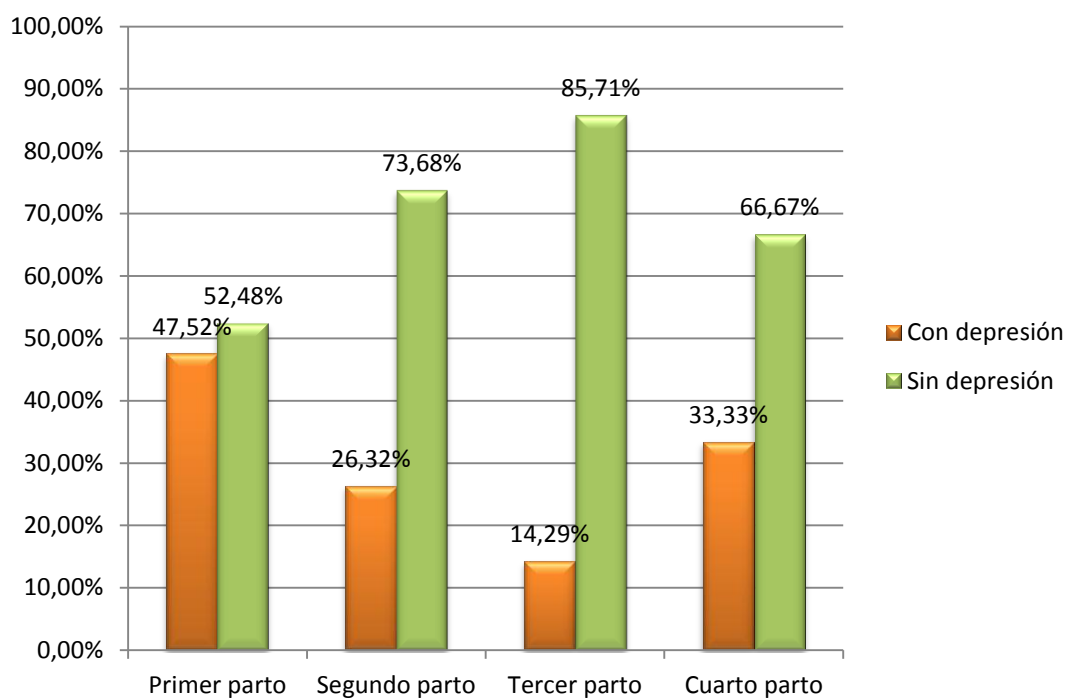
p< 0.01

Entre los *factores del tipo parto y paridad* posiblemente asociados con la *depresión postnatal*, la **Tabla y Gráfico 22** muestran la relación con la paridad; se encontró niveles significativamente más altos de depresión en mujeres que tuvieron su primer hijo (47.52%) y en aquellas que tuvieron un cuarto parto (33.33%), mientras que la frecuencia de depresión entre mujeres con dos o tres partos fue inferior a la de todo el grupo (26.32% y 14.29%, respectivamente); las diferencias fueron significativas (p < 0.05).

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015**

**Gráfico 22**

**Asociación de la paridad materna con la presencia de depresión  
postnatal**



**Fuente:** Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Tabla 23

Asociación del tipo de parto con la presencia de depresión postnatal

	Total	Con depresión		Sin depresión	
		N°	%	N°	%
Vaginal	160	67	41.88%	93	58.13%
Cesárea	107	30	28.04%	77	71.96%
Total	267	97	36.33%	170	63.67%

Fuente: Elaboración propia

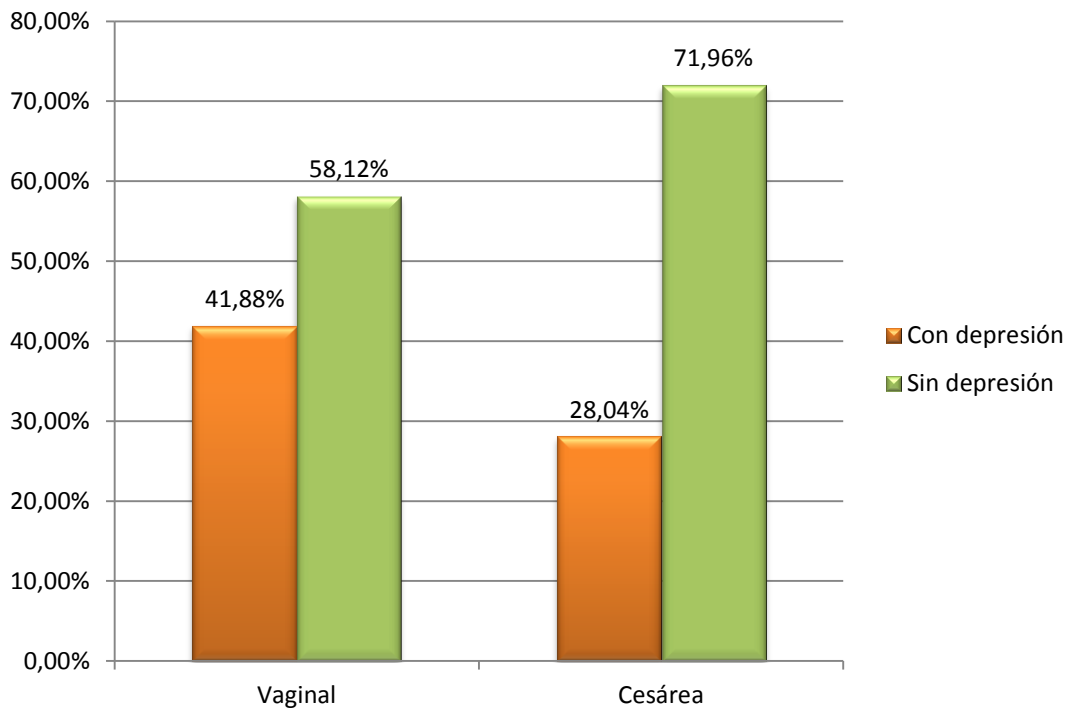
$\chi^2 = 5.31$       G. libertad = 1       $p = 0.02$

También se vio mayor depresión postnatal en mujeres que dieron a luz por vía vaginal (41.88%), comparada con los partos cesárea (28.04%); la diferencia es significativa ( $p < 0.05$ ) como se aprecia en la **Tabla y Gráfico 23**.

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015**

**Gráfico 23**

**Asociación del tipo de parto con la presencia de depresión postnatal**



**Fuente:** Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

**Factores socio económicos asociados a la depresión postnatal**

Tabla 24

**Asociación de la estructura familiar con la presencia de depresión postnatal**

	Total	Con depresión		Sin depresión	
		N°	%	N°	%
Esposo e hijos	184	45	24.46%	139	75.54%
Padres	66	40	60.61%	26	39.39%
Sola	6	5	83.33%	1	16.67%
Otro	11	7	63.64%	4	36.36%
Total	267	97	36.33%	170	63.67%

Fuente: Elaboración propia

Chi<sup>2</sup> =37.31

G. libertad = 3

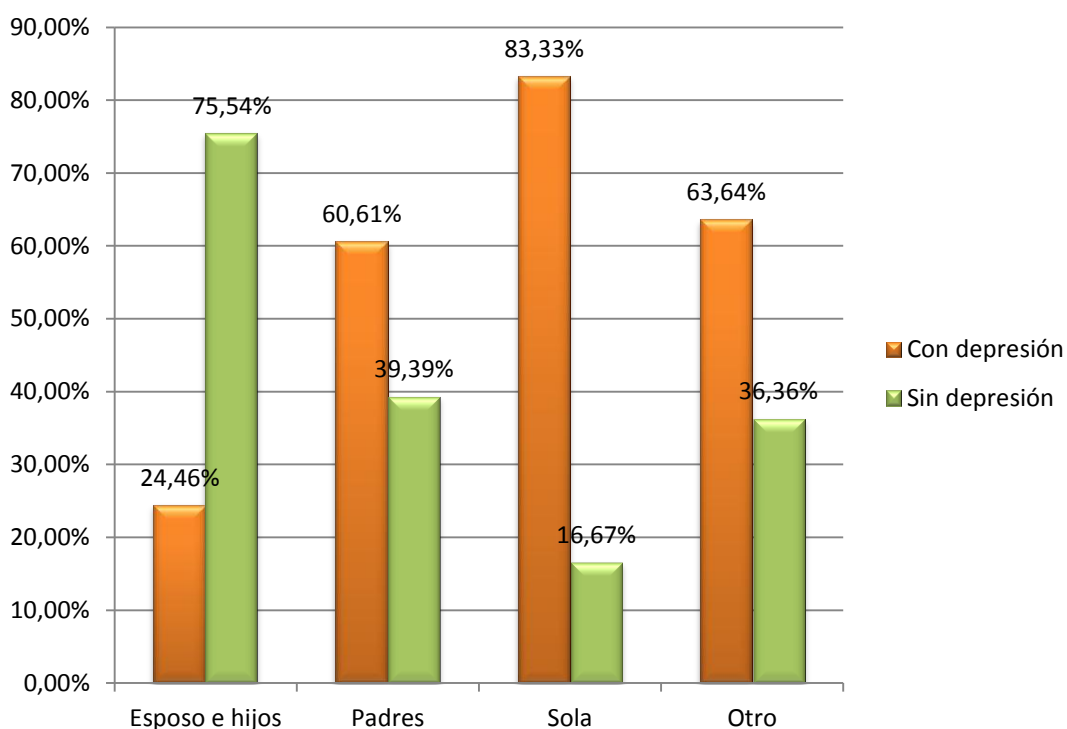
p < 0.01

En los *factores socioeconómicos* asociados con la *depresión postnatal* la **Tabla y Gráfico 24** muestran la relación la estructura familiar. Se encontró altos niveles de depresión postnatal en mujeres que viven con los padres (60.61%), solas (83.33%) o con otros familiares (63.64%), mientras que fue baja en mujeres que viven con sus parejas (24.46%); las diferencias fueron significativas ( $p < 0.05$ ).

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015**

**Gráfico 24**

**Asociación de la estructura familiar con la presencia de depresión  
postnatal**



**Fuente:** Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015**

**Tabla 25**

**Asociación de la dependencia económica con la presencia de  
depresión postnatal**

	Total	Con depresión		Sin depresión	
		N°	%	N°	%
Ambos cónyuges	90	12	13.33%	78	86.67%
Pareja	98	33	33.67%	65	66.33%
Padres	62	42	67.74%	20	32.26%
Sola	7	4	57.14%	3	42.86%
Otros	10	6	60.00%	4	40.00%
Total	267	97	36.33%	170	63.67%

**Fuente:** Elaboración propia

Chi<sup>2</sup> = 51.06

G. libertad = 4

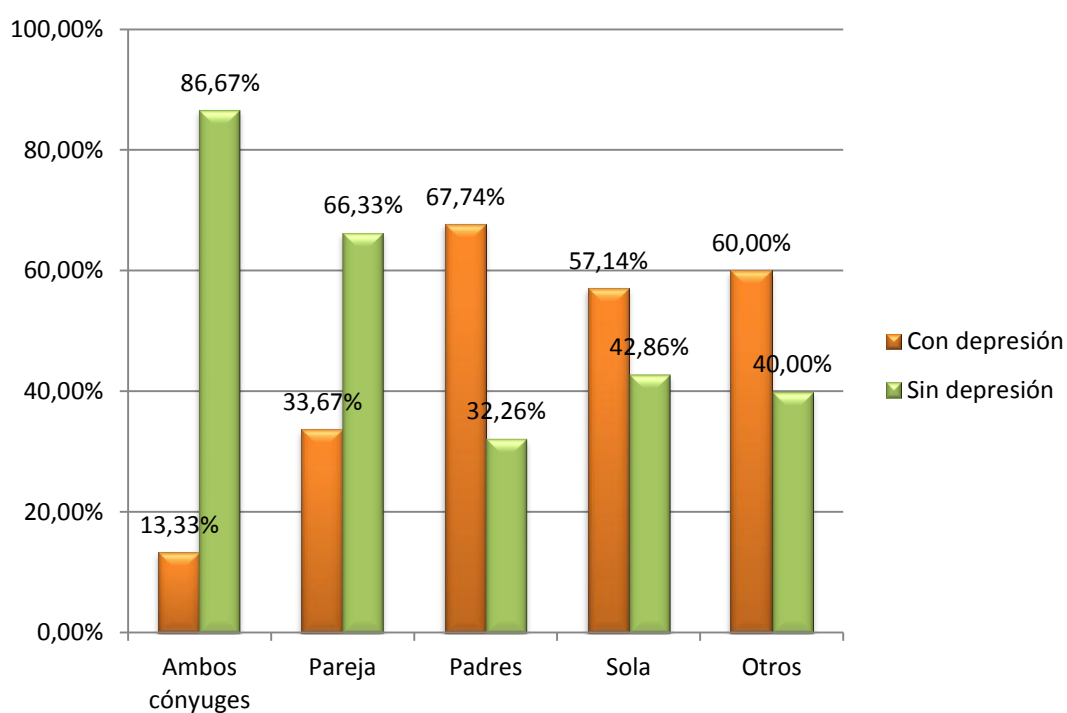
p < 0.01

La **Tabla y Gráfico 25** muestran la relación de la depresión postnatal con la dependencia económica; esta fue elevada en mujeres que dependen de sus padres (67.74%) de sí mismas (57.14%) o de otros familiares (60%), más no en las que dependen de los ingresos de ambos (13.33%) o de la pareja (33,67%); las diferencias fueron también significativas ( $p < 0.05$ ).

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015**

**Gráfico 25**

**Asociación de la dependencia económica con la presencia de  
depresión postnatal**



**Fuente:** Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015**

**Tabla 26**

**Asociación de la procedencia con la presencia de depresión postnatal**

	Total	Con depresión		Sin depresión	
		N°	%	N°	%
Arequipa	182	61	33.52%	121	66.48%
Puno	59	27	45.76%	32	54.24%
Cusco	19	6	31.58%	13	68.42%
Moquegua	3	0	0.00%	3	100.00%
Tacna	3	2	66.67%	1	33.33%
Lima	1	1	100.00%	0	0.00%
Total	267	97	36.33%	170	63.67%

**Fuente:** Elaboración propia

$\text{Chi}^2 = 7.74$

G. libertad = 5

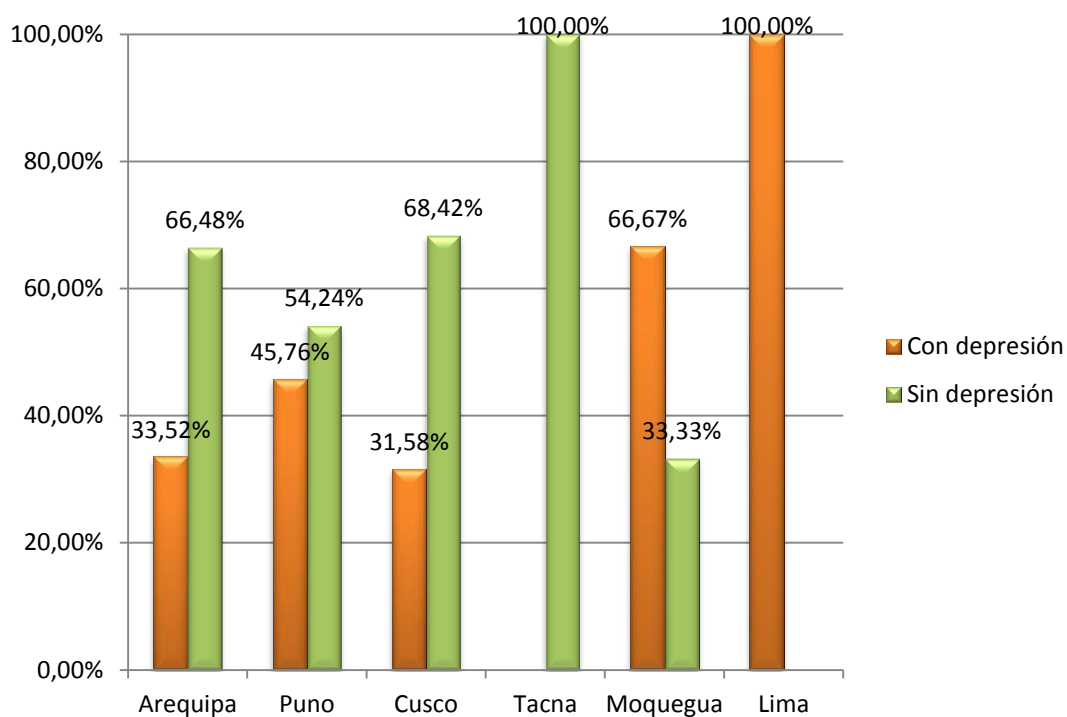
$p = 0.17$

En la **Tabla y Gráfico 26** se muestra la relación de la procedencia con la depresión postnatal; hubo mayor frecuencia de depresión en mujeres procedentes de Puno (45.76%) y de lugares como Lima (100%), aunque no se notó una influencia significativa de la procedencia en la depresión ( $p > 0.05$ ).

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015**

**Gráfico 26**

**Asociación de la procedencia con la presencia de depresión postnatal**



**Fuente:** Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Tabla 27

Asociación de la pertenencia de la vivienda con la presencia de  
depresión postnatal

	Total	Con depresión		Sin depresión	
		N°	%	N°	%
Propia	138	44	31.88%	94	68.12%
Alquilada	86	36	41.86%	50	58.14%
Prestada	36	11	30.56%	25	69.44%
Otra	7	6	85.71%	1	14.29%
Total	267	97	36.33%	170	63.67%

Fuente: Elaboración propia

$$\text{Chi}^2 = 10.22$$

$$\text{G. libertad} = 3$$

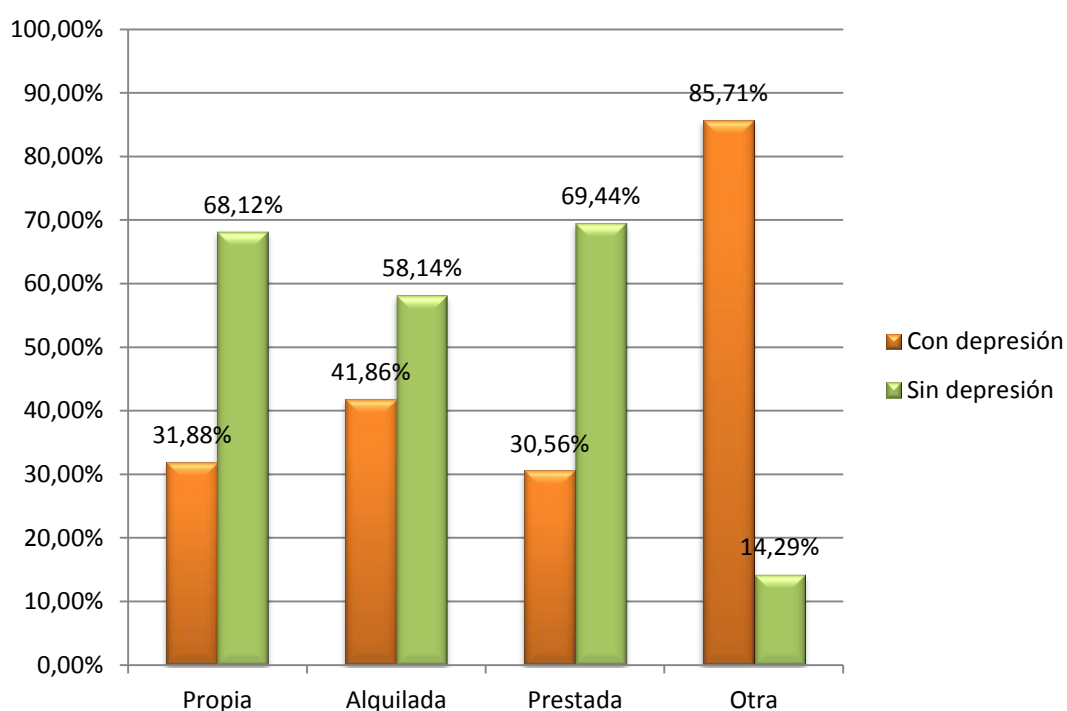
$$p = 0.02$$

Sí se notó una influencia de la pertenencia de la vivienda en la depresión (**Tabla y Gráfico 27**), siendo alta en las mujeres que tienen otros tipos de vivienda (85.71%) o era alquilada (41.86%), y menor en aquellos con vivienda propia (31.88%) o prestada (30.56%;  $p < 0.05$ ).

## FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Gráfico 27

### Asociación de la pertenencia de la vivienda con la presencia de depresión postnatal



Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

Tabla 28

Asociación del ingreso económico con la presencia de depresión  
postnatal

	Total	Con depresión		Sin depresión	
		N°	%	N°	%
Menor al básico	21	13	61.90%	8	38.10%
Igual al básico	101	35	34.65%	66	65.35%
Mayor al básico	145	49	33.79%	96	66.21%
Total	267	97	36.33%	170	63.67%

Fuente: Elaboración propia

$\chi^2 = 6.46$

G. libertad = 2

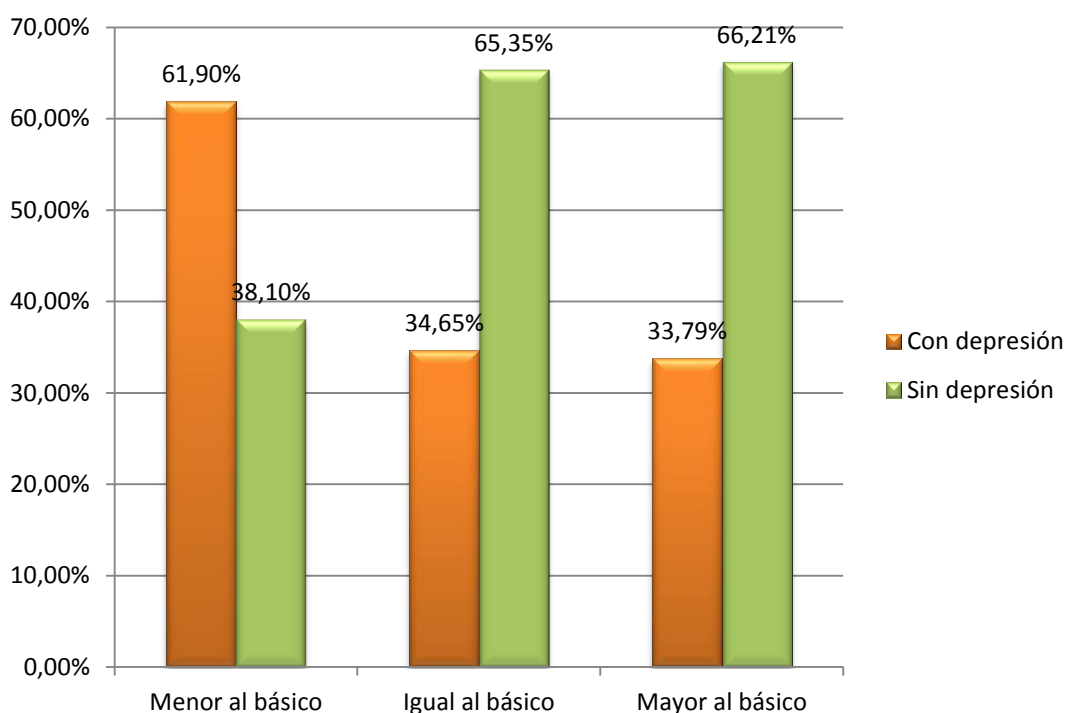
$p = 0.04$

También se observó diferencias con el ingreso económico familiar (Tabla y Gráfico 28), con alta depresión en mujeres con ingreso menor al básico de 750.00 soles (61.90%;  $p < 0.05$ ).

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015**

**Gráfico 28**

**Asociación del ingreso económico con la presencia de depresión  
postnatal**



**Fuente:** Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015**

**Tabla 29**

**Asociación de la ocupación materna con la presencia de depresión  
postnatal**

	Total	Con depresión		Sin depresión	
		N°	%	N°	%
Estudiante	59	38	64.41%	21	35.59%
Ama de casa	92	35	38.04%	57	61.96%
Desempleada	17	6	35.29%	11	64.71%
Profesional	19	4	21.05%	15	78.95%
Independiente	80	14	17.50%	66	82.50%
Total	267	97	36.33%	170	63.67%

**Fuente:** Elaboración propia

$\text{Chi}^2 = 34.41$

G. libertad = 4

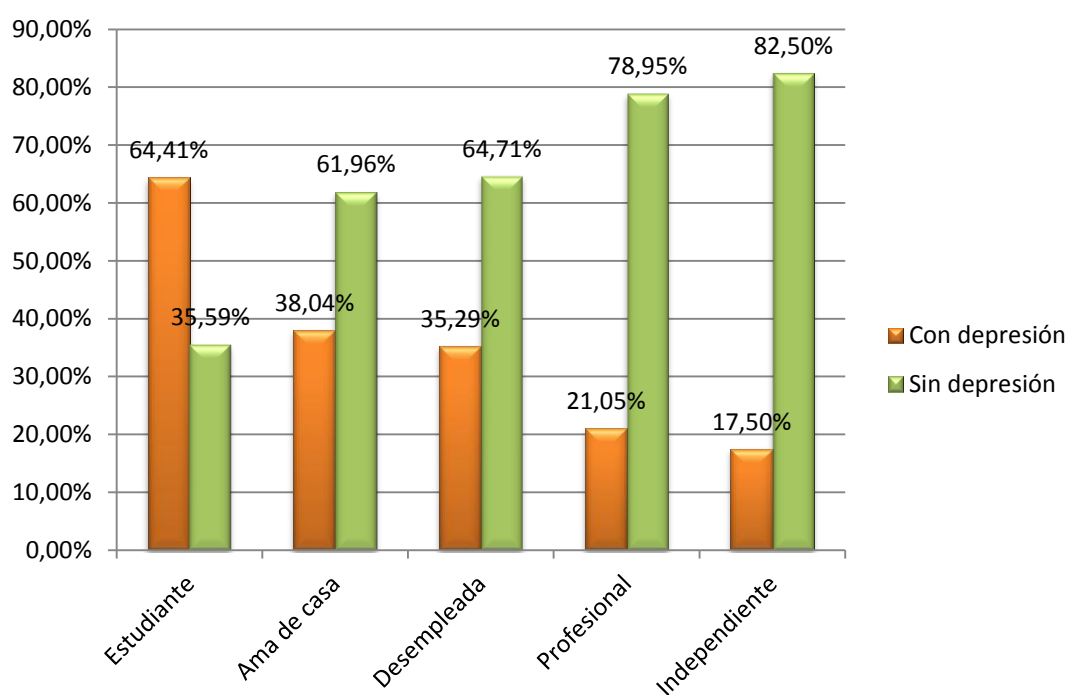
$p < 0.01$

La **Tabla y Gráfico 29** muestran la relación de la ocupación materna con la depresión; se observó que en mujeres estudiantes o en amas de casa la frecuencia de depresión es alta (64.41% y 38.04% respectivamente), lo que no ocurre entre las mujeres con alguna ocupación (21.05% en profesionales o 16.5% en independientes) o desempleadas (35.29%); las diferencias fueron significativas ( $p < 0.05$ ).

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015**

**Gráfico 29**

**Asociación de la ocupación materna con la presencia de depresión  
postnatal**



**Fuente:** Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015**

**Tabla 30**

**Asociación de la ocupación de la pareja con la presencia de depresión postnatal**

	Total	Con depresión		Sin depresión	
		N°	%	N°	%
Estudiante	47	31	65.96%	16	34.04%
Desempleado	16	11	68.75%	5	31.25%
Profesional	23	2	8.70%	21	91.30%
Independiente	181	53	29.28%	128	70.72%
Total	267	97	36.33%	170	63.67%

**Fuente:** Elaboración propia

Chi<sup>2</sup> = 36.59

G. libertad = 3

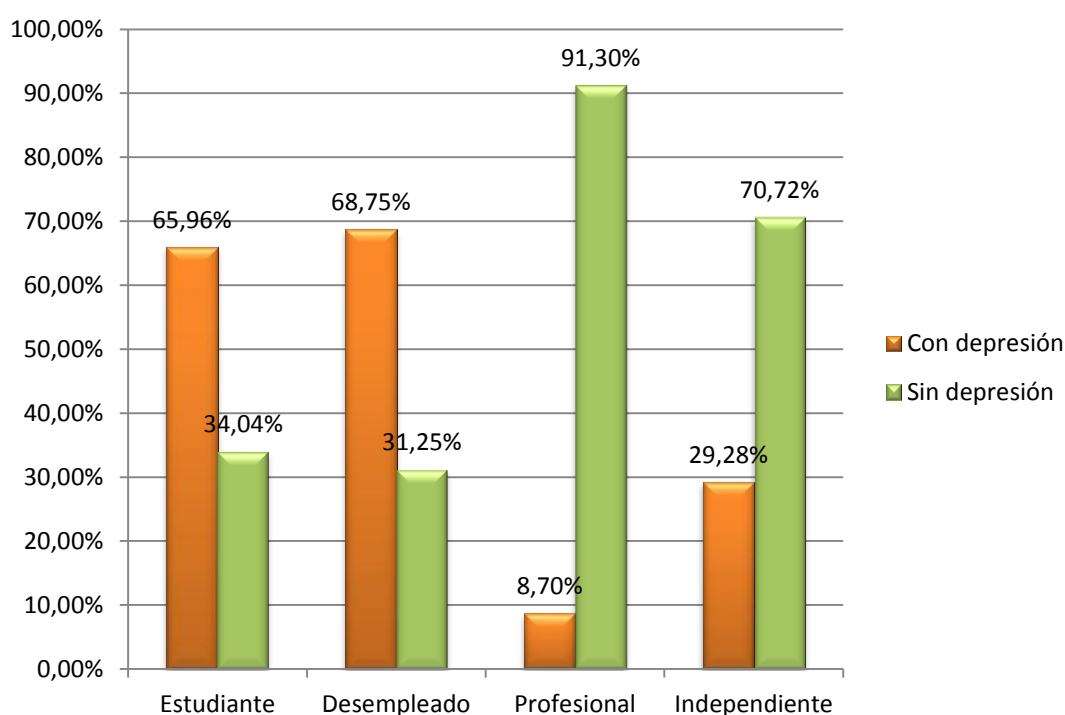
p < 0.01

Igualmente se observó con la ocupación de las parejas, con 65.96% de depresión cuando la pareja es estudiante o 68.75% si ésta es desempleada (**Tabla y Gráfico 30**; p < 0.05).

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015**

**Gráfico 30**

**Asociación de la ocupación de la pareja con la presencia de depresión  
postnatal**



**Fuente:** Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015

**Factores psicológicos asociados a la depresión postnatal**

Tabla 31

**Asociación de la autoestima materna con la presencia de depresión postnatal**

	Total	Con depresión		Sin depresión	
		N°	%	N°	%
Baja	40	36	90.00%	4	10.00%
Media	143	56	39.16%	87	60.84%
Elevada	84	5	5.95%	79	94.05%
Total	267	97	36.33%	170	63.67%

Fuente: Elaboración propia

$\chi^2 = 83.82$

G. libertad = 2

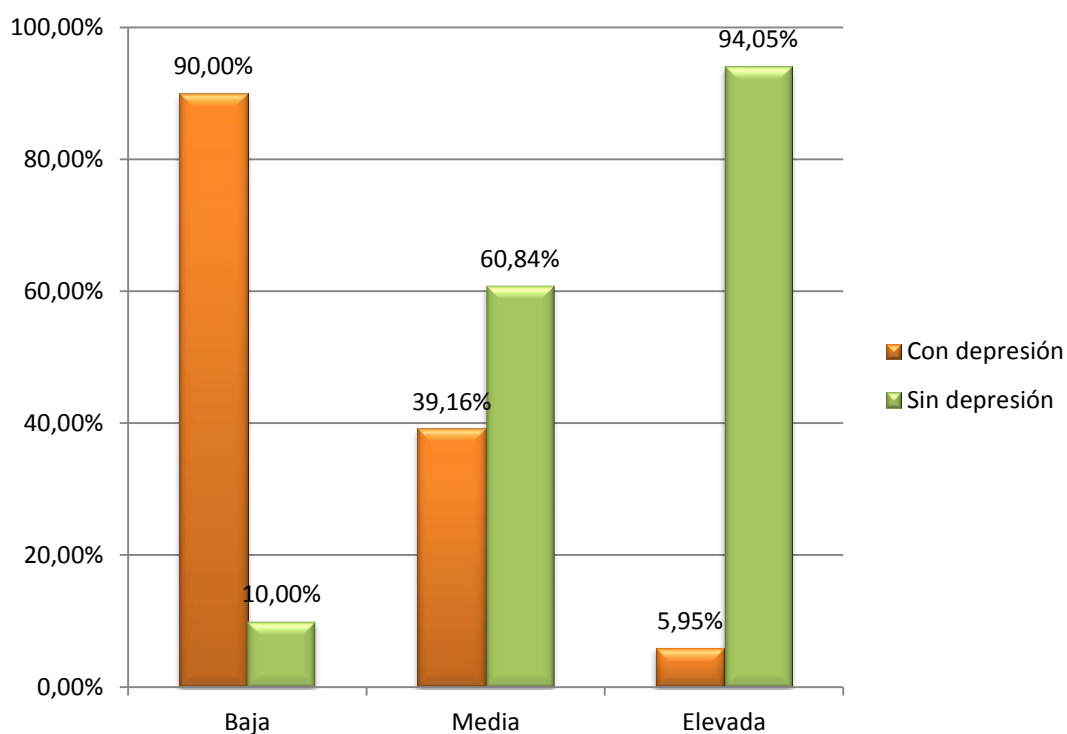
$p < 0.01$

La **Tabla y Gráfico 31** muestran la influencia del *factor psicológico* (autoestima) en la *depresión postnatal*; el 90% de mujeres con baja autoestima presentó depresión, comparada con 39.16% en mujeres con autoestima media y 5.95% en mujeres con autoestima elevada; esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ).

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HRHDE, AREQUIPA. JUNIO - JULIO 2015**

**Gráfico 31**

**Asociación de la autoestima materna con la presencia de depresión  
postnatal**



**Fuente:** Elaboración propia



## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio buscó establecer los factores asociados a depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa en el periodo Junio - Julio 2015. El estudio es importante debido a que se podrá realizar una prevención adecuada para las puérperas que puedan padecer de depresión post parto.

Para la realización del estudio se aplicó en una muestra representativa de 267 puérperas la escala de Edinburgh para establecer la presencia de depresión postparto, el test de autoestima de Rosenberg y una ficha de datos sociodemográficos y clínicos. Los resultados se muestran mediante estadística descriptiva y se realiza asociación entre factores mediante cálculo de la prueba chi cuadrado.

Si bien el cuadro clínico de la Depresión Post Parto es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, esta posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica (39,40). Aunque se conoce que durante el puerperio tanto los cambios bioquímicos existentes así como el estrés pueden desencadenar estos trastornos (27); no hay evidencia de que un desbalance hormonal o de neurotransmisores sea la causa de la Depresión Post Parto, sin embargo, las teorías más acertadas hasta el momento son las que se

relacionan con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas de estos pacientes durante este periodo.

La Escala de Edimburgo ha mostrado ser un buen método precoz de la Depresión post parto, puesto que la mayoría de las madres con test positivos (EPDS +), al aplicárseles la Encuesta Diagnóstica para Depresión según DSM-V se les ha confirmado el diagnóstico de depresión. Como pudo verse, la población de nuestro estudio tuvo un mayor porcentaje de mujeres (36.33%) quienes reportaron una prueba positiva en la Escala de Edimburgo, resultados similares a los obtenidos por Morris y Cols (25), quienes encontraron un número considerable de pruebas positivas lo cual fue relacionado esto al menor estado socio económico de la muestra evaluada. Sin embargo, estos resultados difieren de los encontrados tanto por Moreno y Cols (39) como Pérez y Cols (40), en serie realizadas en Brasil y Chile respectivamente, donde la frecuencia de test positivo según esta escala en ambos estudios fue de 22%; así como del 29% de incidencia de depresión según Escala de Edimburgo publicada por Wójcik y Cols (28).

También se ha sugerido que el número de partos es un factor asociado a la depresión post parto, diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto (29).

Al evaluar el modo del nacimiento, se encontró que el parto vaginal representó un factor de riesgo para el desarrollo de Depresión post parto mientras que las

mujeres cuyos hijos fueron extraídos mediante la operación cesárea tenían menor riesgo para presentar depresión.

Contrariamente, en los resultados obtenidos en otros estudios se evidenció que el tipo de parto, ya sea cesárea o parto vaginal, no resultaba ser estadísticamente diferentes para riesgo de depresión post parto (40,30). En cuanto a la edad como factor de riesgo existen discrepancias, se ha señalado que las mujeres adolescentes presentan más depresión que las mayores, puesto que ciertos factores desmoralizadores en el entorno social y las experiencias pasadas, tornan al adolescente más vulnerable a hechos vitales como el embarazo (23).

Los factores sociales tienen un rol importante en el desencadenamiento de la Depresión post parto, se ha encontrado una relación inversamente proporcional entre nivel socioeconómico y prevalencia de depresión post parto (39,24,29,25,26,28); independiente del grado de desarrollo del país, el nivel socioeconómico bajo de las personas constituye un factor de riesgo para sufrir esta patología (24). Se ha observado que tanto los factores psicológicos como los sociales son los de mayor importancia en la presentación de la Depresión post parto, por lo que han sido denominados factores de riesgo mayores.

En Camaná – Arequipa, Riveros utilizando la misma herramienta se encontró que un 40,7% de pacientes puérperas cursaba con depresión post parto de acuerdo a la Escala de Depresión Post parto de Edimburgo (EPDS).

Según en el estudio de Riveros, en cuanto a la variable edad se observó que fueron las mujeres de grupo etáreo juvenil (15-24 años) las que tuvieron mayor frecuencia de depresión post parto, se puede apreciar que no hay mucha variedad en el estudio mencionado y el presente.

Con respecto al estado civil, Zegarra no encontró diferencias significativas entre los dos grupos de mujeres, siendo la mayoría de mujeres con síntomas depresivos solteras en 20% comparado con 13,46% de mujeres sin depresión.

Finalmente, el 90% de mujeres con baja autoestima presentó depresión, comparada con 39.16% en mujeres con autoestima media y 5.95% en mujeres con autoestima elevada.

En el presente estudio vemos que la autoestima tiene un papel importante ya sea en el aumento o disminución de la depresión, siendo las mujeres con más baja autoestima las que se encuentran más vulnerables a una depresión post parto elevada.

En conclusión en los datos presentados la depresión post parto es una patología de presentación frecuente en las mujeres que atendemos, pero las cuales no presentamos suficiente atención. El grado de instrucción de la pareja, la religión y la procedencia no han demostrado ser factores de riesgo significativos para depresión post parto.



**CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

## CONCLUSIONES

- Primero.** Las puérperas que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa son predominantemente jóvenes, con pareja y de educación secundaria o superior, de ocupación independiente o ama de casa, que acuden por primer o segundo parto. La mayoría vive con el cónyuge y depende del aporte de ambos o de la pareja, con vivienda propia en Arequipa y de material noble con todos los servicios, y con ingreso económico igual o superior al básico; la mayoría tiene una autoestima media o elevada.
- Segundo.** Se encontró depresión post parto en 36.33% de puérperas del servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa.
- Tercero.** Los factores identificados como asociados a depresión post parto en las puérperas del servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa fueron una edad menor a los 20 años, el ser soltera, una baja educación materna, tener el primer parto, el parto vaginal, el no vivir con su pareja o depender económicamente de otros o de sí misma, el no tener ocupación o que su pareja no la tenga, tener un ingreso bajo y el tener una autoestima baja.

## SUGERENCIAS

- 1) Se sugiere al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza aplicar la escala de Edimburgo en las consultas prenatales, prueba de rastreo que permitan seleccionar las madres que necesitaran una evaluación diagnostica por Psicología o Psiquiatra
- 2) Preparar al personal de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza para orientar sobre los cambios de vida asociado con el embarazo, el parto y el hecho de ser madre, y la implementación de un grupo de intervención (incluyendo parientes).
- 3) Los profesionales de atención primaria, desde el momento en que la mujer sabe que está embarazada, han de ser capaces de valorar como esta vive, y realizar una adecuada referencia, solicitando al personal del establecimiento referido una contrareferencia para que las púerperas regresen a su lugar de origen y podamos hacer un seguimiento correcto de las mismas.
- 4) No se recomienda que se intente diagnosticar la depresión post parto de acuerdo a la impresión del profesional de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza o usando preguntas estructuradas en un test no validado por algún estudio, porque son métodos extremadamente falibles e ineficaces.

- 5) Se sugiere a los profesionales de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza ampliar la población en estudio, captando a las madres desde las últimas etapas del embarazo y en el puerperio.



## BIBLIOGRAFÍA

### BIBLIOGRAFIA

1. Thiele K, Maternidad Tabu, México 2010, Urano.
2. Carro GT, Sierra M JM, Hernández G M.J, Ladrón Moreno E. Antolín B. Trastornos del estado de ánimo en el post parto. RevMedGral 2000;24:452-56.
3. Clemmens D. Postpartum Depression as profiled through the depression screening scale. Am J Maternal/Chile Nursing. 2004; 29(3):180-85.
4. Ascaso TC, García EL. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión post parto de Edimburgo. Med Clínica (Barcelona) 2003; 120(9): 326-29.
5. Clay CPT Emily C, Seehusen, MAJ D. A review of postpartum depresión for the primary care physician. Med J Southern 2004; 97(2): 157-161.
6. Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer. Depresión post parto. Citado 20 de julio 2002, 10 pantallas.
7. Sierra MJM, Carro GT, Ladrón ME. Variables asociadas al riesgo de depresión post parto Edimburgh Postnatal Depresión Scale. Aten Primaria 2002; 30(2):101-11.
8. Barro F, Barra L y Solis J. Depresión Post Parto; Hacia una tratamiento Integral. Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa. 2009.
9. Kaplan S, James S B, Alcott S V. Sinopsis de psiquiatría, 9a. Edición 2003. Barcelona, España. Editorial Waverly Hispanica. pp: 275-289,534-589.

10. Alvarado M, Rojas M, Monardes J. Cuadros depresivos en el post parto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Revista de Psiquiatría* 1991; 3(4): 1168-176.
11. Lee DT, Yip S. Post-delivery screening for postpartum depression. *MedPsychosomatic* 2003; 65(3):357-61.
12. Cooper PJ, Murria L. Fortnightly review: Postnatal depresión. *BMJ* 1998; 316 (7148):1884-886.
13. Espíndola JG, Morales F, Mota C. Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edinburgo, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18(3): 179-86.
14. Maroto NG, García CM, Fernández PA. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo. *Inter J Clin Health Psicol.* 2005; 5(2):305-18.
15. Boletín de Información Estadística 2005. Daños a la Salud. Sistema Nacional de Salud. México. Secretaría de Salud.2006.
16. Anuario Estadístico 2005. Secretaría de Salud y Servicios de Salud en los Estados. México. Dirección General de Información en Salud. 2006.
17. Lee DT, Yip S. Post delivery screening for postpartum depression. *MedPsychosomatic* 2003; 65(3):357-61.
18. Cooper PJ, Murria L. Fortnightly review: Postnatal depresión. *BMJ* 1998; 316 (7148):1884-886.
19. Ramos-Lira L, Saltijera-Méndez Mt, Romero Mendoza M, Caballero-Gutiérrez Ma, Martínez Vélez Na. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública Mex.* 2001; Vol. 43(3):182-191.

20. Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). Un enfoque Práctico de la Violencia de Género: Guía Programática para proveedores y encargados de servicios de salud. Nueva York, 2001.
21. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. México, DF: INSP; 2004.
22. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Campos M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas EspPsiquiatr* 2002; 30 (2): 106-11.
23. Bulnes MS, Ponce CR, Huerta RE, Elizalde R, Santiváñez WR; Aliaga JR, *et al.* Ajuste psicosocial y estado depresivo en adolescentes de centros escolares de Lima Metropolitana. *RevInvestPsicol* 2005;8(2):23-39.
24. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el post parto. *RevMed Chile* 2010; 138(5):536-42.
25. Morris JK, Comerford M, Bernstein PS. Screening for postpartum depression in an inner-city population. *AmJ ObstetGynecol* 2003; 188:1217-9.
26. Gjerdingen D, CrowS, McGovern P, Miner M, CenterB. Postpartum Depression Screening at well-child visits: Validity of a 2-questions screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med* 2009;7(1):63-70.
27. Alonso SJ, Damas C, Navarro E. Behavioral despair in mice after prenatal stress *J. PhysiolBiochem* 2000;56(2):77-82.
28. Wójcik J, Dudek D, Schlegel M, Grabowska M, MarcinekA, Florek E, Piekoszewski W, *et al.* Antepartum/postpartum depressive symptoms and serum zinc and magnesium levels. *Pharmacological Reports* 2006;58:571-6.

29. Vargas JE, García M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología 2009;3(1):11-8.
30. Sierra JM, Carro T, Ladrón E. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale. Aten Primaria 2002;30(2):103-11.

#### HEMEROGRAFIA

31. Jadre E. Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile, Santiago de Chile Medwave 2004.  
Doi:10.5867/medwave.2004.09.1922. (Revisado el 01/12/2013).
32. Gómez-Restrepo C, Bohorquez A, Pinto-Masis D, Gil-Laverde JF, Rondon-Sepulveda M, Diaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev. Panam Salud Pública 2004; 16:378-86.
33. Blazer DG, Kessler RC, McConagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. Am J Psychiatry 1994; 151:979-86. (revisado el 29/12/2013).
34. O'Boyle AL, Magann EF, Ricks RE Jr, Doyle M, Morrison JC. Depression screening in the pregnant soldier wellness program. South Med J 2005; 98:4168. (revisado el 29/12/2013).
35. Aramburú P. Arellano R. Jáuregui S. Pari L. Salazar P. Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión post parto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana,

- Junio 2004. Revista Peruana de Epidemiología, vol. 12, núm. 3, diciembre, 2008, pp.1-5. (revisado el 29/12/2013). (R)
36. Urdaneta J, Rivera A, Garcia J, Guerra M, Baabel M, Contreras A. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev. Chile Obste. Ginec. 2011; 76(2): 102-112. (revisado el 29/12/2013). (R)
37. Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Revista Médica Chile 2012; 140: 719-725. (revisado el 30/12/2013)
38. Paolini C, Oiberman A, Balzano S. Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el post parto inmediato. Rev. Bras. SaudeMatern. Infant. Recife, 12 (1):65-73, 2012. (revisado el 29/12/2013)
39. Moreno A, Domínguez, Da Motta C. Depresión Postparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2004; 69(3): 209-213. (revisado el 30/12/2013)
40. Chinchilla N, Penaranda Y, Martinez J, Morales P, Jaimes M. Factores de riesgo relacionados con depresión postparto. Revista de Ciencia y Enfermería XVI (1): 37-47.
41. Moreno A, Domínguez L, França PS. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. RevChilObstetGinecol 2004;69(3):209-13.

42. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Aviles V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez 2007;67(3):187-91.

INTERNET

43. <https://www.CpaApc.Org/Publications/Archives/Cjp/200/Feb/Depresion8.Asp>
44. <http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/15898515>
45. [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v12\\_n3/pdf/a06v12n3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v12_n3/pdf/a06v12n3.pdf)
46. [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S07177526201100020007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07177526201100020007)
47. [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872012000600004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872012000600004&script=sci_arttext)
48. [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775262004000300005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262004000300005)
49. <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
50. <http://www.icf.uab.es/es/pdf/consulta/preres/preres21.pdf>
51. [http://www.mujezparalasalud.org/IMG/pdf/Analisis\\_y\\_prevenccion\\_de\\_la\\_depresion\\_posparto.pdf](http://www.mujezparalasalud.org/IMG/pdf/Analisis_y_prevenccion_de_la_depresion_posparto.pdf)
52. [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872012000600004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000600004)



**Anexo 1:**

**ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG**

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a si mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE-a).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A hasta la D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A hasta la D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas. La escala ha sido traducida validada en castellano. La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0.76 y 0.87. La fiabilidad es de 0.80.

### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

## Anexo 2: Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebe recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a como se ha sentido en LOS ULTIMOS 7 DIAS, no solamente como se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana, por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.
  - Tanto como siempre
  - No tanto Ahora
  - Mucho menos
  - No, no he podido
  
2. He mirado el futuro con placer.
  - Tanto como siempre
  - Algo menos de lo que solía hacer
  - Definitivamente menos
  - No, nada
  
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
  - Sí, la mayoría de las veces
  - Sí, algunas veces
  - No muy a menudo
  - No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
- No, para nada
  - Casi nada
  - Sí, a veces
  - Sí, a menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
- Sí bastante
  - Sí a veces
  - No, no mucho
  - No nada
6. Las cosas me oprimen o agobian
- Sí, la mayor parte de veces
  - Sí, a veces
  - No, casi nunca
  - No, nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
- Sí, la mayoría de las veces
  - Sí, a veces
  - No muy a menudo
  - No, nada
8. Me he sentido triste y desgraciada
- Sí, casi siempre
  - Sí, bastante a menudo
  - No muy a menudo
  - No, nada

9. E sido tan infeliz que he estado llorando

- Sí, casi siempre
- Sí, casi a menudo
- Solo en ocasiones
- No nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

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



### Anexo 3: Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

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

La presente investigación es conducida por egresadas, de la Universidad Católica de Santa María. La meta de este estudio es establecer los factores asociados a depresión post parto en las mujeres puérperas del servicio de obstetricia del HRHD Abril - Mayo 2015.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

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

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

\_\_\_\_\_

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por \_\_\_\_\_.

He sido informado (a) de que la meta de este estudio es \_\_\_\_\_

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente \_\_\_\_\_ minutos.

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

\_\_\_\_\_

Nombre del Participante

\_\_\_\_\_

Firma del Participante

\_\_\_\_\_

Fecha

Anexo 4: CÈDULA DE ENTREVISTA

UCSM FACULTAD DE OBSTETRICIA

1) FILIACION

Edad:

Estado Civil:

Lugar de Nacimiento:

Grado de Instrucción:

2) ESTRUCTURA FAMILIAR

Vive sola

Vive con ambos padres

Vive con su pareja e hijos

Vive con otro familiar. Especificar: .....

3) GESTACIONES

1  2  3  Otras

4) PARIDAD

1  2  3  Otras

5) ABORTOS

1  2  3  Otras

6) PUERPERIO

Primer hijo  Segundo hijo  Tercer hijo  Otros hijos

7) DATOS SOCIOECONÓMICOS

A. Carga Familiar:

B. De quien depende económicamente el hogar:

Padres  Su pareja  De Ud.  Ambos  Otros

C. Ingreso Económico:

Por debajo del básico ( ) Igual al básico ( ) Por encima del básico ( )

D. Tenencia de la Vivienda:

Propia ( ) Prestada ( ) Alquilada ( ) Otros ( )

E. Material de construcción de la vivienda:

Noble ( ) Rústico ( )

F. Servicios básicos con que cuenta la vivienda:

Agua ( ) Luz ( ) Desagüe ( )

G. Recojo de Basura

Si ( ) No ( ) Número de veces a la semana.....

H. Ocupación:

Estudiante ( ) Desempleada ( ) Ama de Casa ( ) Profesional ( )  
Independiente ( )

I. Ocupación de la Pareja

Estudiante ( ) Desempleado ( ) Profesional ( ) Independiente ( )

J. Grado de instrucción de la pareja:

Analfabeto ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

K. Religión:

Católica ( ) Evangélica ( ) Testigo de Jehová ( ) Mormona ( ) Otra ( )