

# Universidad Católica de Santa María

## Facultad de Medicina Humana Escuela Profesional de Medicina Humana



### FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS MEDIATAS DEL HOSPITAL III YANAHUARA, AREQUIPA, ENERO- FEBRERO 2018

Tesis presentada por la Bachiller

**Luna Condori Ruth Maribel**

Para optar por el Título Profesional de:

**Médica Cirujana**

Asesor

Dr. Tohalino Meza Gustavo

**Arequipa – Perú**

**2018**



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

**INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS**

**DECRETO N° 168 - FMH-2017**

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**"FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS MEDIATAS DEL HOSPITAL III YANAHUARA, AREQUIPA, ENERO - FEBRERO 2018"**

Presentado por el (la) Sr. (ta):

**RUTH MARIBEL LUNA CONDORI**

Nuestro dictamen es:

*Favorable*

OBSERVACIONES:

*puede sustento*

Arequipa, .....

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYNECHE

*JMZ*  
Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez  
PSIQUIATRA  
C.M.P. 033303 - R.N.E. 015303

DR. JUAN MANUEL ZEVALLOS  
RODRIGUEZ

*Miguel Montes Cáceres*  
DR. MIGUEL MONTES CÁCERES  
GINECO - OBSTETRA  
C.M.P. 15548 - R.N.E. 8663

*Roberto Núñez Quiroz*  
1881  
DR. ROBERTO NÚÑEZ QUIROZ

*A Dios que me da fortaleza y perseverancia para nunca rendirme,  
y me bendice con cada uno de las personas puestas en mi vida.*

*A mi madre ANA a quien le debo lo que soy, por su apoyo incondicional  
consejos, amor, quien con sus  
palabras de aliento no me dejaba decaer para seguir  
adelante y ser perseverante.*

*A mis hermanos Marisol y Edison por el apoyo que me brindaron  
día a día en el transcurso de mi carrera*

*A Patrick quien durante  
toda mi carrera me brindo amor, apoyo incondicional, y ánimos  
en las situaciones más difíciles.*

## INDICE GENERAL

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCION	
<b>CAPITULO I</b>	
MATERIALES Y METODOS.....	7
<b>CAPITULO II</b>	
RESULTADOS.....	12
<b>CAPITULO III</b>	
DISCUSION Y COMENTARIOS.....	28
<b>CAPITULO IV</b>	
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES.....	35
BIBLIOGRAFIA.....	36
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO 1 Ficha de factores asociados.....	47
ANEXO 2 Test de Edimburgo para Depresión Posparto.....	48
ANEXO 4 Consentimiento informado.....	49
ANEXO 5 PROYECTO DE TESIS.....	51
ANEXO 6 AUTORIZACION.....	109
ANEXO 7 Matriz de datos.....	110

## RESUMEN

**Introducción:** En la actualidad los trastornos del humor y especialmente la depresión es una de las patologías psiquiátricas más frecuentes dentro de la población mundial, estas constituyen un serio problema de salud pública ocasionando discapacidad y deterioro de la calidad de vida siendo aún más vulnerable la mujer durante la gestación y puerperio. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a riesgo de depresión posparto en puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de enero-febrero del 2018. **Diseño:** Estudio Analítico Observacional de corte Transversal. **Lugar:** Servicio de Obstetricia del Hospital del Hospital III Yanahuara. **Participantes:** Madres puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero-Febrero del 2018. **Intervención:** Toma de Test de Edimburgo para Depresión Posparto. Para describir los hallazgos se utilizó mediana, frecuencias y porcentajes. Análisis bivariado X<sup>2</sup>. **Resultados:** Se incluyó 288 puérperas mediatas, de las cuales 40% presentó tamizaje positivo para depresión posparto. Se encontró asociación estadística con discusión con pareja ( $p < 0,01$ ), violencia previa a la gestación ( $p < 0.046$ ), violencia durante la gestación ( $p < 0.01$ ), antecedente de depresión previo al embarazo ( $p < 0.045$ ), estado civil ( $p < 0.045$ ) y grado de instrucción ( $p < 0.034$ ). **Conclusiones:** En la población estudiada la frecuencia de tamizaje positivo para riesgo de depresión posparto mediante la Escala de Edimburgo es de 40%. Se encontró asociación estadística con violencia familiar, antecedente de depresión, estado civil y grado de instrucción

Palabras clave: depresión posparto, Test de Edimburgo (EDPS), factores de riesgo.

## SUMMARY

**Introduction:** At present, mood disorders and especially depression is one of the most frequent psychiatric pathologies in the world population. These constitute a serious public health problem causing disability and deterioration of the quality of life, making women even more vulnerable. during pregnancy and puerperium. **Objective:** To determine the factors associated with risk of postpartum depression in midwives of the obstetrics service of Hospital III Yanahuara in the months of January-February 2018. **Design:** Cross-sectional Observational Analytical Study. Place: Obstetrics Service Hospital III Yanahuara. **Participants:** Midwives postpartum mothers of the Obstetrics service of Hospital III Yanahuara in the months of January-February of 2018. **Intervention:** Taking Test of Edinburgh for Postpartum Depression. To describe the findings, we used median, frequencies and percentages. Bivariate analysis X2. **Results:** 288 puerperal midwives were included, of which 40% presented positive screening for postpartum depression. Statistical association was found with discussion with a partner  $p < 0.01$ , violence prior to pregnancy  $p < 0.046$ , violence during pregnancy  $p < 0.01$ , history of depression prior to pregnancy  $p < 0.045$ , marital status  $p < 0.045$  and level of education  $p < 0.034$ . **Conclusions:** In the population studied, the frequency of positive screening for risk of postpartum depression using the Edinburgh Scale is 40%. Statistical association was found with family violence, history of depression, marital status and level of education

Key words: postpartum depression, Edinburgh Test (EDPS), risk factors.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad los trastornos del humor y especialmente la depresión es una de las patologías psiquiátricas más frecuentes dentro de la población mundial, la misma que no es atendida con la importancia que debiera. Estas constituyen un serio problema de salud pública ocasionando discapacidad y deterioro de la calidad de vida de quien lo padece, presentándose a cualquier edad, sin distinción de género o condición económica ni momento de la persona siendo en algunos casos más delicada de atender por la predisposición y la vulnerabilidad del paciente es aquí donde encontramos a la mujer durante la edad reproductiva etapa donde pueden cursar con inestabilidad emocional por muchos factores convirtiendo una de las etapas más felices de su vida en un verdadero tormento, una explicación probable sería las variaciones hormonales que este sexo presenta llegando a la cúspide del embarazo disminuyendo súbitamente luego del parto. Si se asocian estas variaciones hormonales al factor genético, factores psicosociales, factores obstétricos, factores familiares y factores sociodemográficos existiría una clara relación con la Depresión Pos-Parto (DPP), la cual es definida, según el DSM-V como “la presentación de depresión durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto” y según otros autores como la depresión presentada en algún momento dentro de los 18 meses posteriores al parto.

Cabe, entonces, remarcar la importancia de detectar a las madres durante esta etapa aún de adaptación, que se encuentren tanto en riesgo como cursando con un cuadro depresivo para luego ser confirmado mediante entrevista médica especializada y actuar oportunamente evitando las consecuencias negativas que pudieran afectar tanto a la madre como al niño.



# CAPITULO I

## MATERIALES Y MÉTODOS

## 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1. Técnicas e Instrumentos

#### 1.1.1. Llenado de la ficha de datos

Se le pidió a cada paciente puérpera mediata que acepte participar del estudio, responda las preguntas de la ficha de datos (Ver Anexo 01) en la cual están las preguntas acerca de los factores sociodemográficos, obstétricos, antecedentes de depresión y violencia familiar.

#### 1.1.2. Llenado de Test de Edimburgo

Se le pidió a cada paciente participante del estudio responda a las preguntas del Test de Edimburgo (Ver Anexo 02), considerando como se ha sentido en los últimos 7 días. Son 10 preguntas, a las cuales se les asignó valores de 0,1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10 o más muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.

#### 1.1.3. Plan de recolección y análisis estadístico de los datos

El orden en el cual se ejecutó las acciones de la investigación fueron las siguientes:

- a) Presentación del protocolo al Jefe del Servicio de Obstetricia para el permiso respectivo de toma de datos de las pacientes.
- b) Obtención de los materiales necesarios para la recolección de la información:
  - i. Impresión de fichas de datos (Ver Anexo 01).
  - ii. Impresión de Test de Edimburgo (Ver Anexo 02)
- c) Recojo de la información.
- d) Análisis de información.
- e) Elaboración de la base de datos.

- f) Análisis en programas estadísticos.
- g) Presentación de informe final y Resultados

Se procedió a la tabulación de los datos recabados a una base electrónica elaborada en el programa Microsoft Excel.

La base de datos final se analizó en el programa SPSS v24.

Primero, se realizó un análisis descriptivo. Se describieron frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, así como las medidas de tendencia central y dispersión en las variables numéricas

En cuanto al análisis bivariado las variables categóricas se analizaron con la prueba de ji cuadrado.

Se realizaron modelos para determinar factores asociados posibles (respecto a las variables sociodemográficas, hijos previos, atención prenatal, psicoprofilaxis en la gestación, depresión previa y violencia) con la variable principal (Depresión pos parto: mediante la Escala de Edimburgo). Se consideró un valor  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo.

#### 1.1.4. Consideraciones éticas y consentimiento informado

El presente estudio no incurrió en contra de ninguno de los principios de Bioética, tales como de Autonomía, Justicia, Beneficencia y No maleficencia.

Se procedió a pedir la autorización del Jefe de Servicio de Obstetricia del hospital III Yanahuara y el consentimiento informado de las pacientes antes de responder las preguntas de la fichas. El consentimiento informado fue el siguiente (Ver Anexo 03).

La información recogida se utilizó solo con los fines de investigación, respetándose la confidencialidad y autenticidad de los datos.

## 1.2. Materiales de Verificación

- Material de escritorio
- Fichas de investigación
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico (SPSS 22).
- Impresora

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ubicación Espacial:

La presente investigación se realizó en el área de hospitalización de obstetricia del Hospital III Yanahuara

### 2.2. Ubicación Temporal

El estudio se realizó durante el periodo Enero- Febrero 2018.

### 2.3. Unidades de Estudio

**a) Universo:** Puérperas hospitalizadas en el área de obstetricia del Hospital III Yanahuara

**b) Población:** Puérperas mediatas atendidas en el hospital III Yanahuara en Enero-Febrero 2018. Se estudió todo el grupo poblacional.

### 2.4. Criterios de Selección

#### Criterios de Inclusión

- Pacientes puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara, internadas después de las 24 horas posparto.
- Puérperas mediatas que llenaron correctamente la ficha de datos.
- Puérperas mediatas que aceptaron participar del estudio, previamente informadas.

### **Criterios de Exclusión**

- Puérpera mediata con diagnóstico de otros trastornos mentales (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.) en tratamiento.
- Puérpera con dificultades o imposibilidad para responder por sí sola la encuesta.

### **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **- Modo**

Se hizo de modo individual, aplicando como técnica la encuesta y recolección de datos para su posterior registro y manejo.

#### **- Recursos**

Se necesitó:

- Hojas de papel
- Útiles de escritorio
- Calculadora
- Computadora con software para recolección de datos y elaboración de matriz de datos (SPSS 22 para Windows)
- Recolector de datos y aplicador de la encuesta

#### **- Necesidades de Información**

Se requirió de una buena comprensión y manejo del tema para poder dirigir el significado de los resultados obtenidos.

Se necesitó además de organización y adecuación de la información para poder explicar al paciente en qué consiste el estudio, de modo que comprendan adecuadamente los indicadores a evaluar y brinden datos suficientes.

#### **- Criterios o Estrategias para el manejo de los resultados**

La información obtenida se procesó de forma sistemática y se obtuvo una base de datos. Se utilizó el porcentaje como medida de resumen.

# CAPITULO II

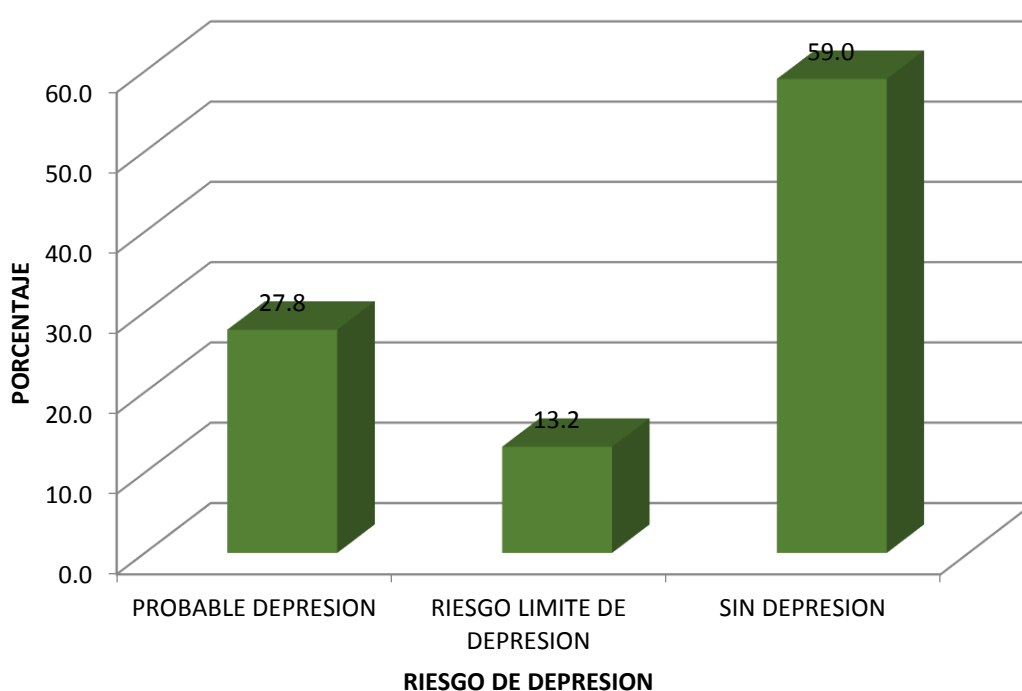
## RESULTADOS



**“Factores Asociados al Riesgo de Depresión Postparto en Puérperas Mediatas del Hospital III Yanahuara, Arequipa, Enero - Febrero 2018”**

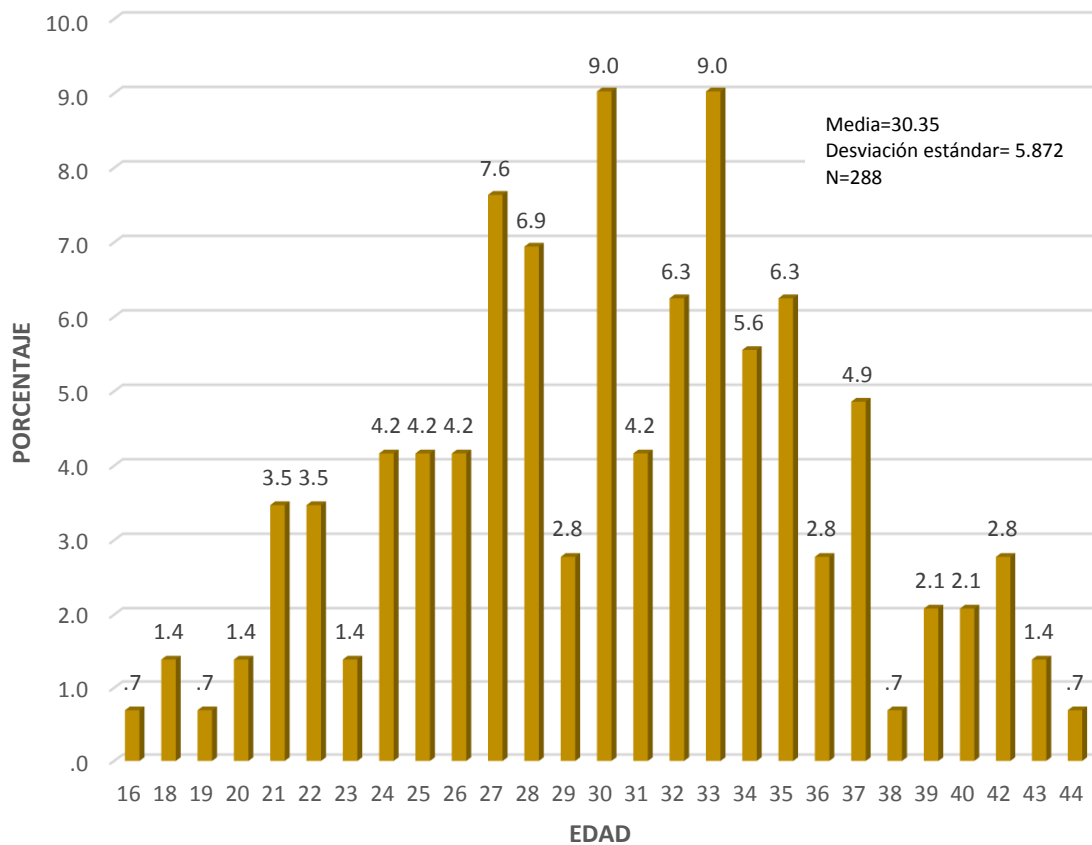
Se incluyeron en el estudio 288 puérperas mediatas las cuales fueron encuestadas durante los meses de enero –febrero del 2018 en el cual se encontró:

**Figura 1. Riesgo de Depresión Postparto según test de Edimburgo en puérperas mediatas en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**



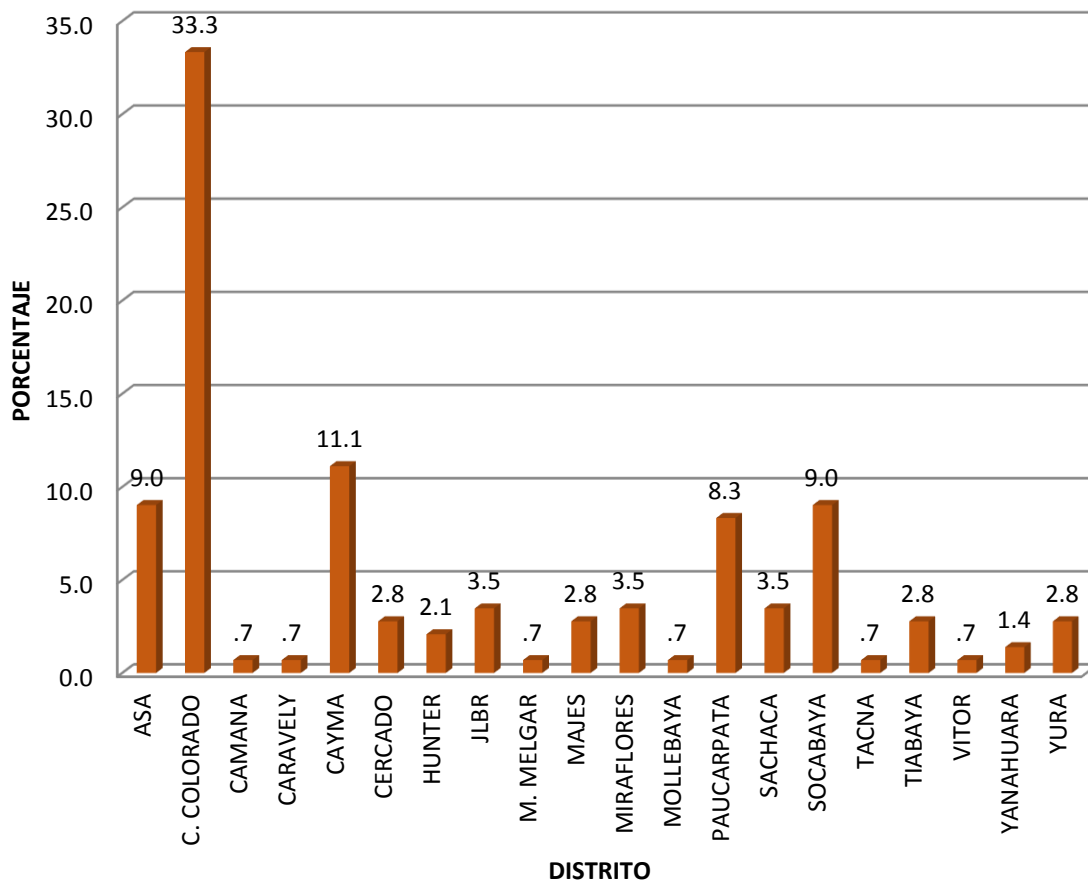
Los resultados reportaron que existe riesgo de depresión postparto en un 40% (riesgo limite en 38 puérperas (13.2%) y 80 puérperas (27.8%) con probable depresión postparto) y la mayor frecuencia y porcentaje se encontró en 170 puérperas (60%), quienes no tuvieron el riesgo de depresión durante el puerperio mediato. (Figura 1)

**Figura 2. Edad de puérperas mediatas en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**



Hubo distribución normal para esta variable. No hubo diferencias en la distribución de edad entre la totalidad de puérperas y las que presentaban depresión pos parto, con una mediana de 30 años y desviación estándar de 5.87, donde se observan las mayores frecuencias en la edad de 30 y 33 años con 9 %, y las mínimas frecuencia se observaron en las edades de 16, 19, 38 y 44 años con 0.7% (Figura 2)

**Figura 3. Lugar de procedencia de puérperas mediatas en el en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**



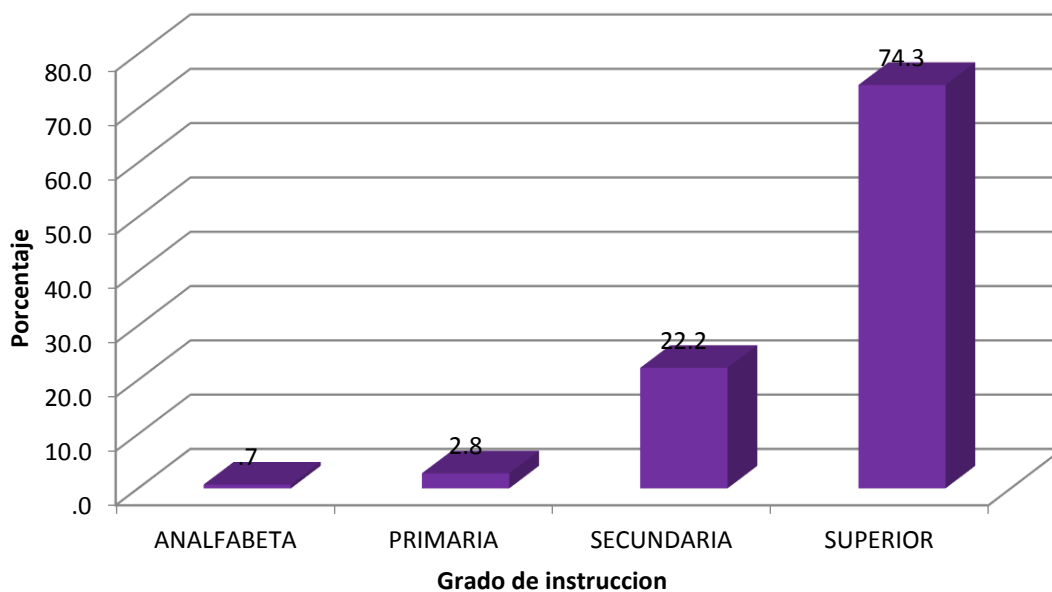
El distrito con mayor cantidad de pacientes fue el de Cerro Colorado con 96 puérperas mediatas (33.3%), sin embargo donde se encontró la mayor cantidad de tamizaje positivo para depresión con 20 puérperas mediatas (62.6 %) fue el distrito de Cayma, le sigue en frecuencia de depresión posparto el distrito de ASA con 12 paciente (46.2%), los lugares de procedencia con menor frecuencia fueron Camaná, Caraveli, Mariano Melgar, Mollebaya, Tacna, y Vitor con el 0.7% de pacientes. (Figura 3)

**Tabla 1. Distribución por Grado de instrucción según riesgo de depresión Posparto de puérperas mediatas N: (288) en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**

Grado de instrucción	Factores	Total	Depresión Pos Parto		p
			N	%	
Grado de instrucción	Analfabeta	2	2	100	0.034*
	Primaria	8	4	50	
	Secundaria	64	34	53.1	
	Superior	214	78	36.4	

N: 288  
\*p: <0.05

**Figura 4. Grado de instrucción de puérperas mediatas en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018**



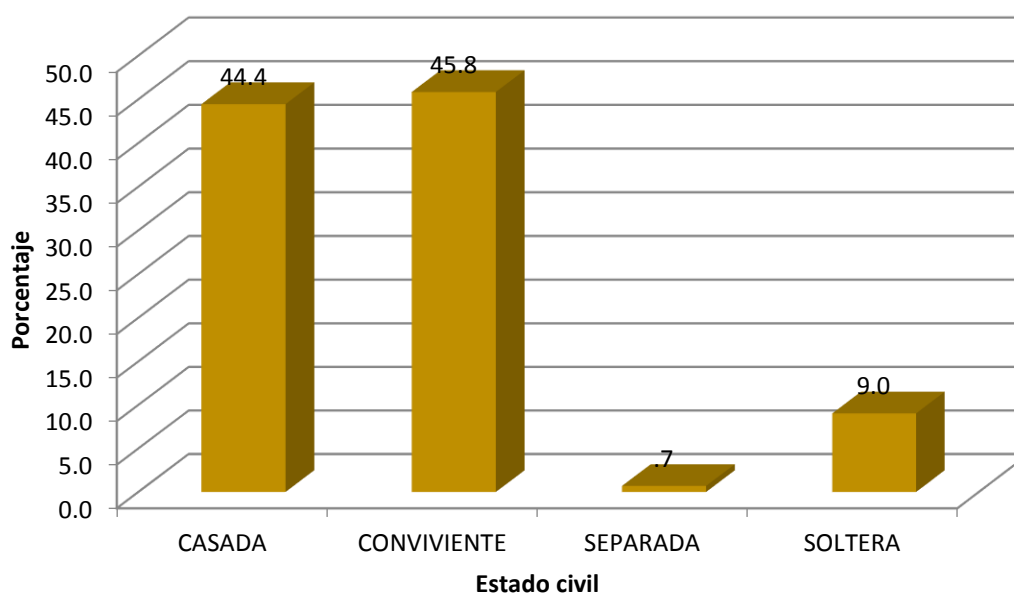
En el presente estudio 248 puérperas mediatas (74,3 %) presentó educación superior, de éstas, 78 (36.4%) presentó tamizaje positivo para depresión posparto, 64 puérperas mediatas (22.2%) presentó educación secundaria, de éstas, 34 (53.1%) presentó tamizaje positivo para depresión posparto. 19 (9,1%), 8 puérperas mediatas (2.8 %) presentó educación primaria, de éstas, 4 (50 %) presentó tamizaje positivo para depresión posparto. 2 pacientes (0.7 %) refirieron ser analfabetas, presentando en su totalidad tamizaje positivo para depresión posparto. Se encontró asociación estadística entre estas categorías en relación al riesgo de depresión posparto (p: 0.034) (Figura 4) (Tabla 1)

**Tabla 2. Estado civil según riesgo de depresión de puérperas mediatas N: (288) en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**

	Factores	Total	Depresión Pos Parto		p
			N	%	
Estado Civil	Casada	128	46	44.7	0.045*
	Conviviente	132	54	40.9	
	Separada	2	2	100	
	Soltera	26	16	61.6	

N: 288  
\*p: <0.05

**Figura 5. Estado civil de puérperas mediatas en el en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**



Se observó que 132 puérperas mediatas (45,8%) fueron convivientes; 128 (44,4%) casadas; 26 (9 %) fueron solteras y 2 separadas con un (0.7). La mayor frecuencia de tamizaje positivo para depresión posparto se presentaron en el grupo de separadas donde se observa que las dos pacientes que tienen este estado civil presentaron riesgo de depresión pos parto, las solteras presentaron un riesgo de depresión posparto de 61.6 %, las convivientes presentaron 40.9% y finalmente las casadas presentaron un 35.9 %. Se encontró asociación estadística entre estas categorías en relación al riesgo de depresión posparto ( $p < 0.045$ ) (Figura 5) (Tabla 2)

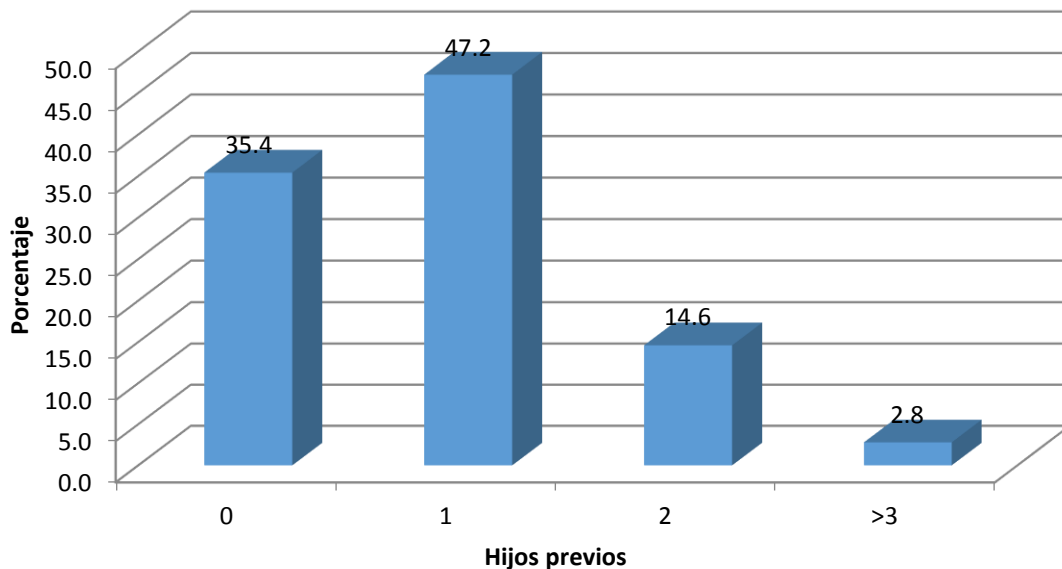
**Tabla 3. Hijos previos según riesgo de depresión de puérperas mediatas N: (288) en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**

	Factores	Total	Depresión Pos Parto		p
			N	%	
<b>Hijos previos</b>	<b>SI</b>	186	76	40,9	0.971
	<b>0</b>	102	42	41.2	
	<b>1</b>	136	50	36.8	
	<b>2</b>	42	22	53.4	
	<b>3 o más</b>	8	4	50	

N: 288

\*p: <0.05

**Figura 6. Hijos previos en puérperas mediatas, Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**



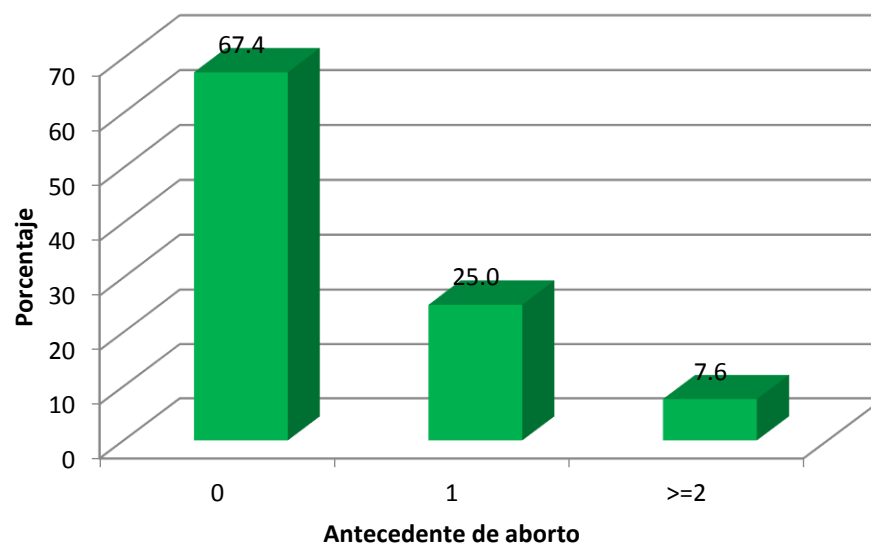
Se observó que 186 (64.6 %) presenta hijos previos a la actual gestación, 76 (40,9 %) de las puérperas con historia de hijo previo presentó tamizaje positivo para depresión posparto. No hubo asociación estadística para la variable hijo previo y depresión posparto ( $p: 0,971$ ). En cuanto a la cantidad de hijos que tenga la paciente se observó tamizaje positivo para depresión (1 hijo: 36.8 %, 2 hijos: 52.4 %; 3 hijos: 50%), no se encontró asociación estadística entre estas categorías en relación a no tener hijos (Figura 6), (Tabla 03).

**Tabla 4. Abortos previos según riesgo de depresión de puérperas mediatas N: (288) en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**

	Factores	Total	Depresión Pos Parto		p
			N	%	
<b>Abortos previos</b>	<b>SI</b>	94	42	44.7	0.529
	<b>0</b>	194	76	39.2	
	<b>1</b>	72	30	41.7	
	<b>2 o más</b>	22	12	54.5	

N: 288  
\*p: <0.05

**Figura 7. Antecedente de abortos en puérperas mediatas, Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**



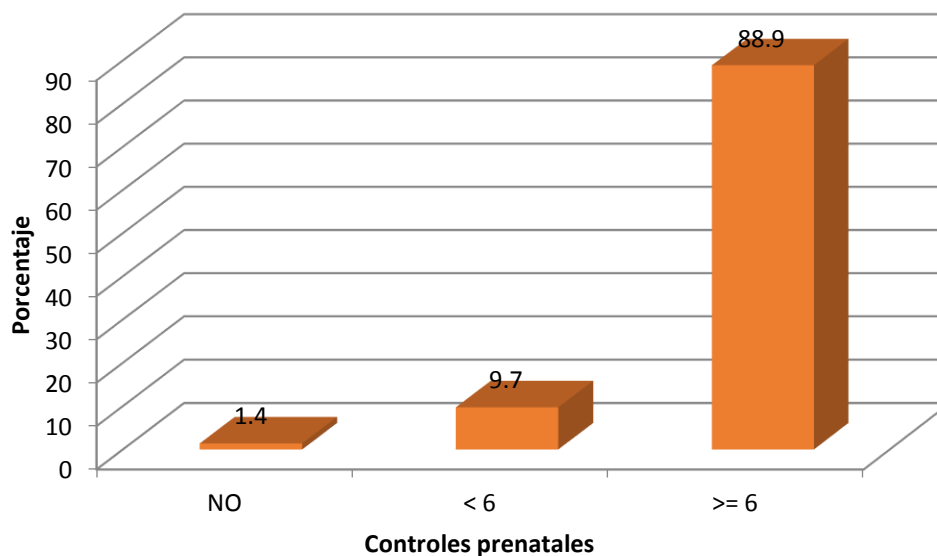
Se encontró que 94 puérperas (32.6%) habría presentado por lo menos un episodio de aborto y de estas pacientes el 42 (44.7 %) presentó tamizaje positivo para depresión posparto. No hubo asociación estadística entre las variable aborto previo con la variable depresión posparto (p: 0.529) (Figura 7), (Tabla 4)

**Tabla 5. Controles previos según riesgo de depresión de puérperas mediatas N: (288) en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**

	Factores	Total	Depresión Pos Parto		p
			N	%	
<b>Controles prenatales</b>	<b>NO</b>	4	2	50	
	<b>SI</b>	284	116	40.8	0.794
	<b>Menos de 6</b>	28	24	85.7	0.226
	<b>6 o más</b>	256	92	35.9	0.681

N: 288 \*p: <0.05

**Figura 8. Antecedente de control prenatal en puérperas mediatas, Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero Febrero 2018.**



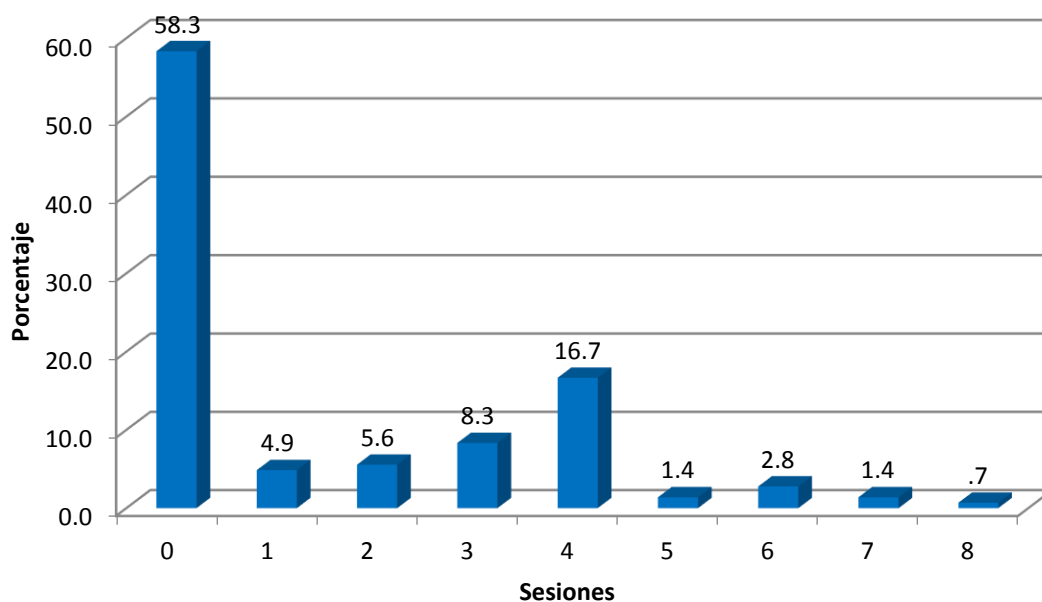
Se observó que 284 puérperas (98.6%) habría realizado controles prenatales, de los cuales 116 (40.8 %) presentaron tamizaje positivo para depresión posparto. 128 (88.8%) llevó a cabo más de 6 controles prenatales, de las cuales 92 (35.9 %) presentaron tamizaje positivo para depresión posparto. No se encontró asociación estadística entre controles prenatales y depresión posparto con (p: 0.794) (Figura 8), (Tabla 05).

**Tabla 6. Psicoprofilaxis según riesgo de depresión de puérperas mediatas N: (288) en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**

	Factores	Total	Depresión Pos Parto		p
			N	%	
<b>Realizó psicoprofilaxis</b>	<b>NO</b>	168	74	44	
	<b>SI</b>	120	44	36.7	0.375
	<b>Menos de 6</b>	106	40	37.7	0.465
	<b>6 a más</b>	14	4	28.6	0.427

N: 288  
\*p: <0.05

**Figura 9. Antecedente de psicoprofilaxis en puérperas mediatas, Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**

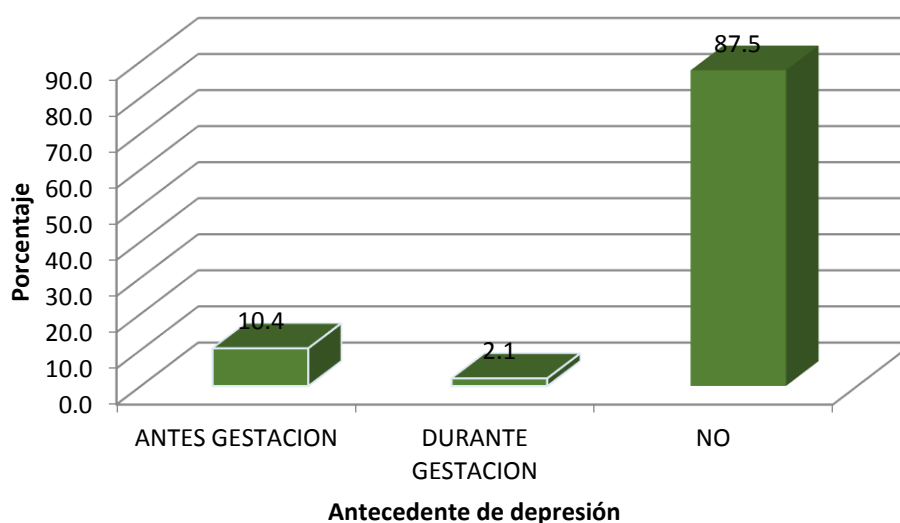


La frecuencia de puérperas que realizaron psicoprofilaxis fueron 120 (41.7%) de las cuales. 44 (36.7 %) presentaron tamizaje positivo para depresión posparto. Más del 90% tuvo menos de 6 sesiones de psicoprofilaxis o no las tuvo. No hubo asociación estadística entre psicoprofilaxis y la presentación de depresión posparto (Figura 9) (Tabla 06).

**Tabla 7. Episodios previo de depresión según riesgo de depresión de puérperas mediatas N: (288) en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**

	Factores	Total	Depresión Pos Parto		p
			N	%	
<b>Episodio previo depresivo</b>	SI	36	20	55.6	0.045
	Nunca	252	98	38.9	
	SI, con tratamiento	28	14	50	0.071
	SI, sin tratamiento	8	6	75	0.022

**Figura 10. Antecedente de depresión previo al embarazo en puérperas mediatas, Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**

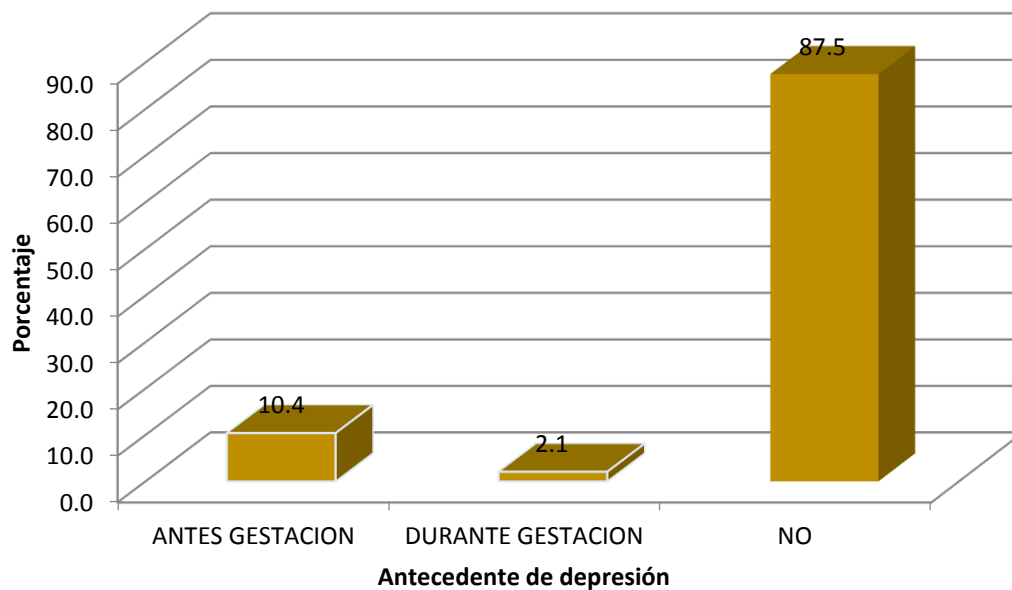


En el presente estudio 36 (10.4 %) de puérperas presentaron episodio depresivo previo. 28 (9.7%) tuvieron tratamiento y 8 (2.8%) no lo tuvieron. Del grupo que tuvo episodio depresivo previo, 14 (50 %) presentaron tamizaje positivo para depresión posparto. Hubo asociación estadística para la variable episodio depresivo previo y tamizaje positivo para depresión posparto ( $p: 0,045$ ) (Figura 10), (Tabla 07).

**Tabla 8. Episodio depresivo durante gestación según riesgo de depresión de puérperas mediatas N: (288) en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**

	Factores	Total	Depresión Pos Parto		p
			N	%	
<b>Episodio depresivo durante gestación</b>	SI	6	4	66.7	0.331
	Nunca	282	98	38.9	

**Figura 11. Antecedente de depresión durante el embarazo en puérperas mediatas, Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**



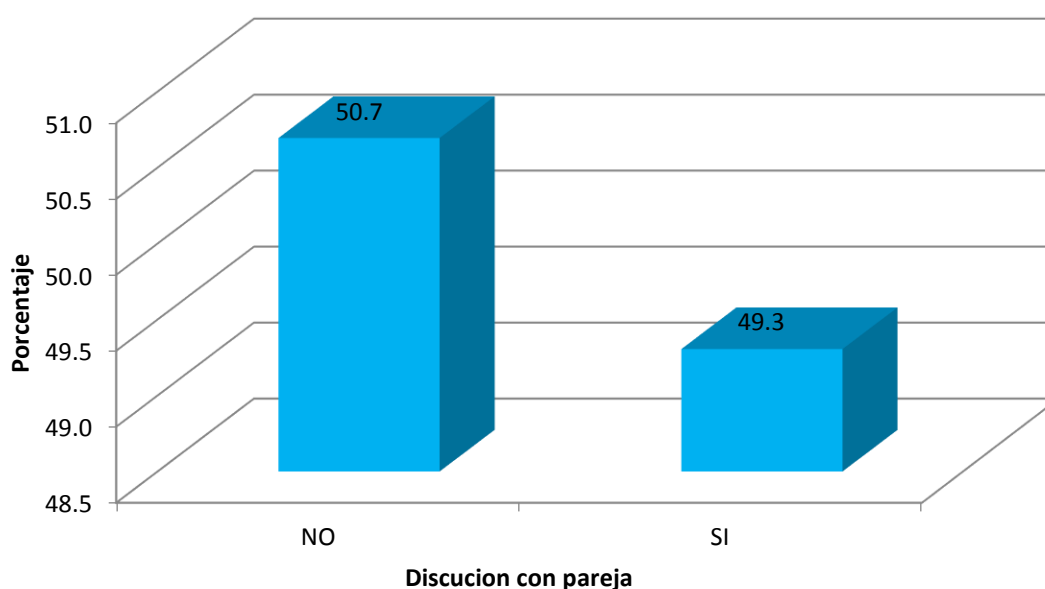
6 (2.1%) puérperas presentaron episodio depresivo durante el embarazo del cual 4 (66.7%) presentaron tamizaje positivo para depresión posparto. No hubo asociación estadística para la variable episodio depresivo durante el embarazo y depresión posparto (p: 0,331) (Tabla 08), (Figura 11)

**Tabla 9. Discusión con pareja según riesgo de depresión de puérperas mediatas N: (288) en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**

	Factores	Total	Depresión Pos Parto		p
			N	%	
<i>Discusión con pareja</i>	SI	142	82	57.7	< 0.01
	No	156	36	24.7	

N: 288

**Figura 12. Discusión con la pareja en puérperas mediatas, Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**



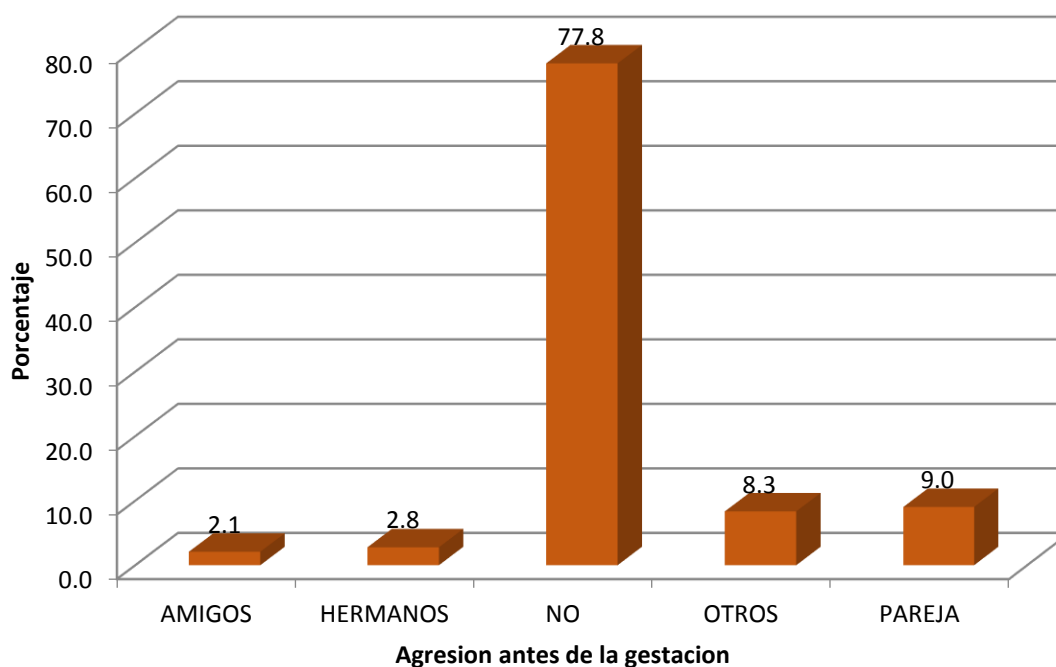
Se encontró que 142 (49.3%) presentó discusiones con su pareja; 82 (57.7%) presentó tamizaje positivo para depresión posparto. Se encontró asociación estadística entre las variables discusión con pareja y presencia de depresión posparto ( $p < 0.01$ ) (Figura 12), (Tabla 09).

**Tabla 10. Violencia previa al embarazo según riesgo de depresión de puérperas mediatas N: (288) en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**

	Factores	Total	Depresión Pos Parto		p
			N	%	
<b>Violencia previa al embarazo</b>	SI	64	36	56.3	0.046
	Nadie	224	82	36.6	0.896
	Pareja	26	10	38.5	
	otros	38	26	68.4	

N: 288  
\*p: <0.05

**Figura 13. Violencia física previa a la gestación en puérperas mediatas, Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**

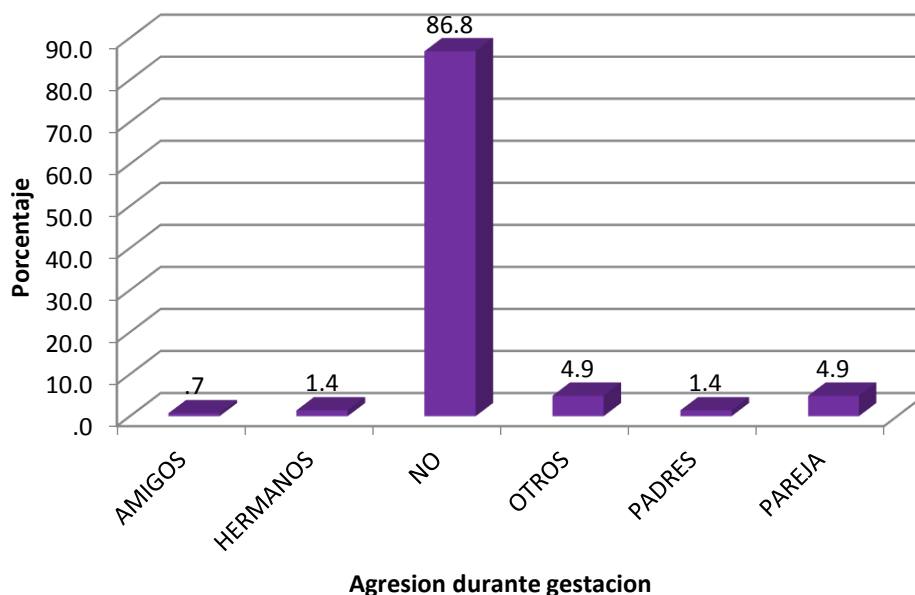


En cuanto a la violencia previa al embarazo 64 (22.2 %) de puérperas presentó violencia previa al embarazo; de los cuales 18 (56.3%) presentó tamizaje positivo para depresión posparto, se encontró asociación estadística entre las variables violencia previa al embarazo y tamizaje positivo a depresión posparto ( $p < 0.05$ ); la mayor frecuencia de agresor recayó sobre la pareja con un 26 (9 %), encontrando que en este grupo el tamizaje positivo era en 10 (38.5%). Sin embargo no se encontró asociación estadística entre las variable violencia previa al embarazo por la pareja y tamizaje positivo a depresión posparto ( $p: 0.896$ ), además se encontró asociación estadística entre violencia previa producida por padres y riesgo de depresión posparto ( $p < 0.01$ ) (Figura 13), (Tabla 10).

**Tabla 11. Violencia física durante el embarazo según riesgo de depresión de puérperas mediatas N: (288) en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**

	Factores	Total	Depresión Pos Parto		p
			N	%	
<b>Violencia durante embarazo</b>	<b>SI</b>	38	26	68.4	0.009
	<b>Nadie</b>	250	92	36.8	
	<b>Pareja</b>	14	10	71.4	0.067
	<b>Otros</b>	24	16	66.7	0.043

**Figura 14. Violencia física durante la gestación en puérperas mediatas, Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.**



Los resultados en cuanto a las puérperas con violencia durante el embarazo indican que fueron 38 (13.2%); de estas 26 (68.4%) presentó tamizaje positivo para depresión posparto. Además, 14 (4.9 %) refirieron que el agresor fue su pareja, encontrando que en este grupo el tamizaje positivo fue de 10 (71.4%). Se encontró asociación estadística entre las variables violencia durante el embarazo, violencia durante el embarazo producida padres con tamizaje positivo para depresión posparto ( $p < 0.01$ ;  $p < 0.05$ ) respectivamente. (Figura 14), (Tabla 11).



# CAPÍTULO III DISCUSIÓN

## DISCUSIÓN

El presente estudio se encontró que de 288 puérperas, 118 de ellas (40 %), presentaron tamizaje positivo para depresión posparto según la Escala de Edimburgo, los cuales son similares a los resultados encontrados por Arias (2016) (66) en su investigación en el Hospital III Goyeneche, que reporta una incidencia de depresión posparto de 32.9%, en una población de 98 puérperas y Vera (2015) (52) en su estudio en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, con un porcentaje de 36.33%, estos datos son comparables debido a la realidad en donde se realizaron, como es la misma región de nuestro país y difieren de los resultados encontrados por Medina (2015) (36) en su trabajo de tesis en la Clínica Good Hope en la ciudad de Lima, quien obtuvo un porcentaje de 20% de puérperas con tamizaje positivo para depresión posparto, Young (2017) (58) en su estudio en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Lima con 26.32 %, Vilouta et al. (2006) (81) en su estudio en el complejo hospitalario de Ourense, España, describió una incidencia del 21.25%, y Urdaneta et al. (2011) (86) en su investigación en el hospital de Maracaibo, Venezuela, valoradas por Medio de la Escala de Edimburgo” describen una incidencia del 90 %

Se encontró que la mayoría de la frecuencia de puérperas se encontraba entre las edades de 26 a 35 años. Esto coincide con el trabajo realizado por Medina (2015) (36) en el cual el mayor número de puérperas recae en las edades de 26 y 35 años y al igual que nuestra investigación no hay diferencia estadística significativa.

Para el grado de instrucción se describió que las mayores incidencias se encontraron en el grupo que había cursado con educación superior 74.3 % y en los que cursaron con estudios secundarios con un 22.2 % al igual que la investigación de Young (58) quien describe una incidencia de 90.9 para aquellas puérperas que cursaron estudios secundarios y superiores, Medina (36) quien describe 87.27 % con estudios superiores, y difiere de Arias (66) quien describe la mayor incidencia en estudios primarios con 52%, Vera (52) quien encontró que el 59.55 % de puérperas cursaron estudios secundarios,

En cuanto a la mayor incidencia de depresión se observó que se dio en las puérperas que cursaron con educación primaria para Arias(66) con 67.7 %, Vera (52) con 55.56%, Young (58) 42.11% y Urdaneta (86) con 15%, que difiere de esta investigación, donde recae en puérperas con educación secundaria con un 53.1%, siendo la segunda mayor incidencia de depresión en las puérperas con educación primaria con 50%, Se encontró asociación estadística con ( $p: 0.034$ ) al igual que la investigación de Vera y Urdaneta.

En cuanto al estado civil, se encontró que el grupo predominante de puérperas mediatas tenía una relación de convivencia llegando al 45.8%. No obstante, se encontró mayor frecuencia de tamizaje positivo de depresión posparto en el grupo de las solteras y separadas con incidencias de 100% y 61%. Se encontró asociación estadísticamente significativa en estas variables con ( $p: 0.045$ ). Estos resultados se asemejan a los de Arias (66) con una incidencia de depresión posparto en solteras con 51.6%, Vera (52) 61%, Young (58) 36%, Urdaneta 86%, encontrándose asociación estadística en los trabajos de Vera y Young con ( $p<0.01$ ) al igual que esta investigación. Los datos hallados marcan que al presentar una relación estable y de unión con la pareja previenen este tipo de patologías.

Dentro de las variables obstétricas, se encontró que las puérperas con antecedente de paridad representaban un 64.6%, y las que habían tenido un episodio previo de aborto eran un 32.6%. Para ambos grupos se encontró que tenían la mayor incidencia tamizaje positivo para depresión posparto 40,9 % y 44.7%, respectivamente. Sin encontrarse asociación estadística significativa en ambas variables. Resultados similares a Vilouta (81) que indica la existencia de depresión posparto en puérperas con antecedente de paridad con una incidencia de 37.5 %, sin significancia estadística, Urdaneta (86) refiere una incidencia de 22% de puérperas con antecedente de paridad sin significancia estadística, Medina (36) con 40 % sin significancia estadística y Young quien (58) indicó una incidencia de 31.44% para puérperas multíparas con significancia estadística ( $p<0.05$ ). En cuanto al antecedente de aborto previo Young refiere 23.92% y depresión posparto en el 43.48 % de estas con significancia estadística ( $p<0.05$ ). Esto también se comprueba en el estudio realizado por Montmasson et al, (50) en donde se encuentra relación

de depresión posparto con abortos previos (OR: 6,2;  $P < 0,01$ ) en una población de 212 puérperas. Hay amplia evidencia para determinar que el antecedente de aborto es un factor de riesgo para depresión posparto y esto debido probablemente a los sentimientos de culpa que puede experimentar la mujer.

En cuanto a los controles prenatales, se encontró que casi el 100% había realizado los mismos, siendo 88.6 % las que cumplieran con por lo menos 6 controles prenatales; y para psicoprofilaxis, se encontró que 13.2 % había realizado las sesiones, sin embargo solo 14 puérperas de la población total cumplieron con por lo menos 6 sesiones. Se halló también que el tamizaje positivo para depresión posparto fue de 40.8 % y 36.7%, respectivamente. No se halló asociación de las variables con la categoría de menos de 6 controles prenatales. No se ha encontrado relación de estas variables en estudios nacionales; sin embargo Young en su estudio en el hospital Arzobispo Loayza de Lima encuentra una asociación estadística ( $p < 0.05$ ). Como sabemos dentro de los controles prenatales se marca la pauta de atención integral de la gestante en donde la paciente acude a consultas de distintas áreas (obstetricia, psicología, odontología, entre otras). El no acudir a los controles prenatales es una desventaja para estas pacientes ya que no se podría diagnosticar otras patologías por ejemplo en el campo de salud mental y ello conllevaría al aumento de depresión posparto en este grupo de pacientes.

Para el caso de los antecedentes de depresión, se halló que el 25% habían presentado un episodio depresivo previo a la gestación y de este grupo solo 9.7% había realizado tratamiento para el mismo. En cuanto a episodios depresivos durante la gestación, 2.1% presentaron los mismos y 66.7% presentaron tamizaje positivo para depresión posparto, además de encontrarse asociación entre el antecedente de depresión antes del embarazo con el tamizaje positivo con ( $p < 0.05$ ). Resultados similares a Young (58) para depresión antes del embarazo con ( $p < 0.05$ ) y Urdaneta también con significancia estadística.

Respecto a antecedentes de violencia, se encontró que 49.3% tuvieron discusiones con sus parejas; 13.2 % de puérperas presentó episodio de violencia durante la gestación, en el cual el responsable más frecuente fue la

pareja; y que 22.2% de ellas presentó episodio de violencia previo al embarazo. De todas ellas, 57.7%, 68.4% y 56.3%, respectivamente presentaron tamizaje positivo para depresión posparto, encontrándose asociación estadística entre todas las variables. Gómez et al, (98) estudió en el 2009 a 2317 puérperas en el Instituto Materno Perinatal, en donde describió que la frecuencia de violencia intrafamiliar durante el embarazo fue de 21%, además de encontrar asociación moderadamente severa entre estas variables. Además, se menciona que las mujeres que presentaron violencia durante su gestación tenían niveles más altos de severidad que las que no. Sin embargo, este estudio fue realizado con el instrumento de Patient Health Questionnaire (PHQ-9).





# CAPÍTULO IV

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## CONCLUSIONES

- La frecuencia de tamizaje positivo para riesgo de depresión posparto mediante la Escala de Edimburgo es de 40% en el Hospital III de Yanahuara.
- Se describió que el distrito con mayor cantidad de pacientes fue de Cerro Colorado con un 33.3%, un 74,3 % presentó educación superior y un 45,8% de púerperas mediatas su estado civil fueron convivientes.
- Se determinó que el 64.6 % de púerperas mediatas presenta hijos previos a la actual gestación, el 32.6% de púerperas mediatas presento por lo menos un episodio de aborto, el 98.6% de púerperas mediatas se habría realizado controles prenatales y un 41.7 % de púerperas mediatas realizaron psicoprofilaxis.
- Se identificó un 12.5 % de púerperas mediatas que presentaron episodio depresivo previo y el 2.1% de púerperas mediatas presentaron episodio depresivo durante el embarazo.
- Se describió que el 49.3% de púerperas mediatas presentó discusiones con su pareja, el 22.2% presento violencia previa al embarazo y un 13.2% de violencia durante el embarazo.
- Se determinó asociación estadística de depresión posparto con discusión con pareja ( $p < 0,01$ ), violencia previa a la gestación ( $p < 0.046$ ), violencia durante la gestación ( $p < 0.01$ ), antecedente de depresión previo al embarazo  $p < 0.045$ , estado civil ( $p < 0.045$ ) y grado de instrucción ( $p < 0.034$ ).

## RECOMENDACIONES

1. A la Gerencia Regional de Salud implementar programas de promoción de la salud mental con charlas y actividades participativas y de consulta para las madres gestantes y puérperas en los Centros de Atención del primer nivel.
2. Al Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Yanahuara, implementar un programa de evaluación mental y orientación psicológica de las puérperas al alta del servicio de Obstetricia y/o Neonatología (en coordinación con el Departamento de Pediatría) con control en su próxima visita al Hospital, para conocer cuál es el estado de salud mental de las madres al dejar el Hospital.
3. Al Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Yanahuara, incluir el uso de la Encuesta sobre Depresión Posnatal de Edimburgo (EDPE) en el servicio de Ginecología y Obstetricia a las puérperas tanto en el área de Hospitalización como en Consultorio Externo como método de cribado de depresión.
4. A los alumnos de la facultad de Medicina Humana y demás estudiantes de la Salud a continuar estudios de investigación sobre depresión en el periparto.

## BIBLIOGRAFIA

1. Association A. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2014.
2. Alvarez M y Col. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.2010
3. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 2009.
4. Asociación Americana de Psiquiatría “Manual de diagnóstico y estadístico de DSM V o de DSM5 de desórdenes mentales” 2014
5. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5), Asociación Americana de Psiquiatría, Arlington 2013.
6. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. Trastorno depresivo mayor en el DSM-5: implicaciones para la práctica clínica y la investigación de los cambios del DSM-IV. *Depress Anxiety* 2014; 31: 459.
7. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet* 2013; 381:1371.
8. Serretti A, Fabbri C. Shared genetics among major psychiatric disorders. *Lancet* 2013; 381:1339.
9. Wojcik W, Lee W, Colman I, et al. Foetal origins of depression? A systematic review and meta-analysis of low birth weight and later depression. *Psychol Med* 2013; 43:1.
10. Loret de Mola C, de França GV, Quevedo Lde A, Horta BL. Low birth weight, preterm birth and small for gestational age association with adult depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014; 205:340.
11. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67:113.

12. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci* 2009; 12:342.
13. Vikram P, Simon G, et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med* 2009;6(10):1-7. 9
14. Li M, Rodin G. Depression. In: *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine: Psychiatric Care of the Medically Ill, Second Edition*, Levenson JL (Ed), American Psychiatric Publishing, Inc, Washington, DC 2011. p.175.
15. Orlovska S, Pedersen MS, Benros ME, et al. Head injury as risk factor for psychiatric disorders: a nationwide register-based follow-up study of 113,906 persons with head injury. *Am J Psychiatry* 2014; 171:463.
16. Rotella F, Mannucci E. Diabetes mellitus as a risk factor for depression. A meta-analysis of longitudinal studies. *Diabetes Res Clin Pract* 2013; 99:98.
17. Milaneschi Y, Hoogendijk W, Lips P, et al. The association between low vitamin D and depressive disorders. *Mol Psychiatry* 2014; 19:444.
18. Annweiler C, Rastmanesh R, Richard-Devantoy S, Beauchet O. The role of vitamin D in depression: from a curious idea to a therapeutic option. *J Clin Psychiatry* 2013; 74:1121.
19. Anglin RE, Samaan Z, Walter SD, McDonald SD. Vitamin D deficiency and depression in adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2013; 202:100.
20. Fardet L, Petersen I, Nazareth I. Suicidal behavior and severe neuropsychiatric disorders following glucocorticoid therapy in primary care. *Am J Psychiatry* 2012; 169:491.
21. Harrison-Woolrych M, Ashton J. Psychiatric adverse events associated with varenicline: an intensive posmarketing prospective cohort study in New Zealand. *Drug Saf* 2011; 34:763.
22. Scherrer JF, Svrakic DM, Freedland KE, et al. Prescription opioid analgesics increase the risk of depression. *J Gen Intern Med* 2014; 29:491.
23. Barron AJ, Zaman N, Cole GD, et al. Systematic review of genuine versus spurious side-effects of beta-blockers in heart failure using

- placebo control: recommendations for patient information. *Int J Cardiol* 2013; 168:3572.
24. Aan het Rot M, Mathew SJ, Charney DS. Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *CMAJ* 2009; 180:305.
  25. Vreeburg SA, Hoogendijk WJ, van Pelt J, et al. Major depressive disorder and hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity: results from a large cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66:617.
  26. Maciag D, Hughes J, O'Dwyer G, et al. Reduced density of calbindin immunoreactive GABAergic neurons in the occipital cortex in major depression: relevance to neuroimaging studies. *Biol Psychiatry* 2010; 67:465.
  27. Dunlop BW, Nemeroff CB. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 64:327.
  28. Harvey BH, McEwen BS, Stein DJ. Neurobiology of antidepressant withdrawal: implications for the longitudinal outcome of depression. *Biol Psychiatry*. 2003; 54: 1105-1117
  29. Pavcovich LA, Cancela LM, Volosin M, Molina VA, Ramirez OA, Chronic stress-induced changes in locus ceruleus neuronal activity. *Brain Res Bull*. 24:293-296
  30. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society;2009. Informe No.:90.
  31. Calderón C, Mosquera I, Balagué L, Retolaza A, Bacigalupe A, Belaunzaran J, et al. Modelos e intervenciones de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión: resultados de una meta-revisión. Investigación Comisionada. VitoriaGasteiz: Departamento de Salud, Gobierno Vasco; 2013. Informe N°: D-13-13.
  32. 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.
  33. Rodgers M, Asaria M, Walker S, McMillan D, Lucock M, Harden M, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for tge secundar prevention of relapse after

- depression: a systematic review. *Health Technol Assess.* 2012;16(28):1-129
34. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Agencia de evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t);2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2013/06.
  35. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
  36. World Health Organization. *International Classification of Diseases (ICD). ICD-10 online version: 2016.* <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (Accessed on February 10, 2016).
  37. Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DK. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. *Arch Womens Ment Health* 2010; 13:37.
  38. Postpartum Depression: Action Towards Causes and Treatment (PACT) Consortium. Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. *Lancet Psychiatry* 2015; 2:59.
  39. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 2013; 9:379.
  40. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord* 2015; 175:34.
  41. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014; 28:3.
  42. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65:805.
  43. Fisher SD, Wisner KL, Clark CT, et al. Factors associated with onset timing, symptoms, and severity of depression identified in the postpartum period. *J Affect Disord* 2016; 203:111.

44. Iwata H, Mori E, Sakajo A, et al. Prevalence of postpartum depressive symptoms during the first 6 months postpartum: Association with maternal age and parity. *J Affect Disord* 2016; 203:227
45. Altemus M, Neeb CC, Davis A, et al. Phenotypic differences between pregnancy-onset and postpartum-onset major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2012; 73:e1485.
46. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, et al. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 2006; 296:2582.
47. Viktorin A, Meltzer-Brody S, Kuja-Halkola R, et al. Heritability of Perinatal Depression and Genetic Overlap With Nonperinatal Depression. *Am J Psychiatry* 2016; 173:158.
48. Murphy-Eberenz K, Zandi PP, March D, et al. Is perinatal depression familial? *J Affect Disord* 2006; 90:49.
49. Forty L, Jones L, Macgregor S, et al. Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1549.
50. Schiller CE, Meltzer-Brody S, Rubinow DR. The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectr* 2015; 20:48.
51. Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstet Gynecol* 2011; 117:961.
52. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, et al. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157:924.
53. Ahokas A, Kaukoranta J, Wahlbeck K, Aito M. Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment with sublingual physiologic 17beta-estradiol: a preliminary study. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:332.
54. Lawrie TA, Hofmeyr GJ, De Jager M, et al. A double-blind randomised placebo controlled trial of posnatal norethisterone enanthate: the effect on posnatal depression and serum hormones. *Br J Obstet Gynaecol* 2008; 105:1082.

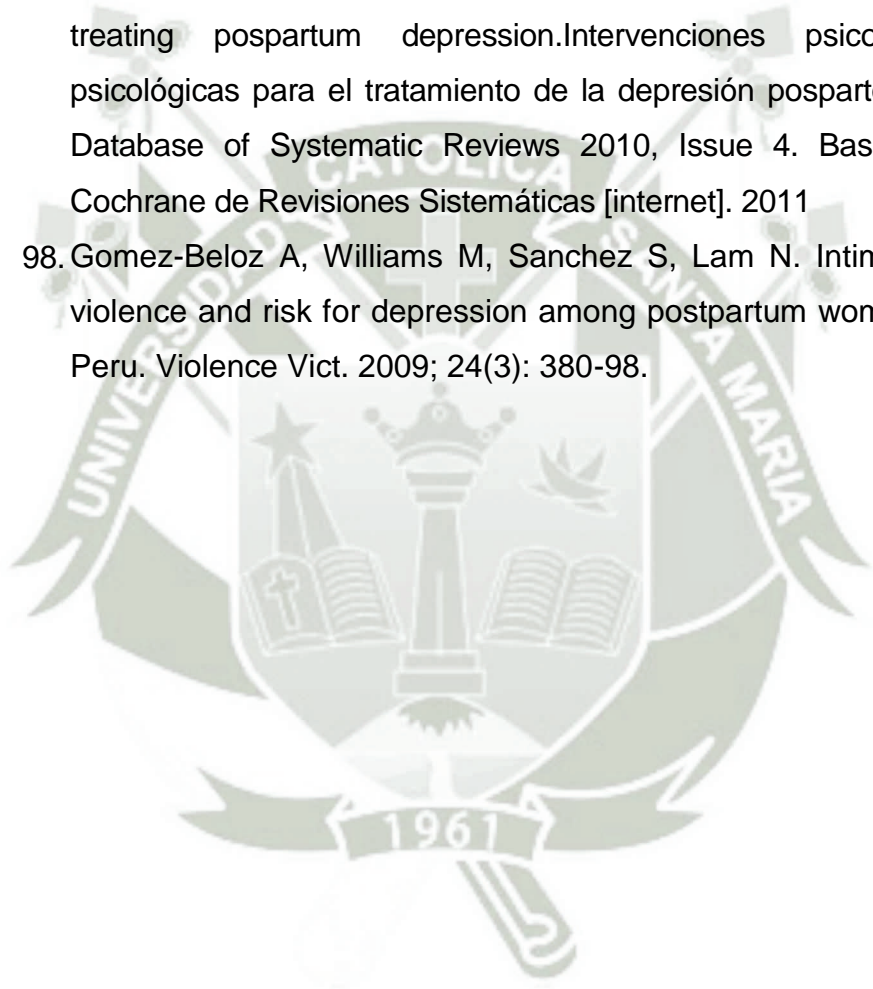
55. De Rezende MG, Garcia-Leal C, de Figueiredo FP, et al. Altered functioning of the HPA axis in depressed postpartum women. *J Affect Disord* 2016; 193:249.
56. Parry BL, Meliska CJ, Sorenson DL, et al. Plasma melatonin circadian rhythm disturbances during pregnancy and postpartum in depressed women and women with personal or family histories of depression. *Am J Psychiatry* 2008; 165:1551.
57. Skrundz M, Bolten M, Nast I, et al. Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology* 2011; 36:1886.
58. Mehta D, Newport DJ, Frishman G, et al. Early predictive biomarkers for postpartum depression point to a role for estrogen receptor signaling. *Psychol Med* 2014; 44:2309.
59. Guintivano J, Arad M, Gould TD, et al. Antenatal prediction of postpartum depression with blood DNA methylation biomarkers. *Mol Psychiatry* 2014; 19:560.
60. Yim IS, Glynn LM, Dunkel-Schetter C, et al. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66:162.
61. Glynn LM, Sandman CA. Evaluation of the association between placental corticotrophin-releasing hormone and postpartum depressive symptoms. *Psychosom Med* 2014; 76:355.
62. Sacher J, Rekkas PV, Wilson AA, et al. Relationship of monoamine oxidase-A distribution volume to postpartum depression and postpartum crying. *Neuropsychopharmacology* 2015; 40:429.
63. Maurer-Spurej E, Pittendreigh C, Misri S. Platelet serotonin levels support depression scores for women with postpartum depression. *J Psychiatry Neurosci* 2007; 32:23.
64. Gao X, Wang J, Yao H, et al. Serum BDNF concentration after delivery is associated with development of postpartum depression: A 3-month follow up study. *J Affect Disord* 2016; 200:25.
65. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* 2014; 384:1775.

66. Kim DR, Epperson CN, Weiss AR, Wisner KL. Pharmacotherapy of postpartum depression: an update. *Expert Opin Pharmacother* 2014; 15:1223.
67. Hoertel N, López S, Peyre H, et al. Are symptom features of depression during pregnancy, the postpartum period and outside the peripartum period distinct? Results from a nationally representative sample using item response theory (IRT). *Depress Anxiety* 2015; 32:129.
68. Vliegen N, Casalin S, Luyten P. The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harv Rev Psychiatry* 2014; 22:1.
69. Baker R, Orton E, Kendrick D, Tata LJ. Maternal depression in the 5 years after childbirth among women with and without perinatal depression: a population-based cohort study. *Lancet* 2015; 386:S22.
70. Josefsson A, Sydsjö G. A follow-up study of postpartum depressed women: recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. *Arch Womens Ment Health* 2008; 10:141.
71. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65:805.
72. Stewart DE. Clinical practice. Depression during pregnancy. *N Engl J Med* 2011; 365:1605.
73. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev* 2010; 33:1.
74. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord* 2015; 171:142.
75. El-Den S, O'Reilly CL, Chen TF. A systematic review on the acceptability of perinatal depression screening. *J Affect Disord* 2015; 188:284.
76. Cox J, Holden J, Henshaw C. *Perinatal Mental Health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual, Second Edition*, RCPsych Publications, London 2014.
77. Aramburú P., Arellano R., Jáuregui S., Pari L., Salazar P. y 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. Revista Peruana de Epidemiología 2008; 12(3) pp1-5.
78. Wisner KL, Sit DK, McShea MC, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. JAMA Psychiatry 2013; 70:490.
79. Myers ER, Aubuchon-Endsley N, Bastian LA, et al. Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression. Comparative Effectiveness Review 106. AHRQ Publication No. 13-EHC064-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. [www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm](http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm). PubMed ID 23678510.
80. Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. Obstet Gynecol 2015; 125:1268.
81. VILOUTA, M., et al. Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia, 2009, vol. 33, no 6, p. 208-211.
82. Bustos Rementería Stephanie y Jiménez Ponce Nataly. Factores de riesgo asociados a la depresión pos parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica – Chile. Psiquiatría Y Salud Mental 2013; xxx, N° 1, 38 - 49..
83. Vera F, Karina J, Natale I, Teresa A, Toro Merlo J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venezuela. diciembre de 2014;74(4):229–43.
84. Molero KL, Machado U, Ramón J, V C, Baabel Zambrano N, Contreras Benítez A, et al. Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adultas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2014;79(4):294–304.
85. Simone N. Vigod, MD Msc LAT MA, Barbara Bryja, RM C-LD PhD, Mark H. Yudin, MSc LER PhD. Relation between place of residence and postpartum depression. Focus Depress CMAJ. el 17 de septiembre de 2013;185(13):1129–35.

86. Urdaneta M J, Rivera S A, García I J, Guerra V M, Baabel Z N, Contreras B A. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS VALORADAS POR LA ESCALA DE EDIMBURGO. Rev Chil Obstet Ginecol. 2010;75(5):312–20.
87. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Hinostroza R, Reyes ET, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. UNIVERSIDAD DE CUENCA Santiago Castro Ingrid Borrero| 40 Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. Rev Peru Epidemiol. 2010;14(3):1–8.
88. Jones K. Weight stigma among providers decreases the quality of care received by obese patients. 2010
89. Bustos Rementería Stephanie y Jiménez Ponce Nataly. Factores de riesgo asociados a la depresión pos parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica – Chile. Psiquiatría Y Salud Mental 2013; xxx, Nº 1, 38 - 49.
90. MacCue S., Briggs Gowan M., Storfer A. y Carter A. Prevalence, Correlates, and Persistence of Maternal Depression. J Womens Health 2007; 16(5): 678-691.
91. Thoppil J., Riutcel T. y Nalesnik S. Early intervention for Perinatal Depression. Am J Obstet Gynecol 2005; 192 (5): 1446-8. 44
92. Arranz L., Gaviño A. y Escobedo A. Depresión Posparto en pérdida gestacional recurrente. Presentación de un caso. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas 2009; 10(3): 71-73.
93. Nicholson W., Setse R., Hill-Briggs F., Cooper L., Strobino D. y Powe N. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. Journal Obstetric and Gynecology 2009; 107(4): 798-806.

94. Vargas M., y García J. Depresión Pos-Parto: Presencia y manejo Psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología 2009; 3(1): 11-18.
95. Távara-Orozco, L., Zegarra-Samamé T., Zelaya L., Arias M., Estolaza N. Detección de Violencia Basada en Género en Tres Servicios de Atención de Salud Reproductiva. Ginecol. Obstet. 2008; 49 (1): 31-38.
96. Lanza di Scalea T, Wisner K. Antidepressant Medication Use during Breastfeeding. 2010
97. Dennis C, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión posparto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 4. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas [internet]. 2011
98. Gomez-Beloz A, Williams M, Sanchez S, Lam N. Intimate partner violence and risk for depression among postpartum women in Lima, Peru. Violence Vict. 2009; 24(3): 380-98.



# ANEXOS



## Anexo 01. Ficha de factores asociados.

### FICHA DE DATOS

#### Datos de Filiación

- a. Número de ficha:
- b. Nombre: \_\_\_\_\_
- c. Domicilio: \_\_\_\_\_
- d. Teléfono: \_\_\_\_\_
- e. Edad (años cumplidos):
- f. Fecha de parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de parto: Eutócico  Cesárea
- g. Fecha de toma de datos: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Datos de la evaluación de variables

- h. Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_  
 Urbano:  Rural:   
 Costa:  Sierra:  Selva:
- i. Grado de Instrucción:  
 Analfabeta:  Primaria:  Secundaria:  Superior:
- j. Estado civil:  
 Soltera:  Casada:  Conviviente:  Separada:  Otra:
- k. ¿Ha tenido hijos antes?  
 Si:  No:  ¿Cuántos?: \_\_\_\_\_
- l. ¿Ha tenido abortos antes?  
 Si:  No:  ¿Cuántos?: \_\_\_\_\_
- m. ¿Tuvo atención prenatal?  
 Si:  No:  ¿Cuántas sesiones?: \_\_\_\_\_
- n. ¿Tuvo Psicoprofilaxis obstétrica durante el embarazo?  
 Si:  No:  ¿Cuántas sesiones?: \_\_\_\_\_
- o. ¿Ha presentado diagnóstico de depresión?  
 Antes del embarazo:  Durante el embarazo:  Nunca:
- p. ¿Ha tenido tratamiento para la depresión?  
 Antes del embarazo:  Durante el embarazo:  Nunca:
- q. ¿Durante su gestación ha tenido discusiones frecuentes con su pareja?  
 Si:  No:
- r. ¿Durante su gestación ha sido agredida? ¿Por quién?  
 Si:  No:   
 Pareja:  Padres:  Hermanos:  Amigos:  Otros:
- s. ¿Antes su gestación ha sido agredida? ¿Por quién?  
 Si:  No:   
 Pareja:  Padres:  Hermanos:  Amigos:  Otros:

## Anexo 02. Test de Edimburgo para Depresión Posparto.

### ANEXO 1 - HERRAMIENTA DE TAMIZAJE

Escala de Edimburgo. Versión validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. (*J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91)

#### ESCALA DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

- |   |  |
|---|--|
| <p>1) <i>He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</i><br/>tanto como siempre<br/>no tanto ahora<br/>mucho menos ahora<br/>no, nada</p> <p>2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i><br/>tanto como siempre<br/>menos que antes<br/>mucho menos que antes<br/>casi nada</p> <p>3) <i>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:</i><br/>sí, la mayor parte del tiempo<br/>sí, a veces<br/>no con mucha frecuencia<br/>no, nunca</p> <p>4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i><br/>no, nunca<br/>casi nunca<br/>sí, a veces<br/>sí, con mucha frecuencia</p> <p>5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i><br/>sí, bastante<br/>sí, a veces<br/>no, no mucho<br/>no, nunca</p> | <p>6) <i>Las cosas me han estado abrumando:</i><br/>sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto<br/>sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre<br/>no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien<br/>no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre</p> <p>7) <i>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</i><br/>sí, la mayor parte del tiempo<br/>sí, a veces<br/>no con mucha frecuencia<br/>no, nunca</p> <p>8) <i>Me he sentido triste o desgraciada:</i><br/>sí, la mayor parte del tiempo<br/>sí, bastante a menudo<br/>no con mucha frecuencia<br/>no, nunca</p> <p>9) <i>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</i><br/>sí, la mayor parte del tiempo<br/>sí, bastante a menudo<br/>sólo ocasionalmente<br/>no, nunca</p> <p>10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i><br/>sí, bastante a menudo<br/>a veces<br/>casi nunca<br/>nunca</p> |
|---|--|

### Anexo 03. Consentimiento Informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio pretende determinar la incidencia y factores asociados de la depresión posparto en las puérperas del servicio de obstetricia del hospital III Yanahuara

Se le ha solicitado a usted formar parte de este estudio de investigación debido a que Ud. pertenece a la población a estudiar, para lo cual se le pedirá respondaa unas cuantas preguntas que nos aseguran encontrar las características que estamos buscando.

Agradecemos de antemano su apoyo

Declaración de consentimiento

Acepto

No acepto

## ANEXO 4: PROYECTO DE TESIS



# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana



### Programa Profesional de Medicina Humana

**“Factores Asociados al Riesgo de Depresión Posparto en  
Puérperas Mediatas del Hospital III Yanahuara, Arequipa, Enero-  
Febrero 2018”**

Proyecto de tesis presentada por el Bachiller:

**LUNA CONDORI, RUTH MARIBEL**

Para optar por el Título Profesional de:

**MEDICO CIRUJANO**

**Arequipa – Perú**

**2018**

## PROLOGO

La depresión es una de las patologías psiquiátricas más frecuentes dentro de la población mundial, la misma que no es atendida con la importancia que debiera. Podemos apreciarla en distintas etapas de la vida, siendo en algunos casos más delicada de atender por la predisposición y la vulnerabilidad del paciente. Es aquí en donde encontramos a las puérperas, mujeres que acaban de dar a luz, las cuales pueden cursar con inestabilidad emocional por muchos factores convirtiendo una de las etapas más felices de su vida en un verdadero tormento, una explicación probable sería las variaciones hormonales que este sexo presenta llegando a la cúspide del embarazo disminuyendo súbitamente luego del parto. Si se asocian estas variaciones hormonales al factor genético, factores psicosociales, factores obstétricos, factores familiares y factores sociodemográficos existiría una clara relación con la Depresión Pos-Parto (DPP), la cual es definida, según el DSM-V como “la presentación de depresión durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto” y según otros autores como la depresión presentada en algún momento dentro de los 18 meses posteriores al parto.

Debido a que no contamos con datos actuales sobre la prevalencia de depresión posparto en nosocomios de referencia, y sí tener datos relativamente recientes de consecuencias de la misma, es meritorio el estudio en un hospital como el Hospital III Yanahuara, para contribuir con el conocimiento y con los programas de prevención.

## I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Enunciado del problema

¿Existen factores asociados al riesgo de depresión posparto en puérperas mediatas del Hospital III Yanahuara, Arequipa. Enero- Febrero 2018?

#### 1.2. Descripción del problema de investigación

a) Área del conocimiento

- AREA GENERAL: Ciencias de la Salud
- AREA ESPECÍFICA: Medicina Humana
- ESPECIALIDAD: Psiquiatría
- LÍNEA: Psiquiatría Perinatal

b) Análisis de variables

El estudio cuenta con variables independientes: factores asociados (socio demográficos, obstétricos, antecedente de depresión y antecedente de violencia familiar) y una dependiente: riesgo de depresión posparto.

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías/ valor final	Criterios de medición de las categorías	Tipos de variables / escala de medición
<b>Datos sociodemográficos</b>					
Edad	Tiempo de vida desde el momento de nacimiento considerado en años	Tiempo de vida desde el momento de nacimiento considerado en años	Edad, años cumplidos al momento de la encuesta	Valor de los años consignado en p: e	Numérica Continua / De razón
Lugar de residencia	Espacio físico en el cual	Distrito en el cual	Nombre del distrito	Nombre de la ciudad en p:	Categórica
Área de residencia	Área en el cual reside la	Comunidad del cual	Urbano	Nombre de área de	Categórica
Grado de instrucción	Etapa de educación alcanzado por la encuestada	Etapa de educación alcanzado por la encuestada	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Nivel de educación alcanzado en p: i	Categórica politómica / nominal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías/ valor final	Criterios de medición de las categorías	Tipos de variables / escala de medición
Estado civil	Estado de unión con la pareja	Estado de unión con la pareja	Soltera Casada Separada	Estado civil en p: j	Categoría politémica / nominal
Días de transcurridos desde el parto hasta la encuesta	Días transcurridos entre el nacimiento del producto hasta el momento de ser encuestada la paciente	Días transcurridos entre el nacimiento del producto hasta el momento de ser encuestada la paciente	Cifra en números considerado en días	Según fecha de parto en p:f	Númerica Continua / De razón
<b>Datos obstétricos</b>					
Tipo de parto	Vía por el cual el producto es nace	Vía por el cual el producto es nace	Parto eutócico	Eutócico en p: f	Categoría dicotómica / nominal
Número de hijos previos	Cantidad de hijos que la encuestada presenta antes del producto actual	Cantidad de hijos que la encuestada presenta antes del producto actual	Número en cifras	Valor en cifras en p: k	Númerica Continua / De razón

Número de abortos previos	Cantidad de pérdidas obstetricas que la encuestada presenta antes del producto actual	Cantidad de abortos, sean espontáneos, provocados, embarazos ectópicos o molas que la encuestada presenta antes del producto actual	Número en cifras	Valor en cifras en p: l	Numérica Continua / De razón
---------------------------	---	---	------------------	-------------------------	------------------------------



Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías/ valor final	Criterios de medición de las categorías	Tipos de variables / escala de medición
Control prenatal adecuado	Número de controles que la gestante realiza en un Centro de Salud para el desarrollo adecuado del producto	Número de controles prenatales previos al parto actual, considerando como adecuados mayor o igual a 6 según Norma Técnica del MINSA para Atención integral de la Gestante <sup>27</sup>	Menos de 6: Inadecuado Mayor o igual que 6: Adecuado	Considerado como adecuado consignado en p: m	Categórica dicotómica / nominal
Psicoprofilaxis	Sesiones de educación racional, física y psíquica de la mujer, que no requiere del empleo de medicamento alguno durante la gestación para afrontar de la mejor manera el parto	Existencia o no de sesiones de psicoprofilaxis durante la gestación actual, considerando como adecuados mayor o igual a 6 según Norma Técnica del MINSA para Atención integral de la Gestante	No Menos de 6 6 o más	Considerado si llevo clases de Psicoprofilaxis en p: n	Categórica politómica/nominal

**Antecedentes de depresión**

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías/ valor final	Criterios de medición de las categorías	Tipos de variables / escala de medición
Diagnóstico de depresión	Diagnóstico psiquiátrico emitido por un profesional de la salud, que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente con sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana.	Diagnostico otorgado por profesional de Salud a la paciente en cual describa trastorno de estado de ánimo con sentimientos de culpabilidad e infelicidad	Antes del embarazo Durante el embarazo Nunca	Antes del embarazo en p: o Durante del embarazo en p: o Nunca en p: o	Categórica politómica/nominal
Tratamiento de depresión	Tratamiento farmacológico o psicoterapéuticos para afrontar el trastorno depresivo por un profesional de la salud	Tratamiento armacológico o psicoterapéuticos para afrontar el trastorno depresivo por un profesional de la salud	Antes del embarazo Durante del embarazo Nunca	Antes del embarazo en p:p Durante del embarazo en p: p Nunca en p: p	Categórica politómica/nominal

**Antecedentes de violencia familiar**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición</b>	<b>Categorías/ valor</b>	<b>Criterios de medición de</b>	<b>Tipos de variables /</b>
Agresiones verbales por parte de la pareja durante su gestación	Violencia mostrada por la pareja de la encuestada hacia ella en términos de palabras que la denigren y mermen su dignidad, durante su gestación	Agresiones en términos de palabras durante discusiones de parte de la pareja de la encuestada hacia ella, durante su gestación	Si No	Si en p: q No en p: q	Catagórica dicotómica / nominal

Variable	Definición conceptual	Definición	Categorías/ valor	Criterios de medición de	Tipos de variables /
Agresiones físicas durante su gestación	Violencia mostrada por la pareja de la encuestada hacia ella en términos de golpes, empujones o cualquier tipo de contacto físico que denigren y mermen su dignidad, durante su gestación	Agresiones físicas en términos de contacto físico de parte de la pareja de la encuestada hacia ella, durante su gestación	Si No	Si en p: r No en p: r	Categórica  dicotómica / nominal
Agresiones físicas durante su gestación por terceros	Violencia mostrada por cualquier persona del entorno de la encuestada hacia ella en términos de golpes, empujones o cualquier tipo de contacto físico que denigren y mermen su dignidad, durante su gestación	Agresiones físicas en términos de contacto físico de parte cualquier persona del entorno de la encuestada hacia ella, durante su gestación	Pareja Padres Hermanos Amigos Otros	Pareja en p: r Padres en p: r Hermanos en p: r Amigos en p: r Otros en p: r	Categórica  politómica/nominal
Agresiones físicas antes de su gestación	Violencia mostrada por la pareja de la encuestada hacia ella en	Agresiones físicas en términos de contacto físico de parte de la	Si No	Si en p: s No en p: s	Categórica  dicotómica / nominal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías/ valor final	Criterios de medición de las categorías	Tipos de variables / escala de medición
	términos de golpes, empujones o cualquier tipo de contacto físico que denigren y mermen su dignidad, antes su gestación	pareja de la encuestada hacia ella, antes su gestación			
Agresiones físicas antes de su gestación por terceros	Violencia mostrada por cualquier persona del entorno de la encuestada hacia ella en términos de golpes, empujones o cualquier tipo de contacto físico que denigren y mermen su dignidad, antes su gestación	Agresiones físicas en términos de contacto físico de parte cualquier persona del entorno de la encuestada hacia ella, antes su gestación	Pareja Padres Hermanos Amigos Otros	Pareja en p: s Padres en p: s Hermanos en p: s Amigos en p: s Otros en p: s	Catagórica  politómica/nominal

**Tamizaje de depresión**

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías/ valor final	Criterios de medición de las categorías	Tipos de variables / escala de medición
Depresión posparto	Trastorno emocional caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento durante el posparto.	Se aplicara la Escala de depresión posparto de Edimburgo y se interpretará: -Sin riesgo de depresión (<10puntos). -Riesgo limite (10-12puntos). -Probable depresión (≥13puntos).	Menor de 10 Mayor o igual que 10	Menor de 10: No presenta depresión en EEDP Mayor o igual que 10: Probabilidad de Depresión en EEDP	Cualitativa Dependiente Categórica dicotómica / nominal

c) Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son los factores asociados al riesgo de depresión posparto en puérperas mediatas del Hospital III Yanahuara, Arequipa, Enero-Febrero, 2018?
- ¿Cuál es la frecuencia de riesgo de depresión posparto en puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018?
- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos en puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018?
- ¿Cuáles son los factores obstétricos para riesgo de depresión posparto en puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018?
- ¿Cuáles son los factores de antecedente de depresión en puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018?
- ¿Cuáles son los factores de antecedente de violencia familiar en puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018?

d) Tipo de investigación

Investigación de campo. Observacional, transversal.

e) Nivel de Investigación

Investigación de nivel correlacional

### 1.3. Justificación del problema

Revisando los datos estadísticos se evidencia elevada incidencia de cuadros depresivos en puérperas en países tanto en nivel de desarrollo como desarrollados, aunque es difícil determinar la incidencia real de este trastorno, ya que los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, puede aceptarse que del 10 al 20% de las puérperas son afectadas por esta entidad.

El desarrollo del presente estudio permitirá evaluar los factores asociados a riesgo de depresión posparto y la relación entre los factores asociados y depresión posparto en puérperas mediatas en madres atendidas en el Hospital III Yanahuara durante el periodo de Enero-Febrero 2018, para tener una apreciación cercana de la incidencia de esta patología en dicha institución.

Además, los resultados nos permitirán tener una idea general sobre la necesidad y posibilidad de implementación de un programa de control mental en el puerperio para acompañar los controles con atención de la especialidad, evitando consecuencias graves.

De igual manera los resultados de esta investigación serán un aporte valioso para futuras investigaciones y autoridades médicas responsables del desarrollo materno y del niño con el fin de establecer medidas terapéuticas necesarias de forma oportuna, que disminuyan el riesgo de lesiones tanto en el niño puesto que la depresión puede acarrear bajo peso en el recién nacido,

abandono y por ende exposición a la muerte, como en la madre: hábitos inadecuados (en la alimentación, consumo de sustancias nocivas), descuido en sus cuidados puerperales e incluso suicidio; además este estudio podría mejorar el pronóstico de la paciente y mejorar la calidad de vida de las mismas.

Es por eso que este estudio es de relevancia científica, social, práctica y actual; dada la elevada incidencia en Latinoamérica de depresión puerperal y las consecuencias gravísimas del “no tratamiento” de la misma; permitiéndonos hacer la práctica médica integral en pro de asegurar una mejor atención en salud.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. DEPRESIÓN**

#### **2.1.1. Concepto.**

Es un estado de ánimo en el cual el individuo afectado siente una tristeza o melancolía que podríamos definir como infelicidad que puede ser causada por eventos externos los cuales el paciente los reconoce como pérdidas muy grandes como la de un ser querido, pero en algunos casos son producto de un estrés crónico en el cual el paciente no puede detectar la causa exacta, esto es debido a la cantidad de presiones, responsabilidades o quizás pequeñas tristezas que se han ido acumulando a lo largo de años. La depresión presenta una serie de síntomas que afecta las actividades normales por la pérdida de la concentración e interés por casi todas las cosas, pérdida de energías para realizar actividades, otro de los síntomas de la depresión son las ideas de culpa, que de llegar a ser frecuentes e intensas puede llegar a tener ideas recurrentes de suicidio, se puede observar pérdida de peso o ganancia de peso; estos síntomas se experimentan casi todos los días o a diario y son percibidos por el sujeto mismo o notados por familiares (1)

### 2.1.2. Cuadro Clínico.

La sospecha diagnóstica de un cuadro depresivo aparece a partir de características conductuales poco específicas, como el deterioro en el cuidado de la apariencia y el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, expresión melancólica, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, declaración de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, etc) cambios del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir estas conductas y situaciones patológicas de las ordinarias, se da por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social (2).

### 2.1.3. Criterios diagnósticos

Los más utilizados son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima edición (CIE-10) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association, 5ta edición (DSM-V).

#### **Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (3)**

La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). Incluye el episodio depresivo (F32) y el trastorno depresivo recurrente (F33). En ambos casos, el episodio debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión (Tabla1):

- Ánimo depresivo.
- Pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar.
- Aumento de la fatigabilidad

**TABLA 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE UN EPISODIO  
DEPRESIVO SEGÚN CIE-10**

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE-10
A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.</li> <li>• Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.</li> <li>• • Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.</li> <li>• • Empeoramiento matutino del humor depresivo</li> <li>• • Presencia de enlentecimiento motor o agitación</li> <li>• • Pérdida marcada del apetito</li> <li>• • Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes</li> <li>• • Notable disminución del interés sexual</li> </ul>

Fuente: adaptado de OMS

Clasificación de la American **Psychiatric** Association, quinta edición (DSM-5)

El DSM-5 no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSMIV- TR para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual que se comentan a continuación. El requisito indispensable continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que estar dado por un estado de ánimo

depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades (Tabla 2).

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (DSM V)**

**A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.**

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la observación subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

**B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento**

**C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica**

**D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno**

**esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.**

**E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.**

**Nota:** esta exclusión no se aplica si todos los episodios similares a maniacos o hipomaniacos son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

**Especificar:**

- Con angustia ansiosa
- Con características mixtas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas
- Con características psicóticas
- Con catatonía
- Con inicio periparto
- Con patrón estacional

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-5 (4)

Subtipos de episodios depresivos (especificadores) : DSM-5 especifica varios subtipos de episodios depresivos . Los criterios de diagnóstico para estos subtipos son los siguientes (5):

- **Angustia ansiosa:** la angustia ansiosa se caracteriza por la presencia de dos o más de los siguientes síntomas durante la mayoría de los días del episodio depresivo:

- Tensión
- Concentración deteriorada debido a la preocupación
- Temor de que algo horrible pueda suceder
- Miedo a perder el autocontrol

- **Características atípicas:** las características atípicas se caracterizan por al menos tres de los siguientes síntomas durante el episodio depresivo; al menos uno de los síntomas es la reactividad del estado de ánimo ante estímulos placenteros (5):

- Reactivo a estímulos placenteros (es decir, se siente mejor en respuesta a eventos positivos)
  - Aumento del apetito o aumento de peso
  - Hipersomnias (por ejemplo, dormir por lo menos 10 horas por día, o al menos dos horas más de lo normal cuando no está deprimido).
  - Sentimientos pesados o pesados en las extremidades
  - Patrón de larga data de sensibilidad de rechazo interpersonal (es decir, sentir ansiedad profunda, humillación o enojo ante el menor rechazo de los demás), que no se limita a episodios de estado de ánimo y que causa conflictos sociales u ocupacionales.
- **Catatonía:** las características catatónicas se caracterizan por alteraciones psicomotoras prominentes (aumento o disminución de la actividad), que ocurren durante la mayor parte del episodio depresivo (5)
  - **Características melancólicas:** las características melancólicas se caracterizan por al menos cuatro de los siguientes síntomas durante un episodio depresivo; al menos uno de los síntomas es la pérdida de placer o la falta de reactividad a estímulos placenteros (5):
    - Pérdida de placer en la mayoría de las actividades
    - Reacciones no reactivas a estímulos generalmente placenteros (es decir, no se siente mejor en respuesta a eventos positivos)
    - Estado de ánimo deprimido marcado por profundo desánimo, desesperación o tristeza
    - Despertar temprano en la mañana (p. Ej., Dos horas antes de la hora habitual de despertar)
    - Retraso o agitación psicomotriz
    - Anorexia o pérdida de peso
    - Culpabilidad excesiva
  - **Características mixtas:** la depresión mayor unipolar y el trastorno depresivo persistente (distimia) pueden acompañarse de síntomas

subumbrales (que no satisfacen los criterios completos) de hipomanía o manía, y se denominan depresión mayor con características mixtas y trastorno depresivo persistente con características mixtas. Los episodios depresivos con características mixtas se caracterizan por criterios completos para el episodio depresivo y al menos tres de los siguientes síntomas durante la mayoría de los días del episodio (5)

- Estado de ánimo elevado o expansivo.
- Autoestima o grandiosidad inflada.
- Habla más hablante de lo normal o presionado (una cantidad de habla acelerada y difícil de interrumpir, el paciente puede continuar hablando incluso si nadie está escuchando).
- Vuelo de ideas (cambios abruptos de un tema a otro que se basan en asociaciones comprensibles) o pensamientos acelerados.
- Mayor energía o actividad dirigida a un objetivo.
- Menor necesidad de dormir. Dormir menos de lo normal y sentirse descansado y enérgico. La disminución de la necesidad de dormir difiere del insomnio, que se caracteriza por la dificultad para conciliar o permanecer dormido, y la mala calidad del sueño.
- Participación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (p. Ej., Compras compulsivas o indiscreciones sexuales).

Si se cumplen los criterios completos de hipomanía o manía, el diagnóstico es trastorno bipolar, hipomanía o trastorno bipolar, manía con características mixtas, en lugar de depresión unipolar con características mixtas (6) .

- Inicio periparto: el inicio periparto se refiere a la aparición de episodios de estado de ánimo durante el embarazo o dentro de las cuatro semanas posteriores al parto.

- Características psicóticas: las características psicóticas incluyen delirios (creencias falsas y fijas) y alucinaciones (percepciones sensoriales falsas), que pueden ocurrir en cualquier momento durante un episodio depresivo.
- Patrón estacional: el patrón estacional se refiere a una relación temporal regular entre el inicio de los episodios depresivos mayores y una época particular del año, durante los últimos dos años. La remisión también ocurre en una época específica del año. Como ejemplo, los episodios pueden comenzar en invierno y remitir en verano. Además, el número de episodios estacionales de por vida supera sustancialmente a los episodios no estacionales.

#### 2.1.4. Patogenia

La depresión tiene muchas causas, las cuales incluyen:

##### a. Genética

Un estudio genético de la depresión mayor unipolar, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno del espectro autista, el trastorno bipolar y la esquizofrenia incluyó un metaanálisis de GWAS (n> 33,000 pacientes y 27,000 controles) y mostró un polimorfismo de un solo nucleótido en el cromosoma 3 y dos en el cromosoma 10 se asociaron con los cinco trastornos (7) Uno de los polimorfismos se localizó en un gen expresado en el cerebro que codifica una subunidad del canal de calcio (CACNB2); la señalización del calcio regula el crecimiento y el desarrollo neuronal (8)

##### b. Bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer (<2500 g) está débilmente asociado con la depresión en la edad adulta (9) Como ejemplo, un metaanálisis de 14 estudios prospectivos y retrospectivos (n> 30,000 nacimientos) encontró que el bajo peso al nacer aumenta modestamente las

probabilidades de depresión más adelante en la vida (odds ratio 1.4, 95% CI 1.2-1.6) (10)

c. La adversidad de la vida temprana

El estrés primeros años de vida, tales como las influencias trauma infantil vulnerabilidad a la psicopatología durante toda la vida y puede predisponer a las personas a la depresión mayor mediante la alteración de la sensibilidad al estrés y la respuesta a los estímulos negativos (11)

Los patrones de abandono y abuso se transmiten de madre a hija tanto en humanos como en primates. Los factores ambientales tempranos pueden establecer respuestas de estrés hipotalámico-pituitario-suprarrenal que pueden establecerse para la vida y transmitirse epigenéticamente (modificando la activación de ciertos genes en lugar del ADN subyacente) a las generaciones posteriores (12).

Las variaciones en el cuidado materno regulan epigenéticamente la expresión del receptor de glucocorticoides en el hipocampo de la descendencia. Un estudio encontró niveles disminuidos de ARN mensajero y aumento de la metilación de un promotor del receptor de glucocorticoides neuronal específico (diferencias epigenéticas) en el hipocampo posmortem de víctimas de suicidio con antecedentes de abuso infantil, en comparación con víctimas de suicidio sin abuso ni controles infantiles (12)

d. Factores sicosociales

En todo el mundo hay algunos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir depresión (13)

- Género: La depresión es dos o tres veces más común en las mujeres, aunque algunos estudios hechos en África no respaldan este dato.
- Desventajas económicas: Es decir la pobreza.
- Desventajas sociales: tales como el bajo nivel educativo.
- Exposición a la violencia.

- Ser separado o divorciado: especialmente para los hombres.
- Otras enfermedades crónicas. En la vida diaria, los estímulos que pueden generar depresión son multifactoriales (exógenos y endógenos), todos ellos tienen como denominador común el constituir estresores con valor afectivo sólo para el individuo deprimido. Ese valor afectivo varía de persona a persona y la experiencia de cada una es la variable que introduce la diferencia en la respuesta. Es decir, el estrés es un factor importante para que el estado depresivo reactivo se genere y este no puede separarse de los cambios biológicos (fisiológicos, hormonales, bioquímicos y moleculares) que normalmente coexisten con el estrés.

g. Depresión secundaria.

Varios trastornos médicos generales y medicamentos están asociados con la depresión. La asociación puede deberse al proceso de la enfermedad del trastorno médico (p. Ej., Hipotiroidismo o hipercortisolismo) o debido a una alteración del funcionamiento y la discapacidad que surge del trastorno médico general.

- Trastornos médicos generales. Trastornos médicos generales que se asocian con la depresión incluyen (14):

Trastornos neurológicos: epilepsias, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer, enfermedad cerebrovascular, lesión cerebral traumática. Como ejemplo, un estudio de registro nacional ( $n > 24,000$  pacientes deprimidos) encontró que el contacto hospitalario por una lesión en la cabeza se asoció con un mayor riesgo de depresión (tasa de incidencia 1.46, IC 95% 1.40-1.51), en comparación con ninguna lesión en la cabeza, después de ajustar por posibles confusiones (p. ej., edad, sexo, antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, fracturas que no afectan al cráneo o la columna vertebral y epilepsia) (15)

Trastornos infecciosos: neurosífilis, VIH / SIDA .

Enfermedad cardíaca: enfermedad cardíaca isquémica, insuficiencia cardíaca, cardiomiopatía.

Trastornos endocrinos y metabólicos: hipotiroidismo, diabetes mellitus (16), deficiencias vitamínicas, trastornos paratiroides. Como ejemplo, la deficiencia de vitamina D parece estar asociada con la depresión (17,18). Un metanálisis de tres estudios observacionales prospectivos (8815 individuos no deprimidos al inicio del estudio y seguidos durante hasta seis años) encontró un mayor riesgo de depresión con bajo nivel de vitamina D (razón de riesgo 2,2) (19).

Trastornos inflamatorios: enfermedades vasculares de colágeno, síndrome del intestino irritable, trastornos hepáticos crónicos.

Trastornos neoplásicos: tumores del sistema nervioso central, síndromes paraneoplásicos.

- Medicamentos:

Los medicamentos asociados con síndromes depresivos incluyen glucocorticoides e interferones (20)

Aunque los estudios han relacionado otros medicamentos con la depresión (p. Ej., Analgésicos opioides y vareniclina ) (21,22) , gran parte de la literatura es problemática. Los síntomas inducidos por fármacos (p. Ej., Anorexia, fatiga, insomnio o sedación) pueden haberse malinterpretado como un síndrome depresivo, la depresión preexistente mal atribuida al fármaco y los síntomas depresivos pueden haber sido el resultado de la enfermedad para la que prescrito (14)

Como ejemplo, la depresión ha sido comúnmente citada como un efecto secundario del bloqueador beta. Sin embargo, un metaanálisis de 13 ensayos aleatorizados (n> 15,000 pacientes con insuficiencia cardíaca) comparó los bloqueadores beta con placebo y encontró que la depresión ocurre con menos frecuencia en los pacientes que recibieron bloqueadores beta (23)

#### h. Neurobiología

Múltiples líneas de evidencia demuestran que la depresión está asociada con la estructura y función cerebral alteradas. Sin

embargo, los estudios de la patogenia de la depresión a menudo usan un diseño de corte transversal, por lo que no está claro si las anomalías observadas (p. Ej., Hallazgos de neuroimagen) representan causas etiológicas, secuelas, ninguna o ambas (24)

Se cree que la producción excesiva de hormona liberadora de corticotropina causa un exceso de actividad del eje hipotálamo-hipófisis-corteza suprarrenal en muchos pacientes deprimidos (25)

Alteraciones celulares: el número, la densidad y el tamaño de las neuronas y las células gliales en pacientes con depresión mayor son anormales. Los estudios posmortem encontraron que la densidad de ciertas neuronas del ácido gamma-aminobutírico (GABA) en la corteza occipital se redujo significativamente en un 28 por ciento en pacientes con depresión mayor en comparación con controles psiquiátricos sanos y en un 50 por ciento en la corteza prefrontal (26). Estos cambios son consistentes con los hallazgos de que los niveles de GABA se alteran en la depresión

Neurotransmisores: la depresión implica el funcionamiento anormal de muchos neurotransmisores, que incluyen:

- Monoaminas (serotonina, norepinefrina y dopamina)
- GABA
- Glutamate

La disminución de la transmisión de dopamina se ha asociado con la depresión en estudios genéticos, neuroquímicos, de neuroimagen, posmortem y en animales (27)

- Serotonina

Ejerce importante acción en la conducta, apreciación del dolor, movimientos, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardíacas y el ciclo del sueño-vigilia. La mayoría de la serotonina cerebral se produce en el encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo (tallo cerebral).

Es producida a partir del triptófano, el cual es transportado a través de la barrera hemato-encefálica hasta las neuronas por el gran transportador neutral de aminoácidos (LNAA). El LNAA mueve también otros aminoácidos: tirosina, valina, leucina e isoleucina a través de la abarrera hematoencefálica. El triptófano debe competir con estos otros aminoácidos para su transporte en el cerebro. Por lo tanto, la cantidad de triptófano transportado depende tanto de su concentración como de la concentración de los otros aminoácidos en el cuerpo. Una vez dentro de la neurona, se lleva a cabo el proceso de síntesis de serotonina (28)

- Noradrenalina

El Locus Coeruleus (LC) es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que genera la noradrenalina (NA); las neuronas del LC envían sus axones principalmente a las estructuras límbicas, que incluyen la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza prefrontal. La actividad de las neuronas del LC aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, y de ese modo contribuye a alertar el organismo lo necesario para sobrevivir. Es entendible, entonces, que el estrés crónico produce depresión exógena y las reservas comienzan a depletarse, lo que conduce a mantener el estado de depresión reactiva; en el caso de individuos con depresión secundaria al estrés crónico ocurre un fenómeno fisiológico similar.(29)

La dopamina se sintetiza a partir del aminoácido tirosina. La falta de este neurotransmisor o su desequilibrio con la serotonina puede ser el origen de la psicosis depresiva unipolar o bipolar; los medicamentos antidepresivos específicos están dirigidos a mejorar la actividad de la noradrenalina en la sinapsis (28)

- Dopamina

La dopamina es un neurotransmisor principalmente inhibitorio. Este neurotransmisor, en las vías mesocortical y mesolímbica,

participa en el mantenimiento del estado de alerta. La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz. Es tan importante la interacción de estos tres neurotransmisores que desde hace 50 años existe lo que se ha llamado la “hipótesis de las monoaminas en la depresión” que ha sido utilizada para explicar los efectos benéficos de los antidepresivos tricíclicos y de los inhibidores de la monoamino-oxidasa (MAO) (28)

#### 2.1.5. Tratamiento

El reconocimiento de la depresión con una enfermedad crónica y incapacitante y la necesidad de promover enfoques asistenciales compartidos entre atención primaria y especializada, son dos de los factores más importantes que impulsaron a la búsqueda de diferentes modelos de atención a la depresión. Dos de ellos son los más prometedores: los modelos escalonados y los de atención colaborativa. (30)

- **El modelo escalonado:** A pesar que esta característica es inherente a los tratamientos en general en la atención sanitaria, buscan formalizar la continuidad y mejorar la eficiencia. Con este modelo se obtienen resultados equivalentes entre intervenciones de diferente intensidad, se promueve el uso eficiente de los recursos y se acepta la progresión de intervenciones según la gravedad, tanto por pacientes como por profesionales (30)

- La atención colaborativa: este modelo potencia la intervención del personal de enfermería, cuya función principal es mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas con depresión, planificando cuidados de su área en función de sus necesidades e integrar y coordinar las intervenciones de los diferentes profesionales a cargo del paciente (31)

### a) Tratamiento psicoterapéutico (31)

Es un tratamiento integral, deliberada y planificada basada en una formación específica y amplia en alteraciones del comportamiento, enfermedades o necesidades del desarrollo personal, relacionadas con causas y factores psicosociales y psicosomáticos.

- I. Terapias cognitivo-conductuales (32): 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. La duración más frecuente oscila entre 15-20 sesiones de 50 minutos y de frecuencia aproximadamente semanal, aunque hay formatos más breves (6-8 sesiones) y se asume que la duración puede prolongarse en caso de mayor gravedad o comorbilidad.
- II. Activación Conductual: es una terapia estructurada y breve que emplea diferentes técnicas conductuales enrumbadas a lograr que el paciente aprenda a organizar su vida y cambiar su entorno para recuperar el reforzamiento positivo.
- III. Terapia de Solución de problemas: es una terapia estructurada y limitada en el tiempo que se enfoca en mejorar las estrategias de afrontamiento y el desarrollo de conductas para enfrentarse a problemas específicos.
- IV. Terapia incluyendo a la pareja: tiene como objetivo hacer que los participantes entiendan lo importante de la relación con los demás en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas y por ende, intenta cambiar la naturaleza de estas interacciones con el fin de conseguir relaciones de apoyo y reducir los conflictos.
- V. Terapia interpersonal: centrada en las relaciones actuales y en los procesos interpersonales, su objetivo es reducir los síntomas a través de la resolución o afrontamiento de áreas problemáticas.

- VI. Counselling: o consejo psicológico, tiene por objeto dotar a las personas de capacidades que les permitan explorar, descubrir y buscar formas de bienestar.
- VII. Terapia psicodinámica breve: Deriva del modelo psicodinámico/psicoanalítico, el terapeuta y su paciente exploran conflictos actuales y pasados del paciente enfocándose en su interpretación y trabajo sobre ellos.
- VIII. Otras intervenciones: como la Terapia Cognitivo-Conductual Computarizada (TCC-C) y la autoayuda guiada, desarrolladas mono técnicas menos intensivas, que requieren menor frecuencia y duración de la participación de los profesionales o necesitan de profesionales con menor nivel de especialización. Estas técnicas tienen especial importancia en la prevención de las recaídas (33)

**b) Tratamiento farmacológico**

Los antidepresivos son de diferentes tipos según su estructura química y su mecanismo de acción (tabla 4). Existe un tiempo latente en el que sus efectos aún no aparecen y puede ser de 2 a 4 semanas, aunque algunas investigaciones muestran inicio más temprano de respuesta, sobre todo en casos en los que la depresión alcanza remisión completa

**CLASIFICACIÓN DE LOS DIFERENTES ANTIDEPRESIVOS**

<b>Antidepresivos Clásicos</b>	IMAO no selectivos	Tranilcipromina
	MAO selectivo MAO-A	Moclobemida
	Heterocíclicos	Tricíclicos: Imipramina, Clomipramina, Trimipramina,

		Amitriptilina, Nortriptilina,  Doxepina.  Heterocíclicos: Amoxapina, Mianserina, Maprotilina
<b>Nueva Generación</b>	ISRS	Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Escitalopram
	IRDN	Bupropion
	IRSN	Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina
	ASIR	Trazodona
	NASSA	Mirtazapina
	IRNA	Reboxetina
	Agonista melatoninérgico	Agomelatina

Abreviaturas: IMAO: Inhibidores de la monoamino-oxidasa; ADT: Antidepresivos tricíclicos (inhibidores de la Recaptación de 5-HT y NA); ISRS: inhibidores selectivos de la Recaptación de serotonina; IRDN: inhibidores selectivos de la Recaptación de dopamina y noradrenalina; IRSN: inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina; ASIR;

antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT<sub>2</sub> e inhibidores débiles de la captación de 5-HT; NASSA: Antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina; IRNA: inhibidores selectivos de la Recaptación de noradrenalina.

Fuente: Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. (34)

La eficacia del tratamiento farmacológico está bien documentada, aunque existe controversia sobre cuál es el antidepresivo idóneo. En líneas generales, cuanto más graves los síntomas, más beneficio trae el uso del tratamiento farmacológico.

## 2.2. Depresión posparto

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, Quinta Edición (DSM-5), el inicio de la depresión mayor puede ocurrir antes o después del parto (35) El especificador DSM-5 "con inicio periparto" se usa cuando se produce una depresión mayor durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto.

- Para los episodios depresivos que están asociados con el puerperio, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud-10<sup>a</sup> Revisión requiere el inicio del episodio dentro de las seis semanas posteriores al parto (36).
- Otras definiciones del rango de puerperio de los primeros 3 a 12 meses posteriores a un nacimiento vivo (37,38)

### 2.2.1. EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia: La prevalencia estimada de la depresión mayor unipolar posparto es incierta (39) Las estimaciones varían ampliamente entre diferentes estudios, dependiendo de qué país se estudió (la tasa parece ser más alta en países de bajos y medianos ingresos), el tiempo después del parto para el que se determina la prevalencia, si la

depresión se identificó mediante medidas de autoinforme o entrevistas clínicas, si las estimaciones incluyeron pacientes con depresión menor, y si la depresión posparto se evaluó en la comunidad o en entornos clínicos (40,41)

Una encuesta representativa a nivel nacional en los Estados Unidos usó entrevistas personales y encontró que entre las mujeres posparto ( $n = 994$ ), la prevalencia de la depresión mayor unipolar a los 12 meses era de aproximadamente 9 por ciento, que era similar a la tasa en el posparto mujeres ( $n > 13,000$ ; 8 por ciento) (42)

Los estudios realizados en Europa también estiman que la prevalencia de la depresión posparto es aproximadamente del 9 por ciento; un estudio informó una prevalencia del 10 por ciento y otro estudio informó una tasa del 9 por ciento (41). Sin embargo, ambos estudios incluyeron mujeres con depresión menor y depresión mayor. Además, un estudio estimó la prevalencia durante un año después del parto, mientras que el otro estudio examinó la prevalencia durante seis semanas después del parto.

**Inicio** - Entre los pacientes con depresión posparto, el inicio ocurre antes o durante el embarazo en aproximadamente el 50 por ciento [ 24-25 ]. Como ejemplo, en un estudio prospectivo de 546 mujeres que fueron reclutadas de una población obstétrica y se les diagnosticó depresión posnatal, el inicio fue el siguiente 43

- Prgestación: 20 por ciento
- Antepartum: 38 por ciento
- Posparto: 42 por ciento

En las mujeres con depresión posparto que comienza después del parto, el inicio aparece con mayor frecuencia dentro de los primeros meses del parto (44)

- Un estudio retrospectivo de mujeres con inicio posparto de depresión mayor ( $n = 116$ ) encontró que el inicio ocurrió de la siguiente manera (45)
  - Mes posparto 1: 54 por ciento
  - Mes posparto 2 a 4: 40 por ciento
  - Mes posparto 5 a 12: 6 por ciento
- Un estudio de registro nacional encontró que la hospitalización por depresión posparto se produjo aproximadamente tres veces más a menudo durante los primeros cinco meses posnatales, en comparación con los últimos siete meses posnatales (46)

### 2.2.2. PATOGENIA:

La patogénesis de la depresión posparto es desconocida. Tampoco se sabe hasta qué punto los fundamentos de la depresión posparto difieren de los de la depresión no perinatal (32), y si la depresión posparto representa un subtipo distinto (reproductor) de depresión (41,14). Los factores implicados en la depresión posparto pueden incluir susceptibilidad genética (15,16)), fenómenos epigenéticos (p. Ej., Metilación del ADN) (17,18) y cambios hormonales (19,39)), así como problemas psicológicos y sociales y acontecimientos vitales estresantes (39).

- **Genética** : la vulnerabilidad a la depresión posparto puede involucrar factores genéticos (32,41)

Un estudio de registro nacional de hermanas ( $n > 580,000$ ) encontró que la contribución relativa de factores genéticos (heredabilidad) a la depresión posnatal fue del 40 por ciento y la contribución restante fue atribuible a factores ambientales no compartidos (únicos) (47). Otros análisis en el estudio sugirieron que la superposición genética para la depresión perinatal (depresión prenatal y posnatal) y para la depresión no perinatal era solo parcial.

•Un estudio (n = 328) encontró que si una hermana tenía un episodio de depresión mayor posparto, el riesgo de un episodio en la otra hermana aumentaba cuatro veces (48)

•Otro estudio (n = 90) encontró que en las mujeres con un historial familiar de depresión mayor posparto estrechamente definida (aparición dentro de las cuatro semanas posteriores al parto), el 42 por ciento sufría depresión después del primer parto (49). Por el contrario, entre las mujeres que no tenían esa historia, solo el 15 por ciento sufrió una depresión mayor dentro de las cuatro semanas posteriores a su primer parto.

•**Cambios hormonales** : los cambios en las concentraciones séricas de varias hormonas se asocian con la depresión posparto (50,51) incluidas las disminuciones en el estrógeno (52,53) y la progesterona (54); otros cambios incluyen cortisol (55), melatonina (56), oxitocina (57) y hormona tiroidea (51). Aunque los niveles hormonales normalmente fluctúan durante el embarazo y después del parto, una mayor sensibilidad a estos cambios normales puede predisponer a las mujeres a la depresión (41,58), Como ejemplo, las diferencias en la actividad de ciertos genes en el hipocampo pueden aumentar la vulnerabilidad a la depresión posparto haciendo que las mujeres sean más sensibles a la caída de estrógeno que ocurre después del nacimiento (59)

Las pruebas que respaldan la hipótesis de que los factores endocrinos están involucrados en la patogénesis de la depresión posparto incluyen un estudio diseñado para imitar los cambios hormonales que ocurren al momento del parto; El estudio comparó ocho mujeres con antecedentes de depresión posparto con ocho mujeres sin antecedentes de depresión mayor (52). Todos los sujetos fueron tratados con dosis suprafisiológicas de estrógeno y progesterona, que luego se retiraron durante cuatro semanas. El aumento de los síntomas depresivos durante la fase de abstinencia ocurrió en cinco de las ocho mujeres con antecedentes de depresión posparto, pero ninguna de las mujeres sin antecedentes de depresión, lo que sugiere que las mujeres con antecedentes de

depresión posparto pueden ser inusualmente sensibles a las disminuciones abruptas de la gonadal esteroides.

La placenta es un órgano endocrino de origen fetal, y la desregulación de la hormona liberadora de corticotropina placentaria puede desempeñar un papel en el desarrollo de la depresión posparto. Un estudio ( $n = 100$  mujeres embarazadas) mostró que los niveles elevados de hormona liberadora de corticotropina placentaria a las 25 semanas de edad gestacional fueron un fuerte predictor de depresión posparto en un promedio de nueve semanas después del parto (60). Un estudio posterior ( $n = 170$  mujeres embarazadas) encontró que la hormona liberadora de corticotropina placentaria midgestacional elevada se asoció con síntomas depresivos a los tres (pero no seis) meses después del parto (61)

Niveles anormales de neurotransmisores o actividad también pueden estar involucrados en la patogénesis de la depresión posparto. Un estudio en mujeres posparto encontró que la densidad de la enzima monoaminoxidasa A en el córtex cingulado prefrontal y anterior era elevada en mujeres con depresión posparto, en comparación con los controles (62). La enzima metaboliza neurotransmisores como la dopamina, la norepinefrina y la serotonina, y una reducción más rápida de estos neurotransmisores puede conducir a la depresión. Otros estudios sugieren que la actividad serotoninérgica disminuye durante la depresión posparto (63).

Otros aspectos de la función cerebral pueden verse alterados en la depresión posparto. Como ejemplo, un estudio prospectivo midió el factor neurotrófico derivado del cerebro en mujeres posparto ( $n = 340$ ) uno o dos días después del parto y encontró que las concentraciones séricas fueron más bajas en mujeres ( $n = 37$ ) que posteriormente se detectaron positivas para depresión tres meses posparto (64)

### 2.2.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Las características clínicas (p. Ej., Síntomas) de la depresión mayor unipolar posparto parecen ser comparables a las características de los episodios depresivos mayores que ocurren fuera del período posparto (39,65,66).

**Síntomas:** Los síntomas de la depresión mayor unipolar posparto y de los episodios depresivos mayores que ocurren fuera del período posparto parecen ser similares. Como ejemplo, una encuesta representativa a nivel nacional en los Estados Unidos incluyó a mujeres con depresión mayor posparto ( $n = 81$ ), así como a mujeres con depresión mayor no posparto ( $n > 1300$ ) (67). Dentro de cada grupo, la encuesta examinó la prevalencia de cada uno de los nueve síntomas depresivos que se utilizan para diagnosticar la depresión mayor unipolar ( tabla 1 ), y encontró poca diferencia entre los dos grupos.

**Gravedad:** Los episodios de depresión mayor unipolar posparto varían en su gravedad (al igual que los episodios no perinatales). El nivel de severidad se usa para elegir un régimen de tratamiento.

Un estudio de datos en su mayoría prospectivos de pacientes con depresión mayor unipolar posparto ( $n > 4000$ ) encontró que los episodios relativamente graves se distinguen por (38):

- Inicio de síntomas depresivos durante el embarazo
- Puntuación promedio de 20 en la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo
- Síntomas de ansiedad e ideación suicida
- Complicaciones obstétricas (p. Ej., Estrés fetal, hemorragia posparto y bajo peso al nacer)

**Curso de enfermedad:** La depresión posparto no tratada puede resolverse espontáneamente o con tratamiento, o convertirse en un

trastorno depresivo persistente (crónico) (65). Una revisión de muestras clínicas y comunitarias de pacientes tratados y no tratados concluyó que los episodios de depresión mayor posparto duran al menos un año en 30 a 50 por ciento de los pacientes (68)

Los pacientes que se recuperan de un episodio de depresión posparto corren el riesgo de recurrencias (69,70). Las revisiones estiman que entre las mujeres con depresión posnatal, la recurrencia de la depresión posparto y / o no posparto ocurre en aproximadamente 40 a 50 por ciento (65,66)

**Consecuencias adversas:** la depresión posparto afecta el funcionamiento de la madre, está asociada a una nutrición y salud deficientes en la descendencia (71) y puede interferir con la lactancia materna, el vínculo maternoinfantil, el cuidado del bebé y otros niños y la relación de la mujer con su pareja. Además, la depresión posparto se asocia con desarrollo anormal, deterioro cognitivo y psicopatología en los niños (72)

**Lactancia:** La depresión posparto parece estar asociada con un mayor riesgo de no amamantar (39,72,73)

- Una revisión de 10 estudios encontró que los síntomas depresivos posparto generalmente se asociaron con una menor duración de la lactancia materna (74)

**Suicidio**

**Infanticidio**

#### 2.2.4. CRIBADO

El instrumento más utilizado para detectar depresión posparto en mujeres posparto es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, de 10 ítems, que se puede autoinformar, que puede completarse en menos de cinco minutos. La escala es aceptable para la mayoría de las mujeres y los médicos (75), es fácil de puntuar y está disponible en más de 50 idiomas (76).

Dada la importancia de la detección precoz de la DPP, Cox, (1987) diseñó y validó un cuestionario específico para su identificación en el sistema de atención primaria de salud, la Escala posnatal de Edimburgo (EDPE) se considera un instrumento confiable para ser utilizado en la detección temprana del trastorno depresivo. Ha sido traducido a más de diez idiomas y validado en diferentes países de culturas y lenguas diversas, incluyendo el Perú. 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 (77).

Las respuestas a los ítems se puntúan 0, 1, 2 o 3, con un puntaje máximo de 30; las puntuaciones  $\geq 12$  o 13 identifican a la mayoría de las mujeres con depresión mayor posparto. Sin embargo, muchos estudios han utilizado una puntuación de corte de  $\geq 10$  (78). El rendimiento de la prueba generalmente es de bueno a excelente; en una revisión sistemática que incluyó 11 estudios (que evaluaron a más de 3000 mujeres posparto), un punto de corte de 12 arrojó sensibilidades y especificidades que oscilaron entre 80 y 90 por ciento (79). La especificidad se ve reforzada porque el instrumento no incluye elementos que preguntan acerca de los síntomas depresivos somáticos, como los cambios en el sueño y el apetito, que son comunes en las mujeres posparto que no están deprimidas (80). En la bibliografía hay suficientes referencias respecto a que el EPDS en el segundo o tercer día posparto tiene una sensibilidad del 80% como valor predictivo de la DPP, lo cual justifica nuestro estudio (81).

### **2.2.5. Factores de Riesgo**

No se conocen desencadenantes específicos de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio. No obstante, se han referido diversos factores asociados con su aparición, así tenemos, antecedentes psiquiátricos previos (depresión familiar o episodios depresivos anteriores); factores psicológicos, (relación con la pareja y la imagen de la madre ideal); factores psicosociales (apoyo percibido en relación a las

tareas domésticas y el cambio de domicilio); factores sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de estudios) y por último, factores de morbilidad (coexistencia de enfermedades crónicas en la madre, la presencia de alguna anomalía o enfermedad en el recién nacido y complicaciones médicas relacionadas con el embarazo) (82)

- **Edad:** debemos tener presente que ser una madre adolescente aumenta el riesgo de padecer de este trastorno (83) . Mientras que un estudio realizado por Molero et al, Venezuela, 2014, que incluyó una muestra de 100 mujeres, divididas en dos grupos pareados de 50 adolescentes (casos) y 50 adultas (controles); estas fueron evaluadas mediante la aplicación de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPS), dando como resultado que las puntuaciones totales en la EDPS, las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas ( $5,88 \pm 1,96$  vs.  $11,58 \pm 2,9$ ;  $p < 0,001$  traduciéndose en 4% de puérperas adolescentes con DPP y 72 % de DPP en adultas.(84)
- **Estado civil:** se ha observado en diversos estudios mayor prevalencia de DPP en madres solteras, por el hecho de no contar con la ayuda de una pareja en la crianza del niño o niña (83)
- **Zona en la que viven:** un estudio realizado en Vigod et al, Canadá, 2013 concluyó que las mujeres que viven en las ciudades son más propensas a desarrollar depresión posparto, en comparación con aquellas que viven en la zona rural, con una diferencia del 9% al 6% respectivamente, explicándose que la diferencia se debía a las distintas características de la población (85).
- **Paridad:** según una investigación comparativa en Urdaneta et al, Venezuela, 2010 concluyeron que a través del test de Edimburgo el 90% de primigestas presentaron positividad ante riesgo de desarrollar depresión posparto, mientras que en múltiparas fue el 92%. Además se observó que según el DSMIV (Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders, versión IV) fueron diagnosticadas finalmente de DPP un porcentaje del 20% de las primigestas mientras que para las multíparas fue el 24% (86) .

- **Planificación del embarazo:** este factor es de suma importancia, porque un embarazo que no fue planificado, probablemente causará una gran frustración en la madre, por un cambio en su estilo de vida de un momento a otro, sin la debida preparación (83) En un estudio realizado en Contreras H et al, Lima-Perú, 2008 se encontró que las mujeres que no planificaron su embarazo tuvieron 2.2 veces más probabilidad de presentar trastorno depresivo durante la gestación (OR: 1.81; IC95%: 1.23-2.66;  $p < 0.01$ ) (87)
- **Parto:** en la mayoría de estudios revisados se describen dos vías de parto: vaginal y cesárea, ya sea de emergencia o electiva. Una revisión sistemática realizada por la Universidad de Oregón ubicada en Eugene- Oregón en el año de 2013 en el cual se describen cinco estudios, de estos, en cuatro no se evidencia asociación significativa entre vía de parto y la posibilidad de presentar DPP. Sin embargo, en un estudio de casos y controles en Taiwán 2005 por Yang, et al, de 10.535 mujeres los resultados demostraron mayor riesgo de depresión posparto en aquellas mujeres que su parto fue atendido por cesárea (RR: 1,300, 95% IC: 1,227 – 1,378) además la cesárea electiva presentó mayor riesgo de DPP sobre la cesárea de emergencia (OR: 1,48  $p=0,0168$ ) (88)

También se ha mencionado que el número de partos es un factor relacionado a DPP. Diversos estudios han concluido que el nacimiento del primogénito constituye un estrés notable y se correlaciona con la depresión de manera más estrecha que con los subsiguientes partos (89).

- **Familiares.** La calidad de la relación con el padre del último hijo, durante el embarazo se considera como un factor que tiene gran

peso sobre DPP estos estudios manifiestan que los síntomas depresivos elevados, están asociados perceptiblemente a conflictos familiares, baja educación materna, raza y/o pertenencia étnica maternal, salud física de la madre y crianza de los hijos (90).

- **Anamnésicos.** Se describen aquellas puérperas con historia de trastornos depresivos anteriores, historia familiar de trastornos del estado de ánimo, amenaza de aborto, imposibilidad de lactar o el cese temprano de la lactancia (91). También se asocia con la pérdida gestacional recurrente siendo un evento traumático que impacta en forma negativa la percepción que tiene la mujer de los futuros eventos reproductivos, transformándose en un factor de riesgo para la DPP. Además cada nueva gestación está cargada de emociones (ej. miedo, ansiedad), que desembocan en depresión perinatal si el duelo no es manejado a tiempo (92). Otro factor asociado es el consumo de drogas durante el embarazo. Asimismo, diversos estudios dan importancia a la relación existente entre la presencia de sintomatología depresiva en mujeres gestantes y sus repercusiones sobre la calidad de vida en el embarazo (93).
- **Psicológicos.** De acuerdo a los resultados de un estudio realizado por Vargas y García, algunos antecedentes significativos son el nivel de sobrecarga experimentado por los cuidados del bebé y la sensación respecto al cuerpo posterior al parto. Otros factores, son alteraciones emocionales severas previas a la gestación, poco frecuentes, pero pueden aumentar la probabilidad de afrontamiento disfuncional del embarazo (94).
- **Violencia.** Estudios describen que el maltrato tanto físico, psíquico y sexual, la privación de libertad o la carencia de soporte socio económico de la mujer se relaciona con la presentación de cuadros depresivos. La Organización Panamericana de la Salud estima que entre el 20-60% de las mujeres que viven en las américas sufren de situaciones de violencia. En América del Sur;

se estima que el 25% de las mujeres sufre regularmente violencia intrafamiliar y que el 50% pasará por alguna situación de violencia a lo largo de su vida. En Lima se realizó una encuesta en cuatro hospitales y se obtuvieron como resultado que el 61% de mujeres en general y el 54 % de embarazadas en algún momento de su vida había sido víctima de algún tipo de violencia y el tipo de violencia más común en ambos casos había sido la violencia psicológica, seguida de la violencia física (95).

### **2.2.6. Tratamiento de la Depresión puerperal**

El tratamiento de la DPP requiere un abordaje que considere la multiplicidad de factores involucrados en su ocurrencia y mantención y las implicancias que tiene para la madre y su hijo.

Diversos estudios han analizado comparativamente la efectividad de diferentes intervenciones terapéuticas para abordar la DPP y concluyen que la terapia farmacológica muestra mayor efectividad que intervenciones no farmacológicas para reducir la sintomatología depresiva en puérperas.

Sin embargo, el miedo a los efectos adversos en el bebé juega un rol importante en la decisión materna de aceptar y seguir el tratamiento. Si bien el uso de medicamentos antidepresivos es la mejor opción para revertir la condición clínica, hay antecedentes que demuestran que intervenciones psicosociales y psicológicas también son una buena alternativa sobre todo si se inician precozmente.

Los antidepresivos desarrollan su efecto terapéutico a través del bloqueo de la recaptación de los neurotransmisores implicados. Existe suficiente evidencia que apoya el uso de algunos medicamentos antidepresivos para el tratamiento de la DPP que no involucran riesgo para los niños que son alimentados con leche materna (96).

Los antidepresivos de elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Los antidepresivos tricíclicos se mantienen en una segunda línea de tratamiento, ya que se asocian más

frecuentemente con sedación excesiva y efectos adversos anticolinérgicos. Entre los ISRS, sertralina y paroxetina deberían considerarse como primera opción en el tratamiento de la DPP de mujeres que desean continuar amamantando. Su uso no reviste riesgos para el lactante ya que no han podido detectarse niveles sanguíneos significativos de dichas drogas. 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 usuarias, lo que pudiera asociarse a la presencia de efectos adversos en los niños, como cólicos, diarrea e irritabilidad.

Una vez establecido el diagnóstico, las indicaciones del tratamiento deben ser claras en relación con su inicio, dosis, efecto terapéutico y efectos adversos. Es importante informar a la madre sobre el período de latencia en el inicio de la respuesta farmacológica, durante el cual deberá continuar ingiriendo el fármaco pese a no observar remisión de los síntomas (97).

En el caso de las puérperas, se sugiere iniciar el tratamiento con la mitad de la dosis recomendada para disminuir la sensibilidad inicial al fármaco y la ocurrencia de efectos secundarios.

En relación con el abordaje no farmacológico, las intervenciones psicosociales y psicológicas son una alternativa complementaria que tienen la ventaja de no generar temor en las madres ya que no producen efectos directos sobre sus hijos. Diversos estudios han intentado demostrar la eficacia de distintas intervenciones, aceptándose que cualquier intervención psicosocial o psicológica, comparada con la atención posparto habitual se asocia a una reducción de la probabilidad de presentar sintomatología depresiva al final del primer año posparto. De estas intervenciones, con terapia de orientación cognitivo conductual se obtienen resultados tan buenos como los alcanzados con fármacos antidepressivos. Sin embargo, este tipo de tratamiento requiere tiempo y compromiso y tiene costos altos para los usuarios y los servicios de

salud, lo que se traduce en que entre el 10 % y 40 % no logre llevarlo a término (97)

## 2. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

### 2.1. ÁMBITO LOCAL

**A. AUTOR:** ARIAS FAJARDO, María Luisa

**B. TÍTULO:** “Niveles de depresión en Puérperas De 6 A 8 Semanas en el Hospital III Goyeneche –Arequipa - 2016”

**C. FUENTE:** [http://cybertesis.ucsm.edu.pe/bibl\\_virt/index.php](http://cybertesis.ucsm.edu.pe/bibl_virt/index.php)

**D. RESUMEN:** En este estudio se encontraron los siguientes resultados: conto con una población de 101 sujetos, se obtuvo que, la edad promedio fue de 23.53 + 4.24 años; la mayor parte: tenía primaria completa (52.5%), no recibía tratamiento psiquiátrico de ningún tipo (99.0%), vivía en convivencia con su pareja (57.4%), acudía al control cuando su bebé tenía 7 semanas de vida (40.0%), tuvo parto vaginal (68.3%), administra lactancia materna exclusiva (58.4%) y no tuvo un bebé prematuro (96.4%). Aplicándose los criterios de exclusión, la población se redujo a una muestra conformada por 96 sujetos en estudio. Con una muestra de 96 puérperas se encontró que: en su mayoría las madres se encuentran en riesgo de desarrollo de depresión posparto (39.6%), una tercera parte de las madres en estudio (32.3%) cursan con sintomatología depresiva compatible con depresión posparto y un 28.1% se encuentra con un estado de ánimo normal.

## 2.2. ÁMBITO NACIONAL

**A. AUTOR:** Romero Medina Guillermo Enrique

**B. TÍTULO:** “Relación Entre Características Sociodemográficas y Riesgo de Depresión Posparto En Púerperas de la Clínica Good Hope Noviembre de 2015”

**C. FUENTE:** [http://cybertesis.ucsm.edu.pe/bibl\\_virt/index.php](http://cybertesis.ucsm.edu.pe/bibl_virt/index.php)

**D. RESUMEN:** El objetivo de esta investigación fue Determinar la relación existente entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en púerperas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, noviembre de 2015. Donde se encontró Se encontró que existe un riesgo de depresión posparto en 20% (riesgo limite10,91% y probable depresión posparto 9,09%).Se encontró que el mayor porcentaje de púerperas 29% oscila entre las edades de 26 a 30 años. 96% estaban acompañadas por su pareja, ya sea conviviente o estar casadas. 60% eran primíparas, 88 % referían parto por cesárea. 96% poseían estudios superiores y 50% manifestaron embarazo planeado. No se encontró asociación entre el riesgo de DPP y las variables sociodemográficas.

**A. AUTOR:** CHOQUE CALDERÓN, Bladimiro Sabino

**B. TÍTULO:** “Dimensiones de la sintomatología depresiva según la escala de Edinburgo y su asociación con la depresión posparto. Servicio de Ginecología y obstetricia del hospital Hipolito Unanue de Tacna. Julio - diciembre 2008”

**C. FUENTE:** [http://cybertesis.ucsm.edu.pe/bibl\\_virt/index.php](http://cybertesis.ucsm.edu.pe/bibl_virt/index.php)

**D. RESUMEN:** El presente trabajo tiene como objetivo determinar la relación del estado depresivo y la sintomatología definida por dimensiones según la “Escala de Edinburgh para depresión Posparto (EDPS)” En el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Hipolito Unanue de Tacna, siendo un estudio de relación, prospectivo, descriptivo y transversal. Dicho

estudio se llevó a cabo con 167 puérperas mediatas del Hospital Hipolito Unanue de Tacna, seleccionadas por conveniencia durante los meses de Julio a diciembre del 2008; se tomó información para su caracterización, posteriormente se le aplicó la EPDS, que permitió obtener la información de la frecuencia de cada dimensión, evaluando su relación con la depresión Posparto. Los resultados y conclusiones fueron: las características de las pacientes, tenían entre 16-30 años (81.4%), vivían en convivencia (67.7%), sin ocupación (43.7%), con secundaria completa (65.9%), primíparas (55.7%), con embarazo deseado (80.8%), tenían seguro SIS (86.8%), con probable depresión Posparto (43.1%), todas las dimensiones de la escala de depresión Posparto de Edinburgh tuvieron relación con la depresión posparto.

**A. AUTOR:** ESCOBAR MONTALVO, Juan Manuel.

**B. TÍTULO:** “Violencia basada en género y depresión pos-parto en el Hospital San Bartolomé: Lima-Perú”

**C. FUENTE:** <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/11>

**D. RESUMEN:** El objetivo principal del presente estudio fue determinar la asociación existente entre la Violencia Basada en Género y la Depresión Pos-Parto en el Hospital San Bartolomé; así mismo, se describieron los factores predictores de depresión pos-parto y las características sociodemográficas y del parto de las puérperas participantes del estudio. El tipo de estudio fue observacional de corte transversal, con una muestra de 100 mujeres de 1-12 meses de tiempo puerperal. A quienes se les aplicó, previa firma de consentimiento informado, una ficha de datos sociodemográfica y del parto, la Escala de Depresión Pos-Natal de Edimburgo (EDPE), el Inventario Revisado de Factores Predictores de Depresión Pos-Parto de Beck y el Instrumento de Detección de Violencia Basada en Género. Posteriormente se catalogaron operacionalmente los casos de Depresión Pos-Parto como aquellas mujeres quienes obtuvieron puntaje mayor o igual a 13 puntos en la EDPE. Se realizó el

análisis de los datos aplicando las pruebas Odds Ratio, Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher., según fuera conveniente.

**A. AUTOR:** ATENCIA OLIVAS, Stephanie María

**B. TÍTULO:** “Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante abril – junio, 2015.”

**C. FUENTE:** <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/11>

**D. RESUMEN:** El objetivo de este trabajo es determinar los factores de riesgo para la depresión posparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de abril a junio del 2015. Se realizó un estudio observacional, analítico de casos y controles, prospectivo, transversal, donde la muestra estuvo conformada por 180 madres adolescentes, que se dividieron en dos grupos: 90 pacientes que tuvieron depresión posparto (casos) y 90 pacientes sin depresión posparto (control). A ambos grupos se les aplicó la escala de Edimburgo y un formulario de evaluación de los factores de riesgo. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, para el análisis inferencial se utilizaron estadísticos de asociación ( $\chi^2$ ) y para determinar el riesgo se utilizó el Odds Ratio (OR). Los resultados fueron: factores obstétricos de riesgo con asociación significativa para depresión posparto son: presentar enfermedades durante el embarazo, hospitalización durante la gestación, complicaciones durante el parto, parto por cesárea, dificultad para la lactancia materna y bebe hospitalizado por complicaciones. Los factores psicológicos de riesgo para depresión posparto son el recibir insultos de familiares o pareja, la sensación de ansiedad, la sensación de melancolía, la sensación de culpabilidad, la dificultad para concentrarse, la dificultad para criar al bebé, el tener un embarazo no deseado, la depresión antes de la gestación, la depresión durante la gestación, la vivencia de un hecho estresante, el antecedente familiar de depresión, el no contar con el apoyo emocional de

la pareja y el no tener una buena relación con la pareja. Asimismo, los factores sociales de riesgo para depresión posparto son el tener una pareja que no cuenta con trabajo, el no tener el apoyo económico de la pareja y el consumo de sustancias nocivas.

**A. AUTORES:** VÁSQUEZ JARA, Ruth Elizabeth; PAIMA PEÑA, Rosario de Jesús.

**B. TÍTULO:** “Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión posparto en poscesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal”

**C. FUENTE:** <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/11>

**D. RESUMEN:** El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de la depresión posparto y la asociación que existe entre la cesárea no programada con la depresión posparto en poscesareadas adolescentes en el Inst. Nacional Materno Perinatal durante el periodo de Marzo 2010-Marzo 2011. La muestra estuvo constituido por 503 mujeres adolescentes poscesareadas que fueron atendidas en el INMP, de las cuales 216 adolescentes tienen un riesgo de depresión posparto y 196 presentan una probable depresión. Se realizó mediante la Escala Edinburg para la Depresión Posparto. Se concluyó que: la prevalencia de la depresión posparto en adolescentes poscesareadas de INMP fue del 39%. 54% fueron cesáreas no programadas, De las adolescente con “riesgo de depresión posparto”, el 62% fueron cesáreas no programadas y de las que tuvieron “probable depresión posparto”, el 54 % fueron no programadas. Existe asociación entre las cesáreas no programadas con el riesgo y/o probable depresión posparto en las adolescentes poscesareadas.

### 2.3. ÁMBITO INTERNACIONAL

**A. AUTORES:** EVANS M, Gregorio; VICUÑA M, Mcjhon; MARIN, Rodrigo.

**B. TÍTULO:** “Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud”

**C. FUENTE:** <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/11>

**D. RESUMEN:** La depresión posparto es un problema de salud pública con prevalencia que oscilan entre un 10 y 15% en la literatura mundial. Durante el puerperio existen cambios bioquímicos y estrés que pueden desencadenar estos trastornos. No existen trabajos a nivel nacional que enfoquen este problema. Realizamos un estudio prospectivo a nivel de atención primaria para evidenciar la real incidencia, y algunos factores de riesgo para esta condición. **RESULTADOS:** De las mujeres entrevistadas, 106 reunían los criterios de inclusión para este estudio. La edad se encontraba entre los 16 y 36 años de edad, 7 de ellas presentaban antecedentes mórbidos de importancia (destacan tres casos de hipertensión arterial), 15 de ellas presentaron alguna patología relacionada con el embarazo que requirió hospitalización o estudio, 15 casos los hijos de estas mujeres fueron hospitalizados, principalmente en el período de lactante, y la principal indicación fue por enfermedad respiratoria. Del total de partos, 31 fueron por cesárea (29,24%), y 24 fueron partos de pretérmino. No se describen casos de partos de pos-término.

**A. AUTORES:** DOIS CASTELLÓN, Angelina.

**B. TITULO:** “Actualizaciones en depresión posparto”

**C. FUENTE:** <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/11>

**D. RESUMEN:** La depresión posparto es el trastorno del ánimo más prevalente asociado al nacimiento, sin embargo su diagnóstico y tratamiento presenta ciertas dificultades. El objetivo de este artículo es

revisar aspectos generales de la depresión posparto, los factores asociados al cuadro clínico, su diagnóstico y tratamiento y las implicancias para la madre y su hijo(a). La metodología empleada fue la revisión de la literatura entre los años 2001-2011 en español e inglés en distintas bases de datos. A partir de ella se identificaron factores con distintos grados de asociación con la enfermedad, como también estrategias para su detección, entre las cuales está el uso de la Escala de Depresión de Edimburgo y alternativas terapéuticas para su tratamiento. Su impacto en la relación madre-hijo(a) y en el desarrollo del niño(a) se relaciona directamente con la duración e intensidad del cuadro, asociándose al establecimiento de apegos inseguros, deterioro del desarrollo psicomotor y cese precoz de la lactancia materna, además del deterioro de la calidad de vida de las púerperas. Todo lo anterior hace que este sea un problema relevante para abordar por los profesionales de la salud vinculados al cuidado de la madre y su bebé, debido a lo cual se proponen recomendaciones respecto de los cuidados que debieran otorgarse a quienes cursan con este trastorno y a sus familias.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. **Objetivo General:**

- Determinar los factores asociados a riesgo de depresión posparto en puérperas mediatas del Hospital III Yanahuara, Arequipa, Enero-Febrero, 2018.

#### 3.2. **Objetivos Específicos:**

- Determinar la frecuencia de riesgo de depresión posparto en puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018.
- Describir los factores sociodemográficos en puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018.
- Detallar los factores obstétricos de riesgo para depresión posparto en puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018.
- Identificar los factores de antecedente de depresión en puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018.
- Describir los factores de antecedente de violencia familiar en puérperas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018.

#### 4. HIPÓTESIS

**Ho:** No existen factores asociados a riesgo de depresión posparto en puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018.

**H1:** Existen factores asociados a riesgo de depresión posparto en puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018.



## II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

#### 1.1. Técnicas e Instrumentos

##### 1.1.1. Llenado de la ficha de datos

Se le pedirá a cada paciente puérpera que acepte participar del estudio, responda las preguntas de la ficha de datos (Ver Anexo 01) en la cual están las preguntas acerca de los factores asociados como son sociodemográficos, gestación, psicoprofilaxis, depresión previa y violencia en el entorno familiar.

##### 1.1.2. Llenado de Test de Edimburgo

Se le pedirá a cada paciente puérpera que acepte participar del estudio, responda a las preguntas del Test de Edimburgo (Ver Anexo 02).

Se le pedirá a la paciente responda este test en base a como se ha sentido en los últimos 7 días. Son 10 preguntas, a las cuales se les asigna valores de 0,1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10 o más muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.

##### 1.1.3. Plan de recolección y análisis estadístico de los datos

El orden en el cual se ejecutara las acciones de la investigación serán las siguientes:

- a. Presentación del protocolo al Jefe del Servicio de Obstetricia para el permiso respectivo de toma de datos de las pacientes.

- b. Obtención de los materiales necesarios para la recolección de la información:
  - i. Impresión de fichas de datos (Ver Anexo 1).
  - ii. Impresión de Test de Edimburgo (Ver Anexo 2).
- c. Recojo de la información.
- d. Análisis de información.
- e. Elaboración de la base de datos.
- f. Análisis en programas estadísticos.
- g. Resultados

Se procederá al traspaso de los datos recabados en la ficha de datos a una base de datos electrónica elaborada en el programa Microsoft Excel. Ver ficha de datos en Anexos (Ver Anexo 01).

La base de datos final se analizará en el programa SPSS v24.

Primero, se realizará un análisis descriptivo. Se describirán frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, así como las medidas de tendencia central y dispersión en las variables numéricas que serán la mediana y rangos cuantiles por no seguir los supuestos de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, gráficos de normalidad, asimetría y curtosis).

En cuanto al análisis bivariado, para las variables numéricas por ausencia de distribución normal se aplicará la prueba U de Mann-Whitney (edad). Las variables categóricas se analizaron con la prueba de ji cuadrado o prueba exacta de Fisher según corresponda.

Se realizarán modelos para determinar factores asociados posibles (respecto a las variables sociodemográficas, hijos previos, atención prenatal, psicoprofilaxis en la gestación, depresión previa y violencia) con la variable principal (Depresión pos parto: mediante la Escala de Edimburgo). Se considerará un valor  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo.

#### 1.1.4. Consideraciones éticas y consentimiento informado

El presente estudio no incurre en contra de ninguno de los principios de Bioética, tales como de Autonomía, Justicia, Beneficencia y No maleficencia.

Se procederá a pedir la autorización del Jefe de Servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara y el consentimiento informado de las pacientes antes de responder las preguntas de la fichas. El consentimiento informado será el siguiente (Ver Anexo 03).

La información recogida se utilizará solo con los fines de investigación, respetándose la confidencialidad y autenticidad de los datos.

#### 1.2. Materiales de Verificación

- Material de escritorio
- Fichas de investigación
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico (SPSS 22).
- Impresora

### 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

#### 2.1. Ubicación Espacial:

La presente investigación se realizará en el área de hospitalización de obstetricia del Hospital III Yanahuara

#### 2.2. Ubicación Temporal

El estudio se realizará durante el periodo Enero- Febrero 2018.

### 2.3. Unidades de Estudio

**a) Universo:** Puérperas hospitalizadas en el área de obstetricia del Hospital III Yanahuara

**b) Población:** Puérperas mediatas atendidas en el hospital III Yanahuara en Enero-Febrero 2018. Se estudiará a todo el grupo poblacional.

### 2.4. Criterios de Selección

#### Criterios de Inclusión

- Pacientes puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del H III Yanahuara, internadas dentro de las 24 horas posparto,
- Puérperas mediatas que rellenaron correctamente la ficha de datos,
- Que aceptaron participar del estudio, previamente informadas.

#### Criterios de Exclusión

- Puérpera con diagnóstico de otros trastornos mentales (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc) en tratamiento.
- Puérpera con dificultades o imposibilidad para responder por sí sola la encuesta

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### - Modo

Se hará de modo individual y aplicando la técnica de la encuesta y recolección de datos para su posterior registro y manejo.

#### - Recursos

Se necesitará:

- Hojas de papel
- Útiles de escritorio

- Calculadora
- Computadora con software para recolección de datos y elaboración de matriz de datos (SPSS 22 para Windows)
- Recolector de datos y aplicador de la encuesta

#### **- Necesidades de Información**

Se requiere de una buena comprensión y manejo del tema para poder dirigir el significado de los resultados obtenidos. Se contará con asesoría de un entendido de la especialidad de psiquiatría que pueda enrumbar mejor la dirección del estudio y la verdadera significancia que este tiene.

Se necesitará además de organización y adecuación de la información para poder explicar al paciente en qué consiste el estudio, de modo que comprendan adecuadamente los indicadores a evaluar y brinden buenos datos.

#### **- Criterios o Estrategias para el manejo de los resultados**

La información obtenida se procesará de forma sistemática y se obtendrá una base de datos. Se utilizará el porcentaje como medida de resumen.

#### 4. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	2017				2018											
ACTIVIDADES	DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
SELECCIÓN DEL TEMA Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	X	X	X	X												
ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DE PROYECTO					X	X										
ACOPIO DE DATOS					X	X	X	X	X	X	X					
PROCESAMIENTO DE DATOS													X	X		
ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL														X		
PRESENTACIÓN FINAL															X	

**Fecha de inicio:** Diciembre de 2017

**Fecha probable de término:** 04 de marzo del 2018

**Total:** 13 semanas

*"Año del diálogo y la Reconciliación Nacional"*

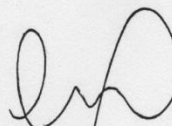
*"Año de la no violencia contra la Mujer"*

**Autorización**

Yo Dante Manuel Fuentes Fuentes, Jefe del Departamento Materno Infantil del Hospital III Yanahuara y con el visto bueno de la oficina a la docencia e investigación esta dirección Autoriza que la Srta.:

Ruth Maribel Luna Condori

Egresada de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María; realice la toma de encuestas a las pacientes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia durante los meses enero y febrero para trabajo de investigación, Tesis titulado "Factores Asociados al Riesgo de Depresión Postparto en Puérperas Mediatas del Hospital III Yanahuara, Arequipa, Enero-Febrero 2018"e



Dr. Dante Fuentes Fuentes  
JEFE DEL DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL  
C.M.P. 2653 R.N.E. 11707  
HOSPITAL III - YANAHUARA  
Accessalud

Arequipa, 10 de Enero del 2018

**ANEXO 7: MATRIZ DE DATOS**

	EDAD	DISTRITO	GRADO INSTRU	E. CIVIL	T. PARTO	ANT. HIJO	ABORT	C. PREN
1	28	SOCABAYA C.	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	0	10
2	30	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	8
3	28	CAYMA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	0	8
4	33	PAUCARPATA C.	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	1	0	8
5	42	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	7
6	32	ASA	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	2	2	8
7	33	SACHACA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	0	6
8	34	CAYMA	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	1	0	6
9	32	TACNA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	5
10	40	CARAVELY C.	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	8
11	33	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	2	8
12	25	YURA C.	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	0	6
13	23	COLORADO	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	7
14	22	ASA C.	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	10
15	34	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	1	6
16	32	CAYMA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	2	0	7
17	25	ASA C.	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	0	8
18	30	COLORADO C.	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	8
19	22	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	0	2	4
20	27	JLBR	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	4
21	32	SACHACA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	8
22	32	TIABAYA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	8
23	34	CERCADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	8
24	29	PAUCARPATA C.	SECUNDARIA	CASADA	CESAREA	1	0	6
25	32	COLORADO C.	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	0	0	8
26	36	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	2	0	10
27	19	ASA	SUPERIOR	SOLTERA	EUTOCICO	0	1	9
28	16	SACHACA	SECUNDARIA	SOLTERA	CESAREA	0	0	5
29	33	MAJES	PRIMARIA	CASADA	CESAREA	1	0	7
30	28	PAUCARPATA C.	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	8
31	26	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	0	6
32	27	SOCABAYA C.	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	0	8
33	24	COLORADO	SUPERIOR	SOLTERA	EUTOCICO	0	0	8
34	18	C.	SECUNDARIA	SOLTERA	EUTOCICO	0	0	8

COLORADO								
35	26	TIABAYA C.	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	2	0	8
36	34	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	2	2	8
37	31	JLBR C.	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	0	10
38	30	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	0	8
39	42	ASA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	0	7
40	34	CAYMA C.	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	2	2	9
41	29	COLORADO C.	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	0	0	7
42	32	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	0	0	7
43	24	MAJES C.	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	1	9
44	24	COLORADO	SUPERIOR	SOLTERA	CESAREA	0	0	8
45	26	JLBR C.	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	7
46	35	COLORADO C.	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	0	0	11
47	36	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	2	0	6
48	35	JLBR	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	1	2	10
49	43	MIRAFLORES	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	2	1	9
50	27	ASA C.	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	12
51	28	COLORADO C.	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	1	0	8
52	27	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	6
53	25	CAYMA	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	8
54	21	CAYMA C.	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	1	1	7
55	27	COLORADO	PRIMARIA	CASADA	CESAREA	2	0	8
56	33	CAYMA	SUPERIOR	SEPARADA	CESAREA	1	0	6
57	34	ASA C.	ANALFABETA	CONVIVIENTE	CESAREA	2	0	6
58	32	COLORADO C.	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	9
59	31	COLORADO C.	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	8
60	40	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	8
61	37	SACHACA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	2	0	8
62	33	CAYMA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	7
63	22	MAJES	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	0	0	6
64	28	CAYMA	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	2	0	9
65	35	MIRAFLORES	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	8
66	39	CAYMA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	2	0	6
67	34	PAUCARPATA C.	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	6
68	37	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	1	0	10

		C.						
69	27	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	0	1	7
70	28	SOCABAYA	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	6
71	38	CAYMA	SECUNDARIA	CASADA	EUTOCICO	1	0	8
		C.						
72	28	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	1	15
73	28	CAYMA	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	1	0	8
74	24	CERCADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	0	10
75	33	HUNTER	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	0	10
76	36	PAUCARPATA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	1	7
77	33	JLBR	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	1	8
78	25	VITOR	SUPERIOR	SOLTERA	EUTOCICO	0	1	4
79	37	YANAHUARA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	3	0	6
80	37	PAUCARPATA	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	1	1	6
81	25	CERCADO	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	0	0	5
		C.						
82	32	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	1	1	9
83	37	ASA	SECUNDARIA	CASADA	EUTOCICO	1	0	5
		C.						
84	30	COLORADO	PRIMARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	1	1	6
85	28	SOCABAYA	SECUNDARIA	CASADA	EUTOCICO	1	1	8
86	30	SOCABAYA	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	2	2	6
87	29	ASA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	0	0	8
88	43	SOCABAYA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	5	2	7
89	30	PAUCARPATA	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	0	0	8
90	23	CAYMA	SECUNDARIA	CASADA	EUTOCICO	1	1	8
		C.						
91	30	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	1	10
		C.						
92	21	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	0	8
93	27	TIABAYA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	0	8
94	29	HUNTER	SUPERIOR	SOLTERA	CESAREA	0	1	9
95	35	MAJES	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	2	0	1
96	31	CAYMA	SUPERIOR	SOLTERA	EUTOCICO	1	0	4
97	39	ASA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	8
98	33	CAYMA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	1	4
		C.						
99	24	COLORADO	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	0	5
		C.						
100	20	COLORADO	SECUNDARIA	CASADA	CESAREA	1	0	8
		C.						
101	26	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	0	10
		C.						
102	20	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	0	0	7
103	35	SACHACA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	6
		C.						
104	35	COLORADO	SECUNDARIA	CASADA	EUTOCICO	4	2	6
105	24	CAYMA	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	1	1	3

106	18	SOCABAYA	SECUNDARIA	SOLTERA	EUTOCICO	0	0	13
		C.						
107	28	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	1	16
108	22	TIABAYA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	0	8
109	33	PAUCARPATA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	1	8
		C.						
110	40	COLORADO	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	2	0	8
111	30	HUNTER	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	0	9
112	30	PAUCARPATA	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	0	0	8
		C.						
113	21	COLORADO	SUPERIOR	SOLTERA	EUTOCICO	0	0	6
114	30	SOCABAYA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	8
115	27	SOCABAYA	SECUNDARIA	SOLTERA	CESAREA	0	3	9
116	30	CAMANA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	1	8
117	22	SOCABAYA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	0	1	8
118	27	ASA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	1	0
119	27	MOLLEBAYA	SECUNDARIA	CASADA	CESAREA	0	0	8
120	27	YURA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	1	11
121	42	ASA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	2	2	3
122	31	ASA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	1	9
		C.						
123	39	COLORADO	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	2	1	8
124	33	PAUCARPATA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	1	10
125	36	YANAHUARA	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	1	1	8
126	26	MIRAFLORES	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	1	0
		C.						
127	31	COLORADO	PRIMARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	0	6
128	31	PAUCARPATA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	1	8
129	42	SOCABAYA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	3	1	7
130	30	SOCABAYA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	1	8
131	35	CERCADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	2	0	5
		C.						
132	33	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	2	0	6
		C.						
133	21	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	1	9
134	35	YURA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	0	6
		C.						
135	25	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	0	0	8
136	37	SOCABAYA	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	1	1	11
		C.						
137	35	COLORADO	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	2	0	6
		C.						
138	34	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	8
		C.						
139	26	COLORADO	SECUNDARIA	CASADA	EUTOCICO	1	0	6
140	21	M. MELGAR	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	0	0	9
141	44	MIRAFLORES	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	1	8
142	37	MIRAFLORES	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	0	8

143	33	YURA	SUPERIOR	SOLTERA	CESAREA	1	0	11
144	30	PAUCARPATA	SUPERIOR	SOLTERA	CESAREA	0	0	8
145	28	SOCABAYA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	0	10
146	30	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	8
147	28	CAYMA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	0	8
148	33	PAUCARPATA	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	1	0	8
149	42	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	7
150	32	ASA	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	2	2	8
151	33	SACHACA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	0	6
152	34	CAYMA	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	1	0	6
153	32	TACNA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	5
154	40	CARAVELY	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	8
155	33	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	2	8
156	25	YURA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	0	6
157	23	COLORADO	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	7
158	22	ASA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	10
159	34	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	1	6
160	32	CAYMA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	2	0	7
161	25	ASA	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	0	8
162	30	COLORADO	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	8
163	22	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	0	2	4
164	27	JLBR	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	4
165	32	SACHACA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	8
166	32	TIABAYA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	8
167	34	CERCADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	8
168	29	PAUCARPATA	SECUNDARIA	CASADA	CESAREA	1	0	6
169	32	COLORADO	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	0	0	8
170	36	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	2	0	10
171	19	ASA	SUPERIOR	SOLTERA	EUTOCICO	0	1	9
172	16	SACHACA	SECUNDARIA	SOLTERA	CESAREA	0	0	5
173	33	MAJES	PRIMARIA	CASADA	CESAREA	1	0	7
174	28	PAUCARPATA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	8
175	26	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	0	6
176	27	SOCABAYA	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	0	8
177	24	COLORADO	SUPERIOR	SOLTERA	EUTOCICO	0	0	8
178	18	COLORADO	SECUNDARIA	SOLTERA	EUTOCICO	0	0	8

179	26	TIABAYA C.	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	2	0	8
180	34	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	2	2	8
181	31	JLBR C.	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	0	10
182	30	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	0	8
183	42	ASA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	0	7
184	34	CAYMA C.	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	2	2	9
185	29	COLORADO C.	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	0	0	7
186	32	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	0	0	7
187	24	MAJES C.	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	1	9
188	24	COLORADO	SUPERIOR	SOLTERA	CESAREA	0	0	8
189	26	JLBR C.	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	7
190	35	COLORADO C.	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	0	0	11
191	36	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	2	0	6
192	35	JLBR	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	1	2	10
193	43	MIRAFLORES	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	2	1	9
194	27	ASA C.	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	12
195	28	COLORADO C.	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	1	0	8
196	27	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	6
197	25	CAYMA	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	8
198	21	CAYMA C.	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	1	1	7
199	27	COLORADO	PRIMARIA	CASADA	CESAREA	2	0	8
200	33	CAYMA	SUPERIOR	SEPARADA	CESAREA	1	0	6
201	34	ASA C.	ANALFABETA	CONVIVIENTE	CESAREA	2	0	6
202	32	COLORADO C.	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	9
203	31	COLORADO C.	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	8
204	40	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	8
205	37	SACHACA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	2	0	8
206	33	CAYMA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	7
207	22	MAJES	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	0	0	6
208	28	CAYMA	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	2	0	9
209	35	MIRAFLORES	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	8
210	39	CAYMA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	2	0	6
211	34	PAUCARPATA C.	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	6
212	37	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	1	0	10
213	27	C.	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	0	1	7

COLORADO								
214	28	SOCABAYA	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	6
215	38	CAYMA	SECUNDARIA	CASADA	EUTOCICO	1	0	8
216	28	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	1	15
217	28	CAYMA	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	1	0	8
218	24	CERCADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	0	10
219	33	HUNTER	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	0	10
220	36	PAUCARPATA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	1	7
221	33	JLBR	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	1	8
222	25	VITOR	SUPERIOR	SOLTERA	EUTOCICO	0	1	4
223	37	YANAHUARA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	3	0	6
224	37	PAUCARPATA	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	1	1	6
225	25	CERCADO	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	0	0	5
226	32	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	1	1	9
227	37	ASA	SECUNDARIA	CASADA	EUTOCICO	1	0	5
228	30	COLORADO	PRIMARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	1	1	6
229	28	SOCABAYA	SECUNDARIA	CASADA	EUTOCICO	1	1	8
230	30	SOCABAYA	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	2	2	6
231	29	ASA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	0	0	8
232	43	SOCABAYA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	5	2	7
233	30	PAUCARPATA	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	0	0	8
234	23	CAYMA	SECUNDARIA	CASADA	EUTOCICO	1	1	8
235	30	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	1	10
236	21	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	0	8
237	27	TIABAYA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	0	8
238	29	HUNTER	SUPERIOR	SOLTERA	CESAREA	0	1	9
239	35	MAJES	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	2	0	1
240	31	CAYMA	SUPERIOR	SOLTERA	EUTOCICO	1	0	4
241	39	ASA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	8
242	33	CAYMA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	1	4
243	24	COLORADO	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	0	5
244	20	COLORADO	SECUNDARIA	CASADA	CESAREA	1	0	8
245	26	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	0	10
246	20	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	0	0	7
247	35	SACHACA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	6
248	35	COLORADO	SECUNDARIA	CASADA	EUTOCICO	4	2	6
249	24	CAYMA	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	1	1	3
250	18	SOCABAYA	SECUNDARIA	SOLTERA	EUTOCICO	0	0	13

		C.						
251	28	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	1	16
252	22	TIABAYA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	0	8
253	33	PAUCARPATA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	1	8
		C.						
254	40	COLORADO	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	2	0	8
255	30	HUNTER	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	0	9
256	30	PAUCARPATA	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	0	0	8
		C.						
257	21	COLORADO	SUPERIOR	SOLTERA	EUTOCICO	0	0	6
258	30	SOCABAYA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	0	8
259	27	SOCABAYA	SECUNDARIA	SOLTERA	CESAREA	0	3	9
260	30	CAMANA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	1	8
261	22	SOCABAYA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	0	1	8
262	27	ASA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	1	0
263	27	MOLLEBAYA	SECUNDARIA	CASADA	CESAREA	0	0	8
264	27	YURA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	1	11
265	42	ASA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	2	2	3
266	31	ASA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	1	9
		C.						
267	39	COLORADO	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	2	1	8
268	33	PAUCARPATA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	1	10
269	36	YANAHUARA	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	1	1	8
270	26	MIRAFLORES	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	1	0
		C.						
271	31	COLORADO	PRIMARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	0	6
272	31	PAUCARPATA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	0	1	8
273	42	SOCABAYA	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	3	1	7
274	30	SOCABAYA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	1	8
275	35	CERCADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	2	0	5
		C.						
276	33	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	EUTOCICO	2	0	6
		C.						
277	21	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	0	1	9
278	35	YURA	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	0	6
		C.						
279	25	COLORADO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	0	0	8
280	37	SOCABAYA	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	CESAREA	1	1	11
		C.						
281	35	COLORADO	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	2	0	6
		C.						
282	34	COLORADO	SUPERIOR	CASADA	CESAREA	1	0	8
		C.						
283	26	COLORADO	SECUNDARIA	CASADA	EUTOCICO	1	0	6
284	21	M. MELGAR	SUPERIOR	CONVIVIENTE	EUTOCICO	0	0	9
285	44	MIRAFLORES	SUPERIOR	CONVIVIENTE	CESAREA	1	1	8
286	37	MIRAFLORES	SECUNDARIA	CONVIVIENTE	EUTOCICO	1	0	8
287	33	YURA	SUPERIOR	SOLTERA	CESAREA	1	0	11

288 30 PAUCARPATA SUPERIOR SOLTERA CESAREA 0 0 8

PSICO	ANT. DX DEPRESION ANTES	TTO DEPRES ANTES	DISCUS PAREJA	AGRES GESTA	AGRESION ANTES GESTACION	TEST DE EDIMBU
0	GESTACION	GESTACION	SI	NO	NO	18
0	NO	NO	NO	NO	NO	9
0	NO	NO	NO	NO	NO	10
0	NO	NO	NO	NO	HERMANOS	13
1	NO	NO	NO	NO	NO	12
0	NO	NO	SI	NO	NO	10
3	NO	NO	NO	NO	NO	7
2	NO	NO	SI	NO	PAREJA	6
3	NO	NO	NO	NO	NO	4
2	NO	NO	SI	NO	NO	9
0	ANTES GESTACION	ANTES GESTACION	SI	NO	NO	17
6	NO	NO	NO	NO	NO	8
0	NO	NO	NO	NO	NO	9
0	NO	NO	SI	NO	NO	13
0	NO	NO	NO	NO	NO	10
0	NO	NO	NO	NO	NO	9
0	NO	NO	NO	NO	NO	7
0	NO	NO	SI	NO	NO	11
0	NO	NO	NO	NO	NO	16
0	NO	NO	SI	NO	AMIGOS	15
0	NO	NO	NO	NO	NO	3
0	NO	NO	NO	NO	NO	9
0	NO	NO	NO	NO	NO	0
2	NO	NO	SI	NO	NO	12
2	NO	NO	NO	NO	NO	6
0	NO	NO	SI	NO	NO	4
1	NO	NO	NO	NO	NO	8
0	NO	NO	SI	NO	NO	11
0	NO	NO	SI	NO	NO	8
2	NO	NO	SI	NO	NO	10
4	ANTES GESTACION	ANTES GESTACION	NO	NO	NO	7
3	NO	NO	NO	NO	NO	6
4	NO	NO	SI	NO	NO	6
0	NO	NO	SI	NO	NO	13
0	NO	NO	NO	NO	NO	3
0	NO	NO	NO	NO	NO	8
0	NO	NO	SI	NO	OTROS	8
0	NO	NO	SI	NO	NO	9

4	NO	NO	NO	NO	NO	6
3	NO	NO	SI	PAREJA	PAREJA	16
2	NO	NO	NO	NO	OTROS	6
4	NO	NO	NO	NO	NO	4
4	NO	NO	NO	HERMANOS	HERMANOS	13
4	NO	NO	SI	PAREJA	PAREJA	20
0	NO	NO	SI	NO	NO	8
1	NO	NO	SI	NO	NO	9
1	NO	NO	SI	NO	NO	16
0	NO	NO	NO	NO	NO	7
	DURANTE	DURANTE				
0	GESTACION	GESTACION	SI	NO	NO	18
4	NO	NO	NO	NO	NO	4
4	NO	NO	NO	NO	NO	9
0	NO	NO	NO	OTROS	NO	8
2	NO	NO	SI	NO	NO	11
0	NO	NO	NO	NO	NO	9
0	NO	NO	SI	PADRES	HERMANOS	15
	ANTES					
0	GESTACION	NO	SI	PAREJA	PAREJA	20
0	NO	NO	NO	NO	NO	11
3	NO	NO	NO	NO	NO	2
0	NO	NO	SI	NO	NO	8
0	NO	NO	NO	OTROS	NO	7
0	NO	NO	NO	NO	NO	5
3	NO	NO	NO	NO	NO	16
	ANTES					
3	GESTACION	NO	NO	NO	NO	11
5	NO	NO	NO	NO	NO	5
0	NO	NO	SI	NO	NO	7
0	NO	NO	SI	NO	NO	14
	ANTES	ANTES				
0	GESTACION	GESTACION	NO	NO	NO	6
	DURANTE					
4	GESTACION	NO	SI	NO	NO	10
6	NO	NO	NO	NO	NO	1
0	NO	NO	NO	NO	NO	6
0	NO	NO	SI	NO	OTROS	12
0	NO	NO	NO	NO	NO	9
4	NO	NO	NO	NO	NO	8
	ANTES	ANTES				
0	GESTACION	GESTACION	SI	NO	NO	11
	ANTES	ANTES				
2	GESTACION	GESTACION	SI	PAREJA	PAREJA	7
0	NO	NO	SI	NO	PAREJA	10
4	NO	NO	SI	NO	PAREJA	10
0	NO	NO	SI	NO	OTROS	12

7	NO	NO	NO	NO	NO	9
3	NO	NO	SI	NO	OTROS	8
5	NO	NO	SI	NO	NO	16
0	NO	NO	SI	NO	NO	6
0	NO	NO	SI	OTROS	OTROS	10
0	NO	NO	SI	OTROS	OTROS	9
0	NO	NO	NO	NO	PAREJA	7
0	NO	NO	SI	NO	AMIGOS	6
4	NO	NO	SI	NO	NO	11
0	NO	NO	NO	NO	NO	8
7	NO	NO	NO	NO	NO	8
8	NO	NO	SI	NO	NO	13
4	NO	NO	NO	NO	NO	8
1	NO	NO	SI	NO	NO	15
4	NO	NO	SI	NO	NO	7
1	NO	NO	NO	NO	NO	11
0	NO	NO	NO	NO	NO	15
3	NO	NO	SI	PAREJA	OTROS	19
0	DURANTE GESTACION	DURANTE GESTACION	SI	NO	NO	15
0	NO	NO	SI	NO	NO	11
0	NO	NO	NO	NO	NO	11
0	NO	NO	NO	NO	NO	12
0	NO	NO	NO	NO	NO	8
0	NO	NO	NO	NO	NO	14
0	NO	NO	SI	NO	NO	9
0	NO	NO	NO	NO	NO	17
0	NO	NO	SI	PAREJA	OTROS	16
4	NO	NO	SI	NO	NO	7
0	NO	NO	NO	NO	NO	6
0	ANTES GESTACION	ANTES GESTACION	SI	PADRES	NO	25
0	ANTES GESTACION	ANTES GESTACION	NO	NO	NO	6
6	ANTES GESTACION	ANTES GESTACION	SI	NO	NO	20
3	NO	NO	NO	NO	NO	15
4	NO	NO	NO	NO	NO	4
3	ANTES GESTACION	ANTES GESTACION	SI	NO	NO	9
0	ANTES GESTACION	ANTES GESTACION	NO	NO	NO	5
0	ANTES GESTACION	ANTES GESTACION	SI	NO	NO	11
0	ANTES GESTACION	ANTES GESTACION	SI	NO	NO	11
4	ANTES GESTACION	ANTES GESTACION	SI	PAREJA	PAREJA	8
0	ANTES GESTACION	ANTES GESTACION	SI	NO	PAREJA	13

4	NO	NO	NO	NO	NO	4
4	NO	NO	SI	OTROS	NO	20
0	NO	NO	SI	OTROS	OTROS	12
6	NO	NO	NO	NO	NO	5
4	NO	NO	SI	NO	NO	13
	ANTES	ANTES				
0	GESTACION	GESTACION	NO	NO	NO	2
0	NO	NO	SI	NO	NO	13
0	NO	NO	NO	NO	NO	9
1	NO	NO	NO	HERMANOS	HERMANOS	16
0	NO	NO	NO	NO	NO	0
0	NO	NO	SI	NO	NO	22
0	NO	NO	NO	NO	NO	0
0	NO	NO	SI	NO	OTROS	13
0	NO	NO	NO	NO	PAREJA	0
4	NO	NO	NO	NO	NO	16
4	NO	NO	SI	NO	NO	9
0	NO	NO	NO	AMIGOS	AMIGOS	13
0	NO	NO	NO	NO	NO	7
3	NO	NO	NO	NO	PAREJA	0
4	NO	NO	SI	NO	NO	4
0	NO	NO	NO	NO	NO	9
4	NO	NO	SI	NO	NO	19
0	NO	NO	SI	NO	PAREJA	13
0	NO	NO	SI	NO	NO	18
0	NO	NO	NO	OTROS	OTROS	12
0	NO	NO	SI	NO	NO	0
	ANTES	ANTES				
0	GESTACION	GESTACION	SI	NO	NO	18
0	NO	NO	NO	NO	NO	9
0	NO	NO	NO	NO	NO	10
0	NO	NO	NO	NO	HERMANOS	13
1	NO	NO	NO	NO	NO	12
0	NO	NO	SI	NO	NO	10
3	NO	NO	NO	NO	NO	7
2	NO	NO	SI	NO	PAREJA	6
3	NO	NO	NO	NO	NO	4
2	NO	NO	SI	NO	NO	9
	ANTES	ANTES				
0	GESTACION	GESTACION	SI	NO	NO	17
6	NO	NO	NO	NO	NO	8
0	NO	NO	NO	NO	NO	9
0	NO	NO	SI	NO	NO	13
0	NO	NO	NO	NO	NO	10
0	NO	NO	NO	NO	NO	9
0	NO	NO	NO	NO	NO	7

0	NO	NO	SI	NO	NO	11
0	NO	NO	NO	NO	NO	16
0	NO	NO	SI	NO	AMIGOS	15
0	NO	NO	NO	NO	NO	3
0	NO	NO	NO	NO	NO	9
0	NO	NO	NO	NO	NO	0
2	NO	NO	SI	NO	NO	12
2	NO	NO	NO	NO	NO	6
0	NO	NO	SI	NO	NO	4
1	NO	NO	NO	NO	NO	8
0	NO	NO	SI	NO	NO	11
0	NO	NO	SI	NO	NO	8
2	NO	NO	SI	NO	NO	10
	ANTES	ANTES				
4	GESTACION	GESTACION	NO	NO	NO	7
3	NO	NO	NO	NO	NO	6
4	NO	NO	SI	NO	NO	6
0	NO	NO	SI	NO	NO	13
0	NO	NO	NO	NO	NO	3
0	NO	NO	NO	NO	NO	8
0	NO	NO	SI	NO	OTROS	8
0	NO	NO	SI	NO	NO	9
4	NO	NO	NO	NO	NO	6
3	NO	NO	SI	PAREJA	PAREJA	16
2	NO	NO	NO	NO	OTROS	6
4	NO	NO	NO	NO	NO	4
4	NO	NO	NO	HERMANOS	HERMANOS	13
4	NO	NO	SI	PAREJA	PAREJA	20
0	NO	NO	SI	NO	NO	8
1	NO	NO	SI	NO	NO	9
1	NO	NO	SI	NO	NO	16
0	NO	NO	NO	NO	NO	7
	DURANTE	DURANTE				
0	GESTACION	GESTACION	SI	NO	NO	18
4	NO	NO	NO	NO	NO	4
4	NO	NO	NO	NO	NO	9
0	NO	NO	NO	OTROS	NO	8
2	NO	NO	SI	NO	NO	11
0	NO	NO	NO	NO	NO	9
0	NO	NO	SI	PADRES	HERMANOS	15
	ANTES					
0	GESTACION	NO	SI	PAREJA	PAREJA	20
0	NO	NO	NO	NO	NO	11
3	NO	NO	NO	NO	NO	2
0	NO	NO	SI	NO	NO	8
0	NO	NO	NO	OTROS	NO	7

0	NO	NO	NO	NO	NO	5
3	NO	NO	NO	NO	NO	16
	ANTES					
3	GESTACION	NO	NO	NO	NO	11
5	NO	NO	NO	NO	NO	5
0	NO	NO	SI	NO	NO	7
0	NO	NO	SI	NO	NO	14
	ANTES	ANTES				
0	GESTACION	GESTACION	NO	NO	NO	6
	DURANTE					
4	GESTACION	NO	SI	NO	NO	10
6	NO	NO	NO	NO	NO	1
0	NO	NO	NO	NO	NO	6
0	NO	NO	SI	NO	OTROS	12
0	NO	NO	NO	NO	NO	9
4	NO	NO	NO	NO	NO	8
	ANTES	ANTES				
0	GESTACION	GESTACION	SI	NO	NO	11
	ANTES	ANTES				
2	GESTACION	GESTACION	SI	PAREJA	PAREJA	7
0	NO	NO	SI	NO	PAREJA	10
4	NO	NO	SI	NO	PAREJA	10
0	NO	NO	SI	NO	OTROS	12
7	NO	NO	NO	NO	NO	9
3	NO	NO	SI	NO	OTROS	8
5	NO	NO	SI	NO	NO	16
0	NO	NO	SI	NO	NO	6
0	NO	NO	SI	OTROS	OTROS	10
0	NO	NO	SI	OTROS	OTROS	9
0	NO	NO	NO	NO	PAREJA	7
0	NO	NO	SI	NO	AMIGOS	6
4	NO	NO	SI	NO	NO	11
0	NO	NO	NO	NO	NO	8
7	NO	NO	NO	NO	NO	8
8	NO	NO	SI	NO	NO	13
4	NO	NO	NO	NO	NO	8
1	NO	NO	SI	NO	NO	15
4	NO	NO	SI	NO	NO	7
1	NO	NO	NO	NO	NO	11
0	NO	NO	NO	NO	NO	15
3	NO	NO	SI	PAREJA	OTROS	19
	DURANTE	DURANTE				
0	GESTACION	GESTACION	SI	NO	NO	15
0	NO	NO	SI	NO	NO	11
0	NO	NO	NO	NO	NO	11
0	NO	NO	NO	NO	NO	12
0	NO	NO	NO	NO	NO	8

0	NO	NO	NO	NO	NO	14
0	NO	NO	SI	NO	NO	9
0	NO	NO	NO	NO	NO	17
0	NO	NO	SI	PAREJA	OTROS	16
4	NO	NO	SI	NO	NO	7
0	NO	NO	NO	NO	NO	6
	ANTES	ANTES				
0	GESTACION	GESTACION	SI	PADRES	NO	25
	ANTES	ANTES				
0	GESTACION	GESTACION	NO	NO	NO	6
	ANTES	ANTES				
6	GESTACION	GESTACION	SI	NO	NO	20
3	NO	NO	NO	NO	NO	15
4	NO	NO	NO	NO	NO	4
	ANTES	ANTES				
3	GESTACION	GESTACION	SI	NO	NO	9
0	NO	NO	NO	NO	NO	5
	ANTES					
0	GESTACION	NO	SI	NO	NO	11
0	NO	NO	SI	NO	NO	11
	ANTES	ANTES				
4	GESTACION	GESTACION	SI	PAREJA	PAREJA	8
0	NO	NO	SI	NO	PAREJA	13
4	NO	NO	NO	NO	NO	4
4	NO	NO	SI	OTROS	NO	20
0	NO	NO	SI	OTROS	OTROS	12
6	NO	NO	NO	NO	NO	5
4	NO	NO	SI	NO	NO	13
	ANTES	ANTES				
0	GESTACION	GESTACION	NO	NO	NO	2
0	NO	NO	SI	NO	NO	13
0	NO	NO	NO	NO	NO	9
1	NO	NO	NO	HERMANOS	HERMANOS	16
0	NO	NO	NO	NO	NO	0
0	NO	NO	SI	NO	NO	22
0	NO	NO	NO	NO	NO	0
0	NO	NO	SI	NO	OTROS	13
0	NO	NO	NO	NO	PAREJA	0
4	NO	NO	NO	NO	NO	16
4	NO	NO	SI	NO	NO	9
0	NO	NO	NO	AMIGOS	AMIGOS	13
0	NO	NO	NO	NO	NO	7
3	NO	NO	NO	NO	PAREJA	0
4	NO	NO	SI	NO	NO	4
0	NO	NO	SI	NO	NO	0