

# **Universidad Católica de Santa María**

**“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”**

**Facultad de Medicina Humana**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**Frecuencia y factores de riesgo asociados a la depresión  
postparto en pacientes atendidas en el Hospital Regional  
PNP Julio Pinto Manrique Arequipa, Octubre –diciembre  
2016**

**Tesis presentada por la bachiller:**

**FÁTIMA ZHENIA MANRIQUE SILA**

**Para optar el Título Profesional de:**

**MÉDICO CIRUJANO**

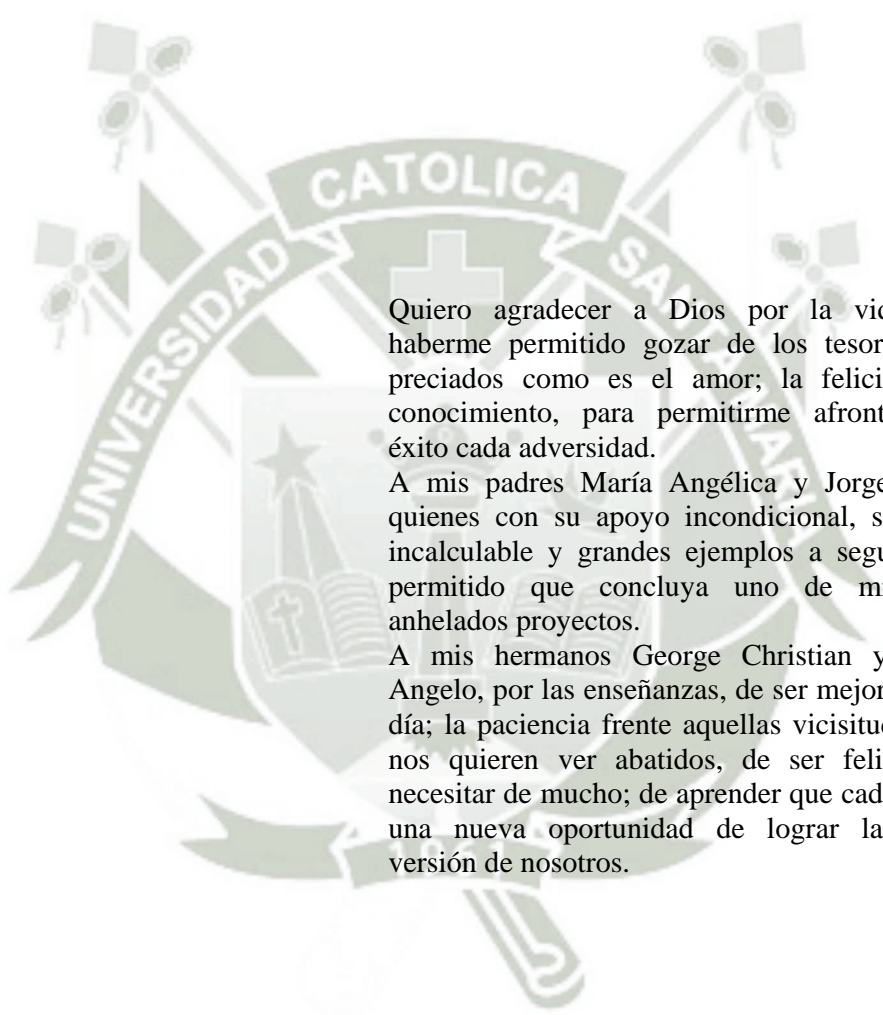
**Asesor de tesis:**

**DRA. MARIBEL CHUQUIPALLA ZAMALLOA**

**Arequipa - Perú**

**2017**

## AGRADECIMIENTO

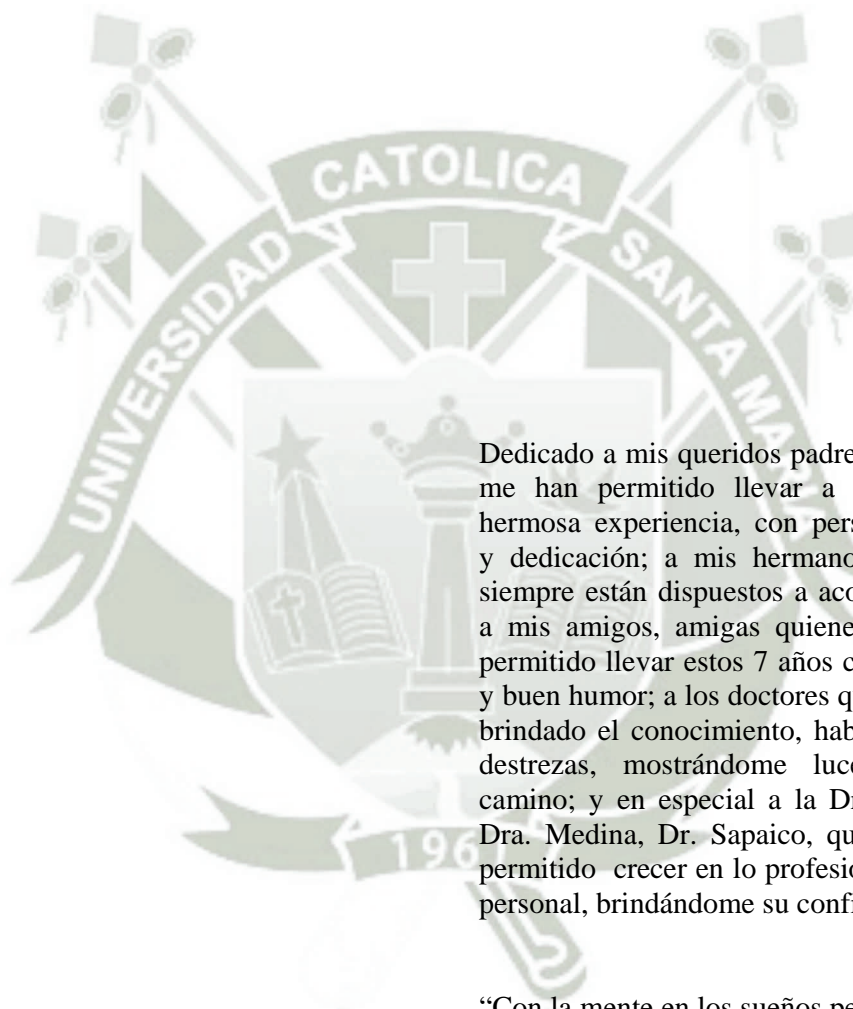


Quiero agradecer a Dios por la vida, por haberme permitido gozar de los tesoros más preciados como es el amor; la felicidad; el conocimiento, para permitirme afrontar con éxito cada adversidad.

A mis padres María Angélica y Jorge René, quienes con su apoyo incondicional, su amor incalculable y grandes ejemplos a seguir, han permitido que concluya uno de mis más anhelados proyectos.

A mis hermanos George Christian y Nikie Angelo, por las enseñanzas, de ser mejores cada día; la paciencia frente aquellas vicisitudes que nos quieren ver abatidos, de ser felices sin necesitar de mucho; de aprender que cada día es una nueva oportunidad de lograr la mejor versión de nosotros.


## DEDICATORIA



Dedicado a mis queridos padres, quienes me han permitido llevar a cabo ésta hermosa experiencia, con perseverancia y dedicación; a mis hermanos quienes siempre están dispuestos a aconsejarme; a mis amigos, amigas quienes me han permitido llevar estos 7 años con alegría y buen humor; a los doctores que me han brindado el conocimiento, habilidades y destrezas, mostrándome luces en el camino; y en especial a la Dra. Flores, Dra. Medina, Dr. Sapaico, que me han permitido crecer en lo profesional, en lo personal, brindándome su confianza.

“Con la mente en los sueños pero con los pies en la tierra”.

## Epígrafe



***“QUIEN NO VIVE PARA SERVIR, NO SIRVE PARA VIVIR”.***

*Beata Madre Teresa de Calcuta.*

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS .....	3
CAPÍTULO II RESULTADOS .....	10
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	47
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	57
BIBLIOGRAFÍA.....	60
ANEXOS .....	69
Anexo 1: Ficha de recolección de datos .....	70
Anexo 2: Escala de Edimburgo .....	71
Anexo 3 Matriz de sistematización de información .....	72
Anexo 4 Proyecto de investigación .....	79

## RESUMEN

**Antecedentes:** La depresión postparto es un trastorno subdiagnosticado, que afecta a las mujeres en el puerperio y puede tener factores desencadenantes los cuales pueden ser prevenidos.

**Objetivo:** Establecer la frecuencia y los factores de riesgo asociados a la presentación de depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de Arequipa, en el periodo Octubre-Diciembre 2016.

**Métodos:** Encuesta a las puérperas que dieron a luz durante el 2016 aplicando la Escala de Edimburgo a aquellas que cumplieron criterios de selección. Se comparan variables mediante prueba chi cuadrado.

**Resultados:** De un total de 119 casos, 48 (40.34%) presentaron síntomas de depresión posparto. El tiempo transcurrido desde el parto hasta el diagnóstico fue de  $4.69 \pm 1.97$  meses. La edad promedio de madres con depresión fue  $28.21 \pm 6.09$  años y para mujeres sin depresión fue  $26.93 \pm 4.72$  años ( $p > 0.05$ ). El estado civil y la ocupación de las madres fue similar entre ambos grupos ( $p > 0.05$ ), pero en mujeres con depresión el 10.42% tuvo violencia familiar, mientras que se presentó en 1.41% en mujeres sin depresión ( $p < 0.05$ ). El apoyo familiar de las mujeres con depresión fue regular en 25% y malo en 8.33%, y fue bueno en 90% de mujeres sin depresión ( $p < 0.05$ ). La comunicación con la pareja fue buena en 68.75% de mujeres con depresión, regular en 12.50% y mala en 4.17%, mientras que en aquellas sin depresión el 90.14% tuvo buena relación y 2.82% regular ( $p < 0.05$ ). No hubo diferencias en la paridad, el número de controles prenatales, la presencia de trastornos del embarazo o el tipo de parto ( $p > 0.05$ ). La mayoría de neonatos fueron varones, 52.08% en mujeres con depresión y 57.75% sin depresión ( $p > 0.05$ ), con similares proporciones de edad gestacional y peso al nacer, así como de patologías neonatales ( $p > 0.05$ ).

**Conclusiones:** Se encontró una frecuencia elevada de depresión posparto en el Hospital Julio Pinto Manrique, influido de manera significativa por factores socioculturales como la violencia familiar, el apoyo familiar y la comunicación con la pareja.

**PALABRAS CLAVE:** depresión posparto – factores socioculturales.

## ABSTRACT

**Background:** Postpartum depression is an underdiagnosed disorder that affects women in the postpartum period and may have triggering factors that can be prevented.

**Objective:** To establish the frequency and factors associated with the presentation of postpartum depression in puerperal patients attended at the PNP Regional Hospital Julio Pinto Manrique de Arequipa, in the period October-December 2016.

**Methods:** Survey of postpartum women who gave birth during 2016 applying the Edinburgh Scale to those who met selection criteria. We compare variables by chi-square test.

**Results:** Of a total of 119 cases, 48 (40.34%) had symptoms of postpartum depression. The time from birth to diagnosis was  $4.69 \pm 1.97$  months. The mean age of mothers with depression was  $28.21 \pm 6.09$  years and for women without depression was  $26.93 \pm 4.72$  years ( $p > 0.05$ ). Maternal marital status and occupation were similar among sample groups ( $p > 0.05$ ), but in women with depression 10.42% had family violence, whereas in women without depression (p < 0.05), it was present in 1.41%. The family support of women with depression was regular in 25% and bad in 8.33%, and was good in 90% of women without depression (p < 0.05). Communication with the partner was good in 68.75% of women with depression, regular in 12.50% and bad in 4.17%, while in those without depression, 90.14% had a good relationship and in 2.82% was mild (p < 0.05). There were no differences in parity, number of prenatal controls, presence of pregnancy disorders or type of delivery (p > 0.05). Most neonates were male (52.08% in women with depression and 57.75% without depression, p > 0.05), with similar proportions of gestational age and birth weight, as well as neonatal pathologies (p > 0.05).

**Conclusions:** A high frequency of postpartum depression was found in the Hospital Julio Pinto Manrique, significantly influenced by sociocultural factors such as family violence, family support and communication with the couple

**KEY WORDS:** postpartum depression - sociocultural factors.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente se está tomando mayor importancia a la salud mental, entre ellas, la patología más importante es la depresión, debido a que puede llegar a alterar la vida de las personas, incapacitándolas; en el caso de depresión postparto, se afecta la madre, el niño, alterando la funcionabilidad del núcleo familiar, afectando las relaciones interpersonales de las mismas y de la sociedad en general, por lo que constituye un problema de salud pública. Considerando que en nuestro medio existe la concepción de que la maternidad es un periodo de felicidad y satisfacción plena; sin embargo, algunas llegan a una situación frustrante, debido a que presentan factores que desencadenan situaciones desagradables, generando alteración psicoemocional en la madre, ansiedad y depresión.

La depresión postparto puede tener graves e irreversibles consecuencias; como suicidio e infanticidio(65), de allí la importancia de investigar la frecuencia de esta patología y sus características ya que actualmente no existe ningún estudio de salud mental en el hospital PNP- Arequipa.

Es necesario realizar una detección precoz, un mayor énfasis en el control puerperal, sobretodo en la Atención Primaria de Salud(65) y segundo nivel de atención haciendo un óptimo tamizaje de esta patología, indagando los múltiples factores (1) que la originan.

En el presente estudio se ha encontrado una alta tasa de frecuencia de depresión postparto en el Hospital PNP- Arequipa; entre los hallazgos encontrados, se ha visto que la percepción de apoyo familiar, la relación conyugal, la expresión de violencia familiar,

la disfunción familiar, el stress laboral son factores importantes en la presentación de este trastorno(11).

Esto nos ha permitido conocer la realidad del problema de depresión postparto en el hospital PNP, lo cual debe motivar al equipo de salud para realizar una intervención oportuna y adecuada, mediante la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación correspondiente, a fin de minimizar el daño a la salud mental y física de la madre y el niño, logrando un mejor nivel de salud al binomio madre-niño, familia y comunidad.



## CAPÍTULO I

### MATERIAL Y MÉTODOS

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

**Técnicas:** Se utilizó la observación documental para recoger los datos del registro de ingresos y egresos del Servicio Ginecología-Obstetricia, se aplicó la ficha de recolección de datos con revisión de historia clínica; se realizó entrevistas en el hospital y también visitas domiciliarias.

**Instrumentos:** El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y en la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (Anexo 2).

**Materiales:**

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

#### 2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma histórica coyuntural durante el periodo de Octubre a diciembre del año 2016.

2.3. **Unidades de estudio:** Puérperas con parto atendido en el Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de Arequipa.

**Población:** Todas las puérperas con parto atendido en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de octubre a diciembre que cumplan criterios de selección, Arequipa, 2016.

**Muestra:** No se consideró tamaño de muestra, ya que se tomaron en cuenta la totalidad de casos que cumplieron los criterios de selección.

#### 2.4. Criterios de selección:

▣ **Criterios de Inclusión**

- Mujeres con parto atendido en el hospital
- Control del recién nacido hasta el primer mes de vida
- Control de niño sano hasta al menos 6 meses de vida.
- Control de la madre por consulta externa hasta el sexto mes postparto.

▣ **Criterios de Exclusión**

- Puérperas con depresión crónica previa al embarazo y/ parto
- Diagnóstico de trastorno psiquiátrico con medicación.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

4. **Nivel de investigación:** La presente investigación se trata de un estudio observacional, prospectivo y transversal.

## **Estrategia de Recolección de datos**

### **4.1. Organización**

Se hicieron coordinaciones con la Dirección del Hospital y con la Jefatura del servicio de Obstetricia para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se buscó a las madres de neonatos que acudieron al hospital en hospitalización (si se prolonga hasta 2 semanas), en consulta ambulatoria de control de niño sano, en consulta de pediatría y en el consultorio de Ginecología y/u Obstetricia cuando acudieron a retiro de puntos de episiotomía, o a consejería para lactancia materna, o en consultorio de vacunación para las vacunas del recién nacido (dentro de los primeros 6 meses postparto); así mismo, se realizaron visitas domiciliarias, previo registro de datos de púerperas, que cumplieran criterios de inclusión, para la aplicación de ficha de datos y la entrevista sea resuelta en un ambiente óptimo.

Se aplicó la escala de Edimburgo (Anexo 2) a todas las púerperas con parto atendido en el hospital hasta un periodo de 8 meses posteriores al parto. También se aplicó una ficha de datos que indagará las características demográficas, sociales, del embarazo, el parto y del recién nacido. Los datos se anotaron en la ficha de recolección correspondiente (Anexo 1).

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

### **4.2. Validación de los instrumentos**

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS) es una prueba de tamizaje ampliamente estudiada, validada tanto nacional como internacionalmente; de fácil aplicación; usada por personal asistencial de atención primaria y de segundo nivel

para la detección de madres con depresión de post-parto. Consiste en 10 preguntas de fácil resolución. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante los 7 días anteriores.

El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% - 92.5% de especificidad y sensibilidad de 73%; 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(40,39). Romero (2015) Menciona que la escala de Edimburgo ha demostrado tener una especificidad de 99%, una sensibilidad de 78%. Dicha prueba ha sido validada en el 2002 (Perú) por Mazzotti con S= 84.2% y E=79.5%, con un puntaje de 13.5(62).

#### **Instrucciones de uso:**

1. Se le informa a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores. Tienen que responder la totalidad de las preguntas. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas. La EPDS se puede usar entre la 6ta y 8va semana para evaluar a las mujeres en la etapa de puerperio.

#### **Pautas para la evaluación:**

Los ítems de la EDPS hacen referencia a los siguientes aspectos:

- **Ítem 1:** sensación de placer por las cosas
- **Ítem 2:** pensamiento positivo hacia el futuro
- **Ítem 3:** culpabilidad

- **Item 4:** nerviosismo o preocupación
- **Item 5:** ataques de pánico
- **Item 6:** capacidad para resolución de problemas, toma de decisiones
- **Item 7:** insomnio
- **Item 8:** tristeza
- **Item 9:** llanto
- **Item 10:** tendencia a la autoagresión.

A las categorías de las respuestas de las **preguntas 1, 2 y 4** 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** (es decir 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total entre 0 a 30 puntos.

Según los resultados obtenidos la puérpera puede ser clasificada en tres grupos:

- EPDS menor que 10: sin riesgo de depresión posparto
- EPDS 10-11: puntaje límite para riesgo de depresión
- EPDS mayor o igual a 12: puntaje indicador de probable depresión.

Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento(62).

### 4.3. Criterios para manejo de resultados

#### a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

#### b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

#### c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

#### d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

#### e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

#### f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó mediante el cálculo del chi cuadrado; se considerará significativa una diferencia de  $p < 0,05$ . Para

el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSSv.22.0.





**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Tabla 1**

**Frecuencia de depresión posparto en las puérperas evaluadas**

	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sin depresión	71	59.66%
Con depresión	48	40.34%
Total	119	100.00%

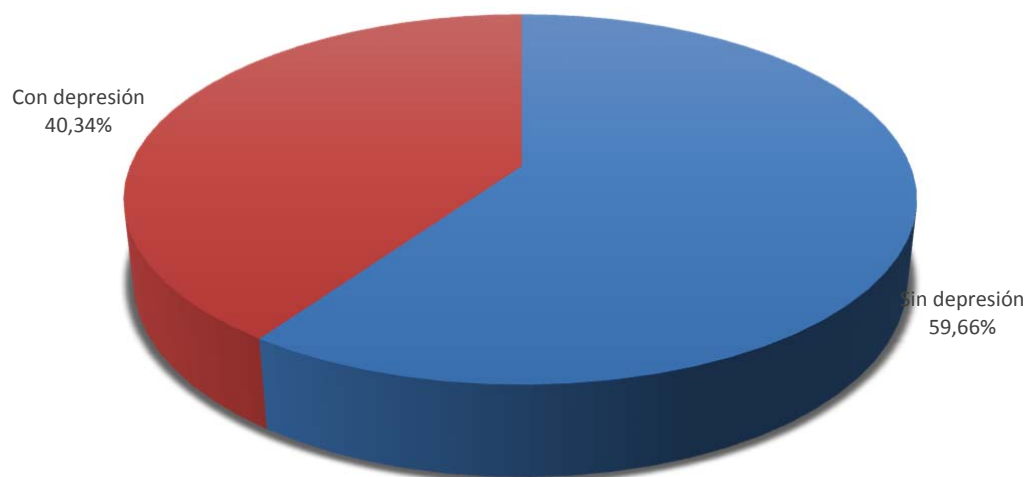
**Fuente:** elaboración propia.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la frecuencia de depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital; de un total de 119 casos, 48 (40.34%) presentaron test positivo para depresión posparto.

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Gráfico 1**

**Frecuencia de depresión posparto en las puérperas evaluadas**



Fuente: elaboración propia.

FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016

Tabla 2

Distribución de púerperas según tiempo posparto y grupo de estudio

Tiempo	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
1-3 meses	12	25.00%	26	36.62%	38	31.93%
4-6 meses	30	62.50%	32	45.07%	62	52.10%
7-9 meses	6	12.50%	12	16.90%	18	15.13%
> 9 meses	0	0.00%	1	1.41%	1	0.84%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

**Fuente:** elaboración propia.

Chi<sup>2</sup> = 3.92

G. libertad = 3

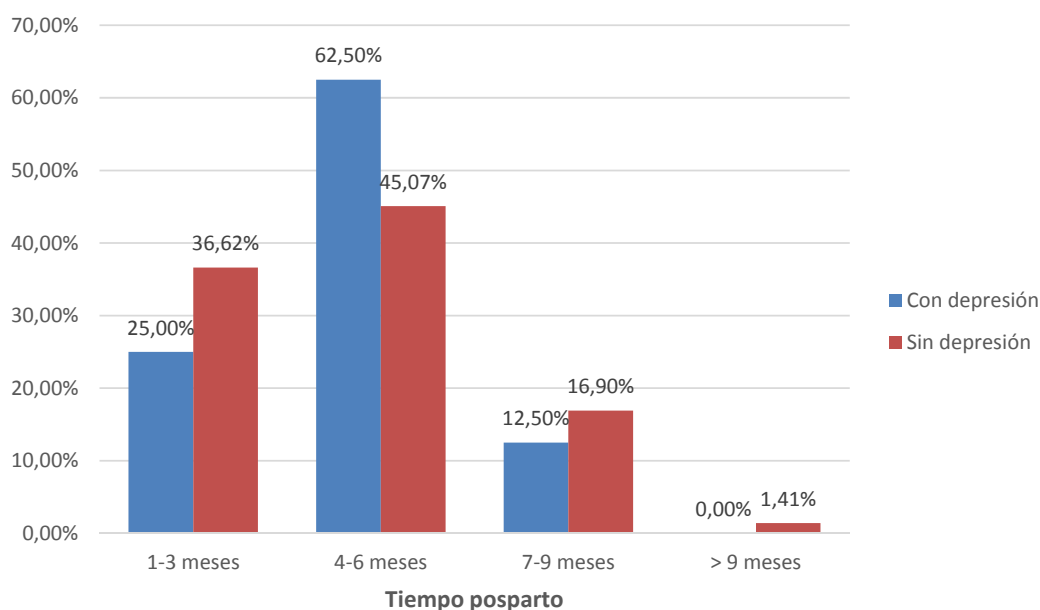
p = 0.27

El tiempo transcurrido desde el parto hasta el diagnóstico fue de 4.69 meses, con variación entre 1 y 8 meses después (**Tabla y Gráfico 2**)

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Gráfico 2**

**Distribución de púerperas según tiempo posparto y grupo de estudio**



Fuente: elaboración propia.

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

- Con depresión: 4.69  $\pm$  1.97 meses (1 – 8 meses)
- Sin depresión: 4.46  $\pm$  2.41 meses (1 – 12 meses)

Prueba t = 0.55    G. libertad = 117    p = 0.59

FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016

Tabla 3

Distribución de púerperas según edad y grupo de estudio

Tiempo	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 a	0	0.00%	4	5.63%	4	3.36%
20-24 a	17	35.42%	17	23.94%	34	28.57%
25-29 a	16	33.33%	34	47.89%	50	42.02%
30-34 a	8	16.67%	8	11.27%	16	13.45%
35-39 a	4	8.33%	8	11.27%	12	10.08%
≥ 40 a	3	6.25%	0	0.00%	3	2.52%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

**Fuente:** elaboración propia.

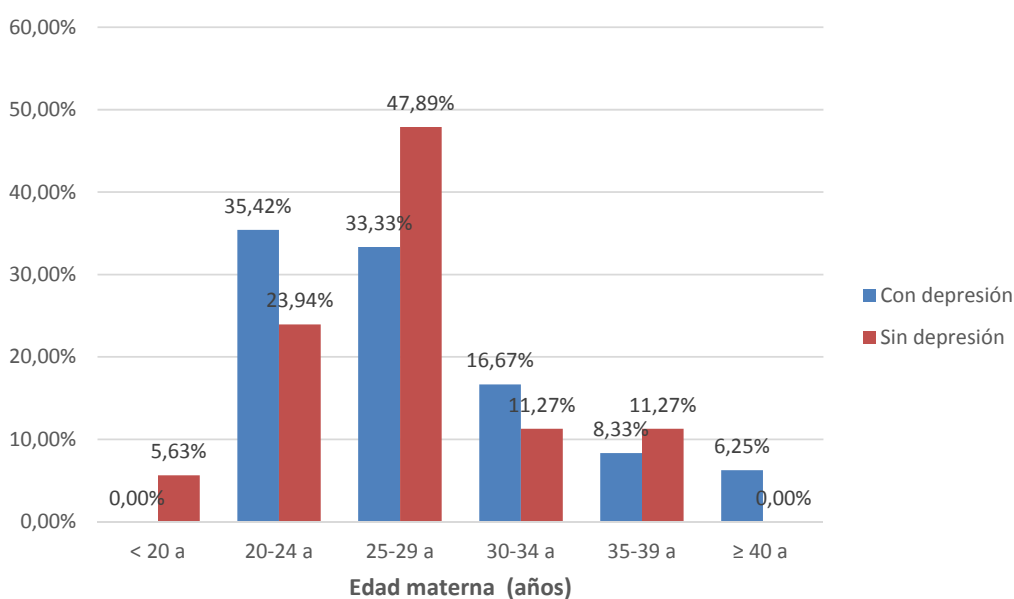
Chi<sup>2</sup> = 10.77      G. libertad = 5      p = 0.56

En la **Tabla y Gráfico 3** se aprecian las características demográficas de las madres con depresión posparto en relación a la edad; la mayoría de madres con depresión tuvo entre 20 y 29 años (68.75%) al igual que las madres sin depresión (71.83%), con edad promedio de  $28.21 \pm 6.09$  años para mujeres con depresión y de  $26.93 \pm 4.72$  años para aquellas sin depresión, sin diferencias significativas entre ambos grupos ( $p > 0.05$ ).

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Gráfico 3**

**Distribución de púerperas según edad y grupo de estudio**



Fuente: elaboración propia.

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

- Con depresión: 28.21  $\pm$  6.09 años (20 – 47 años)
- Sin depresión: 26.93  $\pm$  4.72 años (19 – 37 años)

Prueba t = 1.21      G. libertad = 117      p = 0.23

FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016

Tabla 4

Distribución de puérperas según estado civil y grupo de estudio

E. civil	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	5	10.42%	10	14.08%	15	12.61%
Conviviente	11	22.92%	12	16.90%	23	19.33%
Casada	32	66.67%	49	69.01%	81	68.07%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

**Fuente:** elaboración propia.

Chi<sup>2</sup> = 0.86

G. libertad = 2

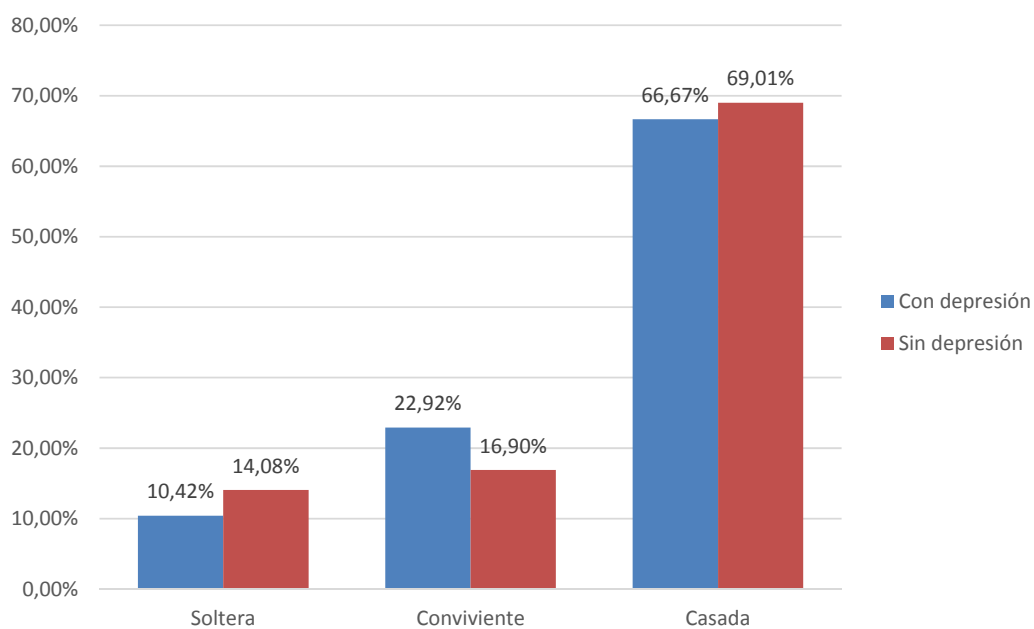
p = 0.65

En cuanto a los factores de riesgo sociales, en la **Tabla y Gráfico 4** se muestra el estado civil de las puérperas; en ambos grupos predominó el estado civil casada (66.67% en mujeres con depresión, 69.01% en el segundo grupo), con 10.42% de solteras en el primer grupo y 14.08% en aquellas sin depresión, sin diferencias entre ambos grupos ( $p > 0.05$ ).

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Gráfico 4**

**Distribución de púerperas según estado civil y grupo de estudio**



Fuente: elaboración propia.

FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016

Tabla 5

Distribución de púerperas según ocupación y grupo de estudio

Ocupación	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
PNP	20	41.67%	40	56.34%	60	50.42%
Su casa	13	27.08%	11	15.49%	24	20.17%
Estudiante	6	12.50%	11	15.49%	17	14.29%
Empleada	5	10.42%	5	7.04%	10	8.40%
Independiente	4	8.33%	4	5.63%	8	6.72%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

**Fuente:** elaboración propia.

Chi<sup>2</sup> = 4.01

G. libertad = 4

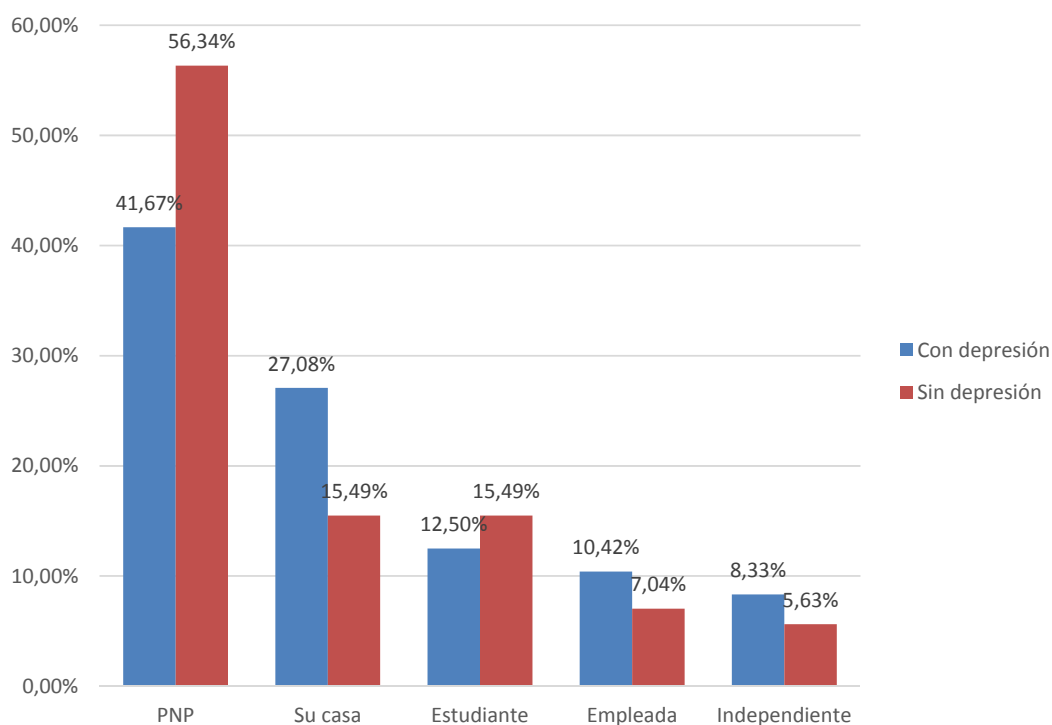
p = 0.40

En la **Tabla y Gráfico 5** se muestra la ocupación de las madres; en ambos predominó la ocupación policial (41,67% en mujeres con depresión, 56.34% en mujeres sin depresión) seguido de amas de casa (27.08% y 15.49% respectivamente), sin diferencias significativas entre los grupos ( $p > 0.05$ ).

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Gráfico 5**

**Distribución de púerperas según ocupación y grupo de estudio**



Fuente: elaboración propia.

FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016

Tabla 6

Distribución de puérperas según instrucción y grupo de estudio

Instrucción	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	1	2.08%	1	1.41%	2	1.68%
Secundaria	6	12.50%	2	2.82%	8	6.72%
Técnica	18	37.50%	38	53.52%	56	47.06%
Superior	23	47.92%	30	42.25%	53	44.54%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

**Fuente:** elaboración propia.

$\chi^2 = 5.84$

G. libertad = 3

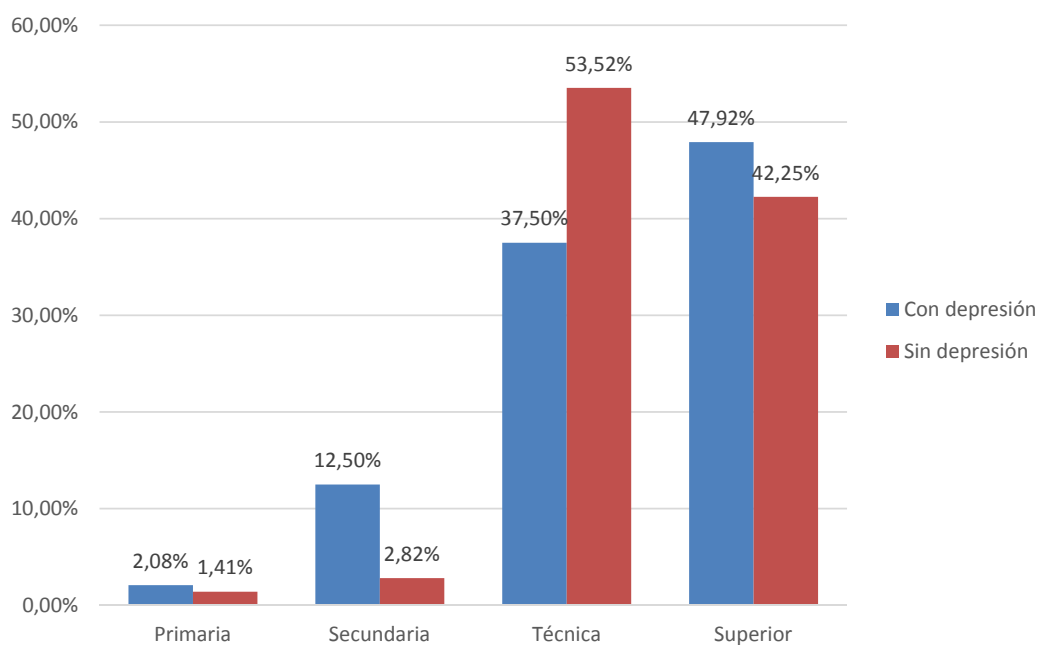
$p = 0.12$

La instrucción de las puérperas con depresión fue superior en 47.92% y técnica en 37.50%, mientras que en las mujeres sin depresión el 53.52% eran técnicas y 42.25% tenía educación superior; las diferencias no fueron significativas ( $p > 0.05$ ) como se aprecia en la **Tabla y Gráfico 6**.

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Gráfico 6**

**Distribución de púerperas según instrucción y grupo de estudio**



Fuente: elaboración propia.

FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016

Tabla 7

Distribución de púérperas según presencia de violencia familiar y grupo de estudio

Viol. Familiar	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
V. psicológica	5	10.42%	1	1.41%	6	5.04%
Sin violencia	43	89.58%	70	98.59%	113	94.96%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

**Fuente:** elaboración propia.

Chi<sup>2</sup> = 4.85

G. libertad = 1

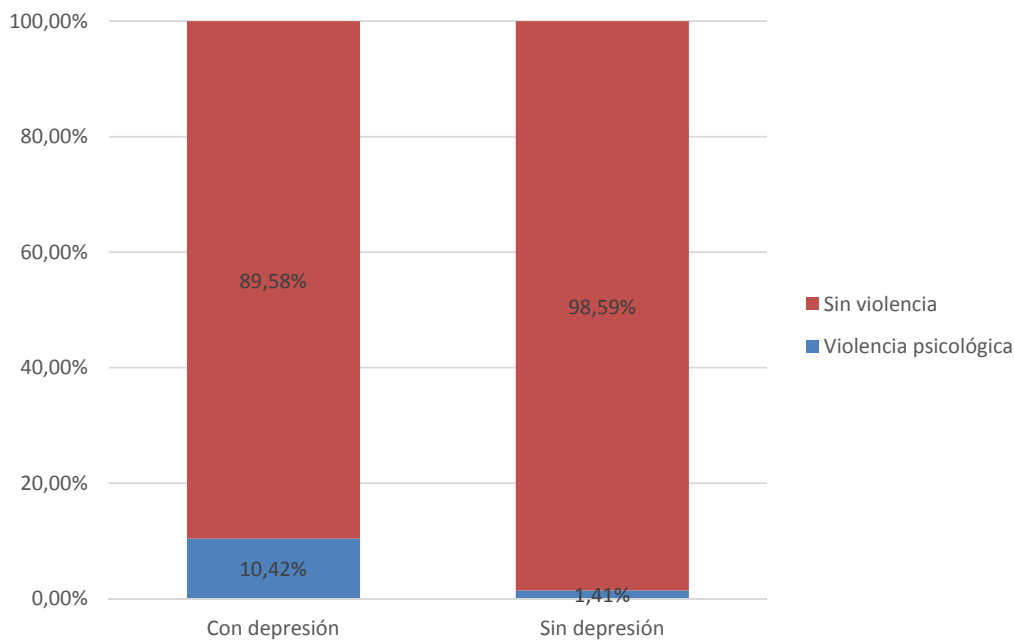
p = 0.03

En la **Tabla y Gráfico 7** se muestra la presencia de violencia familiar en las mujeres evaluadas; en aquellas con depresión 10.42% tuvo violencia, de tipo psicológico, mientras que se presentó en 1.41% en mujeres sin depresión; las diferencias fueron significativas ( $p < 0.05$ ).

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Gráfico 7**

**Distribución de puérperas según presencia de violencia familiar y grupo  
de estudio**



Fuente: elaboración propia.

FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016

Tabla 8

Distribución de puérperas según presencia de apoyo familiar y grupo de estudio

Apoyo	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bueno	32	66.67%	64	90.14%	96	80.67%
Regular	12	25.00%	7	9.86%	19	15.97%
Malo	4	8.33%	0	0.00%	4	3.36%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

**Fuente:** elaboración propia.

$\chi^2 = 11.98$

G. libertad = 2

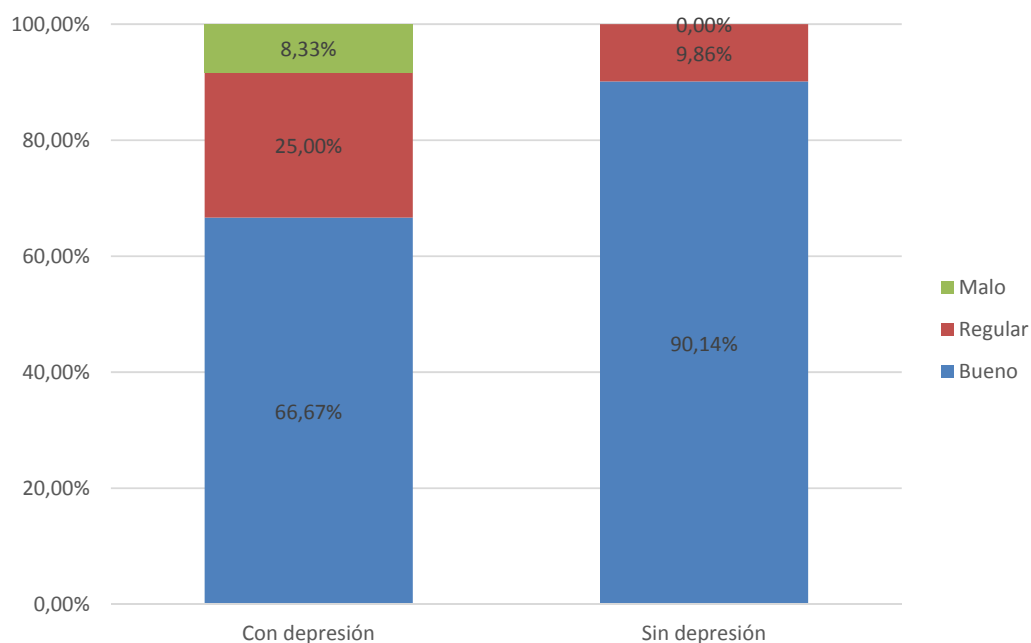
$p < 0.01$

El apoyo familiar de las mujeres puérperas con depresión fue regular en 25% y malo en 8.33%, y fue bueno en 90% de mujeres sin depresión, diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) (Tabla y Gráfico 8).

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Gráfico 8**

**Distribución de púérperas según presencia de apoyo familiar y grupo de estudio**



Fuente: elaboración propia.

FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016

Tabla 9

Distribución de púérperas según comunicación con la pareja y grupo de estudio

Comunicación	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin pareja	7	14.58%	5	7.04%	12	10.08%
Buena	33	68.75%	64	90.14%	97	81.51%
Regular	6	12.50%	2	2.82%	8	6.72%
Mala	2	4.17%	0	0.00%	2	1.68%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

**Fuente:** elaboración propia.

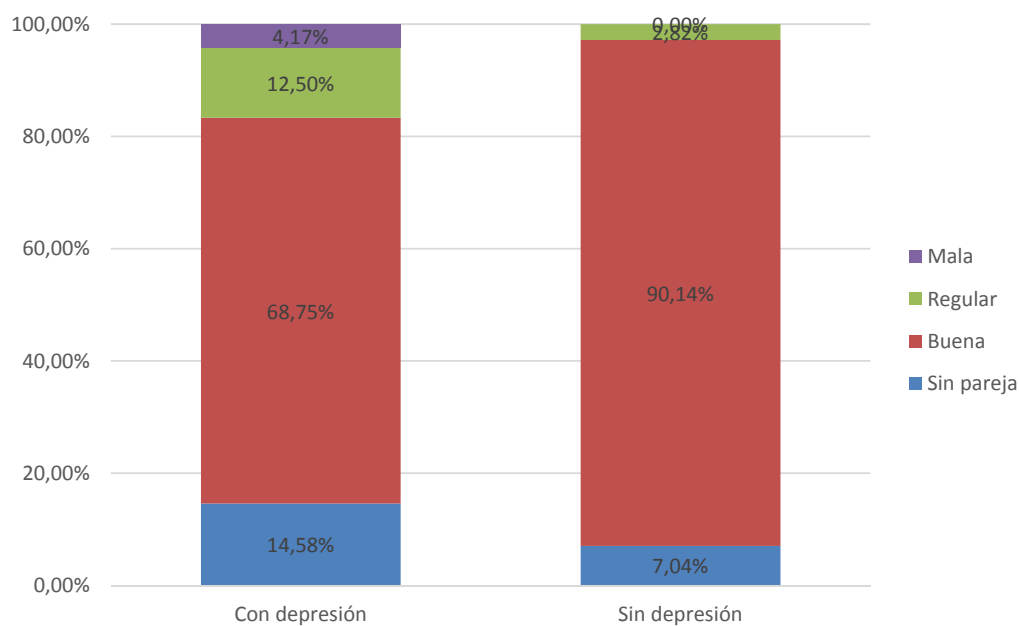
Chi<sup>2</sup> = 10.18      G. libertad = 3      p = 0.01

La comunicación con la pareja fue buena en 68.75% de mujeres con depresión, regular en 12.50% y mala en 4.17%, mientras que en aquellas sin depresión el 90.14% tuvo buena relación y 2.82% regular, diferencias significativas (  $p < 0.05$ ) como se aprecia en la **Tabla y Gráfico 9**.

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Gráfico 9**

**Distribución de púérperas según comunicación de la pareja con el grupo  
de estudio**



Fuente: elaboración propia.

FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016

Tabla 10

Distribución de púerperas según planificación de embarazo y grupo de estudio

Planificación	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
No planificado	24	50.00%	17	23.94%	41	34.45%
Planificado	24	50.00%	54	76.06%	78	65.55%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

**Fuente:** elaboración propia.

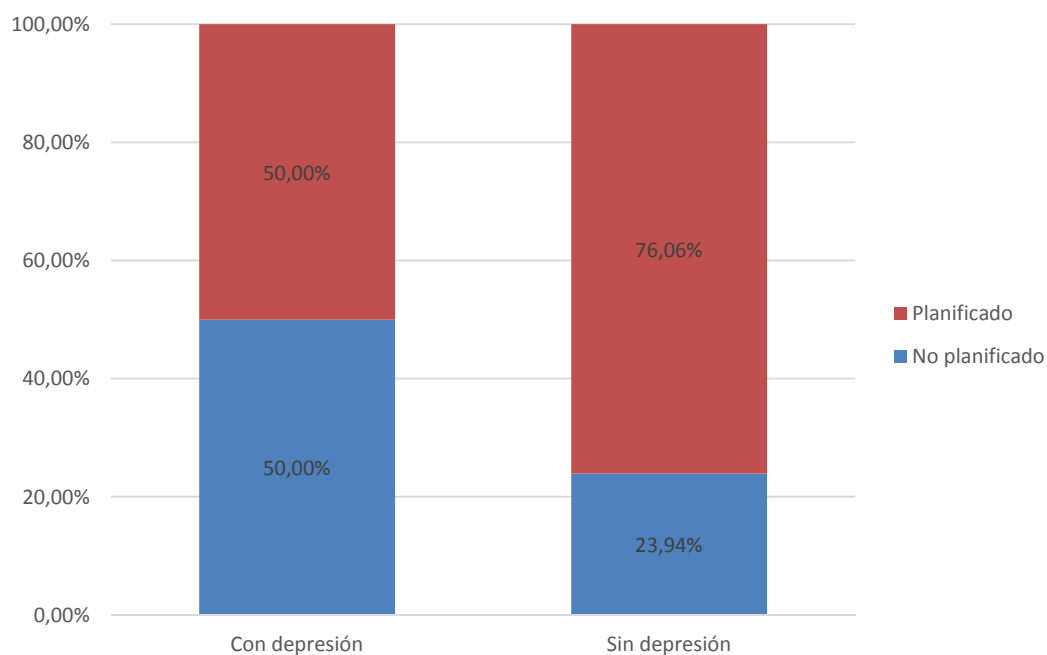
Chi<sup>2</sup> = 8.61      G. libertad = 1      p < 0.01

En la **Tabla y Gráfico 10** se muestra la planificación del embarazo en las gestantes, el mismo fue no planificado en 50% de mujeres con depresión y en 23.94% de casos sin depresión, diferencias también significativas (p < 0.05).

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Gráfico 10**

**Distribución de púerperas según planificación de embarazo y grupo de estudio**



Fuente: elaboración propia.

FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016

Tabla 11

Distribución de puérperas según paridad y grupo de estudio

Paridad	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Primípara	28	58.33%	46	64.79%	74	62.18%
Múltipara	20	41.67%	25	35.21%	45	37.82%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

**Fuente:** elaboración propia.

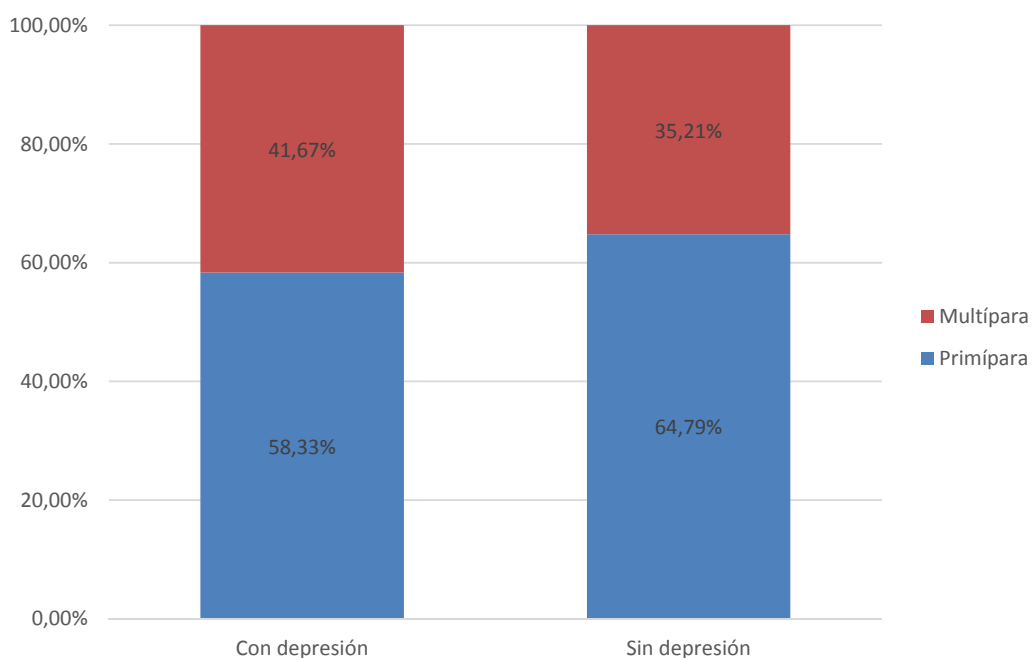
Chi<sup>2</sup> = 0.51      G. libertad = 1      p = 0.48

En relación a los factores de riesgo obstétrico, la **Tabla y Gráfico 11** muestra la paridad de las puérperas; en ambos grupos predominaron las primíparas (58.33% en aquellas con depresión, 64.79% sin depresión; p > 0.05).

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Gráfico 11**

**Distribución de puérperas según paridad y grupo de estudio**



Fuente: elaboración propia.

FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016

Tabla 12

Distribución de puérperas según controles prenatales y grupo de estudio

CPN	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
0 a 3	3	6.25%	3	4.23%	6	5.04%
4 a más	45	93.75%	68	95.77%	113	94.96%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

**Fuente:** elaboración propia.

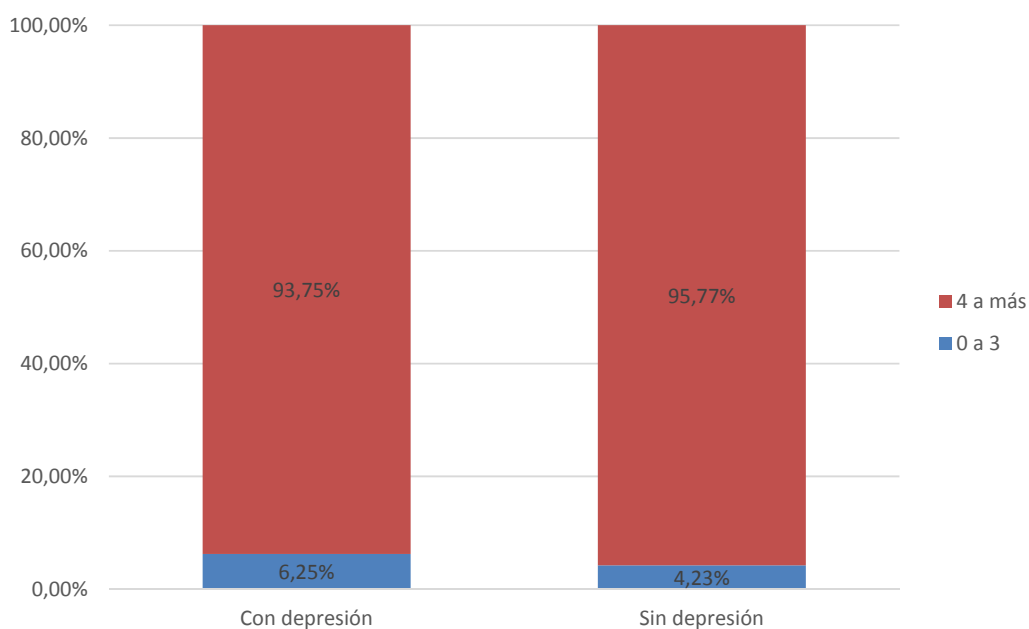
Chi<sup>2</sup> = 0.25      G. libertad = 1      p = 0.62

Los controles prenatales fueron inadecuados (menos de cuatro) en 6.25% de casos con depresión y en 4.23% de puérperas sin depresión, sin diferencias significativas ( $p > 0.05$ ) como se observa en la **Tabla y Gráfico 12**.

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Gráfico 12**

**Distribución de púerperas según controles prenatales y grupo de estudio**



Fuente: elaboración propia.

FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016

Tabla 13

Distribución de púérperas según patología obstétrica y grupo de estudio

Trastorno	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguno	34	70.83%	35	49.30%	69	57.98%
Am Aborto	1	2.08%	9	12.68%	10	8.40%
Oligoamnios	3	6.25%	5	7.04%	8	6.72%
ITU	1	2.08%	6	8.45%	7	5.88%
HT embarazo	4	8.33%	2	2.82%	6	5.04%
Distocia funicular	2	4.17%	3	4.23%	5	4.20%
Hemorragia obst	0	0.00%	3	4.23%	3	2.52%
RPM	1	2.08%	2	2.82%	3	2.52%
Hiperemesis	1	2.08%	1	1.41%	2	1.68%
Vaginitis	0	0.00%	2	2.82%	2	1.68%
Otro	1	2.08%	3	4.23%	4	3.36%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

**Fuente:** elaboración propia.

$\chi^2 = 20.74$

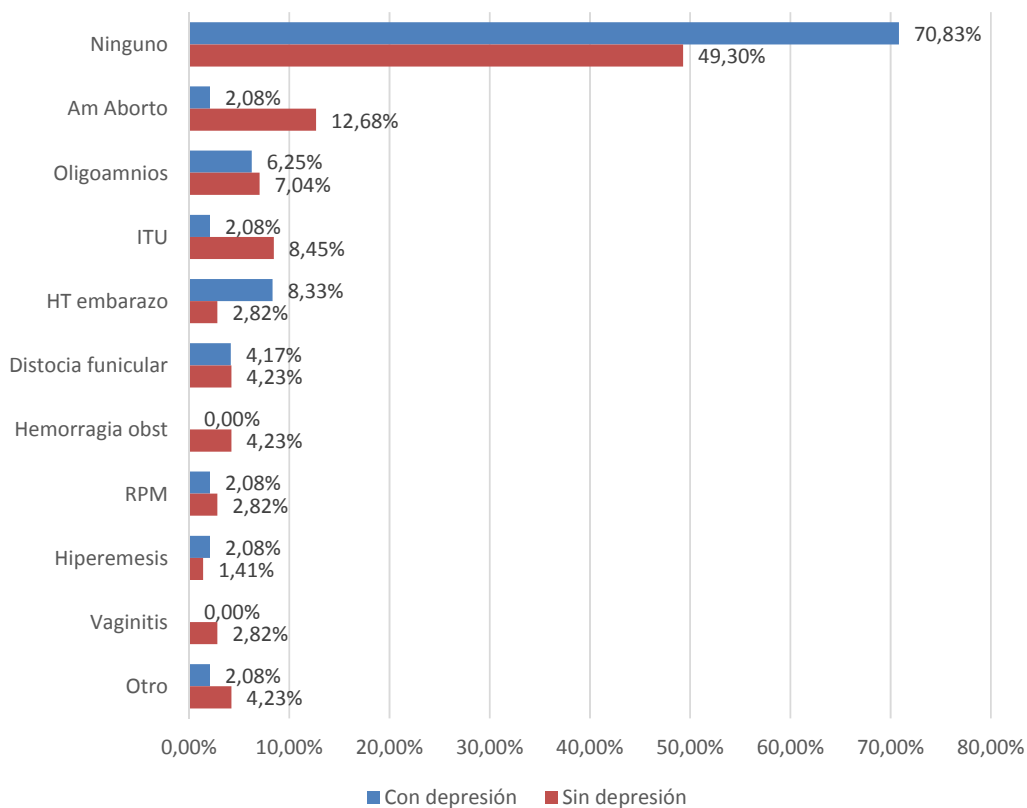
G. libertad = 10

$p = 0.02$

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Gráfico 13**

**Distribución de púerperas según patología obstétrica y grupo de estudio**



Fuente: elaboración propia.

Se encontraron trastornos del embarazo en 29.17% de mujeres con depresión y en 42.02% de aquellas sin depresión, con predominio de Hipertensión Gestacional y oligoamnios en el primer grupo (8.33 y 6.25%) y de amenaza de aborto en el segundo (12.68%), y las diferencias resultaron significativas ( $p < 0.05$ ) (Tabla y Gráfico 13).

FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016

Tabla 14

Distribución de púerperas según tipo de parto y grupo de estudio

Parto	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Vaginal	21	43.75%	33	46.48%	54	45.38%
Cesárea	27	56.25%	38	53.52%	65	54.62%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

**Fuente:** elaboración propia.

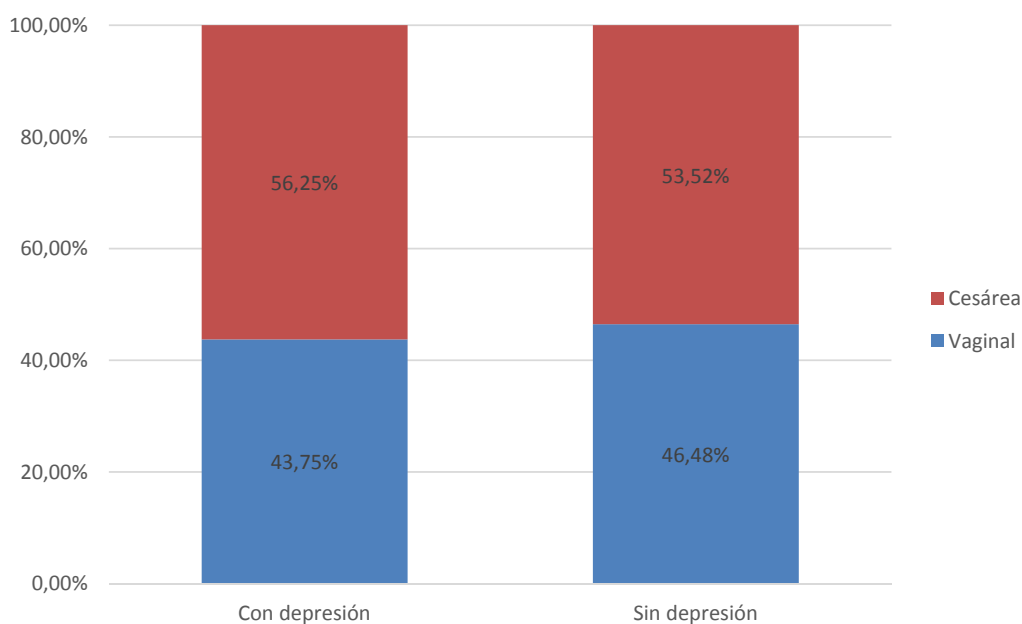
Chi<sup>2</sup> = 0.09      G. libertad = 1      p = 0.77

En la **Tabla y Gráfico 14** se muestra el tipo de parto de las púerperas; la proporción de cesáreas fue similar en ambos grupos (56.25% en mujeres con depresión, 53.52% sin depresión; p > 0.05).

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Gráfico 14**

**Distribución de puérperas según tipo de parto y grupo de estudio**



Fuente: elaboración propia.

FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016

Tabla 15

Distribución de púerperas según sexo del recién nacido y grupo de estudio

Sexo	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	25	52.08%	41	57.75%	66	55.46%
Femenino	23	47.92%	30	42.25%	53	44.54%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

**Fuente:** elaboración propia.

Chi<sup>2</sup> = 0.37

G. libertad = 1

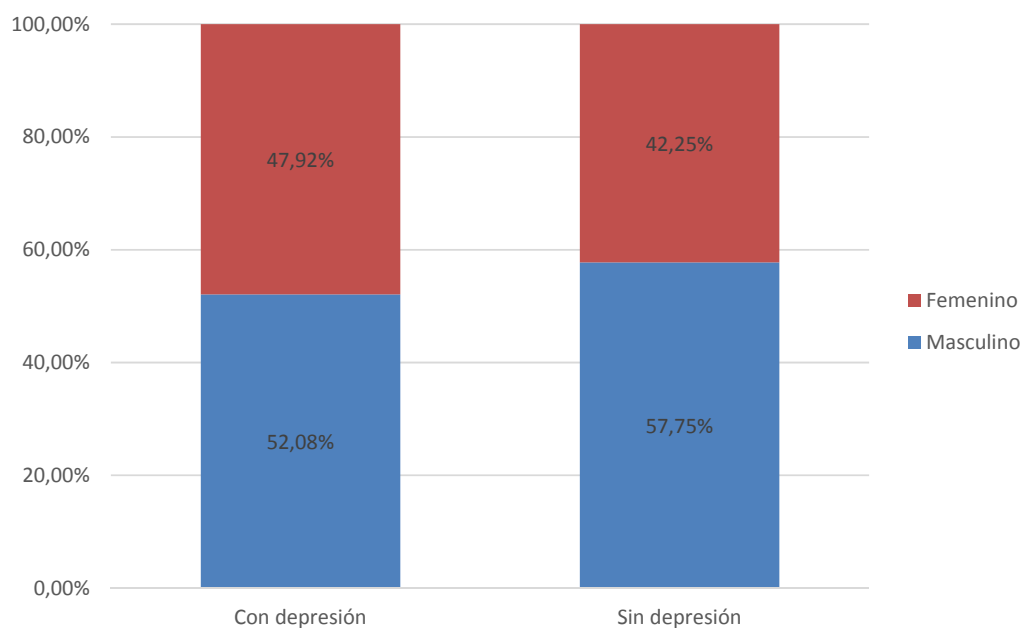
p = 0.54

Entre las características del recién nacido, la **Tabla y Gráfico 15** muestran el sexo del recién nacido; predominaron en ambos los varones (52.08% en mujeres con depresión y 57.75% sin depresión), sin diferencias significativas entre ambos ( $p > 0.05$ ).

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Gráfico 15**

**Distribución de púérperas según sexo del recién nacido y grupo de estudio**



Fuente: elaboración propia.

FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016

Tabla 16

Distribución de púerperas según edad gestacional del recién nacido y grupo de estudio

E. gestacional	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Pretérmino	4	8.33%	2	2.82%	6	5.04%
A término	44	91.67%	69	97.18%	113	94.96%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

**Fuente:** elaboración propia.

Chi<sup>2</sup> = 1.82

G. libertad = 1

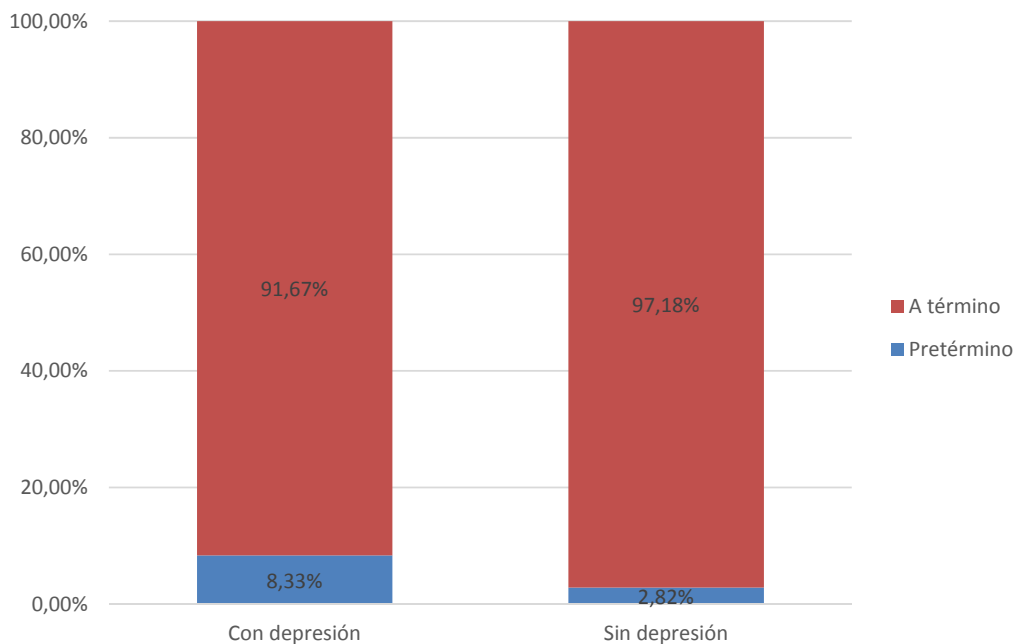
p = 0.18

La edad gestacional al momento del parto mostró que 8.33% de neonatos de púerperas con depresión fueron pretérmino, comparado con 2.82% en el grupo sin depresión, diferencias que no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ) como se muestra en la **Tabla y Gráfico 16**.

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Gráfico 16**

**Distribución de puérperas según edad gestacional del recién nacido y  
grupo de estudio**



Fuente: elaboración propia.

FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016

Tabla 17

Distribución de púerperas según peso para la edad gestacional del recién nacido y grupo de estudio

Peso para EG	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
PEG	4	8.33%	3	4.23%	7	5.88%
AEG	39	81.25%	65	91.55%	104	87.39%
GEG	5	10.42%	3	4.23%	8	6.72%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

**Fuente:** elaboración propia.

Chi<sup>2</sup> = 2.80

G. libertad = 2

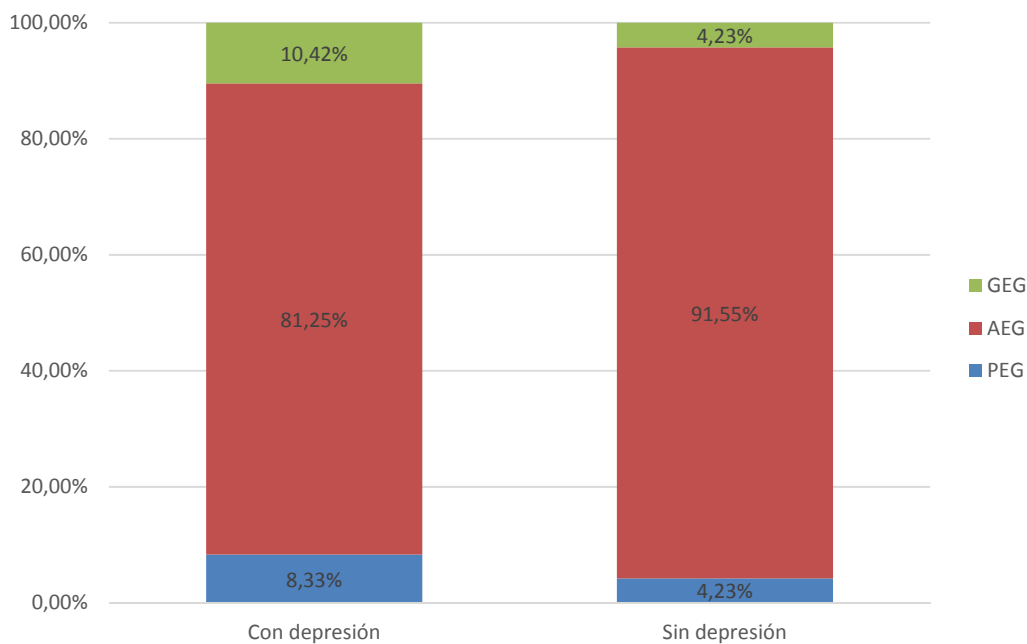
p = 0.25

La **Tabla y Gráfico 17** se muestra que el 8.33% de madres con depresión tuvo neonatos fueron pequeños para la edad gestacional frente al 4.23% de madres sin depresión, y que 10.42% de niños en el primer grupo fueron grandes para la edad gestacional y 4.23% en el segundo grupo, diferencias no significativas ( $p > 0.05$ ).

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Gráfico 17**

**Distribución de puérperas según peso para la edad gestacional del recién  
nacido y grupo de estudio**



Fuente: elaboración propia.

FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016

Tabla 18

Distribución de púerperas según patología neonatal y grupo de estudio

Patología	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguna	44	91.67%	70	98.59%	114	95.80%
SFA	2	4.17%	1	1.41%	3	2.52%
Ictericia patológica	1	2.08%	0	0.00%	1	0.84%
Sepsis	1	2.08%	0	0.00%	1	0.84%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

**Fuente:** elaboración propia.

$\chi^2 = 3.97$

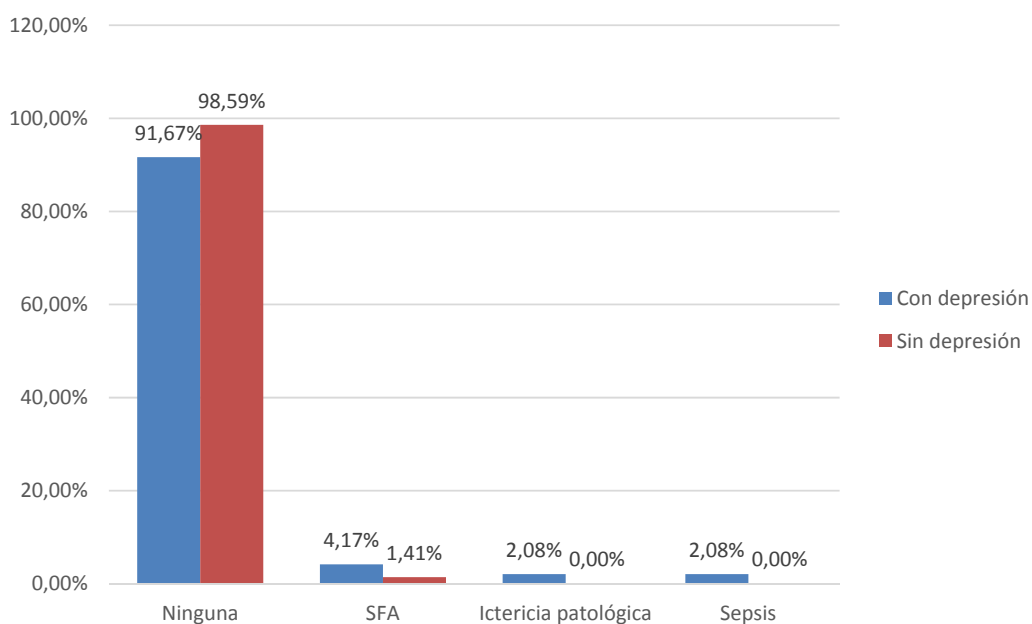
G. libertad = 3

$p = 0.27$

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO PINTO MANRIQUE  
AREQUIPA, OCTUBRE –DICIEMBRE 2016**

**Gráfico 18**

**Distribución de púerperas según patología neonatal y grupo de estudio**



Fuente: elaboración propia.

### CAPÍTULO III.

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó con el objetivo de establecer la frecuencia y los factores de riesgo asociados a la presentación de depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de Arequipa, en el periodo de Octubre-Diciembre 2016, donde se estudiaron 119 puérperas, que cumplieran los criterios de selección, las mismas que fueron correctamente estudiadas y entrevistadas. Se realizó la presente investigación debido a que ocasionalmente se observaba la presentación de esta patología en las puérperas atendidas en el hospital; cuyo estudio no se había realizado anteriormente, cabe resaltar que esta población está expuesta a factores estresantes propios de la labor policial.

Para tal fin se encuestó a las puérperas que dieron a luz durante en el periodo de 2016, que cumplan criterios de inclusión; las mismas que fueron ordenadamente registradas a partir del libro de ingresos y egresos del Servicio de Gineco- Obstetricia; se realizó la observación documental de la historia clínica para el llenado de la Ficha de Recolección de datos y luego se realizó la entrevista en la que se aplicó la Escala de Edimburgo. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se comparan variables mediante prueba chi cuadrado.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la frecuencia de depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital; de un total de 119 casos, 48 (40.34%) presentaron depresión posparto cifra alta en relación a la bibliografía. Toro (2014), en su

investigación “Frecuencia y niveles de depresión post parto en madres atendidas en el hospital Goyeneche marzo 2014”, se encontró una frecuencia de esta enfermedad en 15.79%, mucho menor a la hallada en este estudio. En contraste, al estudio que realizó en el Hospital Civil San Vicente, ubicado en la provincia de Oro, Ecuador, en el 2014, encontró una incidencia del 27%, tamizaje realizado con la escala de Edimburgo(42), al igual que en el presente estudio; de acuerdo a la bibliografía consultada en Chile, la incidencia fue de 32.5% y la prevalencia 43%, a las doce semanas posteriores al parto; en países desarrollados se ha visto que las cifras de incidencia fluctúan entre 8%-25.8%, a diferencia de los países en vías de desarrollo que presentan entre 32%- 61% reportado en Taiwán(49,11); Jadresic y Araya (1995) observaron una prevalencia de 41,3% de DPP asociadas a un bajo nivel económico; Romero M.(2016), en el estudio “Relación existente entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Good Hope de Miraflores – Lima”, durante el periodo de noviembre del año 2015, menciona que la patología está asociada a un estatus económico bajo; cabe mencionar que a pesar de ser una población económicamente activa, la mayoría de pacientes que se les realizó visitas domiciliarias vive en zonas urbano-marginales. En el estudio realizado en Arica Chile por Bustos y Jiménez en el análisis de frecuencia se encontró un porcentaje de 41.1% de puérperas con puntuación alta en la Escala de Edimburgh (65)

El promedio de tiempo transcurrido desde el parto hasta el diagnóstico fue de 4.69 meses, con variación entre 1 y 8 meses después (**Tabla y Gráfico 2**), **Los resultado de este** estudio difiere del presentado por Zhuzhingo C.(2014) donde la mayor parte de pacientes que presentaron depresión postparto fue entre la tercera y cuarta semana postparto. Toro V.(2014), encontró depresión postparto con mayor frecuencia entre 4

semanas y 6 meses posteriores al parto, en el que se aplicó la escala de depresión Goldberg y posteriormente el test de Hamilton.

En la **Tabla y Gráfico 3** se aprecian las características demográficas de las madres con depresión posparto en relación a la edad; la mayoría de madres con depresión tuvo entre 20 y 29 años (68.75%) al igual que las madres sin depresión (71.83%), con edad promedio de  $28.21 \pm 6.09$  años para mujeres con depresión y de  $26.93 \pm 4.72$  años para aquellas sin depresión, sin diferencias significativas entre ambos grupos ( $p > 0.05$ ). La edad promedio en este hospital, se relaciona a que en su gran mayoría son gestantes añosas y mujeres adultas económicamente activas en su mayor parte; no existe ningún embarazo en adolescentes puesto que al ser un hospital policial tiene ciertas restricciones en relación a esta situación. Romero M.(2016) en el estudio que realizó en la Clínica Good Hope, Lima; la edad promedio de pacientes que presentaron depresión postparto fue de 26- 30 años, con un 29.09%, coincidiendo con el rango de edad presentado en el presente estudio, puesto que entre sus criterios de inclusión toman a pacientes mayores de 18 años. Zhuzhingo C.(2014) en su trabajo de investigación “Incidencia de depresión postparto en pacientes púerperas del hospital San Vicente de Paul, Octubre a Diciembre, 2014”, encontró relación entre la edad y la presencia de depresión postparto(42), el grupo que presentaba mayor riesgo son mujeres en edad adulta (25-45años), difiriendo a lo encontrado.

En cuanto a los factores de riesgo sociales, en la **Tabla y Gráfico 4** se muestra el estado civil de las púerperas; en ambos grupos predominó el estado civil casada (66.67% en mujeres con depresión, 69.01% en el segundo grupo), con 10.42% de solteras en el primer grupo y 14.08% en aquellas sin depresión, sin diferencias entre ambos grupos ( $p > 0.05$ ). El sistema de salud que aplica para policías, entre sus

requisitos es necesario que la pareja sea casada o conviviente, para hacer el uso de dicho seguro; es por ello que gran parte de las pacientes atendidas son casadas; y aquellas pacientes madres solteras, son en su mayoría policías titulares del seguro de salud. Las pacientes casadas con depresión, algunas expresaron que sus esposos trabajaban fuera de la ciudad o eran cambiados a otras unidades a diferencia de la bibliografía que supone que las casadas deberían tener menos riesgo de DPP, por el hecho que cuentan soporte emocional de la pareja. El estado civil encontrado en las pacientes fue similar a las encontradas en el estudio de Romero M.(2016), que la mayoría de sus unidades de estudio fueron casadas y convivientes(43% y 53% respectivamente). Las madres solteras sin depresión afirmaban que obtenían apoyo de sus familias en el cuidado del bebe (11).

En la **Tabla y Gráfico 5** se muestra la ocupación de las madres; en ambos predominó la ocupación policial (41,67% en mujeres con depresión, 56.34% en mujeres sin depresión) seguido de amas de casa (27.08% y 15.49% respectivamente), sin diferencias significativas entre los grupos ( $p > 0.05$ ). El grado de instrucción de las púerperas con depresión fue superior en 47.92% y técnica en 37.50%, mientras que en las mujeres sin depresión el 53.52% eran técnicas y 42.25% tenía educación superior; las diferencias no fueron significativas ( $p > 0.05$ ). En México, en el 2015 se realizó el estudio de “Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social”, donde el 34% de púerperas con depresión pertenecían al grado de instrucción superior, 52% eran empleadas y 32% eran amas de casa(67), sin presentar diferencias estadísticas al igual que el presente estudio.

Como se aprecia en la **Tabla y Gráfico 6**. Gran parte de la población estudiada es policia titular del seguro de salud lo que concuerda con el porcentaje obtenido, en la entrevista que se realizó algunas atribuían estrés laboral en la gestación y en el puerperio tardío, pues algunas tenían que realizar trabajos en la calle, comisiones, presión laboral por parte de sus compañeros y jefes. En mujeres con grado superior o técnico consideraban que sus metas personales y laborales se veían aplazadas por la gestación concordando con lo citado en el estudio de Torres (2014)“influencia del embarazo sobre la situación laboral en una muestra de mujeres atendidas en el programa de psiquiatría perinatal Barcelona- Clinic”(50). Zhuzhingo C.(2014) considero que los factores como etnia, ocupación, nivel económico, vía de parto, género del recién nacido, no se han reportado asociados con la enfermedad, lo cual coincide con los hallazgos encontrados(42). En pacientes que son amas de casa atribuían la dependencia económica, a sus sentimientos de preocupación y ansiedad. Coronel P.(2014), en “Factores socioeconómicos y obstétricos asociados a depresión en gestantes adolescentes atendidas en el H.R.H.D.E., 2014”, concluyeron que la ocupación, la dependencia económica se asociaron significativamente a depresión, diferente a lo hallado.

En la **Tabla y Gráfico 7** se muestra la presencia de violencia familiar en las mujeres evaluadas; en aquellas con depresión 10.42% tuvo violencia, de tipo psicológico, mientras que se presentó en 1.41% en mujeres sin depresión; las diferencias fueron significativas ( $p < 0.05$ ). Lo que explica que la violencia intrafamiliar juega un papel predisponente en la depresión postparto (49,61,42) como lo explica Noé y Correa (2016); Escobar J.(2009), “Depresion postparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?”, donde el 51% de sus unidades de estudio fueron víctimas de

violencia, porcentaje elevado en relación al encontrado, la asociación es significativa; concordando con lo hallado. Cabe mencionar que la mayoría de pacientes sufría de violencia psicológica, pero algunas lo consideran como habitual, pensamiento que debe cambiar en la sociedad, por eso la importancia de seguir incidiendo en el despistaje de violencia basada en género en la gestación; Otras pacientes se mostraban recelosas al revelar dicha característica, debido a que hay cierto miedo o vergüenza a expresarlo.

El apoyo familiar de las mujeres puérperas con depresión fue regular en 25% y malo en 8.33%, y fue bueno en 90% de mujeres sin depresión, diferencias significativas ( $p < 0.05$ ). (**Tabla y Gráfico 8**). Lo que significa que un buen apoyo familiar, ya sea de los padres, de la pareja es primordial para evitar la depresión postparto (15,17,21,42,63), debido a que no se sienten solas en la crianza del bebé. Torres y García (2014) a través de un meta-análisis de múltiples trabajos de investigación, mostraron una fuerte asociación con apoyo familiar; moderada asociación con la satisfacción marital (63).

La comunicación con la pareja fue buena en 68.75% de mujeres con depresión, regular en 12.50% y mala en 4.17%, mientras que en aquellas sin depresión el 90.14% tuvo buena relación y 2.82% regular, diferencias significativas ( $p < 0.05$ ). Como se aprecia en la **Tabla y Gráfico 9**. La comunicación con la pareja es importante en la asociación con la depresión postparto, guarda una relación inversa con la patología, puesto que si hay una buena comunicación con la pareja, hay mayor facilidad de resolución de situaciones estresante, por lo tanto menos depresión post parto. Zhuzhingo C.(2014) indica que el soporte familiar, la relación conyugal, la ingesta de alcohol muestran predisposición a la DPP(42).

En la **Tabla y Gráfico 10** se muestra la planificación del embarazo en las gestantes, el mismo fue no planificado en 50% de mujeres con depresión y en 23.94%

de casos sin depresión, diferencias también significativas ( $p < 0.05$ ). La planificación del embarazo factor de riesgo relacionado a la DPP(43); debido a que responde cuando preparada estuvo la pareja de recibir a esa nueva vida, sobretodo la madre de vivir esa etapa. Romero M.(2016) no obtuvo asociación significativa en relación de depresión y embarazo no planificado, 49.09% de los casos presentaban la asociación en contraste con el 50% que si eran planificados, difiere a los resultados que encontramos. Coronel P.(2014), en “Factores socioeconómicos y obstétricos asociados a depresión en gestantes adolescentes atendidas en el H.R.H.D.E., 2014”, mostró entre sus resultados que la planificación del embarazo se asociaron a DPP, similar a lo hallado.

En relación a los factores de riesgo obstétrico, la **Tabla y Gráfico 11** muestra la paridad de las púerperas; en ambos grupos predominaron las primíparas (58.33% en aquellas con depresión, 64.79% sin depresión;  $p > 0.05$ ), sin diferencias significativas, sin embargo en el estudio de Romero Medina (2016), muestra que el 60% de pacientes con depresión postparto eran primigestas primíparas, coincidiendo con la bibliografía, puesto que ellas tienen más propensión, debido a que muchas sienten frustración a no saber cómo cuidar al recién nacido, Zhuzhingo C.(2014) considero una variable relevante la paridad (42); Los controles prenatales fueron inadecuados (menos de cuatro) en 6.25% de casos con depresión y en 4.23% de púerperas sin depresión, sin diferencias significativas ( $p > 0.05$ ).

Como se observa en la **Tabla y Gráfico 12**, es posible que aquellas con depresión tengan indiferencia en cuanto al control de su salud. Los controles gestaciones en su gran mayoría son adecuados en las pacientes atendidas en el Hospital PNP-Arequipa, así como hay un buen control de salud física es necesario realizar un buen control de salud mental, ya que muy pocas pacientes acuden al control psicológico gestacional.

Se encontraron trastornos del embarazo en 29.17% de mujeres con depresión y en 42.02% de aquellas sin depresión, con predominio de Hipertensión Gestacional y oligoamnios en el primer grupo (8.33% y 6.25%) y de amenaza de aborto en el segundo (12.68%), y las diferencias resultaron significativas ( $p < 0.05$ ).

En la (**Tabla y Gráfico 13**). Entre los trastornos del embarazo asociados a depresión, se debía a que gran parte de las madres tenía gran ansiedad, incertidumbre, miedo y preocupación, de que el producto tenga alguna patología o malformación, siendo una fuente de estrés previa al parto. En las gestantes sin depresión la patología obstétrica que más se presentó fue amenaza de aborto, estudios señalan que la morbilidad en la gestación aumenta la prevalencia de depresión en las mujeres(67), morbilidades maternas si están relacionadas a depresión postparto(68).

En la **Tabla y Gráfico 14** se muestra el tipo de parto de las púerperas; la proporción de cesáreas fue similar en ambos grupos (56.25% en mujeres con depresión, 53.52% sin depresión; ( $p > 0.05$ ). Sin diferencias significativas, no hubo una relación representativa en relación a la depresión postparto. Contrario con los resultados de Zhuzhingo C.(2014), determino que si hay asociación entre estas características (42), probablemente por la mayor estancia hospitalaria en relación con las atendidas de parto eutócico. Sin embargo; Rojas y Gómez (2016), encuentra diferencias significativas en relación al tipo de parto, donde predomina la cesárea.

Entre las características del recién nacido, la **Tabla y Gráfico 15** muestran el sexo del recién nacido; predominaron en ambos los varones (52.08% en mujeres con depresión y 57.75% sin depresión), sin diferencias significativas entre ambos ( $p > 0.05$ ). Las madres se mostraron indiferentes al sexo de su producto. Zhuzhingo C.(2014) el

género del recién nacido no presenta asociación a DPP, igual que en los hallazgos encontrados. Diferente al resultado presentado por Toro V.(2014), donde si influía la conformidad con el sexo de niño. Jiménez M.(2014), en su investigación “Factores relacionados al riesgo de depresión puerperal en madres sin alto riesgo obstétrico del Hospital Regional H.D.E. 2014”, donde se encontró asociación con el sexo del producto, mientras que el peso del RN, controles prenatales, nivel de instrucción, situación conyugal, violencia familiar no se asociaron a depresión.

La edad gestacional al momento del parto mostró que 8.33% de neonatos de púerperas con depresión fueron pretérmino, comparado con 2.82% en el grupo sin depresión, diferencias que no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ). Como se muestra en la **Tabla y Gráfico 16**. Gran parte de los partos atendidos en el Hospital PNP- Arequipa, son a término, los escasos casos de parto pretérmino, se debieron a comorbilidades maternas; Urdaneta, Rivera y Garcia (2010), en su estudio “Prevalencia de depresión post parto en primígestas y múltiparas valoradas por EPDS” señalan la relación entre depresión y las madres que tuvieron neonatos pretérmino(66).

La **Tabla y Gráfico 17** muestran que en la misma proporción los neonatos fueron pequeños para la edad gestacional, y que 10.42% de niños en el primer grupo fueron grandes para la edad gestacional y 4.23% en el segundo grupo, diferencias no significativas ( $p > 0.05$ ). La presentación de productos macrosómicos suponía un evento estresante, debido a que implicaba un parto traumático y preocupación de complicaciones asociadas al niño. Urdaneta, Rivera y Garcia (2010), señalan la relación entre depresión y las madres que tuvieron neonatos de bajo peso para la edad gestacional(66).

Finalmente, la **Tabla y Gráfico 18** muestran la presencia de patologías neonatales en los dos grupos; se presentaron en 8.33% de mujeres con depresión y en 1.41% en el grupo sin depresión, sin diferencias significativas entre ambos grupos ( $p > 0.05$ ). Gran parte de los productos que nacen en el Hospital PNP- Arequipa son normales, entre los Apgar que se encontraron en los registros oscilan entre 7-10 en su totalidad, no se ha encontrado asociación con la depresión postparto. Bustos y Jiménez (2013), menciona el riesgo de depresión que pudiera ocasionar la existencia de una anomalía o enfermedad del recién nacido y complicaciones médicas en relación a la gestación(65).





**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

- Primera.** Se encontró la frecuencia de casos de Depresión Postparto en un 40.34% de puérperas atendidas en el Hospital Regional PNP “Julio Pinto Manrique” de Arequipa, en el periodo Octubre-Diciembre 2016.
- Segunda.** Las características sociodemográficas de edad, estado civil y ocupación de las puérperas atendidas en el Hospital Regional PNP “Julio Pinto Manrique” de Arequipa, en el periodo Octubre-Diciembre 2016 no influyen en la presentación de Depresión Postparto, pero sí la presencia de violencia familiar, la mala relación con la pareja y la falta de apoyo de la familia, y el tener un embarazo no deseado.
- Tercera.-** Las características obstétricas de paridad y presencia de trastornos del embarazo en puérperas atendidas en el Hospital Regional PNP “Julio Pinto Manrique” de Arequipa, en el periodo Octubre-Diciembre 2016, no influyen en la presentación de Depresión Postparto.
- Cuarta.-** Las características del Recién Nacido y el parto en puérperas atendidas en el Hospital Regional PNP “Julio Pinto Manrique” de Arequipa, en el periodo Octubre-Diciembre 2016, no influyen en la presentación de Depresión Postparto.

## RECOMENDACIONES

1. Debido a la alta frecuencia de DPP en el Hospital PNP Arequipa, es necesario realizar la pesquisa precoz de esta enfermedad, mediante el tamizaje a través del test de Edimburgo, debido a que ésta tiene alta sensibilidad y especificidad, de fácil aplicación, confiable para la identificación de posibles casos de DPP; por tanto, se debe elaborar un protocolo de manejo y diagnóstico de depresión postparto en pacientes del Hospital de la policía; dado que esta población tiene características culturales, idiosincráticas distintas a las de la población civil en general.
2. El Ministerio de Salud debe brindar orientación e información mediante campañas a través de los medios de comunicación acerca de esta patología; así mismo, concientizar a las madres y la sociedad, de la importancia de salud mental, mayor énfasis en la prevención de morbilidad del periodo perinatal.
3. Realizar capacitaciones con regularidad al personal asistencial del Hospital, entrenamiento para la correcta aplicación del test de Edimburgo, así como realizar un trabajo multidisciplinario, que permita la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; para conseguir una detección precoz y manejo oportuno.
4. Realizar más campañas de concientización en contra de la Violencia Familiar incluyendo la violencia basada en género, debido a que significa un riesgo de

fuerte asociación con la presentación de comorbilidad materna y por consiguiente perinatal.

5. Dar consejería a todas las mujeres en edad fértil que acuden al Hospital Regional PNP- "JPM"- Arequipa; Brindando un control más estricto en aquellas gestantes que tienen factores de riesgo sociodemográfico, laboral, etc. Realizar un seguimiento perinatal de sintomatología depresiva, a fin de realizar una detección precoz. Instaurar redes adecuadas de apoyo familiar, enfatizando en sesiones de psicoprofilaxis y entrevistas psicológicas. En casos que ameriten hacer seguimiento, realizar visitas domiciliarias.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Saji Roldan N. Factores De Riesgo De La Depresión Postparto En Púerperas De Obstetricia Del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Cusco 2012 [Médico Cirujano]. Universidad Católica De Santa María; 2014.
2. Calloapaza L, Frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el hospital de apoyo de Camaná, 2015. Universidad Católica de Santa María, 2015.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, quinta edición (DSM-V). Arlington-EE.UU., 2013. Disponible en: [www.dsm.psychiatryonline.org](http://www.dsm.psychiatryonline.org). [Consultado en julio de 2014].
4. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. Rev. peru. epidemiol, 2008; 12(3): 1-5.
5. Ramírez F.: Sintomatología depresiva postparto: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados Escuela de Medicina Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Revista Peruana de Epidemiología, 2010; 14(1). Disponible en: [http://rpe.epiredperu.net/rpe\\_ediciones/2010\\_v14\\_NO1/9OR\\_Vol14\\_No1\\_2010\\_sintomatologia\\_depresiva.pdf](http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2010_v14_NO1/9OR_Vol14_No1_2010_sintomatologia_depresiva.pdf).
6. Medina-Serdán Erica. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2013 27( 3 ): 185-193. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lng=es)

7. Toro Valencia M. Frecuencia y niveles de depresión post parto en madres atendidas en el Hospital Goyeneche marzo 2014. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2014.
8. Jimenez Meza S. Factores relacionados al riesgo de depresión puerperal en madres sin alto riesgo obstétrico del Hospital Regional. H.D.E 2014. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2014.
9. Coronel Patiño C. Factores socioeconómicos y obstétricos asociados a depresión en gestantes adolescentes atendidas en el H.R.H.D.E.,2014. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2014.
10. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80 (3): 251-5.
11. Mendoza B Constanza, Saldivia Sandra. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2015 Jul [citado 2016 Sep 21]; 143(7): 887-894.
12. Ministerio de Salud-Gobierno de Chile. Subsecretaría de Salud Pública. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto, y apoyo al tratamiento. Santiago, Chile. 2014.
13. Escobar J, Pacora P, custodio N, villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?. *An. Fac. med.* 2009; 70(2):115-118
14. Beck CT. Predictors of Postpartum Depression: an update. *Nurs Res* 2001; 50 (5): 275-85
15. Rincón D, Ramírez R. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. *Rev. salud pública* 2014; 16 (4):

534-546.

16. Dois A. Actualizaciones en depresión postparto. Revista Cubana de Obstetricia y ginecología. La Habana, Cuba. Diciembre 2012. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000400016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400016)
17. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014: 186-187
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2003.
19. Sit DK, Wisner KL. Identification of postpartum depression. Clin Obstet Gynecol. Sep 2009;52(3):456-68.
20. Mehta D, Newport DJ, Frishman G, Kraus L, Rex-Haffner M, Ritchie JC, et al. Early predictive biomarkers for postpartum depression point to a role for estrogen receptor signaling. Psychol Med. Feb 5 2014;1-14.
21. Paulden M, Palmer S, Hewitt C, Gilbody S. Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. BMJ. Dec 22 2009;339:b5203..
22. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. Jan 2010;202(1):5-14.
23. Woolhouse H, Gartland D, Hegarty K, Donath S, Brown S. Depressive symptoms and intimate partner violence in the 12 months after childbirth: a prospective pregnancy cohort study. BJOG. Feb 2012;119(3):315-23.
24. Wu Q, Chen HL, Xu XJ. Violence as a risk factor for postpartum depression in mothers: a meta-analysis. Arch Womens Ment Health. Mar 1 2012; Disponible en:

<http://link.springer.com/article/10.1007%2F200737-011-0248-9>, con acceso el 18 de diciembre 2014.

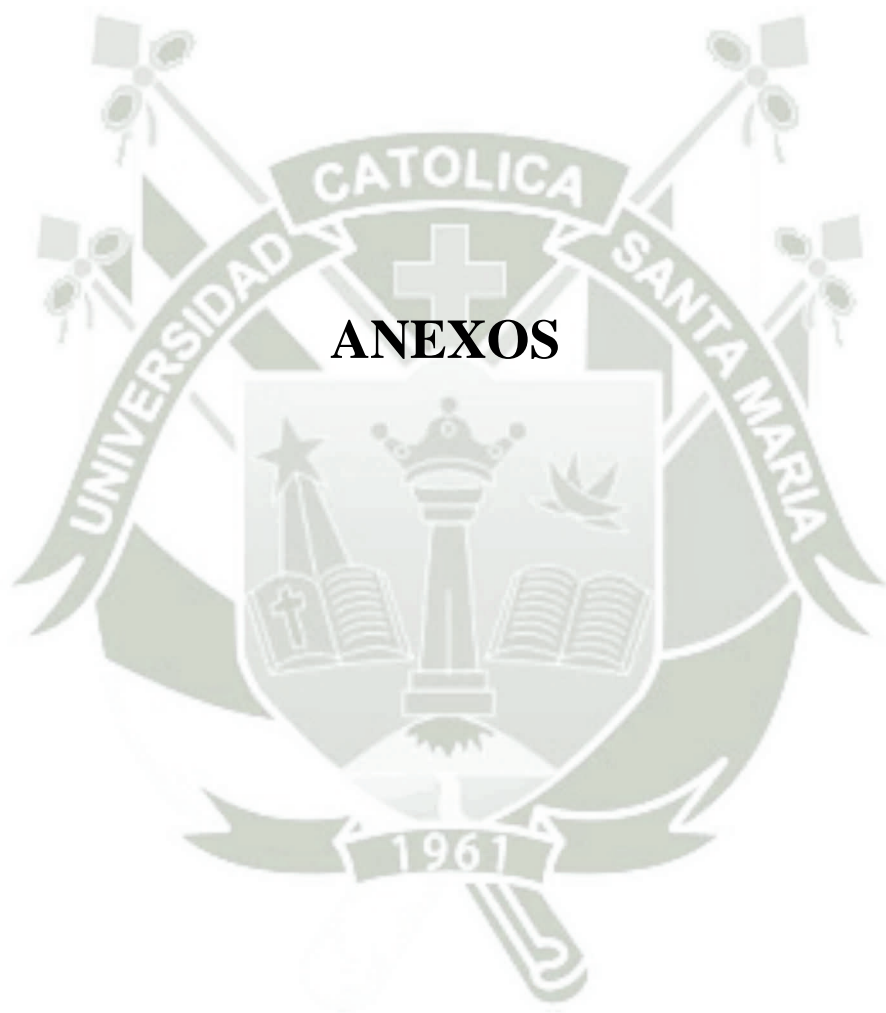
25. Woolhouse H, Gartland D, Hegarty K, Donath S, Brown S. Depressive symptoms and intimate partner violence in the 12 months after childbirth: a prospective pregnancy cohort study. *BJOG*. Feb 2012;119(3):315-23.
26. Nelson DB, Freeman MP, Johnson NL, McIntire DD, Leveno KJ. A prospective study of postpartum depression in 17 648 parturients. *J Matern Fetal Neonatal Med*. Aug 2013;26(12):1155-61.
27. Lam N et al. Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. *An. Fac. med.* 2009 70(1): 28-32 .
28. Oppo A, Mauri M, Ramacciotti D, et al. Risk factors for postpartum depression: the role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R). Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit (PNDRScU) study. *Arch Womens Ment Health*. Aug 2009;12(4):239-49.
29. Gjerdingen D, McGovern P, Attanasio L, Johnson PJ, Kozhimannil KB. Maternal depressive symptoms, employment, and social support. *J Am Board Fam Med*. Jan-Feb 2014;27(1):87-96.
30. Chaudron LH, Szilagyi PG, Tang W, Anson E, Talbot NL, Wadkins HI, et al. Accuracy of depression screening tools for identifying postpartum depression among urban mothers. *Pediatrics*. Mar 2010;125(3):e609-17.
31. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Campos M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2002;30(2): 106-111

32. Scrandis DA, Sheikh TM, Niazi R, Tonelli LH, Postolache TT. Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. *ScientificWorldJournal*. 2007;7:1670-82.
33. di Scalea TL, Wisner KL. Pharmacotherapy of postpartum depression. *Expert Opin Pharmacother*. Nov 2009;10(16):2593-607.
34. Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, Bentler S, Donohue M, Ellingrod VL. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. *Am J Psychiatry*. Jun 2004;161(6):1066-78.
35. Freeman MP. Managing depression during pregnancy. *J Clin Psychiatry*. Jul 2009;70(7):e25. Disponible en: [www.Psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2009/v70n07e25.aspx#](http://www.Psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2009/v70n07e25.aspx#), con acceso el 13 de Noviembre 2014.
36. Miller LJ: Postpartum Depression. *JAMA*, February 13, 2002; 287( 6): 762-764
37. Luna ML, Salinas J, Piélago J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 2009; 26(4): 310-314
38. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe No.: 90.
39. Marcus M, Yasamy MT, Ommeren Mv, Chisholm D, Saxena S, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern. Geneva: WHO.
40. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitivebehavioral therap: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2006 26(1): 17-31.

41. Tam WH, Chung T: Psychosomatic disorders in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 19:126,2007
42. Zhuzhingo Vásquez C. Incidencia De La Depresión Postparto En Pacientes Puérperas Del Hospital San Vicente De Paúl. (Octubre-Diciembre; Año 2014) [Titulo De Médico Cirujano]. Universidad Técnica De Machala; 2014.
43. Cuero-Vidal OL, Díaz-Marín AM. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia. Septiembre-Diciembre, 2011. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2013;64(4):371-8.
44. Zlotnick C, Johnson SL, Miller IW, Pearlstein T, Howard M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 638-40.
45. Dois Castellón Angelina. Actualizaciones en depresión posparto. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Oct 02]; 38( 4 )
46. Póo F Ana María, Espejo S Claudio, Godoy P Claudia, Gualda de la C Micaela, Hernández O Tamara, Pérez H Claudia. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Rev. méd. Chile.*
47. Jadresic E. Trastornos depresivos posparto. En: Correa E, Jadresic E, eds. *Psicopatología de la Mujer*. Santiago: Editorial. Mediterráneo, 2005; 159-75.
48. Nylén K, Moran T, Franklin C, O'Hara M. Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Ment Health J* 2006; 27(4): 327-43.
49. Aramburú N, Arellano R, Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004, *Rev. peru. epidemiol.* Vol 12 No 3 Diciembre 2008.

50. Torres A., Navarro P., Trabajo, Estrés Laboral y Psicopatología Perinatal, Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, ISSN 1695-4238, N°. 109, 2014, págs. 9-15.
51. Evolución de la fecundidad de las adolescentes, instituto nacional de estadística e informática, 2013.
52. [www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1199/cap01.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1199/cap01.pdf)
53. Wolff L Claudia, Valenzuela X Paula, Esteffan S Karim, Zapata B Daniela. DEPRESIÓN POSPARTO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ANÁLISIS DEL PROBLEMA Y SUS CONSECUENCIAS. Rev. Chil. Obstet. Ginecol.
54. John Larsen, Philip Buchanan, Sarah Johnsonemail address, Sonya Godbert, Michael Zinaman. Pregnancy duration. [Revista en línea] International Federation of Gynecology and Obstetrics published online 30 September 2013.
55. Pillai, R. R., Sharon, L., Premkumar, N. R., Kattimani, S., Sagili, H., & Rajendiran, S. (2017). Luteinizing hormone-follicle stimulating hormone ratio as biological predictor of post-partum depression. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 25-33.
56. Ps Francisco Barra A., Dr. Luis Barra A., Dr. Jaime Solís G. Depresión Posparto, Hacia un tratamiento integral. [Revista en línea] Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa, Publicado On line en Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa Vol. I, 77 – 88 (2009), Universidad de Antofagasta, Facultad de Medicina y Odontología, Octubre de 2008.
57. Valencia Lizarbe, S. (2016). La depresión postparto. Universidad Publica Navarro.
58. Horowitz, J. A., Murphy, C., Gregory, K., Wojcik, J. D., Pulcini, J., & Solon, L. (2016). RELACIÓN ENTRE DETECCIÓN DE DEPRESIÓN POSTPARTO, SÍNTOMAS DE SEVERIDAD Y PERÍODOS DE TRATAMIENTO. *Revista Horizonte de Enfermería*, 27(1), 48-58.

59. Delgado, M. M. (2016). Depresión postparto y tratamiento. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 73(620), 511-514.
60. Berman, L. S., & López, L. P. (2016). Rol del pediatra frente a la depresión posparto. *Revista chilena de pediatría*, 87(1), 1-3.
61. Correa, A., & Noe, J. (2016). Asociación entre depresión y violencia familiar en centro médico ESSALUD Ascope.
62. Romero Medina, G. (2016). RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DE LA CLÍNICA GOOD HOPE NOVIEMBRE DE 2015.
63. Adam Torres, G., Garcia-Esteve, L., & Subirà Álvarez, S. (2014). Depresión postparto, hostilidad y hábitos de salud.
64. Vasquez Julcahuanga, E. R., & Sangama Mori, R. (2012). Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la clínica CORPOMEDIC Tarapoto Junio-Setiembre 2012.
65. Rementería, S. B., & Ponce, N. J. (2013). Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica-Chile. *Psiquiatría Y Salud Mental*, 30(1), 38-49.
66. Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N., & Contreras, A. (2010). Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la Escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(5), 312-320.
67. Delgado-Quiñones, E. G., López-Trejo, L. A., Elizabeth, C., Mariscal-Rivera, L. N. H. R., & Orozco-Sandoval, R. (2015). Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica*, 1500, 238.
68. Rojas Gómez, M. A. (2016). Depresión postparto según la escala de Edimburgo en pacientes puérperas. Hospital Central de Maracay febrero-agosto 2016.



**Anexo 1: Ficha de recolección de datos**

Nº de Ficha: \_\_\_\_\_

Grupo de estudio: Con depresión PP  Sin depresión PP

Tiempo transcurrido desde el parto: \_\_\_\_\_ días

Edad materna: \_\_\_\_ años

Estado civil: Soltera  conviviente  casada  separada

Ocupación: Su casa  estudiante  independiente  obrera ,  
empleada  PNP

Nivel de instrucción: Ilustrada  primaria  secundaria  superior

Paridad: Primípara  Multípara  cuantos hijos: \_\_\_\_

Controles prenatales: \_\_\_\_\_

Trastornos del embarazo

Ninguno  hipertensión del embarazo  hemorragia obstétrica

Oligoamnios  Polihidramnios  Retraso Crecimiento Intrauterino

otro  \_\_\_\_\_

Abortos anteriores:

Recién nacido

Sexo: Varón  Mujer  Edad gestacional: \_\_\_\_\_ sem

Peso al nacer: PEG  AEG  GEG

Patología neonatal:

Necesitó hospitalización No  Sí

SFA  asfixia perinatal  malformación congénita

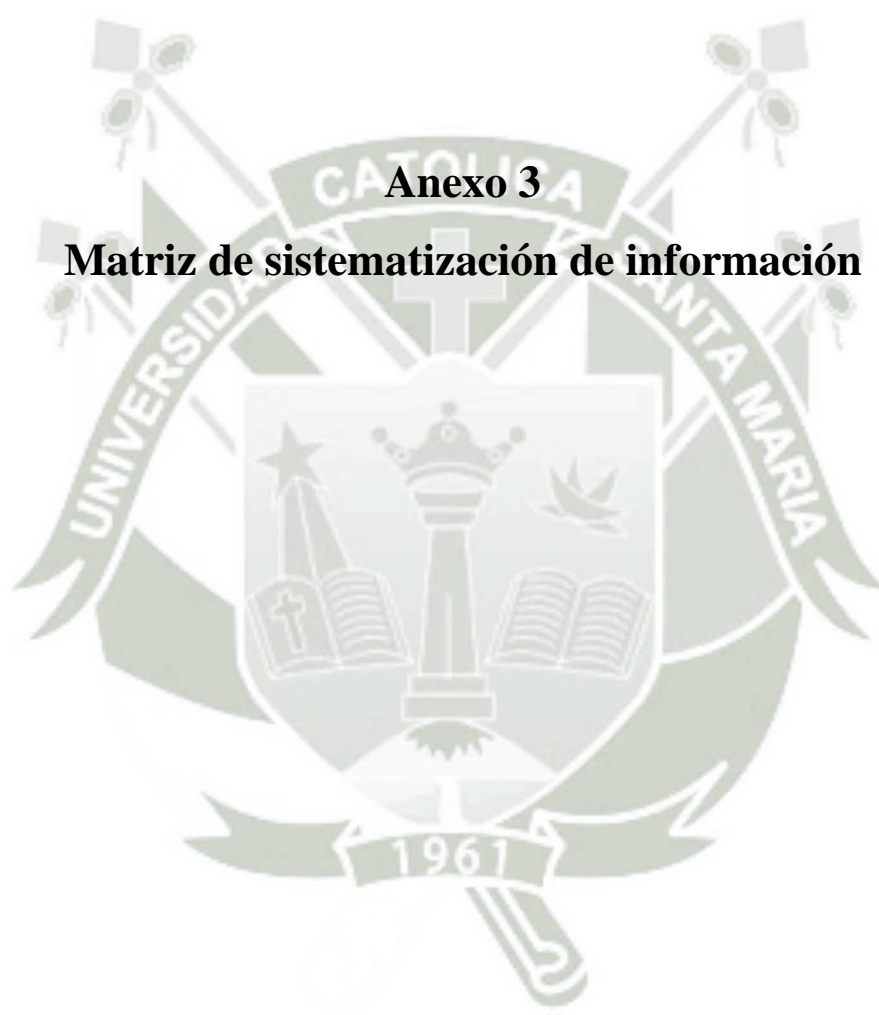
Observaciones: Embarazo planificado:.....Violencia familiar:

.....apoyo familiar: .....

.....

## Anexo 2: ESCALA DE EDIMBURGO

- A. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:
- 0 Tanto como siempre
  - 1. No tanto ahora
  - 2. Mucho menos
  - 3. No, no he podido
- B. He mirado el futuro con placer:
- 0 Tanto como siempre
  - 1. Algo menos de lo que solía hacer
  - 2. Definitivamente menos
  - 3. No, nada
- C. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:
- 0 Sí, casi siempre
  - 1. Sí, algunas veces
  - 2. No muy a menudo
  - 3. No, nunca
- D. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:
- 0 No, nada
  - 1. Casi nada
  - 2. Sí, a veces
  - 3. Sí, a menudo
- E. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
- 0 Sí, bastante
  - 1. Sí, a veces
  - 2. No, no mucho
  - 3. No, nada
- F. Las cosas me oprimen o agobian:
- 0 Sí, casi siempre
  - 1. Sí, a veces
  - 2. No, casi nunca
  - 3. No, nada
- G. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
- 0 Sí, casi siempre
  - 1. Sí, a menudo
  - 2. No muy a menudo
  - 3. No, nada
- H. Me he sentido triste y desgraciada:
- 0 Sí, casi siempre
  - 1. Sí, bastante a menudo
  - 2. No muy a menudo
  - 3. No, nada
- I. He estado tan infeliz que he estado llorando:
- 0 Sí, casi siempre
  - 1. Sí, bastante a menudo
  - 2. Sólo ocasionalmente
  - 3. No, nunca
- J. He pensado en hacerme daño a mí misma:
- 0 Sí, bastante a menudo
  - 1. Sí, a menudo
  - 2. Casi nunca
  - 3. No, nunca



**Tabla 1**

**Frecuencia de depresión posparto en las puérperas evaluadas**

	N°	%
Sin depresión	71	59.66%
Con depresión	48	40.34%
Total	119	100.00%

**Tabla 2**

**Distribución de puérperas según tiempo posparto y grupo de estudio**

Tiempo	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
1-3 meses	12	25.00%	26	36.62%	38	31.93%
4-6 meses	30	62.50%	32	45.07%	62	52.10%
7-9 meses	6	12.50%	12	16.90%	18	15.13%
> 9 meses	0	0.00%	1	1.41%	1	0.84%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%
Chi2 =	3.92		3	0.27		
Con depresión	4.69	1.97	1	8		
Sin depresión	4.46	2.41	1	12		
Prueba t =	0.55	G. libertad =	117	p =	0.59	

**Tabla 3**

**Distribución de puérperas según edad y grupo de estudio**

Edad	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 a	0	0.00%	4	5.63%	4	3.36%
20-24 a	17	35.42%	17	23.94%	34	28.57%
25-29 a	16	33.33%	34	47.89%	50	42.02%
30-34 a	8	16.67%	8	11.27%	16	13.45%
35-39 a	4	8.33%	8	11.27%	12	10.08%
≥ 40 a	3	6.25%	0	0.00%	3	2.52%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

Chi-square: 10.7703, df=5, p=.056130

Con depresión	28.21	6.09	20	47
Sin depresión	26.93	4.72	19	37

Prueba t = 1.21 G. libertad = 117 p = 0.23

**Tabla 4**

**Distribución de puérpers según estado civil y grupo de estudio**

E. civil	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	5	10.42%	10	14.08%	15	12.61%
Conviviente	11	22.92%	12	16.90%	23	19.33%
Casada	32	66.67%	49	69.01%	81	68.07%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

Chi-square: .864980, df=2, p=.648891

**Tabla 5**

**Distribución de puérpers según ocupación y grupo de estudio**

Ocupación	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
PNP	20	41.67%	40	56.34%	60	50.42%
Su casa	13	27.08%	11	15.49%	24	20.17%
Estudiante	6	12.50%	11	15.49%	17	14.29%
Empleada	5	10.42%	5	7.04%	10	8.40%
Independiente	4	8.33%	4	5.63%	8	6.72%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

Chi-square: 4.00828, df=4, p=.404887

**Tabla 6**

**Distribución de puérperas según instrucción y grupo de estudio**

Instrucción	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	1	2.08%	1	1.41%	2	1.68%
Secundaria	6	12.50%	2	2.82%	8	6.72%
Técnica	18	37.50%	38	53.52%	56	47.06%
Superior	23	47.92%	30	42.25%	53	44.54%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

Chi-square: 5.84017, df=3, p=.119650

**Tabla 7**  
**Distribución de puérperas según presencia de violencia familiar y grupo de estudio**

Viol. Familiar	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Violencia psicológica	5	10.42%	1	1.41%	6	5.04%
Sin violencia	43	89.58%	70	98.59%	113	94.96%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

Pearson Chi-square: 4.85394, df=1, p=.027583

**Tabla 8**  
**Distribución de puérperas según presencia de apoyo familiar y grupo de estudio**

Apoyo	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bueno	32	66.67%	64	90.14%	96	80.67%
Regular	12	25.00%	7	9.86%	19	15.97%
Malo	4	8.33%	0	0.00%	4	3.36%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

Chi-square: 11.9848, df=2, p=.002498

**Tabla 9**  
**Distribución de puérperas según comunicación con la pareja y grupo de estudio**

Comunicación	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin pareja	7	14.58%	5	7.04%	12	10.08%
Buena	33	68.75%	64	90.14%	97	81.51%
Regular	6	12.50%	2	2.82%	8	6.72%
Mala	2	4.17%	0	0.00%	2	1.68%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

Chi-square: 10.1753, df=3, p=.017133

**Tabla 10**

**Distribución de puérperas según planificación de embarazo y grupo de estudio**

Planificación	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
No planificado	24	50.00%	17	23.94%	41	34.45%
Planificado	24	50.00%	54	76.06%	78	65.55%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

Chi-square: 8.60984, df=1, p=.003344

**Tabla 11**

**Distribución de puérperas según paridad y grupo de estudio**

Paridad	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Primípara	28	58.33%	46	64.79%	74	62.18%
Múltipara	20	41.67%	25	35.21%	45	37.82%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

Chi-square: .507515, df=1, p=.476217

**Tabla 12**

**Distribución de puérperas según controles prenatales y grupo de estudio**

CPN	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
0 a 3	3	6.25%	3	4.23%	6	5.04%
4 a más	45	93.75%	68	95.77%	113	94.96%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

Chi-square: .245197, df=1, p=.620477

**Tabla 13**

**Distribución de puérperas según trastornos del embarazo y grupo de estudio**

Trastorno	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%

-1

Ninguno	34	70.83%	35	49.30%	69	57.98%
Am Aborto	1	2.08%	9	12.68%	10	8.40%
Oligoamnios	3	6.25%	5	7.04%	8	6.72%
ITU	1	2.08%	6	8.45%	7	5.88%
HT embarazo	4	8.33%	2	2.82%	6	5.04%
Distocia funicular	2	4.17%	3	4.23%	5	4.20%
Hemorragia obst	0	0.00%	3	4.23%	3	2.52%
RPM	1	2.08%	2	2.82%	3	2.52%
Hiperemesis	1	2.08%	1	1.41%	2	1.68%
Vaginitis	0	0.00%	2	2.82%	2	1.68%
Otro	1	2.08%	3	4.23%	4	3.36%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

Chi2 = 20.74 10 0.02

**Tabla 14**  
Distribución de puérperas según tipo de parto y grupo de estudio

Parto	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Vaginal	21	43.75%	33	46.48%	54	45.38%
Cesárea	27	56.25%	38	53.52%	65	54.62%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

Chi-square: .086041, df=1, p=.769272

**Tabla 15**  
Distribución de puérperas según sexo del recién nacido y grupo de estudio

Sexo	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	25	52.08%	41	57.75%	66	55.46%
Femenino	23	47.92%	30	42.25%	53	44.54%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

Chi-square: .371828, df=1, p=.542009

**Tabla 16**  
Distribución de puérperas según edad gestacional del recién nacido y grupo de estudio

E. gestacional	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Pretérmino	4	8.33%	2	2.82%	6	5.04%
A término	44	91.67%	69	97.18%	113	94.96%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

Chi-square: 1.82026, df=1, p=.177282

**Tabla 17**  
Distribución de puérperas según edad gestacional por edad gestacional del recién nacido y grupo de estudio

Peso para edad	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
PEG	4	8.33%	3	4.23%	7	5.88%
AEG	39	81.25%	65	91.55%	104	87.39%
GEG	5	10.42%	3	4.23%	8	6.72%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

Chi-square: 2.80216, df=2, p=.246331

**Tabla 18**  
Distribución de puérperas según patología neonatal y grupo de estudio

Patología	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguna	44	91.67%	70	98.59%	114	95.80%
SFA	2	4.17%	1	1.41%	3	2.52%
Ictericia patológica	1	2.08%	0	0.00%	1	0.84%
Sepsis	1	2.08%	0	0.00%	1	0.84%
Total	48	100.00%	71	100.00%	119	100.00%

Chi-square: 3.96593, df=3, p=.265166



**Anexo 4**  
**Proyecto de investigación**

**Universidad Católica de Santa María**

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

**Facultad de Medicina Humana**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**“Frecuencia y factores de riesgo asociados a la  
depresión postparto en pacientes atendidas en el  
Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique  
Arequipa, Octubre –diciembre 2016”**

**Proyecto de investigación presentado por:  
FÁTIMA ZHENIA MANRIQUE SILA**  
Para Obtener el Título de Médico-Cirujano.

**Arequipa - Perú  
2017**

## I. PREÁMBULO

En estos últimos años en nuestro país, se ha tomado un mayor énfasis en la salud mental; esto debido a que actualmente hay patologías psiquiátricas en nuestro medio que aún no son diagnosticadas y por consiguiente, hay pacientes que se encuentran sin tratamiento. Las pacientes gestantes y puérperas, están expuestas a situaciones laborales, psicológicas, socioculturales que no apoyan su condición, generando una situación de stress y ansiedad; cabe mencionar que muchas de ellas, aún no están preparadas para poder afrontar con éxito el periodo de gestación y el puerperio. Afectándose el apego no solo al binomio madre-niño, sino a la familia y comunidad constituyendo por lo tanto un verdadero problema de salud pública (1,2).

La depresión en cualquier momento de la vida, puede llegar a incapacitar a la persona, aislándola de la sociedad, alterando su comportamiento, viéndose alteradas las relaciones interpersonales y en casos más graves, puede desencadenar hechos irreversibles, como el suicidio(2); es por ello que es necesario realizar un estudio de frecuencia, tamizaje de depresión postparto en el Hospital PNP Arequipa, debido a que su condición laboral es mucho más estresante en la sociedad y aquellas familiares de policías están expuestas a sufrir cambios de domicilio continuamente.

Es necesario estudiar si las pacientes puérperas atendidas en el Hospital Regional Arequipa- Julio Pinto Manrique PNP presentan depresión postparto, siendo importante investigar la frecuencia de esta patología, comparándola con la bibliografía consultada.

Por tal motivo planteamos el presente estudio, que permitirá identificar la real frecuencia de este serio trastorno y a la vez identificar características que permitan su

oportuna identificación para aplicar medidas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación adecuadas y minimizar el daño a la salud mental y física de la madre y su recién nacido, cuyo objetivo es disminuir la morbilidad- mortalidad y consecuencias por este problema en la población, sobre todo en las gestantes que trabajan en la Policía Nacional del Perú y las gestantes con pareja que trabaja en esta institución.



## II. PLANTEAMIENTO TEORICO

### 1. *Problema de investigación*

#### 1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la frecuencia y cuáles son los factores de riesgo asociados a la presentación de depresión postparto en púerperas atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de Arequipa, en el periodo Octubre-Diciembre 2016?

#### 2. Descripción del Problema

##### a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría - GinecoObstetricia
- Línea: Depresión postparto

##### b) Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Valores o categorías	Escala
<b>V. dependiente</b>			
Grupo de estudio: púerperas del Hospital PNP Arequipa de Mayo-Diciembre del 2016.	Respuesta al test de Edimburgo	Con depresión / Sin depresión	Nominal
<b>V. independiente</b>			

<b>Factores de riesgo demográficos:</b>			
* Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
<b>Factores de riesgo Sociales:</b>			
* Estado civil	Unión civil declarada	Soltera, conviviente, casada, separada	Nominal
* Ocupación	Grupo ocupacional	Su casa, estudiante, independiente, obrera, empleada, PNP.	Nominal
* Instrucción	Último año aprobado	Iletrada, primaria, secundaria, superior, técnica	Ordinal
*Violencia familiar	Conjunto de atributos que caracterizan la relación conyugal en el ambiente familiar y social.	Con violencia/sin violencia	Nominal
*Planificación del embarazo	Decisión conyugal	Embarazo planificado / Embarazo no planificado	Nominal
*Relación conyugal y familiar	Interrogantes básicas en relación a las características de la relación interpersonal conyugal y dentro de la familia.	Bueno/regular/malo	Ordinal

<b><i>Factores de riesgo obstétricas</i></b>			
*Paridad	Número de partos	Primípara, multípara	Nominal
* Control prenatal	Registro de controles	Inadecuados (0 a 3) Adecuados (4 a más)	Nominal
* Trastornos del embarazo	Historia clínica	Ninguno, hipertensión del embarazo, hemorragia obstétrica, oligoamnios, RCIU	Nominal
* Trastornos del parto	Historia clínica	Parto eutócico / parto distócico	Nominal
<b><i>Características del recién nacido</i></b>			
* Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Varón / Mujer	Nominal
* Edad gestacional	Evaluación física de Capurro	Pretérmino (< 37 sem) A término (37-41 sem) Postérmino (> 42 sem)	Ordinal
* Peso al nacer	Peso en relación a edad gestacional	Peso bajo, peso adecuado, peso alto para la edad gestacional.	Ordinal
* Patología neonatal	Historia clínica con necesidad de hospitalización	Sufrimiento fetal, asfixia perinatal, malformación congénita, etc.	Nominal

**c) Interrogantes básicas**

1. ¿Cuál es la frecuencia de depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de Arequipa, en el periodo Octubre-Diciembre 2016?
2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas, como edad, estado civil

y ocupación de las puérperas atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de Arequipa, en el periodo Octubre-Diciembre 2016, que se relacionan con la Depresión Postparto?

3. ¿Cuáles son las características obstétricas, de paridad y presencia de trastornos del embarazo en puérperas atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de Arequipa, en el periodo Octubre-Diciembre 2016, que se relacionan con la Depresión Postparto?
4. ¿Cuáles son las características del recién nacido y el parto en puérperas atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de Arequipa, en el periodo Octubre-Diciembre 2016, que se relacionan con la depresión Postparto?

d) **Nivel de investigación:** Se trata de un estudio clínico.

e) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio observacional, prospectivo y transversal.

### 3. Justificación del problema

- **Originalidad:** Aunque existen estudios que han demostrado la presencia de depresión posparto, no hemos encontrado estudios en el Hospital PNP- Arequipa Julio Pinto Manrique, sobretodo enfatizando en el poco apoyo de la población policial a mujeres gestantes, puérperas y familiares de ellas; siendo una población vulnerable de sufrir depresión postparto.

- **Relevancia científica:** La depresión postparto (DPP) es una enfermedad subdiagnosticada que afecta a alrededor de una de cada diez mujeres, generalmente empieza cerca de dos semanas después del parto, pero algunas veces puede no presentarse sino hasta tres a seis meses después, llegando hasta el año postparto, es de interés para la salud reproductiva y la salud mental. Es un problema que afecta el apego con el recién nacido, se ve alterada la relación con la familia y la sociedad, siendo un verdadero problema de salud pública; es necesario que se tome pruebas de tamizaje para descartar DPP en el examen de control puerperal, permitiendo un diagnóstico y manejo oportuno.
- **Relevancia práctica:** permitirá identificar la severidad de la depresión en un grupo particular de mujeres, así como la identificación de factores predictores que permitirán realizar medidas preventivas, aportará como parte del manejo postparto oportuno, el despistaje de depresión en púerperas atendidas en el hospital de la policía.
- **Relevancia social:** Se beneficiará a un grupo importante de la población como es la población de mujeres en edad fértil, así como se resguardará la salud de los recién nacidos y el apego hacia su madre en los primeros días de vida, evitando que se vea resquebrajada la relación madre-hijo.
- **Contemporaneidad:** La depresión es un problema creciente, que afecta a diferentes grupos en los que las mujeres en edad reproductiva merecen una atención permanente. Sin embargo la población policial femenina que se ve incrementada en los últimos años, hace que esta patología sea más frecuente debido al limitado apoyo socio laboral, así mismo al

stress permanente que su ocupación demanda.

- **Factibilidad:** Por tratarse de un diseño prospectivo en el que se cuenta con una población accesible, y además se cuenta con instrumentos validados como el test de Edimburgo.
- **Motivación personal:** Por realizar una investigación en el área de la salud mental y la ginecología. La población policial cuenta con limitado apoyo en aspectos sociales, laborales, culturales lo que hace aún más frecuente esta patología, sobre todo teniendo en cuenta que son dos vidas las que se ven afectadas. Con la inclusión de las mujeres en el ámbito laboral se ha tornado más vulnerable a sufrir enfermedades de salud mental, sobre todo si hay estrés laboral que no apoya su condición de gestante o puérpera. Es necesario que forme parte del control habitual postparto.
- **Contribución académica:** por la generación de nuevos conocimientos en el campo de la medicina, siendo uno de los diagnósticos que se debe descartar oportunamente en el control posterior al alumbramiento; siempre contribuyendo en resguardar la salud de mujeres puérperas y recién nacidos, los cuales forman parte de los objetivos del milenio, contribuyendo a una mejora en la relación madre-hijo, permitiendo que el periodo postparto se dé de la manera más natural y positiva posible.
- **Políticas de investigación:** El desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina.

## 2. **MARCO CONCEPTUAL**

### DEPRESION

La depresión es un trastorno biológico, caracterizado por presentar una respuesta inadecuada al estrés psicosocial con incapacidad del individuo para afrontarlo con éxito. La Organización Mundial de la Salud define depresión como un trastorno que se caracteriza por la presencia de tristeza, infelicidad, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración, pérdida de interés, sentimientos de culpa, decaimiento, irritabilidad, apatía, anhedonia, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida(10,38,39). El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) incluyó como novedad frente a la versión anterior, el trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto, considerando su desarrollo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas del postparto(3).

#### *1.1. Depresión postparto*

Se considera depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre después del nacimiento del producto y expulsión placentaria(10). Es importante diferenciar la reacción depresiva puerperal de la depresión posparto, debido a que la primera principalmente se relaciona con la disminución brusca de hormonas, sin embargo puede ser el primer episodio de depresión que en algunos casos progresará a depresión postparto. La escasa información en relación a esta patología, supone un reto para el médico asistencial; siendo más difícil su diagnóstico, dado que muchas mujeres sienten miedo de ser juzgadas por estos sentimientos de tristeza, razón por la cual, no son expresados, ni

a sus familiares ni al personal asistencial, cronificando sus síntomas, sin poder tener un manejo oportuno.

### ***1.1.1. Epidemiología:***

La prevalencia mundial de DPP a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20%(9) observándose mayores valores en madres adolescentes (26%)(2) y en los niveles socioeconómicos más bajos (38,2%)(10). Un estudio antropológico publicado a fines de la década 1980-1989 concluyó que la DPP era prácticamente inexistente en China, debido a una mayor calidad de atención asistencial preventiva dirigida a la mujer y a las adecuadas redes de apoyo familiar(11). En un estudio de Lima Metropolitana, en el cual se estudiaron mujeres en edad fértil en el periodo puerperal, donde se aplicó el test de Edimburgo, se encontró una prevalencia del 24%(49).

Usando la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo, se hallaron los siguientes datos, en Inglaterra la incidencia de la depresión posparto va de un 10 a 15%. En Chile la prevalencia a las 12 semanas post parto una incidencia de 32.5%. En Estados Unidos de 8 a 26%, España 25.8% y Brasil 12%. Un estudio que incluyó 11 centros asistenciales, mostró que la depresión posparto fue más frecuente en India (32%), Korea (36%), Guyanas (57%) y Taiwán (61%).(49)

La prevalencia encontrada es alta en varios países de América Latina donde, en países tales como Chile, se describen prevalencias de DPP entre el 22 y 50,7%; en Venezuela, en un estudio realizado en 100 puérperas, el 91% mostró rasgos positivos de DPP según la Escala de Edimburgo; en Argentina se reportó el 36,8%; y en Cali, Colombia, se informó un 57%. Lo anterior sugiere que la

DPP es un problema de salud pública (43).

La reacción depresiva puerperal, conocida también como *baby blues* es común y afecta del 30 al 75% de las mujeres que acaban de tener un hijo (11)(12). Esta forma de cambios de humor en el posparto se debe, principalmente, a la súbita caída hormonal, es de alivio espontáneo y no requiere tratamiento específico, más allá de la educación y el apoyo familiar (12) suele presentarse alrededor del tercer y quinto día(57). En la DPP debe ocurrir la mayor parte del tiempo durante dos semanas, afectando el funcionamiento cotidiano de la paciente y el cuidado del bebé(10).

La psicosis posparto es un acontecimiento relativamente raro (1 a 2 en cada 1,000 nacimientos), cuyo comienzo se da generalmente durante los tres primeros meses del período de posparto, sin embargo hay literatura que afirma que los síntomas pueden presentarse al tercer y noveno día post parto; tiende a ser severa y rápida, acompañado de síntomas psicóticos, considerado una emergencia psiquiátrica(57). A estas mujeres a menudo las abruma un agobiante sentido de vergüenza y desesperanza, incapacidad para descansar, de la misma manera puede presentar actividad alucinatoria y delirante (10,6,57). Los desenlaces más temidos incluyen el suicidio e infanticidio, que habitualmente están más asociados a la ausencia de tratamiento, en DPP severa y psicosis postparto.

Paris y cols. (2009) que estudiaron a mujeres con DPP, encontrando que 43% presentaba “moderado a alto riesgo suicida”, asociado significativamente con una baja autoestima en relación a la interrupción de su trabajo, mayor estrés en el rol materno, menor preparación para asumirlo, e inadecuada interacción con su bebé.

Los hijos de madres con DPP pueden establecer relaciones de “apego ansioso” con una frecuencia significativamente mayor que los hijos de madres no deprimidas, y exhibir una mayor probabilidad de trastornos conductuales, accidentes, ingresos hospitalarios y maltrato infantil.(10)

Hay factores que intervienen en su presentación; entre los factores causales a diferencia de otros trastornos psiquiátricos del postparto como la psicosis puerperal, que ha mostrado una mayor relación con aspectos neurobiológicos, antecedentes psiquiátricos, bipolaridad, los factores que han mostrado una mayor asociación con la DPP son de tipo psicosocial (11).

Los factores de riesgo asociación moderado son: estrés cotidiano, problemas de pareja, violencia familiar, estrés en el cuidado del bebé, baja autoestima (14). Por su parte, los predictores con menor asociación con la DPP son: ausencia de pareja, dificultades socioeconómicas, complicaciones obstétricas, embarazo no deseado o no planificado(14).

### *1.1.2 Manifestaciones clínicas*

Los síntomas de la DPP son: sentimientos de tristeza, desánimo, inadaptación a la nueva etapa; incapacidad para resolver problemas; pérdida de la concentración o la memoria; abatimiento o desesperación; pensamientos suicidas; desinterés por el bebé o preocupación excesiva por su salud; culpabilidad; ataques de pánico; sentimientos de estar "fuera de control" o "volviéndose loca"; dolores de cabeza; dolores en el pecho; palpitaciones, o hiperventilación. Perdida de sentir placer por cosas o acciones que anteriormente le complacían, alteración del sueño, llanto la mayor parte del día, ansiedad, pesimismo hacia el futuro.

## *Etiopatogenia*

No se conocen con certeza los desencadenantes de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio, pero se han descrito diversos factores relacionados con su presentación (14). Las mujeres responden de maneras diversas a los factores estresantes del embarazo y algunas expresan una preocupación persistente por la salud del feto, los cuidados del lactante, los cambios en el estilo de vida o el temor al dolor durante el parto, cambio de la apariencia física después del parto; son frecuentes los sentimientos de ansiedad y el deterioro funcional(41), hay una correlación importante en aquellas pacientes que han tenido un cuadro depresivo en la gestación, o han tenido alteración de su estado de ánimo previamente. El nivel de estrés percibido es mucho mayor entre las pacientes cuyo feto tiene riesgo elevado de padecer alguna malformación, primíparas, en las que tienen parto pretérmino y en las que sufren otras complicaciones médicas, como infección de herida operatoria; como también, problemas en relación a la inestabilidad de la pareja, socioeconómica, situaciones de estrés laboral.

### *a. Teorías bioquímicas y genéticos (12)*

Se han investigado distintas teorías, entre ellas la existencia de:

- Valencia Lizarbe, S. (2016). En su libro *La depresión Postparto*, mencionan la existencia de un gen relacionado al estado de ánimo, como es el caso de C677T(57).
- Existe una teoría que consiste en el “*fenómeno de retirada* por el rápido descenso de las hormonas sexuales, tales como progesterona y estrógenos asociado a la modificación del cortisol plasmático. Algunos autores sugieren que los altos niveles de cortisol que se registran durante

el embarazo y posteriormente una caída súbita, podría ser el detonante; en contraste, solo algunas pacientes padecen el cuadro depresivo.

- Ramachandran, Leena y cols.(2017) Realizaron un estudio relacionado con la relación de LH/FSH en puérperas a las 6 semanas posteriores al parto, donde una baja proporción de la misma, estaría relacionada con el desarrollo de Depresión postparto(55)

“Una disminución del nivel de triptófano libre en suero. La biodisponibilidad del triptófano libre es el elemento principal que regula la actividad de la enzima que interviene en la síntesis de serotonina, cuyo descenso juega un papel predominante como desencadenante de la depresión. Sin embargo, la administración de triptófano en el embarazo no la previene, con lo que parece existir algún otro mecanismo de modulación en la síntesis de los neurotransmisores relacionados al placer y satisfacción.

- “Alteración de la glándula tiroidea, pues los síntomas son bastante similares a un cuadro de hipotiroidismo. Además, existe relación en la presentación de tiroiditis autoinmune en el periodo puerperal, provocando alteraciones en el estado anímico de las pacientes. Otros hallazgos, como una aumento en la concentración de anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina entre el 4to y el 6to mes postparto, asociados a síntomas depresivos, requieren un mayor estudio”(53).
- “Los niveles de prolactina pueden llegar a tener cifras hasta de 140 ng/ml al final del embarazo y declinan a las 3 semanas posteriores al parto. Se

ha pensado que la prolactina interviene en la presentación de esta entidad debido a que se compararon niveles de prolactina con mujeres no embarazadas con ansiedad y depresión; donde se encontró hiperprolactinemia. Sin embargo, diversos estudios muestran resultados contradictorios”(53).

#### ***b. Antecedentes psiquiátricos previos***

Estudios determinan que hay una relación en aquellas pacientes que han padecido un cuadro depresivo puerperal anteriormente, llegando a presentar DPP en un 50% de recurrencia en el siguiente embarazo; también en pacientes que presentaron síntomas depresivos en la gestación, hubo DPP en un 35%; lo que hace pensar que la hay una fuerte asociación de DPP con alteraciones de ánimo previas al embarazo (54):

Hay predictores de DPP en el ámbito familiar y personal de cuadros depresivos previos; encontramos que estas variables están ampliamente relacionadas, lo que afirma que se relacione con las enfermedades afectivas y que se manifiesta o agrava durante el posparto, periodo en el que hay mayor tensión y estrés(43). Por lo tanto, se considera a la familia como el primer agente socializador, y luego la pareja que pasa a formar parte de este entorno, son las interacciones que ocurren en dicho ámbito los que tendrían mayor repercusión en la afectividad de la mujer en este lapso de tiempo, en especial en períodos de mayor sensibilidad como lo son el embarazo y el puerperio.

- Al haber presentado depresión con anterioridad es un factor de riesgo importante en la DPP y con su persistencia.

- Síntomas de tipo depresivo o ansiosos durante la gestación, aunado a pobre apoyo familiar y social, agregándose la condición poco positiva del ambiente laboral pueden desencadenar esta patología.

### ***c. Factores psicológicos***

En el periodo de gestación y el parto ocurren ciertos cambios que pueden exacerbar trastornos de ansiedad y depresión; los primeros, demandan de una serie de procesos de adaptación que ocurren en los 9 meses, ocurren cambios no sólo en su cuerpo, en su mente, con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales. El modelo de *madre ideal*, abnegada que se ha forjado por la sociedad, provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer, y peor aún cuando no llegan a cumplir sus expectativas como madre, el sentimiento de frustración, sentimientos de culpa y presión social se hace más evidente.

El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar el núcleo familiar de origen, “salvar un matrimonio fracasado”, retener a la pareja, evitar un duelo, indican problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de éste, al igual que tener un hijo no deseado o no planificado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo que pueden condicionar alteraciones en el apego, generando mayor ansiedad en niños(18).

El nivel de sobrecarga experimentado por los cuidados del bebé, sobretudo en pacientes primíparas, resulta ser un factor de riesgo asociado a la posibilidad de presentar DPP, puesto que un mayor nivel de estrés, se asocia a mayores niveles de sintomatología depresiva, y las nuevas exigencias, como las demandas de

alimentación y cuidados del recién nacido, la hacen más propensa a tener alteraciones del sueño, síntoma característico de DPP(47).

Valencia Lizarbe, S. (2016). Menciona que aquellas mujeres que aquejaban de síndrome premenstrual anteriormente, tendrían cierta predisposición para sufrir un episodio de depresión postparto, debido a la sensibilidad que tienen estas mujeres a los niveles bajos de estradiol, jugando un rol importante en relación a la serotonina, hormona del placer(57).

Ana Maria Poó y cols. Concluyen que en cuanto a la variable Sensación respecto al cuerpo posterior al parto, 60% de las pacientes en estudio, manifestaron sentirse disconformes. Puede explicarse que la sensación de disconformidad respecto al cuerpo posterior al parto, resulte un factor de riesgo, dado que una importante fuente de ansiedad surge en relación a la imagen corporal, lo que puede generar una disminución de la autoestima(46). Además, actualmente la mujer ha adquirido mayor protagonismo en la sociedad, y las exigencias a las que se ve expuesta han ido aumentando, como la sobrevaloración del aspecto físico, que se puede ver reflejada en la alta disconformidad respecto a su cuerpo.

#### ***d. Factores sociales y laborales***

La percepción subjetiva de pobre apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos, ya sea por su familia, su madre, su pareja en la realización de tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, supone un incremento en el riesgo de trastornos de ánimo, aumento de tensión y ansiedad; en México se realizó una experiencia grupal de pacientes con DPP,

donde a través de una lluvia de ideas, como parte de la psicoterapia, informaban sentirse agobiadas por las nuevas funciones que tenían que realizar como madre, y ante cualquier discusión de pareja, preferían reprimirse antes de solucionar el problema; pues, temían que sus niños pudieran presenciar o ser parte de un ambiente conflictivo, aumentando el sentimiento de frustración y tristeza.(49)

La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, no disponibilidad del periodo de maternidad o lactancia, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja constituyen factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno (15,17, 21).

Consumo de alcohol durante el embarazo. La ingesta de alcohol en el período de gestación, podría estar relacionada con la manifestación de sentimientos de culpa o temor de que el niño tenga alguna malformación, sintomatología característica de DPP(47). En relación a factores familiares, el tener antecedentes de trastornos del ánimo en familiares de primer grado, aumenta las probabilidades de desarrollar DPP(46), lo cual fue corroborado en dicho estudio. Se puede inferir, que el componente biológico hereditario o interacciones con estas personas, serían un antecedente de riesgo para desarrollar DPP.

Las parejas disfuncionales informan experiencias de violencia intrafamiliar actuales o pasadas, experimentadas de manera directa o indirecta no sólo entre la mujer y su pareja, tendrían repercusiones en la mujer para desarrollar DPP. La mala calidad de la relación con el padre del último hijo durante el embarazo, resultó ser un factor de riesgo para presentar DPP. Además, una mala calidad en la relación con los padres en el puerperio, puede ser un factor de riesgo para

desarrollar DPP. Lo que coincide con otras investigaciones que plantean que problemas actuales con los padres y recibir escaso apoyo por parte de ellos después del parto, tanto en aspectos prácticos como emocionales, se asocia con la aparición de DPP.

En el ámbito laboral, desde el 2004 donde se aplica la ley de protección a las gestantes de la policía nacional del Perú y fuerzas armadas. La protección de los derechos de la gestante y puérpera en el sector privado y público está debidamente promulgado y regulado, en nuestro país; sin embargo años anteriores las féminas de las fuerzas armadas y policía nacional, no contaban con normas legales que protegían la etapa de gestación, maternidad ni el periodo perinatal, más aún la presión social de ser rechazadas, discriminadas y señaladas.

A la actualidad cuentan con normas dirigidas al personal militar femenino, tanto de las fuerzas armadas y policiales, quienes brindan facilidades y protección a la mujer gestante, reconociendo sus derechos esenciales, tales como su derecho al descanso pre y post natal, el derecho a la lactancia y derecho de cuidado de la salud materno-perinatal. Se debe proteger la salud de la gestante, resguardándola de situaciones que pongan en riesgo su salud, como situaciones de violencia, esfuerzos físicos y ambientes hostiles.

Torres Giménez y cols, realizaron un estudio descriptivo, longitudinal por el lapso de un año, de 285 madres trabajadoras, en donde se investigó que el trabajo contribuye como factor de estrés, produciendo trastornos de ánimo, exacerbándose en aquellas cuyos trabajos eran dependientes, con poca capacidad de decisión frente a la solución de problemas, asociado a alta carga laboral en un tiempo breve; así mismo, el 25% de las mujeres embarazadas, que visitaron el

instituto de psiquiatría perinatal, refería que su situación especial contribuía de forma negativa en el ámbito laboral, su desarrollo profesional y personal. También el reparto de las tareas domésticas es muy desigual entre hombres y mujeres, tendiendo éstas a llevar una mayor carga con las tareas del hogar y cuidado de los hijos. Esta conjunción de factores, el estrés laboral, el doméstico y la crianza de los hijos, se asocia en las mujeres a un peor estado de salud, llevando a un fracaso adaptativo, incapacidad de afrontar los problemas con éxito, ocasionando enfermedad. En el estudio de “Influencia del embarazo sobre la situación laboral en mujeres atendidas en el programa de psiquiatría”, mostraron que el 16.56% de las mujeres, suponía que el embarazo habría empeorado su situación laboral y 9.76% había tenido problemas laborales como despido, no renovación de contrato, aumentando la ansiedad de la puérpera (50). En madres que no se reincorporaron a trabajar hasta el año después del parto, se encontró que estaban asociados a antecedentes psiquiátricos personales, estrés doméstico con posterior sintomatología depresiva de las mismas, alteración en la calidad de vida, distrés psicológico, en relación al conflicto de tareas de la maternidad, el cumplimiento de roles, etc.(50)

#### ***e. Factores sociodemográficos***

Madres adolescentes o madres añosas, el estado civil, el nivel de estudios, la situación económica, son factores a que contribuyen esta patología, muestra moderada influencia en la depresión postparto(49,57). Los factores de riesgo que han sido descritos para la depresión posparto son variados: edades extremas de las puérperas, el embarazo no deseado o no planificado(57), las dificultades

conyugales, los problemas con los padres, familias disfuncionales, el nivel socioeconómico(43)

Rojas y cols. En su estudio de caracterización de madres deprimidas en el postparto, en un estudio longitudinal, de 440 mujeres puérperas, en el cual el rango de edades oscilaban entre 15 y 46 años de edad, con una media de 25; donde también concluyeron que la situación económica baja es un factor que influye en la DPP, sobre todo en madres adolescentes quienes pertenecen a población económicamente inactiva.(51)

En Chile en tanto, la fecundidad en menores de 19 años experimentó un ascenso sostenido entre la década de los 80 y el año 2000, con una tasa actual de natalidad adolescente cercana al 15%; similar a la encontrada en Perú que fue una tasa de 14 % aproximadamente (51). El embarazo adolescente se ha asociado a bajo nivel socioeconómico y educacional, inicio precoz de la actividad sexual y a mayor frecuencia de trastornos del ánimo. Asimismo, se sabe que las madres adolescentes tienen mayor riesgo de morbilidad obstétrica, más probabilidad de deserción escolar, inactividad laboral y dependencia económica, y a establecer vínculos de apego inseguros con sus hijos, sentimiento de rechazo. Éstos, en tanto, estarían más expuestos a la morbilidad perinatal y neonatal, a la prematuridad y bajo peso al nacer, al abuso y/o negligencia parental y a problemas conductuales y de rendimiento desde la etapa preescolar(52). Sin embargo, entre las conclusiones del estudio de DPP en adolescentes, fueron que éstas ya presentaban síntomas depresivos incluso en los últimos meses de gestación, y algunas de ellas habían sido víctimas de abuso infantil, lo que generaba más rechazo en la relación madre-

hijo; gran parte de las que presentaron DPP mantenían conflictos en el núcleo familiar, con escaso apoyo en el cuidado del bebé; no fue estadísticamente significativo la relación entre raza y etnia.

En cuanto a los factores sociodemográficos asociados a DPP, a pesar que algunas investigaciones señalan que el tener tres o más hijos es un factor de riesgo para padecer DPP. Esto podría deberse a que tener más de un hijo, implica que la madre disponga de los mismos recursos personales para realizar más labores, tanto con el recién nacido como con los hijos anteriores. Además, al pertenecer a un estrato socioeconómico medio- bajo, se puede inferir que al poseer menos recursos económicos, la llegada de un nuevo hijo implica redistribuir el presupuesto familiar.

#### ***f. Factores de morbilidad***

- La morbilidad materna, que incluye la existencia de problemas de fertilidad en la pareja, enfermedades previas al embarazo como diabetes, hipertensión, lupus, enfermedades crónicas; embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto.
- La morbilidad del recién nacido, en la que se han estudiado como factores asociados la presencia de anomalías o enfermedades, como problemas respiratorios, infecciosos como sepsis, estancia hospitalaria en UCI neonatal, prematuridad, bajo peso, ictericia, problemas traumatológicos, muerte neonatal y otros.

Finalmente, se reporta una discreta asociación entre disfunciones tiroideas, cambios hormonales, alta hospitalaria precoz, parto prematuro, alimentación artificial del bebé,

dificultades para adaptarse a la maternidad, antecedentes de abuso sexual en la infancia, consumo de tabaco y enfermedad médica de la madre.

## **1.2. Clasificación de la depresión postparto (10)**

### **A. Depresión posparto leve o Baby Blues**

Es un síndrome leve, transitorio, que se presenta aproximadamente en un 50-80% de las madres. La depresión postparto (DPP) es definida en el Manual de estadística y diagnóstico de desórdenes mentales (DSM-V) como la presencia de cinco o más de los siguientes factores: ánimo deprimido, marcada disminución en el interés o placer en las actividades, anorexia, astenia, alteraciones del sueño (insomnio y sueño fragmentado), agitación física o retardo psicomotor, sentimientos de desesperanza o excesiva culpa, disminución de la concentración que tiene un lapso menor a 2 semanas, suele caracterizarse por ser transitorio, se limita de manera espontánea, es necesario informar a la paciente y tener un buen control y comunicación con las mismas(42).

### **B. Psicosis posparto**

La psicosis posparto es una enfermedad aguda y grave que ocurre en 1-2 casos de cada 1000 nacimientos. Aparece generalmente de forma brusca entre el tercer y noveno día, aunque puede iniciarse hasta incluso en el sexto mes. La psicosis posparto no se diferencia clínicamente de otras psicosis, es una emergencia psiquiátrica. Su aparición clínica comporta labilidad del humor, agitación grave, irritabilidad, confusión, incapacidad para dormir, pensamiento desorganizado y alucinaciones visuales, auditivas que comprometen la vida del

niño. En tanto que la madre puede autolesionarse o dañar a su hijo, la psicosis posparto es una emergencia psiquiátrica.

### C. *Depresión mayor posparto*

Es una de las enfermedades más frecuentes tras el parto y aunque suele pasar inadvertida afecta al 10-20% de las púerperas según diversos estudios. Se inicia a las 2-3 semanas tras el nacimiento, con una duración de 4-6 semanas, e incluso superior al año sin tratamiento. La mujer siente fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad total de hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia en relación con el afecto de éste. 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 de la madre, pudiendo aparecer una intolerancia extrema hacia el bebé, llegando a gritarle e incluso a pegarle. Generalmente su cuadro es más florido, la mujer que sufre una depresión posparto generalmente experimenta varios de los síntomas mostrados en la Tabla I

Los trastornos del estado de ánimo en el postparto acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y comportan considerables repercusiones tanto para la propia mujer, que ve mermado su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares, sin olvidar las consecuencias económicas que conllevan las bajas laborales de las mujeres afectadas.

**TABLA I : SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pereza.</li> <li>- Fatiga.</li> </ul> |
|--|

- Tristeza.
- Alteración del sueño y del apetito.
- Falta de concentración, confusión.
- Pérdida de memoria.
- Irritabilidad hacia el marido o los otros hijos.
- Sentimiento de culpa.
- Pérdida de libido.
- Miedo a autolesionarse o dañar al niño.
- 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.
- Puede aparecer raramente una intolerancia extrema hacia el bebé: llega a gritarle e incluso a pegarle.
- Síntomas ansiosos; angustia intensa, miedo, taquicardia, taquipnea, temblor, mareo, pánico, etc.

### ***1.3. Diagnóstico***

La detección precoz de estos trastornos es difícil, lo que provoca que su incidencia esté subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas, ya que en función de las expectativas sociales deben estar contentas y llenas de satisfacción tras el acontecimiento y pueden mostrarse recelosas de revelar sus sentimientos. Dificulta aún más el diagnóstico el hecho de que el período postparto está asociado a cambios psicológicos y complicaciones somáticas que pueden remedar un cuadro depresivo, supone un reto en su diagnóstico debido a que es poco conocido por las pacientes, restandoles importancia a los sentimientos de tristeza, interiorizando sentimientos de frustración e insatisfacción que pudiesen tener(19).

Un estudio demuestra que la mayoría de pacientes con depresión postparto a los 6 meses, no recibía tratamiento; esto debido a desinformación, pobre concientización en relación al tratamiento, diagnóstico no oportuno(58), he ahí la importancia de su detección pronta. Un diagnóstico exacto es el primer escalón; para ello es imprescindible establecer unas líneas generales de actuación, que incluyan (22):

- Historia clínica completa junto con un examen físico y analítico: La fatiga y astenia pueden ser debidas a la excesiva pérdida de sangre durante el parto, a la disminución del sueño y a la adaptación a las necesidades del recién nacido. La pérdida de iniciativa y los cambios de humor, generalmente transitorio, que ocurre en el 4-7% de las pacientes entre el cuarto y sexto mes postparto.
- La identificación de los grupos de riesgo: Sería aconsejable profundizar en las características pre y postnatales que pudieran predecir una mayor probabilidad de desarrollar esta patología. El test de Edimburgo ampliamente validado, gran ayuda para hacer un tamizaje inicial a pacientes con factores de riesgo; consta de 10 preguntas sencillas de fácil resolución en relación a estados de tristeza, anhedonia, ansiedad, etc;
- Información-Educación: Existe una escasa documentación de este problema entre el personal sanitario; sería necesario para una detección precoz ofrecerles una información adecuada, junto con la creación de grupos de apoyo a las madres embarazadas, que hicieran participar también a los padres, en los que se tratasen los síntomas de la depresión y los posibles sentimientos de ansiedad, miedo o inseguridad que pueden aparecer tras el parto.

- Relación médico-paciente: El médico asistencial del primer y segundo nivel de atención; debe realizar un control puerperal, evaluando la salud física, sino también atender a la salud mental; indagando sobre factores de riesgo que pudieran poner en peligro la vida del recién nacido, la madre y la sociedad. Siendo capaz de distinguir aquellas que tienen cierto riesgo de presentar un cuadro depresivo (20).

#### ***1.4. Diagnóstico diferencial***

Dentro de las condiciones que pueden considerarse en el diagnóstico diferencial de la depresión postparto tenemos las siguientes (28):

- Desórdenes Psiquiátricos
  - Depresión mayor con características psicóticas, considerada en la 5ta edición de DSM.
  - Trastorno Bipolar, con periodos de hipomanía, manía y periodos de normalidad.
  - Trastornos esquizoafectivos
  - Esquizofrenia
  - Psicosis reactiva
- Condiciones Clínicas
  - Tiroiditis, que se presentan con cierta frecuencia en el periodo puerperal; hipotiroidismo, que simula la sintomatología de esta enfermedad.

### ***1.5. Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS)***

Se han usado distintos métodos para evaluar la depresión postparto, aunque el más usado es *The Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Esta escala ha sido desarrollada para ayudar a los profesionales de Atención Primaria en la detección de las madres que sufren depresión postnatal. El EPDS se desarrolló en centros de salud de Livingston y Edimburgo y se han realizado validaciones en numerosos países (23), entre ellos, Chile, donde es usada como parte de la atención puerperal.

Consiste en un registro de auto aplicación, que consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos.

La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos, que la madre ha podido sentir en los últimos 7 días en la mayor parte del tiempo; 5 de estos ítems incluyen la disforia, tristeza infelicidad, 2 ítems están relacionados con ansiedad, 1 con sentimiento de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultad de concentración.

Según los resultados obtenidos la puerpera puede ser clasificada en tres grupos:

- EPDS menor que 10: sin riesgo de depresión posparto
- EPDS 10-11: puntaje límite para riesgo de depresión
- EPDS mayor o igual a 12: puntaje indicador de probable depresión.

Consta de diez preguntas cortas, autoaplicadas, que hacen relación a cómo se han sentido las madres en los últimos 7 días. Cada una de las respuestas es valorada de 0 a 3; se obtiene una puntuación global de la suma de todas ellas. Un total de 12 o más puntos indicarán la probabilidad de padecer el trastorno. La escala no detecta ansiedad,

neurosis, desórdenes de personalidad o fobias de la madre. En casos dudosos puede repetirse después de dos semanas.

### **1.6. Manejo**

– *Tratamiento psicoterapéutico.* La importancia que han demostrado tener las medidas de apoyo y psicoeducacionales para disminuir de forma significativa la incidencia de los síntomas depresivos ha dado lugar a la creación de grupos de soporte y asociaciones dirigidas al tratamiento de estos problemas, sin embargo el tratamiento psico conductual es el manejo de primera línea, (59) respondiendo positivamente a los 3-6 meses de iniciada la terapia, cabe mencionar que la administración de fármacos antidepresivos queda indicada para casos severos, moderados; siempre evaluando riesgo beneficio de los mismos.

En el *Maternity Blues*, dado que es un cuadro transitorio y sin consecuencias, dar seguridad y apoyo, junto a información sobre su posible aparición y clínica suele ser suficiente en la mayoría de los casos. Sin embargo, su resolución a veces puede verse comprometida y las mujeres que lo experimentan pueden tener un riesgo aumentado para desarrollar depresión postparto (24).

Terapias cognitivo-conductuales: es la modalidad más estudiada en el trastorno depresivo y puede ser individual o grupal. La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión(40).

Activación Conductual: es una terapia estructurada y concisa que emplea diferentes técnicas conductuales encaminadas en lograr que el paciente aprenda a

organizar su vida, aprenda a sobreponerse a situaciones estresantes, a poder resolver con éxito situaciones desagradables y cambiar su entorno para recuperar el reforzamiento positivo(40).

Terapia interpersonal: centrada en las relaciones y en los procesos interpersonales actuales, su objetivo es reducir los síntomas de tristeza, ansiedad, frustración a través de la resolución o afrontamiento de áreas problemáticas, realizar reforzamiento positivo; hacer énfasis en la lactancia materna(59).

– *Tratamiento farmacológico.* La eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas en el manejo agudo de la DPP ha sido demostrada fuertemente por datos empíricos, recomendándose como tratamiento de primera línea por el menor riesgo de efectos secundarios en el recién nacido, aquellos que presentan menos concentraciones del fármaco a través de la leche materna. La efectividad de la hormonoterapia no ha sido concluyente. Un metaanálisis señaló que la administración de estrógenos favoreció a mujeres con DPP severa evaluadas a tres meses del tratamiento (RR = 0,30; IC 95%; [0,14-0,66]), sin embargo, se basaron en una pequeña muestra de estudios lo que dificulta la generalización de estos resultados.

El uso de antidepresivos se ha recomendado para la DPP de moderada a severa. En mujeres que mantienen lactancia materna la decisión debe ser individualizada, sopesando los riesgos y beneficios de su administración y brindando la adecuada información a la paciente. En este sentido, se destaca el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (especialmente sertralina y paroxetina) por mostrar niveles indetectables en el bebé, a diferencia de la fluoxetina y el citalopram que muestran mayor paso a la leche materna, provocando llanto, irritabilidad(59).

Aunque la psicoterapia constituye el tratamiento de primera línea, muchas pacientes con una depresión postparto moderada o grave requieren el tratamiento con psicofármacos. Los antidepresivos son la piedra angular del tratamiento de la depresión posparto moderada y severa. Un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina debe administrarse de manera rápida, pues este tipo de agentes presentan un bajo riesgo de efectos tóxicos en caso de sobredosis. La mayoría de los estudios existentes son ensayos abiertos; recientemente, se han realizado estudios controlados con placebo (25).

La sertralina se considera como el antidepresivo de elección durante el embarazo, en virtud de su baja tasa de excreción en la leche materna y, generalmente, no se detecta en el plasma del neonato, disminuyendo cualquier reacción adversa en el mismo. Otro antidepresivo considerado apropiado durante la lactancia es la paroxetina, ya que ha mostrado un bajo porcentaje en el niño, de la dosis ajustada de la madre (hasta 2,24%) y una media de concentración leche/plasma de 0,96. Además, es poco probable que se detecte en el plasma del lactante, no se ha asociado a ningún efecto adverso y no posee metabolitos activos (26). Otros ISRS como fluoxetina y citalopran, tienen una vida media mayor, por lo que algunos estudios reportan niveles séricos elevados en los hijos(as) de las madres que lo consumen, lo que pudiera asociarse a la presencia de efectos adversos en los niños, como cólicos, diarrea e irritabilidad(45).

Los antidepresivos tricíclicos, como nortriptilina, imipramina(59); a excepción de la doxepina, se asocian con dosis poco significativas en los recién nacidos, en especial si son mayores de 10 semanas de edad. En su defecto, la doxepina sí se encuentran en el plasma de los niños y se relacionan con efectos en el recién nacido. La elección del tratamiento antidepresivo debe sustentarse en las características de la respuesta previa de la paciente a algún tipo de antidepresivo y en el perfil de efectos

adversos. Se recomienda iniciar con la mitad de la dosis usual, con incremento de la dosis cada quinto día, debido a la hipersensibilidad de las mujeres a los efectos indeseables de los medicamentos durante este período; si es un primer episodio depresivo, se deben esperar cuatro semanas para evaluar la respuesta a este tratamiento y, si fue favorable y la paciente tiene antecedentes de episodios previos, se debe sostener por seis meses o más tiempo. Deben utilizarse fármacos estabilizadores del estado de ánimo y, con gran frecuencia, neurolépticos para controlar las crisis agudas y los episodios de agitación (26).

Si en la psicosis postparto existe riesgo para el niño (abandono, abuso, infanticidio) o para la madre (autoagresión o suicidio), está indicado el ingreso psiquiátrico, de manejo hospitalario(27); En un estudio que se realizó a lactantes hijos de madres con DPP, se reportaron alteraciones en estudios de neuroimagen, niveles elevados de cortisol, déficit de desarrollo psicomotriz a los 18 meses; por lo cual determina que el impacto que sufren estos niños es significativo(60).

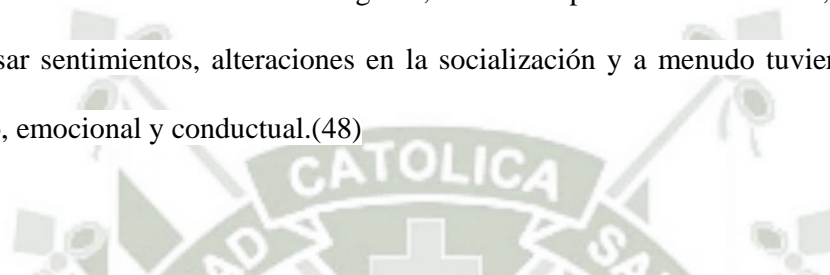
En caso de que la paciente no responda a la farmacoterapia o los síntomas vayan en escalada puede ser necesaria la terapia electroconvulsiva, en casos graves, donde se evidencia el riesgo inminente de la vida de la madre y de su hijo(27).

### ***1.8 Pronóstico y consecuencias***

El pronóstico de la DPP es bueno, si se realiza un diagnóstico oportuno; sin embargo aún hay gran cantidad de madres que no son diagnosticadas pudiendo desencadenar consecuencias fatales, debemos evitar que se cree estigmas, vergüenza, y el temor a la crítica(10). Por lo tanto, es importante que el personal de salud evalúe durante el embarazo la presencia de síntomas psicológicos depresivos, pues algunas

gestantes pueden cursar con fatiga, labilidad emocional, alteraciones del sueño o del apetito, anhedonia.

Las consecuencias de la depresión pueden ser la causa de la construcción de relaciones conflictivas entre la madre y el futuro bebé. Asimismo, se ha observado que cuando se comparan los infantes de madres no depresivas con las que sí presentaron depresión, los hijos de estas últimas fueron más inseguros, desarrollo psicomotriz limitado, dificultad en expresar sentimientos, alteraciones en la socialización y a menudo tuvieron déficit cognitivo, emocional y conductual.(48)



### 3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### *A nivel local*

##### 1.7. **Autor:** Toro Valencia M.

**Título:** Frecuencia y niveles de depresión post parto en madres atendidas en el Hospital Goyeneche marzo 2014.

**Fuente:** Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2014.

**Resumen:** Estudio transversal en púerperas que acudieron al Hospital Goyeneche entre las 4 semanas y los 6 meses postparto, aplicando la escala de depresión de Goldberg de manera retrospectiva, y en las que resultaron con depresión se les aplicó el test de depresión de Hamilton; se estudió a 57 madres que cumplieron los criterios de selección. Se encontró que la frecuencia de depresión postparto fue de 15.79%, de ellos 8.78% fue leve, 3.51% moderada, 1.75% severa y en la misma proporción muy severa. Las características materna relacionadas con la depresión postparto fueron la situación con la pareja, antecedente previo de depresión y disconformidad con el sexo del niño ( $p < 0.05$ ). La dificultad del estudio es en el uso de instrumentos no adecuados y retrospectivos para el diagnóstico de depresión postparto.

##### 1.8. **Autor:** Jimenez Meza S.

**Título:** Factores relacionados al riesgo de depresión puerperal en madres sin alto riesgo obstétrico del Hospital Regional. H.D.E 2014.

**Fuente:** Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2014.

**Resumen:** Se evaluó 56 madres puérperas en el mes de enero del 2014, mediante aplicación de escala de Edimburgo, pruebas de función familiar, autoestima y para evaluar el nivel socioeconómico. Se encontró 39.3% de riesgo de depresión puerperal; el sexo masculino de los neonatos se asoció con riesgo de depresión postparto, mientras que el peso del recién nacido, los controles prenatales, la paridad, tipo de lactancia, instrucción materna, situación con el conyugue, embarazo no deseado, dinámica familiar, autoestima, violencia familiar y nivel socioeconómico no se asociaron a depresión.

1.9. **Autor:** Coronel Patiño C.

**Título:** Factores socioeconómicos y obstétricos asociados a depresión en gestantes adolescentes atendidas en el H.R.H.D.E.,2014.

**Fuente:** Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2014.

**Resumen:** Se evaluó 66 gestantes hospitalizadas entre enero y febrero del 2014, aplicando la escala de Zung. De acuerdo a este test, el 60.6% de madres adolescentes tuvieron algún grado de depresión, sobre todo leve (27.3%), luego moderada (22.7%) y severa en 10%. La presencia de la pareja, la ocupación, la dependencia económica, el embarazo deseado y los deseos de abortar se asociaron significativamente a la presentación de algún grado de depresión.

### *A nivel nacional*

1.10. **Autor:** Escobar J, Pacora P, custodio N, villar W.

**Título:** Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?.

**Fuente:** An. Fac. med. 2009; 70(2):115-118

**Resumen:** Se evaluó si la depresión postparto se encuentra asociada a la violencia basada en género en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima. Se aplicó una ficha de datos sociodemográficos y del parto, la escala de Edimburgo, el inventario revisado de factores predictores de depresión posparto y el instrumento de detección de violencia basada en género a 100 mujeres, de 1 a 12 meses de tiempo puerperal. La tasa de depresión posparto fue 17%, encontrando diferencias estadísticas al compararla con autoestima, depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción con el matrimonio y eventos estresantes durante la gestación. El 51% fue víctima de violencia basada en género, siendo la más frecuente la forma psicológica. Se halló diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia basada en género ( $p=0,001$ ), así como, diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia durante la gestación, encontrando un OR de 5,5 (IC:  $< 5,5; 16,7>$ ).

#### *A nivel internacional*

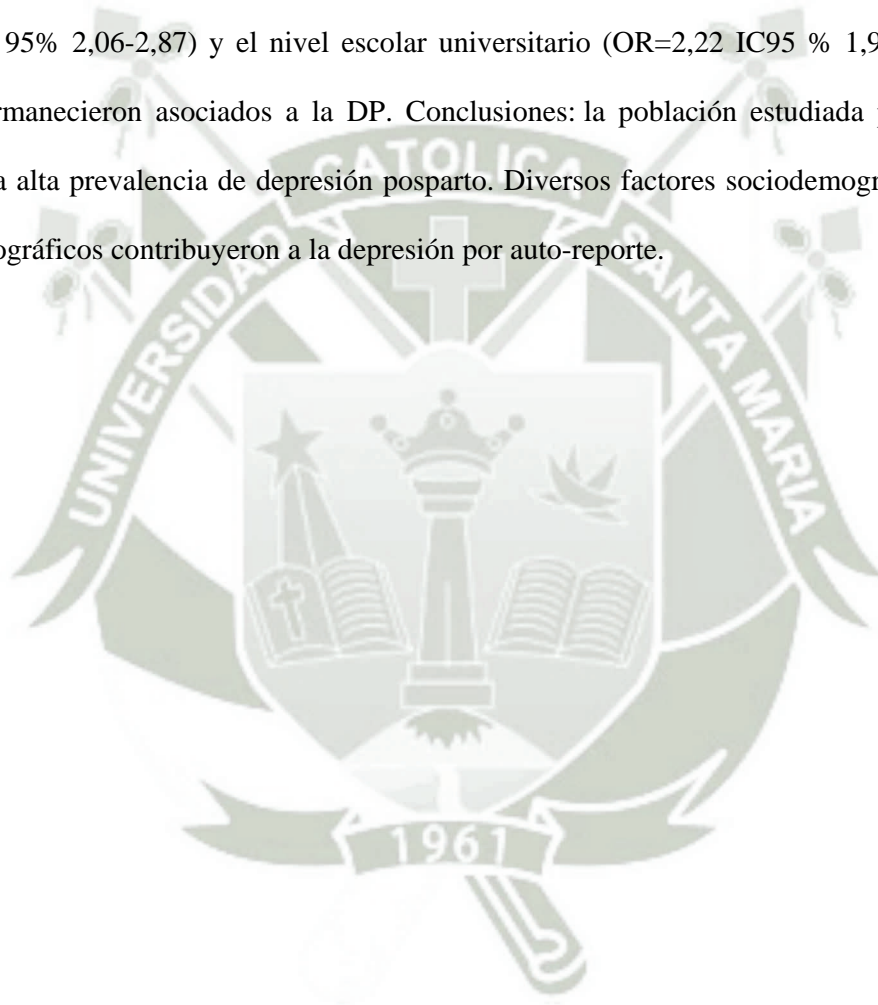
1.11. **Autor:** Rincón D, Ramírez R.

**Título:** Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010.

**Fuente:** Rev. salud pública 2014; 16 (4): 534-546.

**Resumen:** A nivel de Colombia la prevalencia de depresión posparto (DP) fue de **12,9 %**, siendo mayor en zonas urbanas 15,1 % que en zonas rurales 6,8 %; y en

mujeres de 20 a 34 años 13,4 %. Por distribución geográfica, el departamento de Amazonas y Guainía presentan menor prevalencia de DP 3,1 % y 3,5 %, respectivamente, mientras que en la ciudad de Bogotá y el departamento del Quindío la prevalencia de DP fue de 18,1 % y 22,1 %, respectivamente. Tras el ajuste, las mujeres de 20 a 34 años de edad (OR=1,15; IC95 % 1,03-1,28), la primigravidez (OR=1,42; IC 95% 1,28-1,57), el residir en zonas urbanas (OR=2,43; IC 95% 2,06-2,87) y el nivel escolar universitario (OR=2,22 IC95 % 1,98-2,48), permanecieron asociados a la DP. Conclusiones: la población estudiada presenta una alta prevalencia de depresión posparto. Diversos factores sociodemográficos y geográficos contribuyeron a la depresión por auto-reporte.



### III. OBJETIVOS.

#### 1.12. *General*

Establecer la frecuencia y los factores asociados a la presentación de depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de Arequipa, en el periodo Octubre-Diciembre 2016.

#### 1.13. *Específicos*

- 1) Conocer la frecuencia de depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de Arequipa, en el periodo Octubre-Diciembre 2016.
- 2) Describir las características sociodemográficas de edad, estado civil y ocupación de las puérperas atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de Arequipa, en el periodo Octubre-Diciembre 2016, que influyen en la presentación de Depresión Postparto.
- 3) Conocer las características obstétricas de paridad y presencia de trastornos del embarazo en puérperas atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de Arequipa, en el periodo Octubre-Diciembre 2016, que influyen en la presentación de Depresión Postparto.
- 4) Describir las características del Recién Nacido y el parto en puérperas atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de Arequipa, en el periodo Octubre-Diciembre 2016, que influyen en la presentación de Depresión Postparto.

#### 2. **Hipótesis**

Dado que la depresión postparto puede ser influida por características demográficas, sociales, del recién nacido y del embarazo, es probable que la presencia de estos factores influyan en la presentación de Depresión postparto en púerperas atendidas de Octubre a diciembre del 2016 en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de Arequipa.

## IV. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

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

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicará la ficha de recolección de datos en historia clínica y la entrevista.

**Instrumentos:** El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y en la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (Anexo 2).

**Materiales:**

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

### 2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de Arequipa.

**2.2. Ubicación temporal:** El estudio se realizará en forma coyuntural durante el periodo de octubre a diciembre del año 2016.

**2.3. Unidades de estudio:** Puérperas con parto atendido en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de Arequipa.

**2.4. Población:** Todas las puérperas con parto atendido en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de octubre a diciembre, Arequipa, 2016.

**Muestra:** No se calculará un tamaño de muestra ya que se espera considerar a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

**Criterios de selección:**

• **Criterios de Inclusión**

- Mujeres con parto atendido en el hospital
- Control del recién nacido hasta el primer mes de vida
- Control de niño sano hasta al menos 6 meses de vida.
- Control de la madre por consulta externa hasta el sexto mes postparto.

• **Criterios de Exclusión**

- Puérperas con depresión crónica previa al embarazo y/ parto
- Diagnóstico de trastorno psiquiátrico con medicación.

**3. Estrategia de Recolección de datos**

### 3.1. Organización

Se realizarán coordinaciones con la Dirección del Hospital y con la Jefatura del servicio de Obstetricia para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se buscará a las madres de neonatos que acudan al hospital en hospitalización (si se prolonga hasta 2 semanas), en consulta ambulatoria de control de niño sano, en consulta de pediatría y en el consultorio de Ginecología y/u Obstetricia cuando acudan a retiro de puntos de episiotomía, o a consejería para lactancia materna, o en consultorio de vacunación para las vacunas del recién nacido (dentro de los primeros 6 meses postparto); así mismo, se realizarán visitas domiciliarias, para que la entrevista sea resuelta en un ambiente óptimo.

Se aplicará la escala de Edimburgo (Anexo 2) a todas las púerperas con parto atendido en el hospital hasta un periodo de 6 meses posteriores al parto. También se aplicará una ficha de datos que indagará las características demográficas, sociales, del embarazo y parto y del recién nacido. Los datos se anotarán en la ficha de recolección correspondiente (Anexo 1).

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

### 3.2. Recursos

- a) Humanos
  - Investigadora
  - Asesor.
- b) Materiales
  - Fichas de investigación

- Material de escritorio
  - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
- Autofinanciado

### 3.3. Validación de los instrumentos

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

El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% -92.5% 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(40,39, 57).

#### **Pautas para la evaluación:**

Los ítems de la EDPS hacen referencia a los siguientes aspectos:

**Item 1:** capacidad para disfrutar de las cosas.

**Item 2:** optimismo respecto al futuro

**Item 3:** sentimiento de culpa

**Item 4:** nerviosismo o preocupación

**Item 5:** ataques de pánico

**Item 6:** capacidad para afrontar los problemas

**Item 7:** insomnio

**Item 8:** tristeza

**Item 9:** llanto

**Item 10:** tendencia a la autoagresión.

A las categorías de las respuestas de las **preguntas 1, 2 y 4** 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** (es decir 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total entre 0 a 30 puntos.

La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estos ítems incluyen la disforia, tristeza, 2 ítems están relacionados con ansiedad, 1 con sentimiento de culpabilidad, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultad de concentración.

Según los resultados obtenidos la puérpera puede ser clasificada en tres grupos:

-EPDS menor que 10: sin riesgo de depresión posparto

-EPDS 10-11: puntaje límite para riesgo de depresión

-EPDS mayor o igual a 12: puntaje indicador de probable depresión.

Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

### 3.4. Criterios para manejo de resultados

**a) Plan de Procesamiento**

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

**b) Plan de Clasificación:**

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

**c) Plan de Codificación:**

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

**d) Plan de Recuento.**

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

**e) Plan de análisis**

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables categóricas entre

grupos se realizará mediante el cálculo del chi cuadrado; se considerará significativa una diferencia de  $p < 0,05$ . La asociación bivariada se evaluará mediante cálculo del odds ratio con intervalos de confianza al 95%, y la asociación multivariada de las variables identificadas en el análisis bivariado se realizará mediante regresión logística. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSSv.22.0.

**(i) Cronograma de Trabajo**

Actividades	Junio 15				Jul-Dic 16				Marzo 17				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1. Elección del tema													
2. Revisión bibliográfica													
3. Aprobación del proyecto													
4. Ejecución													
5. Análisis e interpretación													
6. Informe final													

**Fecha de inicio:** 01 de junio del 2016

**Fecha probable de término:** 17 de marzo 2017

## V. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- 1) Saji Roldan N. Factores De Riesgo De La Depresion Postparto En Púérperas De Obstetricia Del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Cusco 2012 [Medico Cirujano]. Universidad Católica De Santa María; 2014.

- 2) Calloapaza L, Frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el hospital de apoyo de Camaná, 2015. Universidad Católica de Santa María, 2015.
- 3) Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, quinta edición (DSM-V). Arlington-EE.UU., 2013. Disponible en: [www.dsm.psychiatryonline.org](http://www.dsm.psychiatryonline.org). [Consultado en julio de 2014].
- 4) Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Rev. peru. epidemiol*, 2008; 12(3): 1-5.
- 5) Ramírez F.: Sintomatología depresiva posparto: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados Escuela de Medicina Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). *Revista Peruana de Epidemiología*, 2010; 14(1). Disponible en: [http://rpe.epiredperu.net/rpe\\_ediciones/2010\\_v14\\_NO1/9OR\\_Vol14\\_No1\\_2010\\_sintomatologia\\_depresiva.pdf](http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2010_v14_NO1/9OR_Vol14_No1_2010_sintomatologia_depresiva.pdf).
- 6) Medina-Serdán Erica. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. *Perinatol. Reprod. Hum.* [revista en la Internet]. 2013 27( 3 ): 185-193. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lng=es)
- 7) Toro Valencia M. Frecuencia y niveles de depresión post parto en madres atendidas en el Hospital Goyeneche marzo 2014. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2014.

- 8) Jimenez Meza S. Factores relacionados al riesgo de depresión puerperal en madres sin alto riesgo obstétrico del Hospital Regional. H.D.E 2014. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2014.
- 9) Coronel Patiño C. Factores socioeconómicos y obstétricos asociados a depresión en gestantes adolescentes atendidas en el H.R.H.D.E.,2014. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2014.
- 10) Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80 (3): 251-5.
- 11) Mendoza B Constanza, Saldivia Sandra. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev. méd. Chile [Internet]. 2015 Jul [citado 2016 Sep 21]; 143(7): 887-894.
- 12) Ministerio de Salud-Gobierno de Chile. Subsecretaría de Salud Pública. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto, y apoyo al tratamiento. Santiago, Chile. 2014.
- 13) Escobar J, Pacora P, custodio N, villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?. An. Fac. med. 2009; 70(2):115-118
- 14) Beck CT. Predictors of Postpartum Depression: an update. Nurs Res 2001; 50 (5): 275-85
- 15) Rincón D, Ramírez R. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. Rev. salud pública 2014; 16 (4): 534-546.

- 16) Dois A. Actualizaciones en depresión postparto. Revista Cubana de Obstetricia y ginecología. La Habana, Cuba. Diciembre 2012. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000400016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400016)
- 17) Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014: 186-187
- 18) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2003.
- 19) Sit DK, Wisner KL. Identification of postpartum depression. Clin Obstet Gynecol. Sep 2009;52(3):456-68.
- 20) Mehta D, Newport DJ, Frishman G, Kraus L, Rex-Haffner M, Ritchie JC, et al. Early predictive biomarkers for postpartum depression point to a role for estrogen receptor signaling. Psychol Med. Feb 5 2014;1-14.
- 21) Paulden M, Palmer S, Hewitt C, Gilbody S. Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. BMJ. Dec 22 2009;339:b5203..
- 22) Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. Jan 2010;202(1):5-14.
- 23) Woolhouse H, Gartland D, Hegarty K, Donath S, Brown S. Depressive symptoms and intimate partner violence in the 12 months after childbirth: a prospective pregnancy cohort study. BJOG. Feb 2012;119(3):315-23.
- 24) Wu Q, Chen HL, Xu XJ. Violence as a risk factor for postpartum depression in mothers: a meta-analysis. Arch Womens Ment Health. Mar 1 2012; Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2F200737-011-0248-9>, con acceso el 18 de diciembre 2014.

- 25) Woolhouse H, Gartland D, Hegarty K, Donath S, Brown S. Depressive symptoms and intimate partner violence in the 12 months after childbirth: a prospective pregnancy cohort study. BJOG. Feb 2012;119(3):315-23.
- 26) Nelson DB, Freeman MP, Johnson NL, McIntire DD, Leveno KJ. A prospective study of postpartum depression in 17 648 parturients. J Matern Fetal Neonatal Med. Aug 2013;26(12):1155-61.
- 27) Lam N et al. Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. An. Fac. med. 2009 70(1): 28-32 .
- 28) Oppo A, Mauri M, Ramacciotti D, et al. Risk factors for postpartum depression: the role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R). Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit (PNDRReScU) study. Arch Womens Ment Health. Aug 2009;12(4):239-49.
- 29) Gjerdingen D, McGovern P, Attanasio L, Johnson PJ, Kozhimannil KB. Maternal depressive symptoms, employment, and social support. J Am Board Fam Med. Jan-Feb 2014;27(1):87-96.
- 30) Chaudron LH, Szilagyi PG, Tang W, Anson E, Talbot NL, Wadkins HI, et al. Accuracy of depression screening tools for identifying postpartum depression among urban mothers. Pediatrics. Mar 2010;125(3):e609-17.
- 31) Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Campos M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Actas Españolas de Psiquiatría 2002;30(2): 106-111
- 32) Scrandis DA, Sheikh TM, Niazi R, Tonelli LH, Postolache TT. Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. ScientificWorldJournal. 2007;7:1670-82.

- 33) di Scalea TL, Wisner KL. Pharmacotherapy of postpartum depression. *Expert Opin Pharmacother.* Nov 2009;10(16):2593-607.
- 34) Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, Bentler S, Donohue M, Ellingrod VL. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. *Am J Psychiatry.* Jun 2004;161(6):1066-78.
- 35) Freeman MP. Managing depression during pregnancy. *J Clin Psychiatry.* Jul 2009;70(7):e25. Disponible en: [www.Psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2009/v70n07e25.aspx#](http://www.Psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2009/v70n07e25.aspx#), con acceso el 13 de Noviembre 2014.
- 36) Miller LJ: Postpartum Depression. *JAMA*, February 13, 2002; 287( 6): 762-764
- 37) Luna ML, Salinas J, Piélago J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 2009; 26(4): 310-314
- 38) National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe No.: 90.
- 39) Marcus M, Yasamy MT, Ommeren Mv, Chisholm D, Saxena S, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern. Geneva: WHO.
- 40) Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitivebehavioral therap: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev.* 2006 26(1): 17-31.
- 41) Tam WH, Chung T: Psychosomatic disorders in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 19:126,2007

- 42) Zhuzhingo Vásquez C. Incidencia De La Depresión Postparto En Pacientes Puérperas Del Hospital San Vicente De Paúl. (Octubre-Diciembre; Año 2014) [Titulo De Médico Cirujano]. Universidad Técnica De Machala; 2014.
- 43) Cuero-Vidal OL, Díaz-Marín AM. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia. Septiembre-Diciembre, 2011. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2013;64(4):371-8.
- 44) Zlotnick C, Johnson SL, Miller IW, Pearlstein T, Howard M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. Am J Psychiatry 2001; 158: 638-40.
- 45) Dois Castellón Angelina. Actualizaciones en depresión posparto. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Oct 02] ; 38( 4 )
- 46) Póo F Ana María, Espejo S Claudio, Godoy P Claudia, Gualda de la C Micaela, Hernández O Tamara, Pérez H Claudia. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. Rev. méd. Chile.
- 47) Jadresic E. Trastornos depresivos posparto. En: Correa E, Jadresic E, eds. *Psicopatología de la Mujer*. Santiago: Editorial. Mediterráneo, 2005; 159-75.
- 48) Nylén K, Moran T, Franklin C, O'Hara M. Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. Infant Ment Health J 2006; 27(4): 327-43.
- 49) Aramburú N, Arellano R, Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004, Rev. peru. epidemiol. Vol 12 No 3 Diciembre 2008.

- 50) Torres A., Navarro P., Trabajo, Estrés Laboral y Psicopatología Perinatal, Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, ISSN 1695-4238, N°. 109, 2014, págs. 9-15.
- 51) Evolución de la fecundidad de las adolescentes, instituto nacional de estadística e informática, 2013.
- 52) [www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1199/cap01.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1199/cap01.pdf)
- 53) Wolff L Claudia, Valenzuela X Paula, Esteffan S Karim, Zapata B Daniela. DEPRESIÓN POSPARTO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ANÁLISIS DEL PROBLEMA Y SUS CONSECUENCIAS. Rev. Chil. Obstet. Ginecol.
- 54) John Larsen, Philip Buchanan, Sarah Johnsonemail address, Sonya Godbert, Michael Zinaman. Pregnancy duration. [Revista en línea] International Federation of Gynecology and Obstetrics published online 30 September 2013.
- 55) Pillai, R. R., Sharon, L., Premkumar, N. R., Kattimani, S., Sagili, H., & Rajendiran, S. (2017). Luteinizing hormone-follicle stimulating hormone ratio as biological predictor of post-partum depression. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 25-33.
- 56) Ps Francisco Barra A., Dr. Luis Barra A., Dr. Jaime Solís G. Depresión Posparto, Hacia un tratamiento integral. [Revista en línea] Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa, Publicado On line en Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa Vol. I, 77 – 88 (2009), Universidad de Antofagasta, Facultad de Medicina y Odontología, Octubre de 2008.
- 57) Valencia Lizarbe, S. (2016). La depresión postparto. Universidad Publica Navarro.
- 58) Horowitz, J. A., Murphy, C., Gregory, K., Wojcik, J. D., Pulcini, J., & Solon, L. (2016). RELACIÓN ENTRE DETECCIÓN DE DEPRESIÓN POSTPARTO, SÍNTOMAS DE SEVERIDAD Y PERÍODOS DE TRATAMIENTO. *Revista Horizonte de Enfermería*, 27(1), 48-58.

- 59) Delgado, M. M. (2016). Depresión postparto y tratamiento. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 73(620), 511-514.
- 60) Berman, L. S., & López, L. P. (2016). Rol del pediatra frente a la depresión posparto. *Revista chilena de pediatría*, 87(1), 1-3.
- 61) Correa, A., & Noe, J. (2016). Asociación entre depresión y violencia familiar en centro médico ESSALUD Ascope.
- 62) Romero Medina, G. (2016). RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DE LA CLÍNICA GOOD HOPE NOVIEMBRE DE 2015.
- 63) Adam Torres, G., Garcia-Esteve, L., & Subirà Álvarez, S. (2014). Depresión postparto, hostilidad y hábitos de salud.
- 64) Vasquez Julcahuanga, E. R., & Sangama Mori, R. (2012). Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la clínica CORPOMEDIC Tarapoto Junio-Setiembre 2012.
- 65) Rementería, S. B., & Ponce, N. J. (2013). Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica-Chile. *Psiquiatría Y Salud Mental*, 30(1), 38-49.
- 66) Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N., & Contreras, A. (2010). Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la Escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(5), 312-320. Clínica CORPOMEDIC Tarapoto Junio-Setiembre 2012.
- 67) Delgado-Quiñones, E. G., López-Trejo, L. A., Elizabeth, C., Mariscal-Rivera, L. N. H. R., & Orozco-Sandoval, R. (2015). Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica*, 1500, 238.
- 68) Rojas Gómez, M. A. (2016). Depresión postparto según la escala de Edimburgo en pacientes puérperas. Hospital Central de Maracay febrero-agosto 2016.

## VI. ANEXOS

### 1. Anexo 1: Ficha de recolección de Datos

Nº de Ficha: \_\_\_\_\_

Grupo de estudio: Con depresión PP  Sin depresión PP

Tiempo transcurrido desde el parto: \_\_\_\_\_ días

Edad materna: \_\_\_\_ años

Estado civil: Soltera  conviviente  casada  separada

Ocupación: Su casa  estudiante  independiente  obrera ,  
empleada  PNP

Nivel de instrucción: Ilustrada  primaria  secundaria  superior

Paridad: Primípara  Multípara  cuantos hijos: \_\_\_\_

Controles prenatales: \_\_\_\_\_

#### Trastornos del embarazo

Ninguno  hipertensión del embarazo  hemorragia obstétrica

Oligoamnios  Polihidramnios  Retraso Crecimiento Intrauterino   
otro  \_\_\_\_\_

Abortos anteriores:

#### Recién nacido

Sexo: Varón  Mujer  Edad gestacional: \_\_\_\_\_ sem

Peso al nacer: PEG  AEG  GEG

#### Patología neonatal:

Necesitó hospitalización No  Sí

SFA  asfixia perinatal  malformación congénita

Observaciones: Violencia familiar: Apoyo familiar de la pareja:

El embarazo fue planificado:

## 2. Anexo 2: ESCALA DE EDIMBURGO

- A. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:
- 1 Tanto como siempre
  4. No tanto ahora
  5. Mucho menos
  6. No, no he podido
- B. He mirado el futuro con placer:
- 0 Tanto como siempre
  4. Algo menos de lo que solía hacer
  5. Definitivamente menos
  6. No, nada
- C. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:
- 1 Sí, casi siempre
  4. Sí, algunas veces
  5. No muy a menudo
  6. No, nunca
- D. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:
- 1 No, nada
  4. Casi nada
  5. Sí, a veces
  6. Sí, a menudo
- E. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
- 0 Sí, bastante
  4. Sí, a veces
  5. No, no mucho
  6. No, nada
- F. Las cosas me oprimen o agobian:
- 1 Sí, casi siempre
  4. Sí, a veces
  5. No, casi nunca
  6. No, nada
- G. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
- 1 Sí, casi siempre
  4. Sí, a menudo
  5. No muy a menudo
  6. No, nada
- H. Me he sentido triste y desgraciada:
- 1 Sí, casi siempre
  4. Sí, bastante a menudo
  5. No muy a menudo
  6. No, nada
- I. He estado tan infeliz que he estado llorando:
- 1 Sí, casi siempre
  4. Sí, bastante a menudo
  5. Sólo ocasionalmente
  6. No, nunca
- J. He pensado en hacerme daño a mí misma:
- 1 Sí, bastante a menudo
  4. Sí, a menudo
  5. Casi nunca
  6. No, nunca