

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



"NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ – AREQUIPA - 2016"

Tesis presentada por el Bachiller:

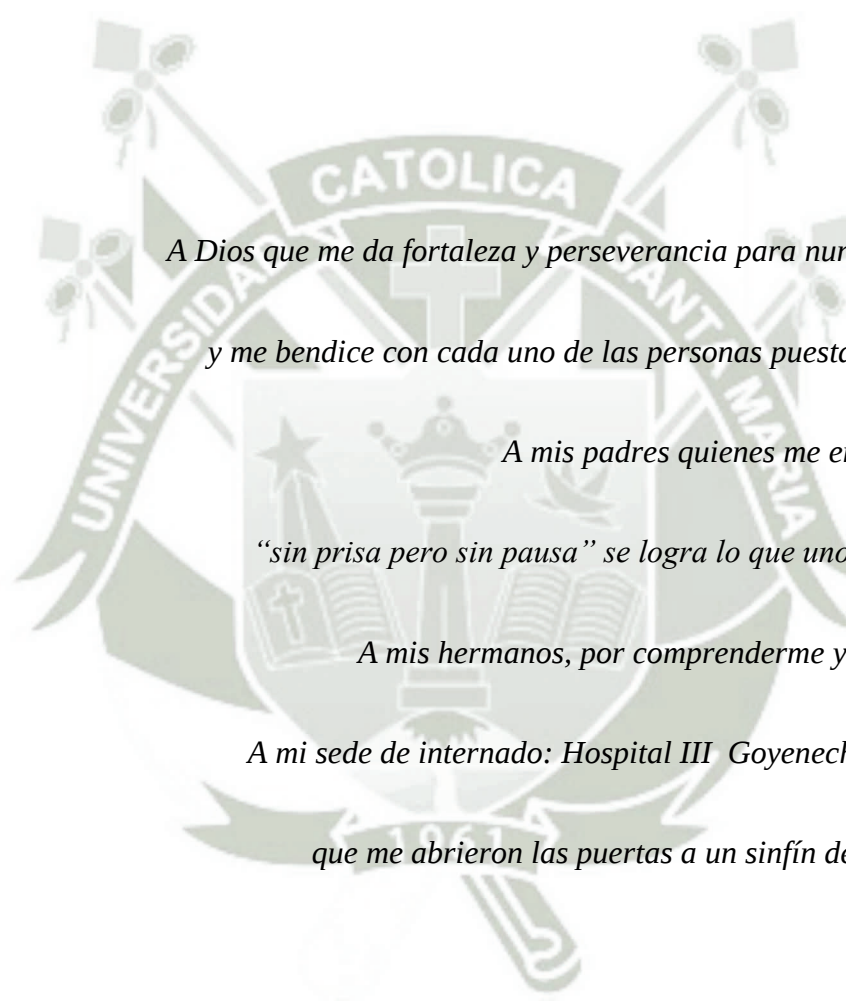
ARIAS FAJARDO MARÍA LUISA

Para optar por el Título Profesional de:

MEDICO CIRUJANO

Arequipa - Perú

2016



*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 mis padres quienes me enseñaron que
“sin prisa pero sin pausa” se logra lo que uno se propone..*

A mis hermanos, por comprenderme y escucharme.

*A mi sede de internado: Hospital III Goyeneche y maestros
que me abrieron las puertas a un sinfín de enseñanzas.*

A todos ustedes, Muchas Gracias.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I: MATERIALES Y MÉTODOS.....	10
1. Nivel y Tipo de Estudio.....	11
2. Área de Estudio.....	11
3. Población.....	11
A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	11
B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	11
4. Procedimiento de producción y registro de datos.....	12
5. Aspectos Éticos.....	12
6. Técnica, Instrumentos y procesamiento de datos.....	12
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	15
1. Selección de la Muestra en Estudio.....	16
2. Caracterización de Sujetos de Estudio.....	17
3. Niveles de depresión puerperal.....	34
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN.....	46
1. Caracterización de la población en estudio	47
2. Niveles de Depresión Puerperal.....	50
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52

Conclusiones.....	53
Recomendaciones.....	54
BIBLIOGRAFÍA.....	55
ANEXOS.....	60
ANEXO 1: Ficha Instrumento Para Obtención de Datos.....	61
ANEXO 2: Proyecto de Tesis.....	67
ANEXO 3: Matriz de Datos.....	129



RESUMEN

Introducción: El nacimiento de un niño es un suceso feliz, pese a esto, algunas madres pueden sentirse de sobremanera angustiadas llegando a deprimirse presentando, entre otros, falta de interés y de goce, tristeza, sentimientos de culpa y baja autoestima; un estudio en 2013 mostró que en Latinoamérica entre el 50 y 80% de mujeres sufren algún grado de depresión durante el puerperio, pudiendo este ser desde muy leve como el llanto hasta muy grave como falta de apego a su hijo. Esta dificultad para relacionarse con su bebé puede traer consecuencias irreparables, por lo que es sumamente importante detectar la depresión desde sus inicios.

Materiales y métodos: Nivel: descriptivo, tipo: de campo, corte transversal. Los sujetos de estudio fueron puérperas de 6 a 8 semanas que acudieron a consultorio de control pediátrico “Niño Sano” en el Hospital III Goyeneche en los meses de Enero y Febrero del 2016. Se excluyeron las madres con diagnóstico conocido de Depresión Puerperal en tratamiento, las madres con diagnóstico de otros trastornos mentales en tratamiento, las puérperas menores de edad y aquellas que se les imposibilitó o tuvieron dificultades para responder por sí solas la encuesta. Se utilizó como instrumento la Encuesta sobre Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE). Los datos fueron recolectados y remitidos al software estadístico SPSS22 para elaboración de la matriz de datos.

Resultados y Conclusiones: 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.

Palabras Clave: puerperio, depresión, escala de Edimburgo, Caracterización.



ABSTRACT

Introduction: Although usually the birth of a child is a happy event, some mothers may feel exceedingly anxious and depressed. Depression is defined as a mood disorder in which, among others, there are lack of interest and enjoyment, sadness, guilt and loss of self-esteem; a study in 2013 showed that in Latin America between 50 and 80% of women experience some degree of depression during the postpartum period, this can be from a very mild depression such as crying to a very severe depression such as lack of attachment to their child. This difficulty relating to the baby can bring irreparable consequences, so it is extremely important to detect depression since its inception.

Materials and methods: Level: Descriptive, type: field study and cross section. The study subjects were 6 to 8 weeks puerperal women attending to pediatric clinic control "Niño Sano" at Goyeneche Hospital III in the months of January and February 2016. Have been excluded mothers with treatment for previously diagnosticated Puerperal Depression, mothers with other mental disorders in treatment, underage postpartum women and those for which is impossible or had difficulty to answer the totally of the quiz on her own. The instrument used in this reaserch was the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Data were collected and sent to the statistical software SPSS22 for processing of the matrix data.

Results and Conclusions: With a population of 101 subjects, it was found that the average age was 23.53 ± 4.24 years; most: had completed primary (52.5%) and did not receive psychiatric treatment of any kind (99.0%), lived in cohabitation with a partner (57.4%), came to 7 weeks old baby control (40.0%), had natural childbirth (68.3%), exclusive breastfeeding (58.4%) and did not have a premature baby (96.4%).

After applying sample criteria in a reduced sample of 96 postpartum women it was found that: most mothers are at risk of developing postpartum depression (39.6%), a third of mothers in the study (32.3%), course with depressive symptoms consistent with postpartum depression and 28.1% is in a normal mood.

Keywords: puerperium, depression, Edimburg Scale, Characterization.



INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un niño trae consigo alegrías y momentos felices acompañados de ansiedad, pese a esto, hay madres que se sienten agobiadas por dicha llegada, sintiéndose deprimidas, dificultándose la adaptación a esta serie de cambios.

La depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; y se estima que para el año 2020, la depresión será la primera causa de incapacidad laboral y tercera causa de morbilidad. Además que entre el 20 y 40% de las mujeres en países en desarrollo, como el nuestro, sufren de depresión durante el embarazo o postparto¹.

En el año 2013, en Latino América se reportó que entre el 50 y 80% de mujeres sufren algún tipo de alteración durante el puerperio, las cuales pueden ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, o inclusive angustia y dificultad para vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas¹.

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.

Por lo antes mencionado el objetivo del presente estudio fue determinar los niveles de depresión en puérperas de 6 a 8 semanas en el Hospital III Goyeneche durante los meses de Enero y Febrero 2016, además de la caracterización de las mismas.

¹ Medina SE, Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto.



CAPÍTULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Nivel y Tipo de Estudio

La presente es una investigación de nivel DESCRIPTIVO, de tipo de CAMPO y de CORTE TRANSVERSAL

2. Área de Estudio

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital III Goyeneche, ciudad y departamento de Arequipa, en la Unidad Prestadora de Servicios de Consultorios Externos área de control pediátrico “Niño Sano”.

3. Población

La población en estudio fue conformada por puérperas de 6 a 8 semanas que acudieron al control pediátrico de sus bebés desde el 01 de enero al 26 de febrero del 2016.

A. Criterios de Inclusión

- Puérpera mediata de 6 a 8 semanas.
- Puérperas que tuvieron parto vaginal o cesárea, dentro o fuera del Hospital III Goyeneche.
- Puérpera que colabore con datos precisos
- Puérpera cuyo hijo vive con ella.

B. Criterios de Exclusión

- Puérpera con diagnóstico conocido de Depresión Puerperal en tratamiento.
- Puérpera con diagnóstico de otros trastornos mentales (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, etc) en tratamiento.

- Puérpera menor de edad.
- Puérpera con dificultades o imposibilidad para responder por sí sola la encuesta

4. Procedimiento de producción y registro de datos

Se aplicó la ficha para obtención de datos a las madres motivo del estudio, con la que se obtuvo la información para su caracterización. Posteriormente se les aplicó la Encuesta sobre Depresión Postnatal de Edimburgo mediante la cual se recolectó los datos correspondientes.

5. Aspectos Éticos

Este estudio tiene fines estrictamente investigativos, toda la información recolectada, brindada por los sujetos en estudio, fue manejada de manera confidencial, sin perjuicio alguno hacia el mismo.

6. Instrumento, Técnica, y procesamiento de datos

A. Instrumento:

El instrumento utilizado constaba de dos partes:

- La primera, una ficha de recolección de datos de la madre y el niño.
- La segunda, la Encuesta sobre Depresión Postnatal de Edimburgo que consta de 10 preguntas de opción múltiple sobre el estado anímico del evaluado durante los 7 últimos días con respuesta única. El puntaje de cada pregunta es de 0 a 3, lográndose un acumulado de entre 0 a 30.
- La EDPE se puede utilizar en el puerperio, siendo el período ideal a partir de las 8 semanas, sugiriéndose seguimiento a las 02 semanas para confirmar diagnóstico especializado.

Validación de la Encuesta sobre Depresión Postnatal de Edimburgo

En nuestro país la encuesta utilizada fue validada en 2002 por Vega y col., detallada en el marco teórico.

B. Técnica y estrategia de recolección de datos:

- Para la aplicación de la encuesta se ubicó a las madres con niños de 6 a 8 semanas de edad que acudieron al servicio de consultorio externo de control pediátrico del Hospital III Goyeneche, de lunes a viernes en el turno de mañana en los meses de enero y febrero - 2016.
- Se explicó individualmente de manera clara y sencilla sobre la investigación y la finalidad de la misma a los sujetos de estudio, entregándoseles un cuadernillo de dos hojas (03 caras) conteniendo la ficha de recolección de datos y la encuesta sobre depresión postnatal (EDPE).
- En la primera parte se asistió parcialmente a algunas madres en la resolución las preguntas. En la segunda parte, se tuvo estricto cuidado en que el sujeto de estudio fuera capaz de responder por sí sola a cada una de ellas, excluyéndose a las madres con dificultad para hacerlo.

C. Procesamiento de Datos:

El procesamiento de datos se inició con la obtención de datos de la primera parte de la ficha, su acopio y organización para la caracterización de la población en estudio; luego se obtuvo la calificación total de las preguntas de la encuesta y se elaboró la base de datos digital con el Software

Estadístico SPSS 22.0 para Windows de donde se obtuvo las tablas y gráficos de distribución con valores absolutos y relativos, además se determinó el nivel de depresión en las madres de acuerdo a las validaciones y estudios previos en nuestro país, considerándose 02 puntos de corte 7.0 y 13.0.





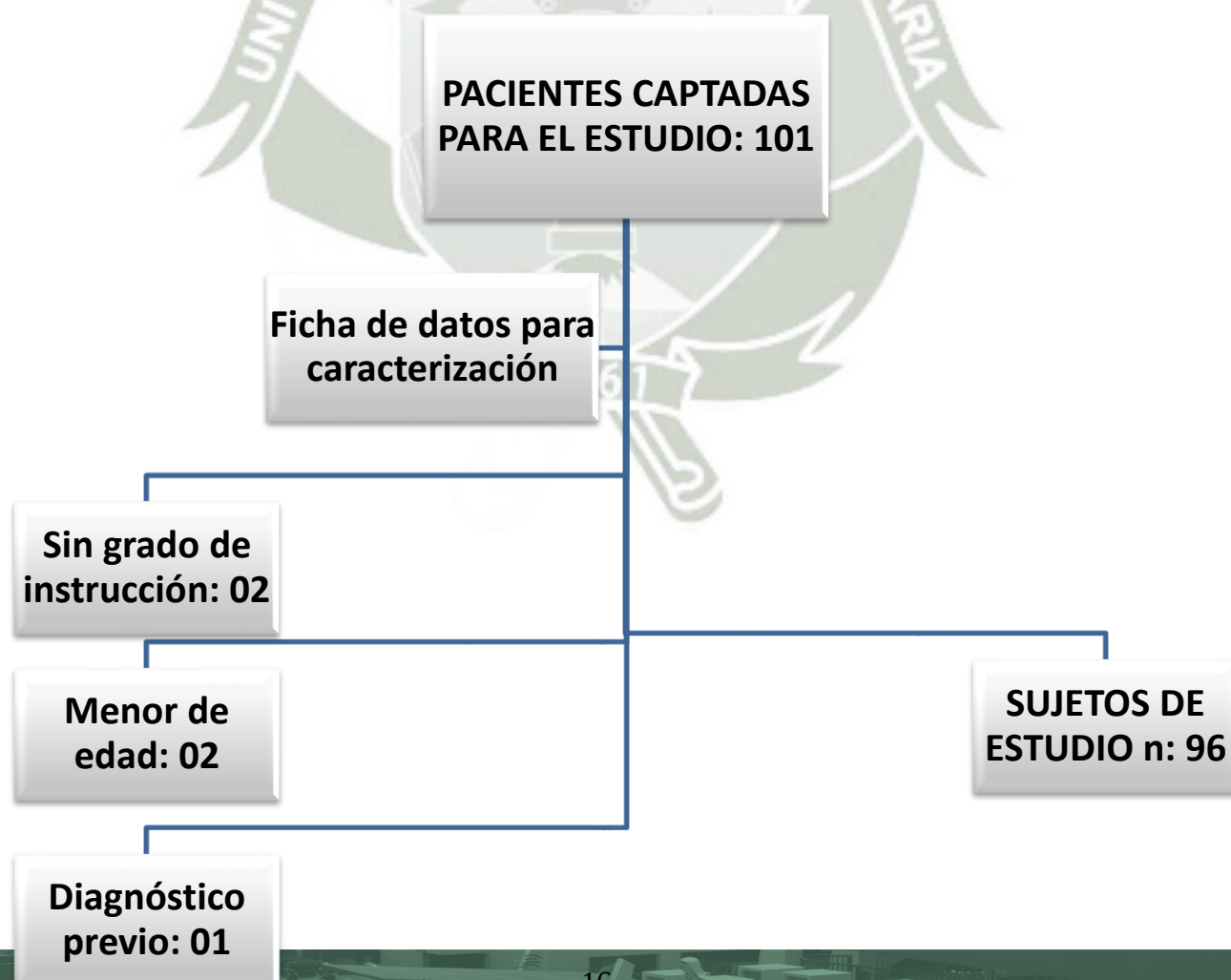
CAPÍTULO II

RESULTADOS

1. Selección de la Muestra en Estudio

Se obtuvo una población de 101 madres de niños de 6 a 8 semanas en el consultorio externo de control pediátrico en los meses de enero y febrero 2016, a las que se les aplicó la ficha de recolección de datos para su caracterización. 02 de ellas no tenían grado de instrucción, por lo que no podrían resolver por sí solas la encuesta, 01 de ellas era menor de edad y 01 refirió haber estado recibiendo tratamiento psiquiátrico de algún tipo por diagnóstico de depresión mayor previo. Por lo antes mencionado se llegó finalmente una muestra de 96 pacientes a las que se les aplicó la encuesta.

GRÁFICO 1. Fluxograma de selección de sujetos de estudio



Fuente: Elaboración Propia

2. Caracterización de Sujetos de Estudio

Para la caracterización de los sujetos de estudio se utilizaron los tópicos edad, grado de instrucción (completo), tratamiento psiquiátrico por diagnóstico previo, estado civil, edad del bebé (en semanas cumplidas), tipo de parto, lactancia materna y prematuridad. Se graficarán y mostrarán los resultados a continuación.

NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENCHE – AREQUIPA - 2016

CUADRO 1. Edad de la población en estudio

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EDAD DE LA MADRE	101	16	38	23,53	4,239
N válido (por lista)	101				

En el Cuadro 1 se aprecia que en el total de la población de estudio, que fue de 101 madres, se encontró una edad mínima de 16 años y edad máxima de 38 años, siendo la edad promedio de 23.53 con una DE: 4.239. En el Cuadro 2 se muestra además que 03 de las madres eran menores de edad (<18 años), por lo que fueron excluidas de la

muestra. En el gráfico 2 se muestra la distribución de edades, siendo la edad con más frecuencia 21 años (14%)

NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016

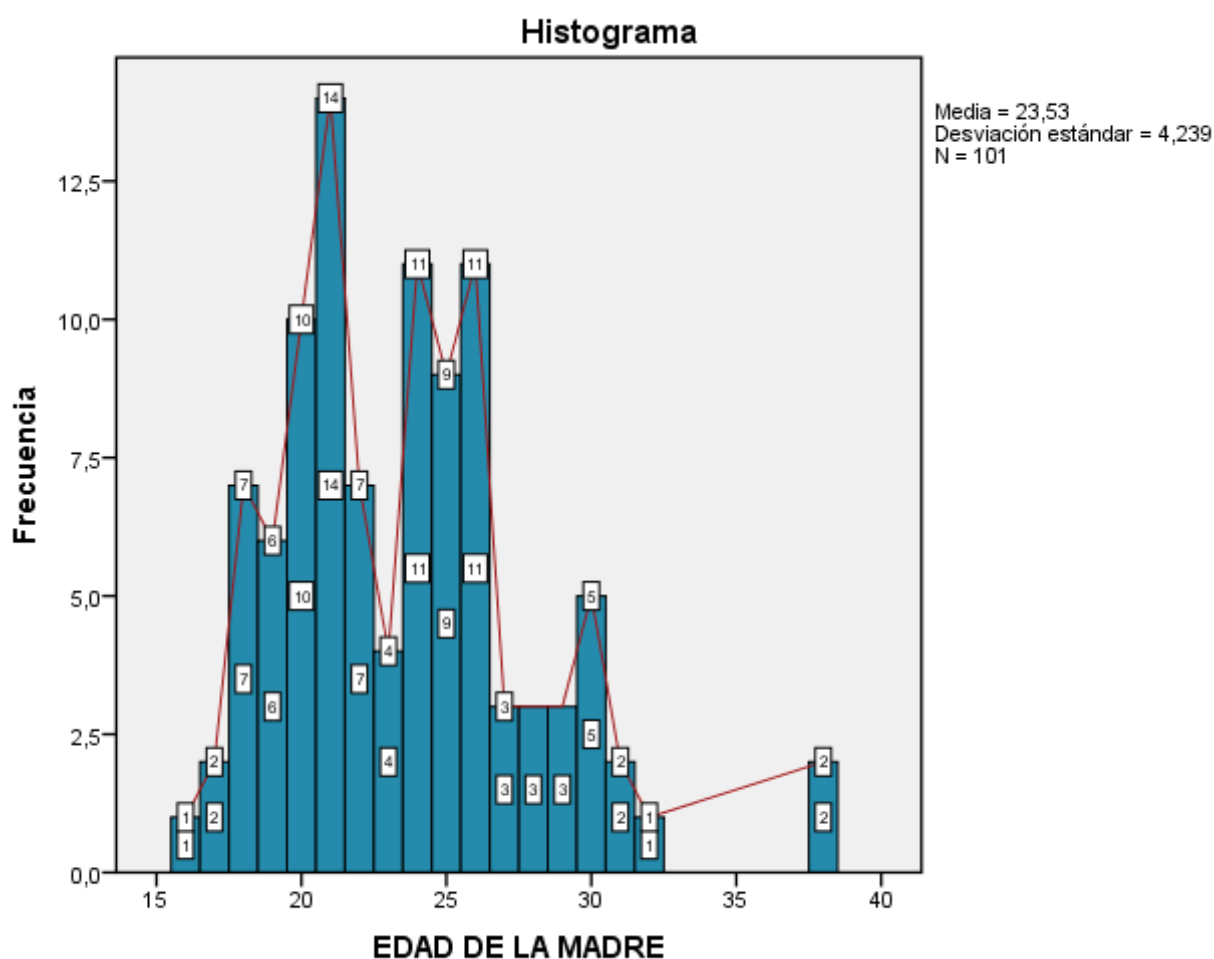
CUADRO 2. Edad de la población en estudio, en valores absolutos y relativos

EDAD DE LA MADRE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 16	1	1,0	1,0	1,0
17	2	2,0	2,0	3,0
18	7	6,9	6,9	9,9
19	6	5,9	5,9	15,8
20	10	9,9	9,9	25,7
21	14	13,9	13,9	39,6
22	7	6,9	6,9	46,5
23	4	4,0	4,0	50,5
24	11	10,9	10,9	61,4
25	9	8,9	8,9	70,3
26	11	10,9	10,9	81,2
27	3	3,0	3,0	84,2
28	3	3,0	3,0	87,1
29	3	3,0	3,0	90,1
30	5	5,0	5,0	95,0
31	2	2,0	2,0	97,0
32	1	1,0	1,0	98,0
38	2	2,0	2,0	100,0
Total	101	100,0	100,0	

NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016

GRÁFICO 2. Distribución de Edad de población en estudio



**NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL
HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016**

CUADRO 3. Grado de instrucción de la población en estudio

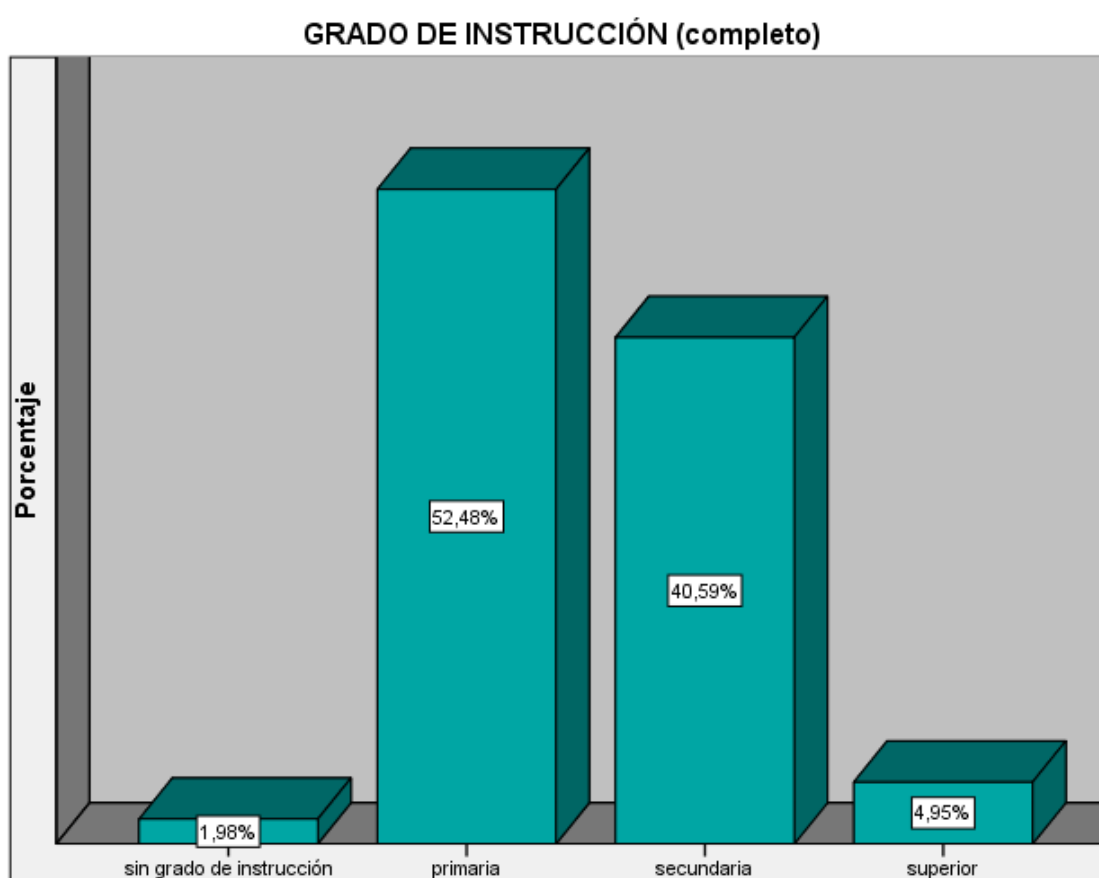
GRADO DE INSTRUCCIÓN (completo)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido sin grado de instrucción	2	2,0	2,0	2,0
primaria	53	52,5	52,5	54,5
secundaria	41	40,6	40,6	95,0
superior	5	5,0	5,0	100,0
Total	101	100,0	100,0	

En el Cuadro 3 y Gráfico 3, sobre el grado de instrucción completo de la población en estudio, se aprecia que el 52.48% tiene grado de instrucción primaria, el 40.59% secundaria, un 4.95% tiene grado de instrucción superior y el 1.98% no tiene grado de instrucción, lo que limita la resolución de la encuesta por sí sola, excluyéndosele de la muestra.

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL
HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016**

GRÁFICO 3. Distribución del Grado de instrucción de la población en estudio



**NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL
HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016**

CUADRO 4. Tratamiento psiquiátrico en la población en estudio

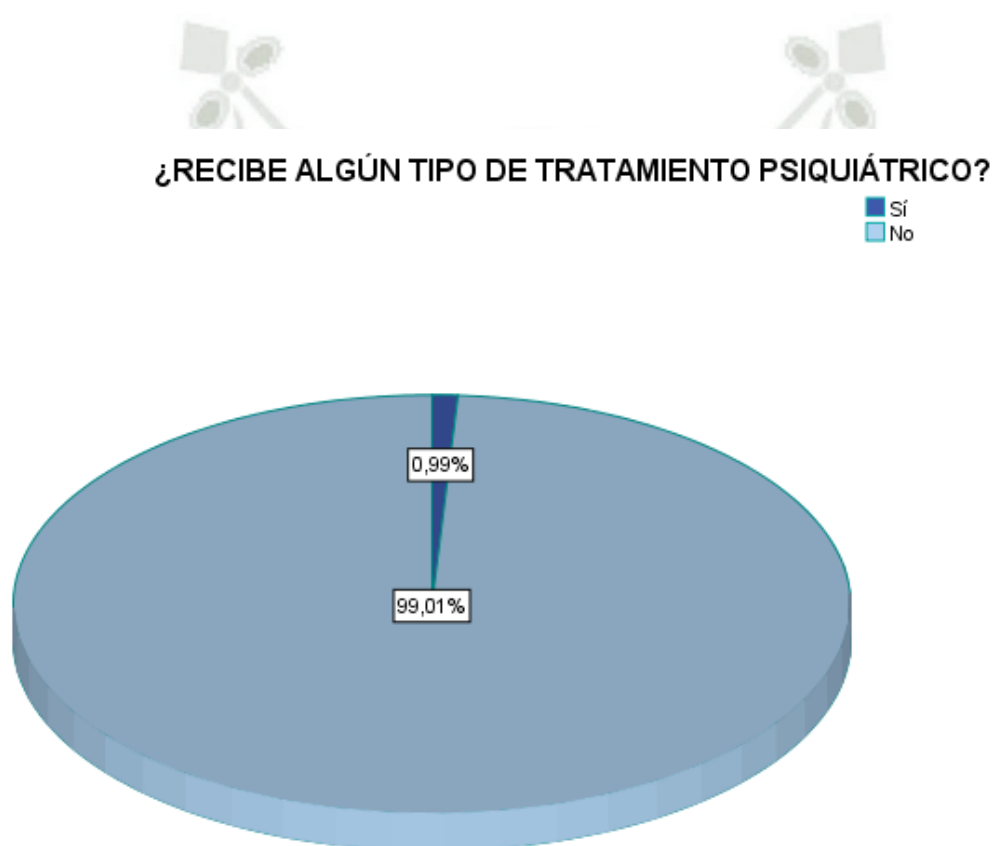
¿RECIBE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	1	1,0	1,0	1,0
	No	100	99,0	99,0	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

En el cuadro y gráfico 4 se muestra que del total de la población (101), 01 de ellas que constituye un 0.99% recibe tratamiento psiquiátrico de algún tipo, excluyéndosele del estudio; mientras un 99.01% no recibe tal tratamiento.

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL
HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016**

GRÁFICO 4. Distribución la población que recibe algún tratamiento psiquiátrico



**NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL
HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016**

CUADRO 5. Estado civil de la población en estudio

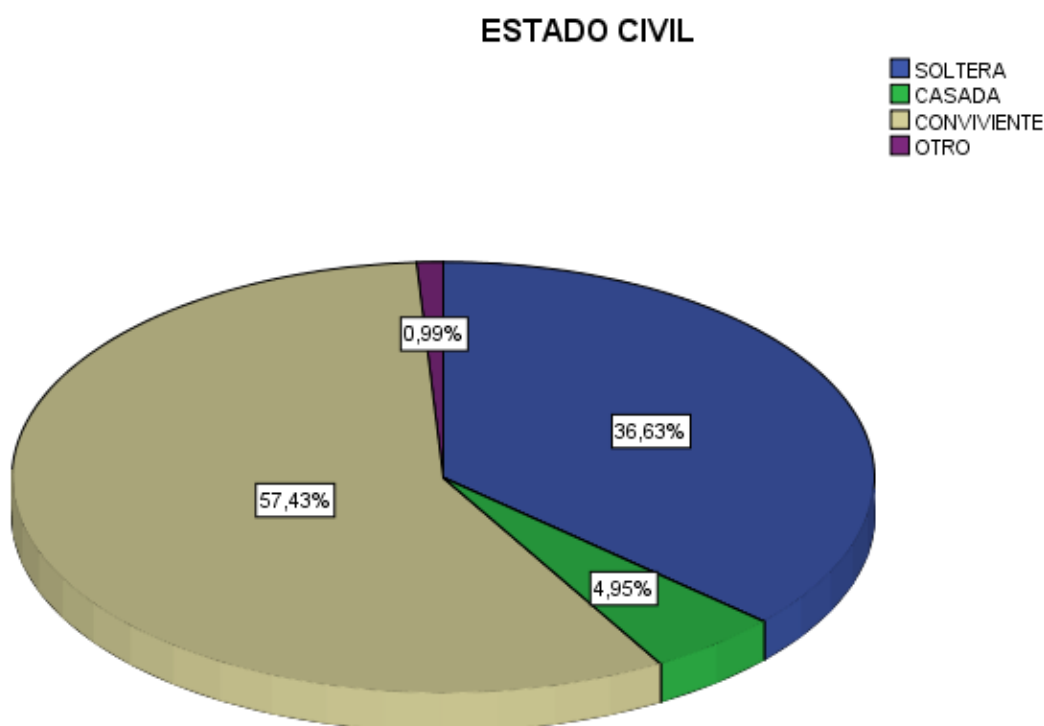
ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SOLTERA	37	36,6	36,6	36,6
	CASADA	5	5,0	5,0	41,6
	CONVIVIENTE	58	57,4	57,4	99,0
	OTRO	1	1,0	1,0	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

En el cuadro y Gráfico 5 vemos el estado civil de la población en estudio, el 36.63% es soltera, un 4.95% es casada, 57.43% es conviviente y 0.99% de ellas tiene otro estado civil (viuda, divorciada).

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL
HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016**

GRÁFICO 5. Distribución del estado civil de los sujetos en estudio



NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016

CUADRO 6. Edad del infante de la población en estudio (tiempo de puerperio en semanas cumplidas)

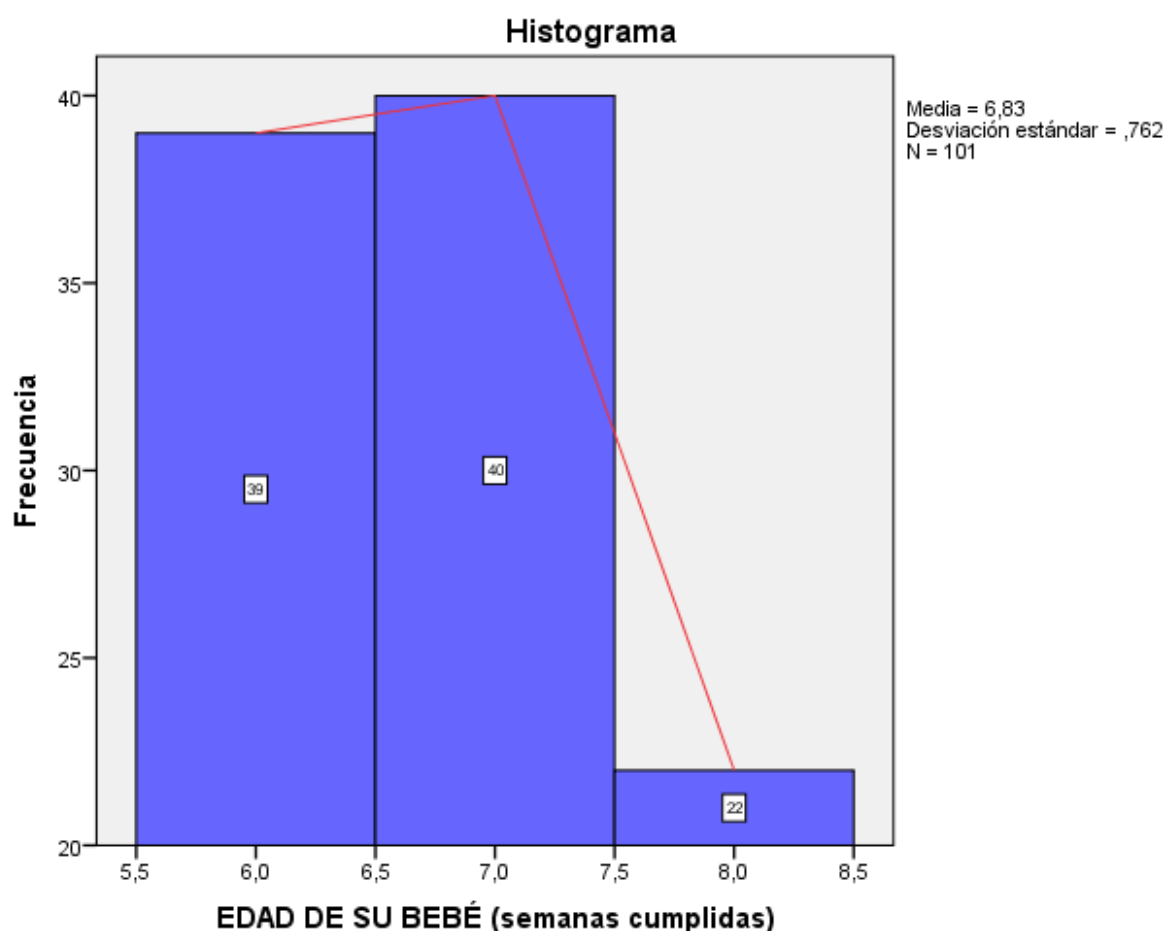
Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EDAD DE SU BEBÉ (semanas cumplidas)	101	6	8	6,83	,762
N válido (por lista)	101				

En el Cuadro 6 se aprecia la edad de los infantes de la población en estudio, la cual tiene su mínimo en 6 semanas y máximo en 8 semanas, con una media de 6.83 semanas, con DE: 0.762. En el Gráfico 6 notamos que un 39% tiene 6 semanas cumplidas, un 40% tiene 7 semanas cumplidas y un 22% tiene 8 semanas cumplidas.

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL
HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016**

**GRÁFICO 6. Distribución de la Edad del infante de la población en estudio
(tiempo de puerperio)**



NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016

CUADRO 7. Tipo de parto de la población en estudio

TIPO DE PARTO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Vaginal	69	68,3	68,3	68,3
	Cesárea	32	31,7	31,7	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

El Cuadro y Gráfico 7 muestran el tipo de parto de la población en estudio, siendo un 68.3% (69) vaginal y un 31.68% (32) por cesárea.

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL
HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016**

GRÁFICO 7. Distribución del Tipo de parto de la población en estudio



NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016

CUADRO 8. Práctica de Lactancia Materna de la población de estudio

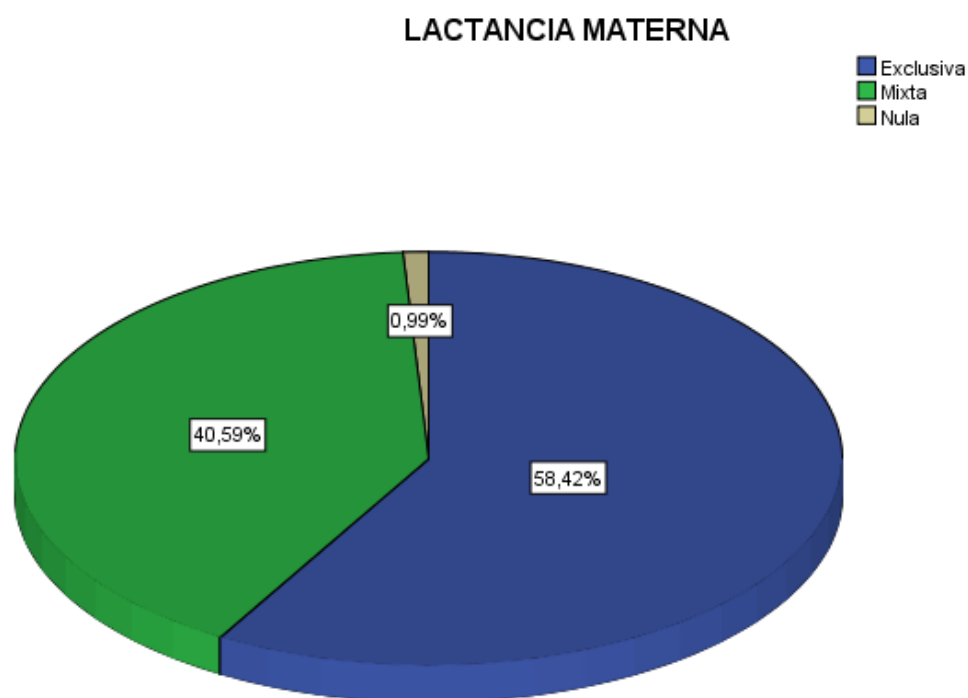
LACTANCIA MATERNA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Exclusiva	59	58,4	58,4	58,4
	Mixta	41	40,6	40,6	99,0
	Nula	1	1,0	1,0	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

En el cuadro y gráfico 8 apreciamos que el 58.42% de madres administran lactancia materna exclusiva a sus bebés, mientras que un 40.59% administran de manera mixta la Lactancia y un 0.9% indicó no administrar Lactancia Materna.

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL
HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016**

**GRÁFICO 8. Distribución de la Práctica de Lactancia Materna de la población de
estudio**



**NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL
HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016**

CUADRO 9. Prematuridad del infante de la población en estudio

PREMATURIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	4	4,0	4,0	4,0
	No	97	96,0	96,0	100,
	Total	101	100,0	100,0	

En lo que respecta a Prematuridad, en el cuadro y gráfico 9 vemos que un 3.96% indicó que sí tuvo un bebé prematuro, mientras que el 96.04% niega tal hecho.

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL
HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016**

**GRÁFICO 9. Distribución de la Prematuridad del infante de la población en
estudio**



3. Niveles de depresión puerperal (6-8 semanas)

NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016

CUADRO 10. Puntaje total obtenido por los sujetos en estudio

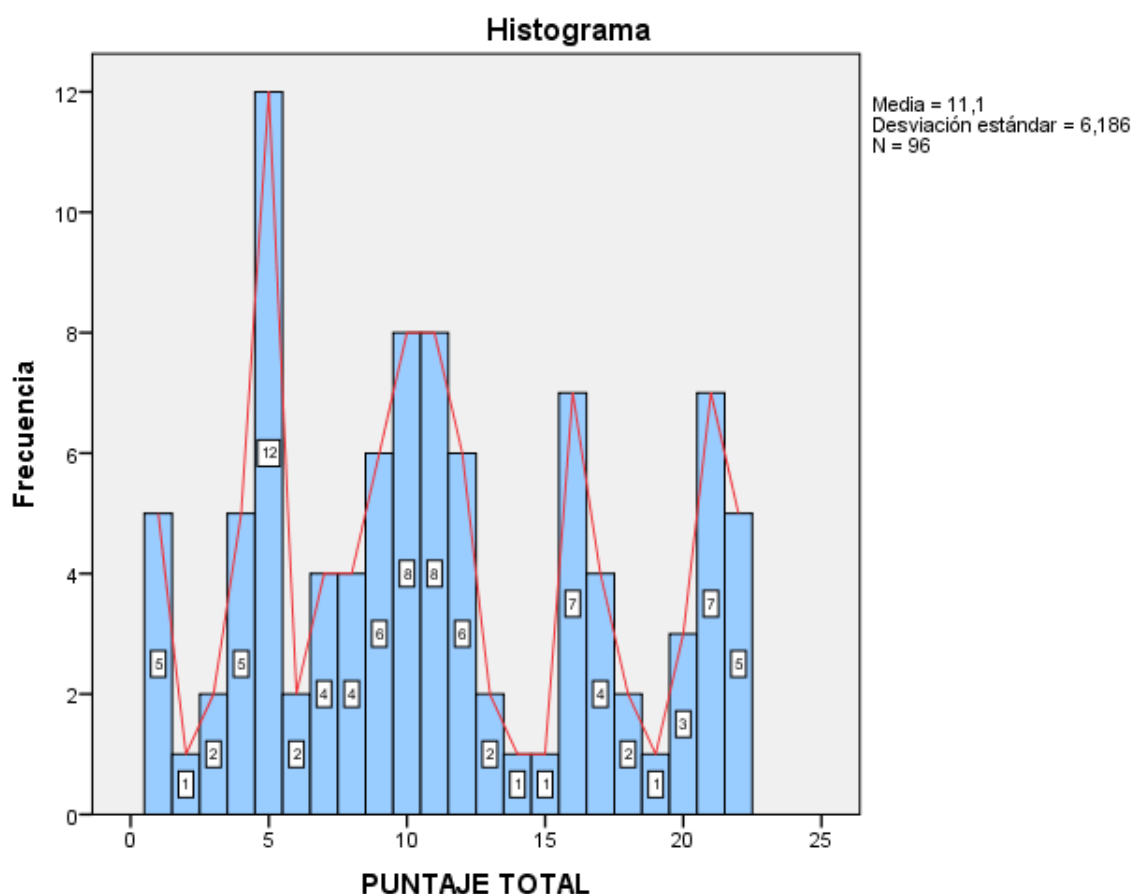
Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
PUNTAJE TOTAL	96	1	22	11,10	6,186
N válido (por lista)	96				

En el Cuadro y Gráfico 10 apreciamos el puntaje total obtenido por los sujetos de estudio (n: 96), obteniendo los mismos diversos resultados que van desde un mínimo de 1 punto hasta un máximo de 22, con una media de 11.1 y DE: 6.186.

NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ – AREQUIPA - 2016

GRÁFICO 10. Distribución del puntaje total obtenido por los sujetos en



estudio

1961

NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ – AREQUIPA - 2016

CUADRO 11. Preguntas de la EDPE² aplicada a los sujetos en estudio

Estadísticos

	¿HE SIDO CAPÁZ DE REIR Y VER EL LADO BUENO DE LAS COSAS?	¿HE MIRADO EL FUTURO CON PLACER?	¿ME HE CULPADO SIN NECESIDAD	¿HE ESTADO ANSIOSA Y PREOCUPADA SI MOTIVO?	¿HE SENTIDO MIEDO Y PÁNICO SIN MOTIVO ALGUNO?	¿LAS COSAS ME OPRIMEN O ME AGOBIAN?	¿ME HE SENTIDO TAN INFELIZ QUE HE TENIDO DIFICULTAD PARA DORMIR?	¿ME HE SENTIDO TRISTE Y DESGRACIADA?	¿HE SIDO TAN INFELIZ QUE HE ESTADO LLORANDO?	¿HE PENSADO EN HACERME DAÑO A MÍ MISMA?
N Válido	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
Perdidos	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

En el Cuadro 11 se muestran las 10 preguntas que constituyen la encuesta aplicada a los sujetos en estudio (EDPE), notándose que el total de los sujetos 96 respondieron a las 10 preguntas.

² Tomado de "The British Journal of Psychiatry June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016

CUADRO 12. Niveles de depresión en los sujetos de estudio

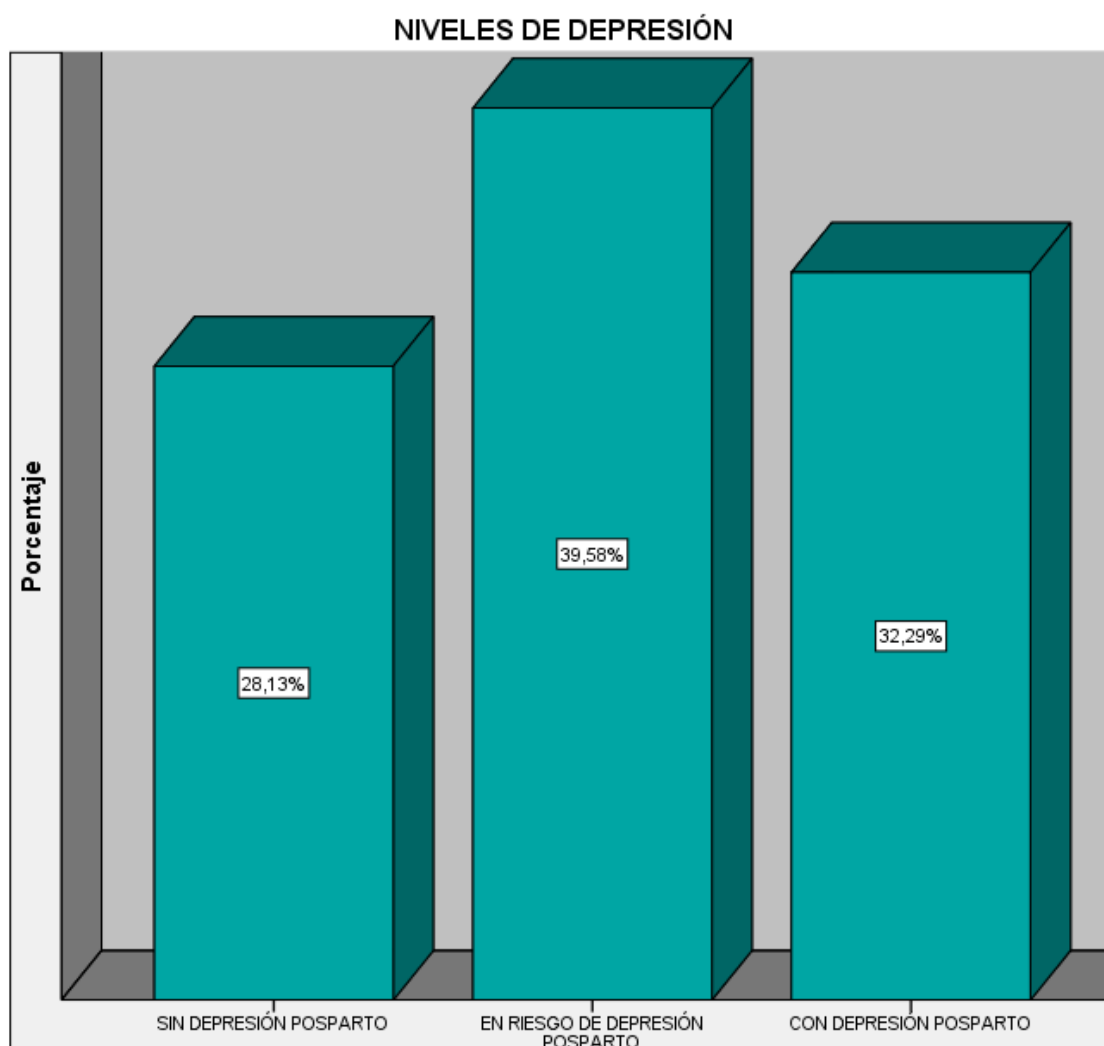
NIVELES DE DEPRESIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SIN DEPRESIÓN	27	26,7	28,1	28,1
	POSPARTO				
	EN RIESGO DE	38	37,6	39,6	67,7
	DEPRESIÓN POSPARTO				
	CON DEPRESIÓN	31	30,7	32,3	100,0
	POSPARTO				
	Total	96	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	5	5,0		
Total		101	100,0		

En el Cuadro 12 y Gráfico 11 se muestra los niveles de depresión que presentan los sujetos en estudio de acuerdo al puntaje obtenido en la encuesta aplicada (EDPE), vemos que un 28.13% no presenta cuadro depresivo (27 pacientes), 39.58% se encuentra en riesgo de desarrollar enfermedad depresiva (38 pacientes) y un 32.29% tiene ya sintomatología concordante con un cuadro depresivo en desarrollo.

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL
HOSPITAL III GOYENECHÉ – AREQUIPA - 2016**

GRÁFICO 11. Distribución de los niveles de depresión en los sujetos de estudio



**NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL
HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016**

CUADRO 13: Respuestas observadas al ítem “¿He pensado en hacerme daño a mí misma?”

¿HE PENSADO EN HACERME DAÑO A MÍ MISMA?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No, nunca (0)	90	89,1	93,8	93,8
	casi nunca (1)	6	5,9	6,3	100,0
	Total	96	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	5	5,0		
Total		101	100,0		

El Cuadro 13 nos muestra las respuestas que los sujetos de estudio dieron a uno de los ítems de la encuesta referida a la automutilación en la que vemos que un acumulado de 6 sujetos dieron una respuesta diferente a la negación (no nunca).

NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ – AREQUIPA - 2016

CUADRO 14: Distribución de los sujetos de estudio según niveles de depresión y edad de la madre y edad del bebé

Estadísticos descriptivos						
NIVELES DE DEPRESIÓN		N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
SIN RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO	EDAD DE LA MADRE	27	21	38	25,81	3,823
	EDAD DE SU BEBÉ (semanas cumplidas)	27	6	8	7,00	,832
	N válido (por lista)	27				
EN RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO	EDAD DE LA MADRE	38	18	31	23,84	3,915
	EDAD DE SU BEBÉ (semanas cumplidas)	38	6	8	6,89	,798
	N válido (por lista)	38				
CON DEPRESIÓN POSPARTO	EDAD DE LA MADRE	31	17	38	21,81	4,020
	EDAD DE SU BEBÉ (semanas cumplidas)	31	6	8	6,58	,564
	N válido (por lista)	31				

En el Cuadro 14 se nos muestra la distribución de los sujetos de estudio según niveles de depresión y edades tanto de la madre (años) como del bebé (semanas), donde se observa que la edad promedio de los sujetos sin riesgo de depresión posparto es de 25.81 años, DE: 3.82, y de sus bebés es de 7 semanas, DE: 0.83. Los sujetos en riesgo de depresión posparto tienen una edad promedio de 23.84 años, DE: 3.95 y de sus bebés de 6.89 semanas, DE: 0.79. Los sujetos con depresión posparto tienen en promedio 21.81 años, DE: 4.02 años y sus bebés 6.58 semanas,

DE: 0.56.

NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016

**CUADRO 15: Distribución de los sujetos de estudio según Niveles de depresión y
grado de instrucción**

GRADO DE INSTRUCCIÓN (completo)						
NIVELES DE DEPRESIÓN			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SIN RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO	Válido	primaria	11	40,7	40,7	40,7
		secundaria	14	51,9	51,9	92,6
		superior	2	7,4	7,4	100,0
		Total	27	100,0	100,0	
EN RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO	Válido	primaria	19	50,0	50,0	50,0
		secundaria	17	44,7	44,7	94,7
		superior	2	5,3	5,3	100,0
		Total	38	100,0	100,0	
CON DEPRESIÓN POSPARTO	Válido	primaria	21	67,7	67,7	67,7
		secundaria	9	29,0	29,0	96,8
		superior	1	3,2	3,2	100,0
		Total	31	100,0	100,0	

En el Cuadro 15 se observa que de los sujetos sin riesgo de depresión un 51.9% tiene instrucción secundaria completa, mientras que un 40.7% tiene primaria completa; el 50% de los sujetos en riesgo de depresión posparto tiene primaria completa, mientras que el 44.7% tiene secundaria completa. Finalmente vemos que un 67.7% de las púerperas con depresión posparto tienen primaria completa y un 29.9% tiene secundaria completa.

NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016

CUADRO 16: Distribución de los sujetos de estudio según Niveles de depresión y estado civil

ESTADO CIVIL						
NIVELES DE DEPRESIÓN			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SIN RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO	Válido	SOLTERA	9	33,3	33,3	33,3
		CASADA	3	11,1	11,1	44,4
		CONVIVIENTE	15	55,6	55,6	100,0
		Total	27	100,0	100,0	
EN RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO	Válido	SOLTERA	10	26,3	26,3	26,3
		CASADA	2	5,3	5,3	31,6
		CONVIVIENTE	26	68,4	68,4	100,0
		Total	38	100,0	100,0	
CON DEPRESIÓN POSPARTO	Válido	SOLTERA	16	51,6	51,6	51,6
		CONVIVIENTE	15	48,4	48,4	100,0
		Total	31	100,0	100,0	

El cuadro 16 muestra que de las puérperas sin riesgo de depresión posparto el 55.6% es de estado civil conviviente, mientras que un 33.3% es soltera. De las puérperas en riesgo de depresión posparto, un 68.4% tiene estado civil conviviente, mientras que el 26.3% es soltera; y 51.6% de las puérperas con depresión posparto es también soltera, siendo un 48.4% conviviente, además de no existir ninguna de estado civil casada.

NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016

**CUADRO 17: Distribución de los sujetos de estudio según Niveles de depresión y
tipo de parto**

TIPO DE PARTO						
NIVELES DE DEPRESIÓN			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SIN RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO	Válido	Vaginal	22	81,5	81,5	81,5
		Cesárea	5	18,5	18,5	100,0
		Total	27	100,0	100,0	
EN RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO	Válido	Vaginal	23	60,5	60,5	60,5
		Cesárea	15	39,5	39,5	100,0
		Total	38	100,0	100,0	
CON DEPRESIÓN POSPARTO	Válido	Vaginal	20	64,5	64,5	64,5
		Cesárea	11	35,5	35,5	100,0
		Total	31	100,0	100,0	

El cuadro 17 nos muestra que en todos los grupos de puérperas según niveles de depresión (sin riesgo, en riesgo, y con depresión posparto) se encuentra mayoritario el tipo de parto vaginal, siendo sus valores: 81.5%, 60.5% y 64.5% respectivamente.

NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016

CUADRO 18: Distribución de los sujetos de estudio según Niveles de depresión y Lactancia Materna

LACTANCIA MATERNA						
NIVELES DE DEPRESIÓN				Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
SIN RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO	Válido	Exclusiva		22	81,5	81,5
		Mixta		5	18,5	18,5
		Total		27	100,0	100,0
EN RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO	Válido	Exclusiva		12	31,6	31,6
		Mixta		26	68,4	68,4
		Total		38	100,0	100,0
CON DEPRESIÓN POSPARTO	Válido	Exclusiva		22	71,0	71,0
		Mixta		8	25,8	25,8
		Nula		1	3,2	3,2
		Total		31	100,0	100,0

Se evidencia en el Cuadro 18 que el grupo de puérperas en riesgo de depresión posparto administran en su mayoría (68.4%) lactancia mixta; por otro lado vemos que tanto el grupo de puérperas sin riesgo de depresión como el de aquellas con depresión posparto se encuentran administrando lactancia exclusiva en su mayoría (81.5% y 71.0% respectivamente).

NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE – AREQUIPA - 2016

CUADRO 19: Distribución de los sujetos de estudio según Niveles de depresión y Prematuridad

PREMATURIDAD						
NIVELES DE DEPRESIÓN			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SIN RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO	Válido	Sí	1	3,7	3,7	3,7
	No		26	96,3	96,3	100,0
	Total		27	100,0	100,0	
EN RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO	Válido	Sí	2	5,3	5,3	5,3
	No		36	94,7	94,7	100,0
	Total		38	100,0	100,0	
CON DEPRESIÓN POSPARTO	Válido	Sí	1	3,2	3,2	3,2
	No		30	96,8	96,8	100,0
	Total		31	100,0	100,0	

En el Cuadro 19 podemos apreciar en cuanto a los niveles de depresión de las puerperas y posible condición de prematuridad de sus bebés, que estas en su mayoría dieron una respuesta negativa a tal condición (sin riesgo de depresión posparto 96.3%, en riesgo de depresión posparto 94.7% y con depresión posparto 96.8%).



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN

El instrumento que se utilizó fue la Encuesta sobre Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPE) validada desde 2002 para nuestro país³, se aplicó a las puérperas de 6 a 8 semanas que acudían al control pediátrico de sus bebés, y que cumplían con los criterios de muestreo del estudio.

1. Caracterización de la población en estudio

En esta población se encontró en cuanto a:

A. Edad: la edad promedio fue de 23.53 años (± 4.24), yendo desde un mínimo de 16 hasta un máximo de 38 años, con la mayor frecuencia de edad en 21 años (14%) y la menor en 16 y 32 años, cada una con un 1% de la población. Entonces, en su mayoría las puérperas de 6 a 8 semanas que acuden a control pediátrico en el Hospital III Goyeneche bordean los 23 años. Se encontró además que la edad promedio de puérperas con depresión fue de 21.81 ± 4.02 años. CHOQUE CALDERÓN, Tacna 2008, encontró la mayor parte de la población en un grupo etario entre 16 a 30 años (81.4%). GALDÓS MANRIQUE J, URIZAR VÁSQUEZ M, Arequipa 2013, encontró que el grupo etario con mayor frecuencia fue el de 27 a 31 años (30%)

B. Grado de instrucción: La mayoría de la población (53 sujetos) en estudio tiene primaria completa 53%, y una nada despreciable proporción cuenta con secundaria completa (40.6%), ambos datos podrían tener relación con la edad de mayor frecuencia (21 años). Por otro lado, solamente un 2% de los sujetos de la población en estudio (02) no tiene grado de instrucción, lo que podría significar un indicador de

³ Vega-Dienstmaier J., Mazzotti S., Campos S. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.

desarrollo social de nuestro medio, al menos de las pacientes atendidas en el Hospital III Goyeneche. CHOQUE CALDERÓN, Tacna 2008, encontró similar resultado con la mayor parte de la muestra con secundaria completa (65.9%). Se encontró además que las puérperas con depresión, en su mayoría, tenían instrucción primaria completa.

- C. Tratamiento Psiquiátrico:** tan sólo un 1% de las madres que conformaban la población en estudio indicó recibir algún tipo de tratamiento psiquiátrico, el cuál se debía a un diagnóstico de depresión, previa al parto por el deceso de su pareja y padre de su menor; siendo excluida de la muestra del estudio.
- D. Estado civil:** la mayoría de la población en estudio vivía con su pareja, un 57.4% era conviviente y un 5% era casada. Mientras que un 36.6% era de estado civil soltera. Si bien la cifra de madres que viven con la pareja es de más de la mitad (62.4%) no se sabe a ciencia cierta si esto podría ser un factor protector para el desarrollo de depresión puerperal o si pudiera existir violencia de género que se pudiera relacionar con los resultados obtenidos del estado anímico de las madres⁴. Se vio que de las madres con depresión posparto la mayoría era soltera 51.6%, siendo el resto (48.4%) conviviente, resultado similar al encontrado por GALDÓS MANRIQUE J, URIZAR VÁSQUEZ M, Arequipa 2013, donde se halló que un acumulado de 90.47% de las puérperas con depresión posparto era soltera o conviviente. CHOQUE CALDERÓN, Tacna 2008, encontró que 67.7% vivían en convivencia.

⁴ Escobar J. Violencia basada en género y depresión post-parto en el Hospital San Bartolomé: Lima-Perú. 2008

E. Edad del bebé: se encontró que la edad promedio del bebé que es llevado a control pediátrico fue de 6.83 semanas (+/-0.762), se encontró que la mayoría de madres acude a control con su pequeño a las 7 semanas (40%) probablemente porque al estar aún próximos a cumplir 2 meses se encuentran con más dudas y quieren resolverlas con el personal de salud que atiende en el consultorio. Se encontró además que las madres con depresión puerperal llevaron a sus bebés al control a una edad promedio de 6.58 ± 0.56 semanas

F. Tipo de parto: los resultados nos muestran que más de la mitad de la población en estudio (68.3%) tuvo un parto vaginal y tan sólo un 31.7% fue sometida a cesárea. GALDÓS MANRIQUE J, URIZAR VÁSQUEZ M, Arequipa 2013 mostraron en su estudio resultados similares, con un 62.5% de madres sometidas a parto eutócico (vaginal) y un 37.5% de madres a las que se les realizó cesárea. Se encontró además que 35.5% (poco más de un tercio) de las madres con depresión posparto habían sido sometidas a cesárea, pudiendo ser llamativo indagar la causa de la misma y si esta fue o no programada para poder ser posteriormente, en otros estudios, relacionada con la presentación de depresión posparto. VÁSQUEZ JARA, Lima 2011, encontró que la prevalencia de depresión posparto en adolescentes postcesareadas del INMP fue del 39%, de las cuales más de la mitad (54%) no fue programada.

G. Lactancia Materna: siendo el Hospital III Goyeneche un promotor directo y activo de la lactancia materna, es explicable que más de la mitad de las madres que fueron parte de la población en estudio (58.4%)

administraran a sus bebés lactancia materna exclusiva, mientras que un 40.59% se asiste, además, de otro tipo de lactancia por motivos desconocidos. Se observó que la mayoría de madres en riesgo de depresión posparto (68.4%) administran lactancia mixta.

H. Prematuridad: el estudio nos muestra que casi en su totalidad, los infantes de la población en estudio no fueron prematuros (96%). Se encontró el mayor porcentaje de prematuridad (5.3%) en puérperas en riesgo de depresión posparto.

2. Niveles de Depresión Puerperal

En los resultados obtenidos del estudio se observa que; con puntos de corte en puntajes de 7 y 13 para considerar a las pacientes sin depresión posparto, en riesgo y con depresión parto, la mayoría de las pacientes, 39.6%, se encuentra en riesgo de desarrollar depresión posparto. Se encontró además que cerca de un tercio de los sujetos en estudio (32.3%), dado el puntaje obtenido y las pruebas y estudios antes realizados al instrumento aplicado, se encuentra ya con sintomatología depresiva³, pudiendo estar desarrollando Depresión Posparto, lo que ameritaría atención especializada para su confirmación. Estos resultado fueron similares a estudios previos, FLORES CHAMBI, Arequipa 2005, encontró un 51.5%, CHOQUE CALDERÓN, Tacna 2008, encontró un 43.1% y GALDÓS MANRIQUE J, URIZAR VÁSQUEZ M, Arequipa 2013, encontraron un 52.5%.

Se hace notar que pacientes que cursan ya con sintomatología depresiva considerable suman un total de 71.9% lo que ameritaría un seguimiento posterior.

Se encontró además que un 28.1% de las pacientes en estudio no se encuentra con alteración depresiva del ánimo.

Especial mención merece una de las preguntas que forman parte del instrumento, relacionada a la automutilación. En este apartado se cuestiona a la madre sobre si ha intentado causarse daño a sí misma, pudiendo ser las respuestas: no, nunca (0); casi nunca (1); a veces (2); sí, bastante a menudo (3) y se sugiere, indicar a la paciente que otorgue a este ítem cualquier valor diferente de 0, someterse a atención especializada⁵.

En el Cuadro 13 se muestra las respuestas a tal pregunta, viéndose que un 6.3% de las madres encuestadas (un total de 6) dio una respuesta con valor de 1, por lo que se les sugirió insistentemente acudir a recibir evaluación mental para evitar consecuencias negativas tanto en ella como en su bebé.

⁵ British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky



CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los niveles de depresión en puérperas de 6 a 8 semanas en el Hospital III Goyeneche son: se encuentran en riesgo de desarrollo de depresión posparto el 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.

SEGUNDA: La edad promedio de las pacientes 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%).

TERCERA: La edad promedio de las pacientes con depresión puerperal (32.3%) fue de 21.81 (± 4.02) años; la mayor parte: tenía primaria completa, era soltera (51.6%), acudía a control de su bebé a las 6.58 (± 0.56) semanas, tuvo parto vaginal (64.5%), administra lactancia materna exclusiva (71.0%) y no tuvo un bebé prematuro (96.8%).

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 Goyeneche, 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 Goyeneche, incluir el uso de la Encuesta sobre Depresión Postnatal 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, tanto de la Universidad Católica de Santa María como de otras instituciones, continuar y profundizar con este tema. Desarrollar estudios sobre su asociación demográfico-culturales en nuestro medio, para lo que se deja el presente estudio a su disposición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Washington, D.C.: OMS/OPS; 2012.
2. Ministerio de Salud. Guía clínica: Tratamiento de personas con depresión. Santiago: Ministerio de Salud, Chile; 2009.
3. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana. Rev. Perú. epidemiol. 2008; 12(3): 1-5.
4. Medina SE, Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. Perinatol Reprod Hum. 2013; 27 (3): 185-193
5. Carro T, Sierra JM, Hernández M J, Ladrón E, Antolín E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto Medicina General y de Familia [internet]. 2000 [consultado 17 diciembre de 2015]; 24:452-6. Disponible en: <http://www.medicinageneral.org/mayo-2000/452-456.pdf>
6. Oviedo GF, Jordán V. Trastornos afectivos posparto. Universitas Médica. 2006; 47: 131-40.
7. Molero K, Urdaneta J, Sanabria C, Baabel N, Contreras A, Azuaje E. Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adultas. Rev. chil. obstet. ginecol. 2014; 79.
8. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe No.: 90.

9. Marcus M, Yasamy MT, Ommeren Mv, Chisholm D, Saxena S, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern. Geneva: WHO.
10. Álvarez M y Col. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.
11. World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; 2013 Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/en/>
12. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):617.
13. Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. I. Classification, Burden and Principles of Management. J Affect Disord. 2009;117 Suppl 1:S5-14.
14. Serby M, Yu M. Overview: depression in the elderly. Mt Sinai J Med. 2003;70(1):977-86.
15. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
16. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases Neuroquímicas y Neuroanatómicas de la Depresión. Rev Fac Med UNAM 2006; 49 (2)
17. Toro R, Yepes L. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia. 1998

18. 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.
19. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989;261(15): 2229-35.
20. Baldwin D, Birtwistle J, An Atlas of Depression. 2002. Southampton UK. The Parthenon Publishing Group.
21. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*.2003;301(5631): 386-389
22. Pavcovich LA, Cancela LM, Volosin M, Molina VA, Ramirez OA, Chronic stress-induced changes in locus ceruleus neuronal activity. *Brain Res Bull*. 1990 24:293-296
23. Blows WT. Neurotransmitters of tge brain: serotonin, noradrenalin (norepinephrine), and dopamine. *J Neurosci Nursing*. 2000; 31:131-144. Review.
24. Harvey BH, McEwen BS, Stein DJ. Neurobiology of antidepressant withdrawal: implications for the longitudinal outcome of depression. *Biol Psychiatry*. 2003; 54: 1105-1117
25. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society;2009. Informe No.:90.
26. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: acces, effectiveness and efficiency: narrative literature review. *Br J Psychiatry*. 2005; 186: 11-7.

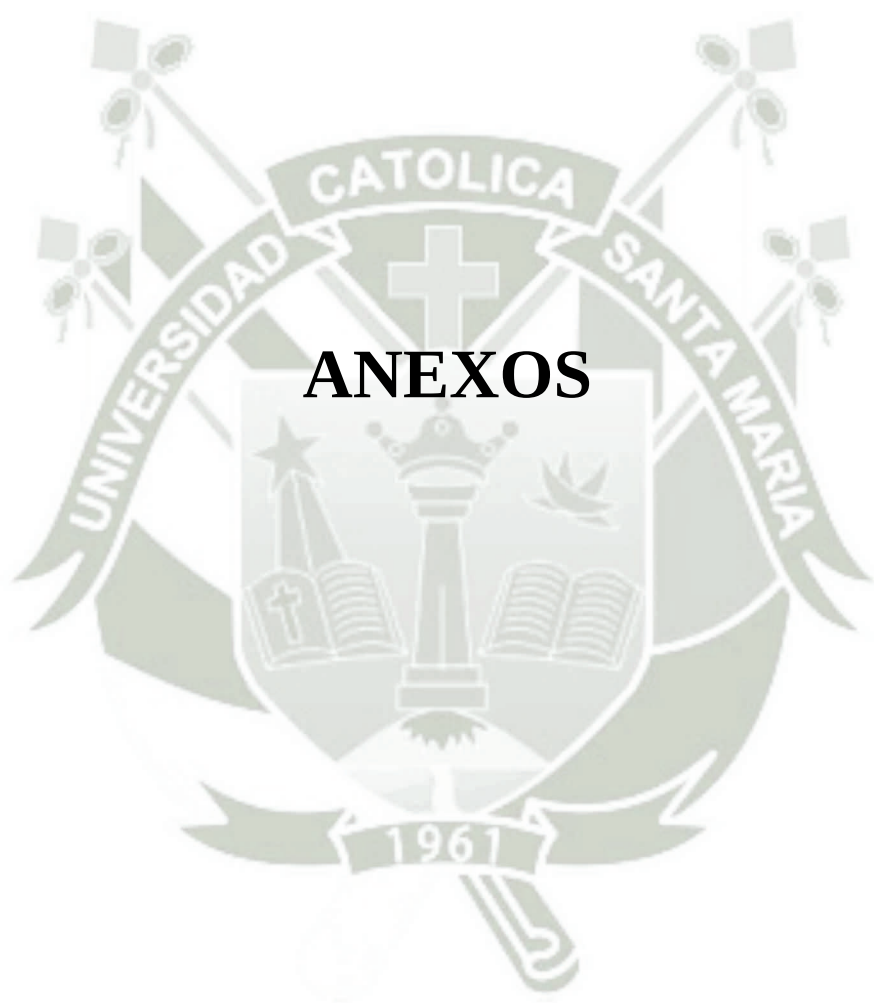
27. Calderón C, Mosquera I, Balagué L, Retolaza A, Bacigalupe A, Belaunzaran J, et al. Modelos e intervenciones de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión: resultados de una meta-revisión. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Gobierno Vasco; 2013. Informe N°: D-13-13.
28. European Association for Psychotherapy. Definition of the profession of Psychotherapy. Disponible en <http://www.europsyche.org/contents/13219/definition-of-the-profession-of-psychotherapy>
29. 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.
30. 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.
31. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejro de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Agencia de evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t);2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
32. Cunningham, Leveno, Bloom, Obstetricia Williams, 23ª Edición, México, 2011.
33. Tam WH, Chung T: Psychosomatic disorders in pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol 19:126,2007
34. Asociación Americana de Psiquiatría “Manual de diagnóstico y estadístico de DSM V o de DSM5 de desórdenes mentales” 2014

35. National Health and Medical Research Council. Postnatal depression. Not just a Baby Blues.
36. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. Rev méd Chile. 2008;136(7):851-8.
37. Grote V, Vik T, von Kries R, Luque V, Socha J, Verduci E, et al. Maternal postnatal depression and child growth: A european cohort study. BMC Pediatrics [internet]. 2010 [consultado 04 diciembre 2015];10(14). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-10-14.pdf>
38. Hamdan A, Tamim H. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. Arch Womens Ment Health. 2011;14(2):125-33.
39. Paulson J, Bazemore S. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. JAMA. 2010;303(19):1961-9.
40. DOIS CASTELLON, Angelina. Actualizaciones en depresión posparto. Rev Cubana Obstet Ginecol [online]. 2012, vol.38, n.4, pp. 0-0. ISSN 0138-600X
41. Kendall-Tackett K. A new paradigm for depression in new mothers: The central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. International Breastfeeding Journal [internet]. 2007 [consultado 28 diciembre de 2015];2(6). Disponible en: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/2/1/6>
42. Maes M, Ombelet W, Verkerk R, Bosmans E, Scharpé S. Effects of pregnancy and delivery on the availability of plasma tryptophan to the brain: Relationships

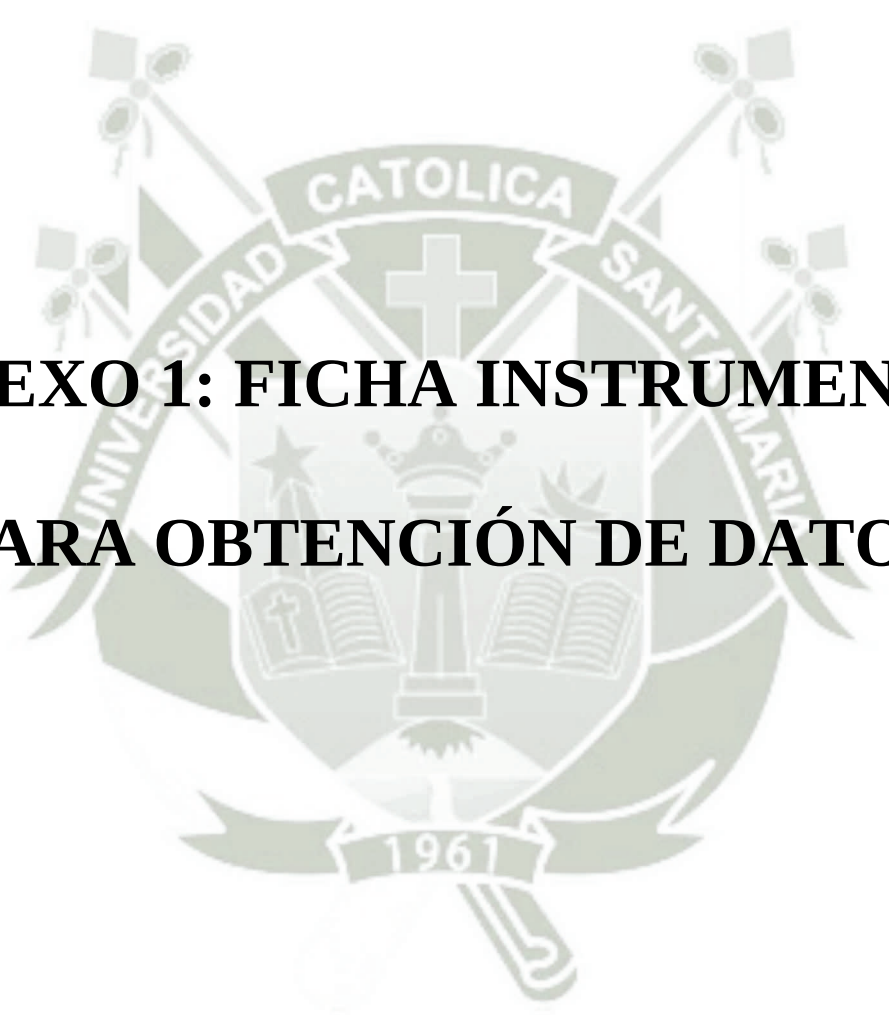
- to delivery-induced immune activation and early post-partum anxiety and depression. *Psychol Med.* 2001;31(5):847-58.
43. Henderson J, Evans S, Straton J, Priest S, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth.* 2003;30(3):175-80.
44. National Health and Medical Research Council. Postnatal depression. A systematic review of published scientific literature to 1999. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2000.
45. Vega-Dienstmaier J., Mazzotti S., Campos S. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr.* 2002; 30(2):106-11.
46. Lanza di Scalea T, Wisner K. Antidepressant Medication Use during Breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52(3):483-97.
47. 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* 2007, Issue 4. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas [internet]. 2007. Disponible en:
<http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD006116>
48. Dennis C, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review. *Pediatrics* [internet]. 2009 [consultado el 12 de diciembre de 2015];123(4):736-51. Disponible en:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/123/4/e736.full>
49. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behav Dev.* 2010;33(1):1-6.

50. Paima R, Vásquez R. Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en postcesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2011
51. Escobar J. Violencia basada en género y depresión post-parto en el Hospital San Bartolomé: Lima-Perú. 2008





ANEXOS



ANEXO 1: FICHA INSTRUMENTO PARA OBTENCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA MADRE Y EL NIÑO

1. EDAD DE LA MADRE: _____ AÑOS
2. GRADO DE INSTRUCCIÓN (completo)
 - a. SIN GRADO DE INSTRUCCIÓN
 - b. PRIMARIA
 - c. SECUNDARIA
 - d. SUPERIOR
3. ¿RECIBE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO DE ALGÚN TIPO?
 - a. SI
 - b. NO
4. SI LA RESPUESTA ANTERIOR FUE AFIRMATIVA, ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? _____
5. ESTADO CIVIL
 - a. SOLTERA
 - b. CASADA
 - c. CONVIVIENTE
 - d. OTRO: _____
6. EDAD DE SU BEBÉ (en semanas cumplidas): _____
7. TIPO DE PARTO
 - a. VAGINAL
 - b. CESÁREA
8. LACTANCIA MATERNA
 - a. EXCLUSIVA
 - b. MIXTA
 - c. NULA

9. PREMATURIDAD

- a. SI (PARTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS)
- b. NO (PARTO A LAS 37 O MÁS SEMANAS)



ENCUESTA SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO (EDPE)⁶

Queremos saber cómo se siente anímicamente usted que ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

POR EJEMPLO: “*Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana*”.

Por favor complete las preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
 - Tanto como siempre (0)
 - No tanto ahora (1)
 - Mucho menos (2)
 - No, no he podido (3)
2. He mirado el futuro con placer
 - Tanto como siempre (0)
 - Algo menos de lo que solía hacer (1)
 - Definitivamente menos (2)
 - No, nada (3)
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
 - Sí, la mayoría de las veces (3)
 - Sí, algunas veces (2)
 - No muy a menudo (1)
 - No, nunca (0)

⁶ Tomado de “The British Journal of Psychiatry June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- No, para nada (0)
- Casi nada (1)
- Sí, a veces (2)
- Sí, a menudo (3)

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- Sí, bastante (3)
- Sí, a veces (2)
- No, no mucho (1)
- No, nada (0)

6. Las cosas me oprimen o agobian

- Sí, la mayor parte de las veces (3)
- Sí, a veces (2)
- No, casi nunca (1)
- No, nada (0)

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

- Sí, la mayoría de las veces (3)
- Sí, a veces (2)
- No muy a menudo (1)
- No, nada (0)

8. Me he sentido triste y desgraciada

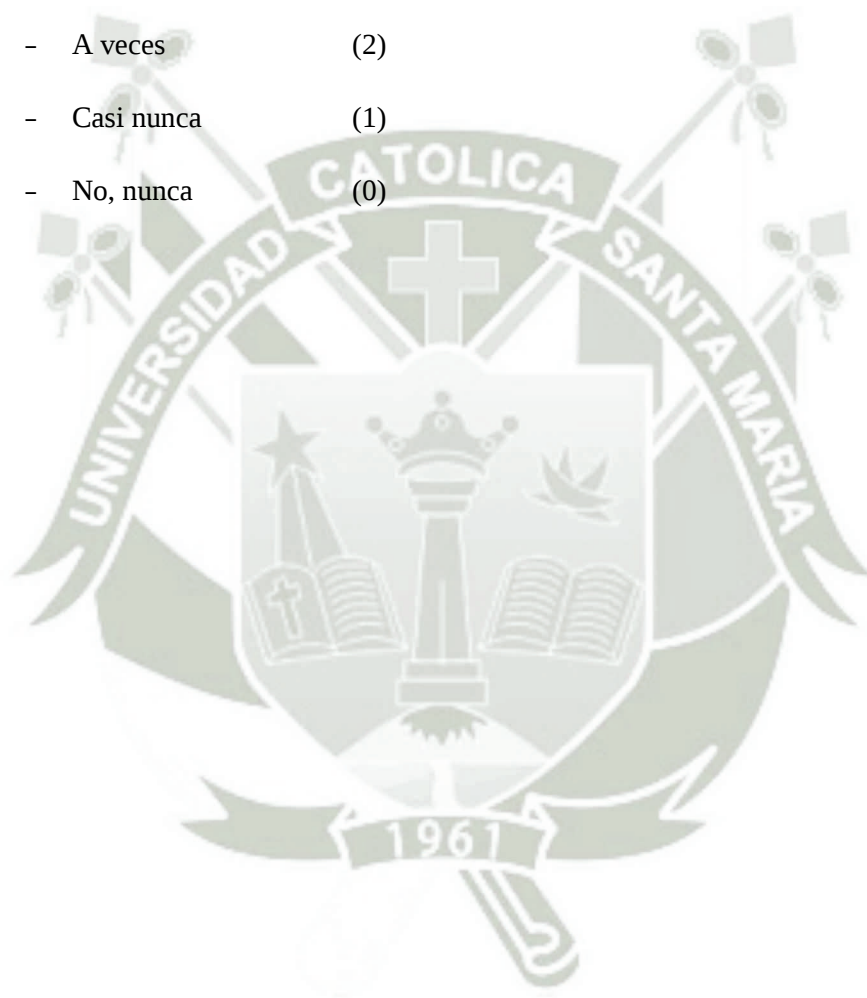
- Sí, casi siempre (3)
- Sí, bastante a menudo (2)
- No muy a menudo (1)
- No, nada (0)

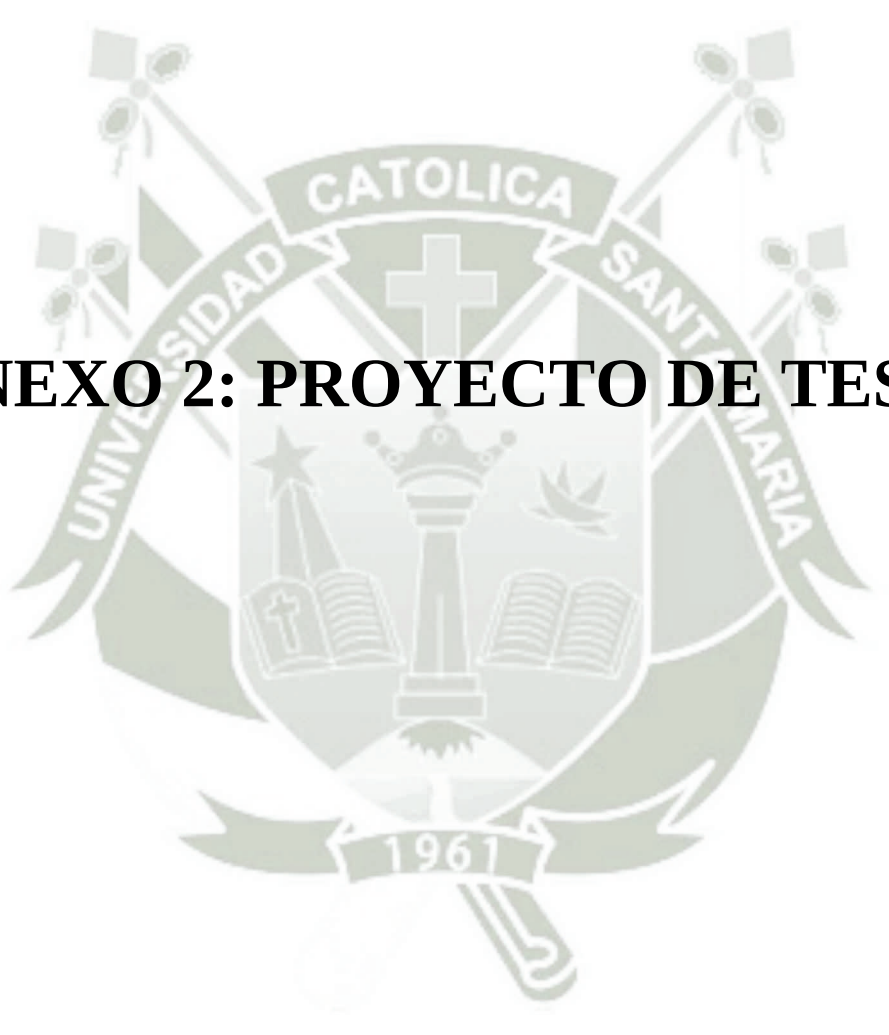
9. He sido tan infeliz que he estado llorando

- Sí, casi siempre (3)
- Sí, bastante a menudo (2)
- Sólo en ocasiones (1)
- No, nunca (0)

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- Sí, bastante a menudo (3)
- A veces (2)
- Casi nunca (1)
- No, nunca (0)





ANEXO 2: PROYECTO DE TESIS

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



"NIVELES DE DEPRESIÓN EN PUERPERAS DE 6 A 8 SEMANAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ – AREQUIPA - 2016"

Proyecto de Tesis presentado por:

ARIAS FAJARDO MARÍA LUISA

Para optar por el Título de:

MEDICO CIRUJANO

Asesor: Dr. Cristhian J. Vargas Lazo

Arequipa - Perú

2016

INTRODUCCIÓN

Los cuadros depresivos constituyen un problema frecuente en la actualidad, muchas veces subdiagnosticados debido a la falta de aplicación de métodos para detectarlo en sus inicios y al acortado interés por su estudio temprano. Según la Organización Mundial de las Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Asimismo, considera que, para el año 2020, la depresión será la primera causa de incapacidad laboral y tercera causa de morbilidad⁷. Dicho trastorno, se sabe son de causa multifactorial y se desencadenan por factores genéticos, ambientales, hormonales, entre otros, y tiene distintos grados de alteración patológica del ánimo asociados a un significativo deterioro físico y social⁸.

Durante el puerperio y ya desde inicios del embarazo ocurren cambios físicos, bioquímicos, psicológicos y sociales que hacen más vulnerable a la mujer a la aparición de estos cuadros. Dentro de los vinculados al puerperio se distingue la tristeza posparto, depresión posparto y la psicosis puerperal.

La OMS señala que entre el 20 y 40% de las mujeres en países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o postparto¹. Según la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, en Inglaterra la incidencia de depresión posparto es de 10 a 15% y la prevalencia de 8.2 a 14.9%, en Chile la prevalencia es de 43% y la incidencia de 32.5%,

⁷ Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Washington, D.C.: OMS/OPS; 2012.

⁸ Ministerio de Salud. Guía clínica: Tratamiento de personas con depresión. Santiago: Ministerio de Salud, Chile; 2009.

en Estados Unidos la incidencia es de 8 a 26%, en España es de 25.8% y en Brasil es de 12%⁹.

En el año 2013, en Latino América se reportó que entre el 50 y 80% de mujeres sufren algún tipo de alteración durante el puerperio, las cuales pueden ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, o inclusive angustia y dificultad para vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas¹⁰.

En algunos casos, los trastornos del estado de ánimo en el postparto, debido a la falta de información, no son considerados como una enfermedad. Por el contrario, suelen atribuirse a una dificultad en la capacidad de la madre, o a falta de fortaleza y determinación para superar un periodo difícil de la maternidad. Aunado a esto, en la consulta médica puede llegarse a subdiagnosticar (en cerca del 50% de los casos)^{11, 12} o confundir dichas patologías.

Por lo mismo, hay mujeres que al no contar con una evaluación y asesoramiento oportunos, no logran acceder a un tratamiento adecuado. Esto puede hacer que los síntomas se intensifiquen o que el problema se convierta en un padecimiento crónico, y que la mujer, el recién nacido, la pareja y la familia, tengan una mala calidad de vida; en determinados casos incluso pueden presentarse consecuencias graves y estar en riesgo la vida de la mujer y/o la de su hijo.

Se realizará un estudio en pacientes beneficiarias del sistema de atención primaria que acudan a controles pediátricos habituales. Para ello se aplicará una encuesta a aquellas

⁹ Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana

¹⁰ Medina SE, Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto.

¹¹ Carro T, Sierra JM, Hernández J, Ladrón E, Antolín E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto.

¹² Oviedo GF, Jordán V. Trastornos afectivos posparto.

mujeres que se encuentren entre la sexta y octava semana postparto. Como instrumento se utilizará la encuesta sobre Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPE).



I) PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Enunciado del problema

Niveles de depresión en puérperas de 6 a 8 semanas en el Hospital III
Goyeneche–Arequipa-2016.

1.2 Descripción del problema de investigación

a) Área del conocimiento

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

b) Análisis de variables

El estudio cuenta con una variable única cualitativa nominal
policotómica: Niveles de depresión.

Variable	Indicador	Escala
Niveles de depresión	Sin depresión Posparto (<7)	Cualitativa
	En riesgo de depresión posparto (7-13)	Cualitativa
	Con depresión posparto (>13)	Cualitativa

c) Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son las características demográficas más frecuentes de las puérperas de 6 a 8 semanas en el Hospital III Goyeneche-Arequipa-2016?
- ¿Cuáles son los niveles de depresión en las puérperas de 6 a 8 semanas en el Hospital III Goyeneche-Arequipa-2016?

d) Tipo de investigación

Investigación de campo y de corte transversal.

e) Nivel de Investigación

Investigación de nivel descriptivo.

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 entidad¹³.

El desarrollo del presente estudio permitirá evaluar los niveles de depresión captando los casos de riesgo de padecimiento de estados depresivos posparto en madres atendidas en el Hospital III Goyeneche durante el periodo de

¹³ Molero K, Urdaneta J, Sanabria C, Baabel N, Contreras A, Azuaje E. Prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas. Rev. chil. obstet. ginecol. 2014; 79.

enero-febrero 2016, 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

A. CONCEPTO

La depresión es un trastorno biológico y una respuesta inadecuada al estrés psicosocial con incapacidad del individuo para afrontarlo, que se manifiesta como un conjunto de síntomas afectivos (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) y, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, hablándose de una afectación global psíquica y física, con especial énfasis afectivo.^{14,15.}

B. CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO

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 social¹⁶.

¹⁴ National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe No.: 90.

¹⁵ Marcus M, Yasamy MT, Ommeren MV, Chisholm D, Saxena S, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern. Geneva: WHO.

¹⁶ Alvarez M y Col. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.

En algunos casos de depresión puede resultar difícil determinar si los síntomas se deben a esta o a otras entidades psicopatológicas, por ejemplo, la depresión también puede concurrir con el abuso de alcohol y otras sustancias, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas¹⁷. También es frecuente su asociación con trastornos de la conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad¹⁸. Además, es más común entre personas con enfermedad crónica y la relación entre ambas es recíproca.

La depresión puede iniciarse a cualquier edad, con mayor prevalencia entre los 15 y 45 años, teniendo especial impacto en la educación, la productividad y las relaciones personales.¹⁹ La sintomatología puede ser distinta con la edad: desde síntomas comportamentales, fundamentalmente en los jóvenes; hasta síntomas somáticos, sobre todo en adultos mayores.²⁰

- **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).

¹⁷ World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; 2013 Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/en/>

¹⁸ Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):617.

¹⁹ Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. I. Classification, Burden and Principles of Management. J Affect Disord. 2009;117 Suppl 1:S5-14.

²⁰ Serby M, Yu M. Overview: depression in the elderly. Mt Sinai J Med. 2003;70(1):977-86.

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)²¹

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 (Tabla 1):

- 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: • Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.

²¹ Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.

- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- Pérdida marcada del apetito
- Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
- Notable disminución del interés sexual

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). El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada (Tabla 3)

**TABLA 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO DE DEPRESIÓN
MAYOR SEGÚN DSM-5**

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.

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-5²²

TABLA 3. CRITERIOS ESPECIFICADORES DE GRAVEDAD/CURSO SEGÚN DSM-V

CRITERIOS ESPECIFICADORES DE GRAVEDAD/CURSO PARA EL TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR: EPISODIO ÚNICO Y RECURRENTE

Especificar la gravedad actual: la gravedad se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

- **Leve:** presencia de pocos síntomas o sólo los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos (5 o 6 síntomas), la intensidad de los síntomas causa malestar pero es manejable y los síntomas producen deterioro leve en el funcionamiento social o laboral.
- **Moderada:** el número de síntomas, la intensidad de los mismos y/o el deterioro funcional están entre los especificados para leve o grave.

²² Asociación Americana de Psiquiatría "Manual de diagnóstico y estadístico de DSM V o de DSM5 de desórdenes mentales" 2014

- **Grave:** el número de síntomas supera notablemente los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

Con características psicóticas: presencia de delirios y/o alucinaciones.

- **Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo:** el contenido de los delirios y las alucinaciones es consistente con los temas depresivos (incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido)
- **Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo:** el contenido de los delirios o alucinaciones no se relaciona con los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido, o el contenido es una mezcla de temas congruentes e incongruentes con el estado de ánimo.

Estado de remisión:

- **En remisión parcial:** los síntomas del episodio de depresión mayor inmediatamente anterior están presentes pero no se cumplen todos los criterios o, cuando acaba un episodio de este tipo, existe un periodo que dura menos de dos meses sin ningún síntoma significativo de un episodio de depresión mayor.
- **En remisión total:** durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno.
- **No especificado**

A la hora de registrar el nombre del diagnóstico de enumerarán los términos en el siguiente orden: trastorno de depresión mayor, episodio único o recurrente, especificadores de gravedad/psicótico/remisión y, a continuación, todos los especificadores siguientes que sean aplicables al diagnóstico actual:

- Con ansiedad

- Con características mixtas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas
- Con catatonia
- Con inicio en el periparto
- Con patrón estacional (Solo episodio recurrente)

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-5²²

C. ETIOLOGÍA

La depresión tiene muchas causas, las cuales incluyen^{23,24}:

- a) Factores psicosociales: experiencias adversas en la infancia, dificultades cotidianas y crónicas, eventos indeseables en la vida, vida social limitada, baja autoestima.
- b) Factores genéticos
- c) Factores bioquímicos cerebrales
- d) Factores Neuroendocrinos

Factores psicosociales

En todo el mundo hay algunos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir depresión^{25,26}:

- Género: La depresión es dos o tres veces más común en las mujeres, aunque algunos estudios hechos en África no respaldan este dato.

²³ Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases Neuroquímicas y Neuroanatómicas de la Depresión. Rev Fac Med UNAM 2006; 49 (2)

²⁴ Toro R, Yepes L. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia. 1998

²⁵ 8. 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.

²⁶ Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. JAMA 1989;261(15): 2229-35.

- 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.

Factores genéticos

La influencia genética es mayor en pacientes con formas graves de trastorno depresivo. El riesgo de morbilidad en parientes de primer grado está incrementado en todos los estudios llevados a cabo, y es independiente de los efectos culturales. Se localizaron marcadores genéticos potenciales para los trastornos afectivos en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21²⁷.

²⁷ Baldwin D, Birtwistle J, An Atlas of Depression. 2002. Southampton UK. The Parthenon Publishing Group.

En un estudio que buscaba por qué situaciones estresantes llevaban a algunas personas a la depresión y a otras no, se encontró que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5-HTT) modulaba la influencia de los eventos estresantes cotidianos en el desarrollo de depresión. Los individuos con una o dos copias del alelo corto del 5-HTT mostraron más síntomas depresivos, depresión diagnosticable y tendencias suicidas con relación a eventos estresantes en comparación con individuos con un solo alelo; lo que muestra finalmente que es necesaria la modulación genética de la respuesta a los estímulos ambientales (interacción genético-ambiental)²⁸.

Factores químicos: Alteraciones de Neurotransmisores

- **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

²⁸ Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science.2003;301(5631): 386-389

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.

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 sobrevivir²⁹. 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.

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 sinapsis³⁰.

²⁹ Pavcovich LA, Cancela LM, Volosin M, Molina VA, Ramirez OA, Chronic stress-induced changes in locus ceruleus neuronal activity. Brain Res Bull. 1990 24:293-296

³⁰ Blows WT. Neurotransmitters of the brain: serotonin, noradrenalin (norepinephrine), and dopamine. J Neurosci Nursing. 2000; 31:131-144. Review.

Dopamina

La dopamina es un neurotransmisor principalmente inhibitorio. Este neurotransmisor, en las vías mesocortical y mesolímbica, participa en el mantenimiento del estado de alerta. Se deriva del aminoácido tirosina y su síntesis es por la misma vía que la NA³⁰. 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)³¹.

Factores Neuroendocrinos

Algunos síntomas del cuadro clínico como trastornos del humor, disminución del deseo sexual, trastornos del sueño, del apetito y de la actividad autonómica, sugieren disfunción del hipotálamo. En cerca de la mitad de los pacientes con trastorno depresivo se encuentra aumento del cortisol. Además existe una relación con la función tiroidea, ya que muchos pacientes con disminución de T3, cursan con depresión, sin embargo, muchos de aquellos con depresión no tienen ninguna alteración en la función tiroidea. Otro hallazgo importante es que en pacientes deprimidos existe una disminución en la liberación de la hormona del

³¹ Harvey BH, McEwen BS, Stein DJ. Neurobiology of antidepressant withdrawal: implications for the longitudinal outcome of depression. Biol Psychiatry. 2003; 54: 1105-1117

crecimiento (GH) durante las horas de sueño, que permanece hasta un año después de la remisión de la depresión.

D. 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 depresión³². Dos de ellos son los más prometedores: los modelos escalonados y los de atención colaborativa.

- **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 profesionales³³.
- **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

³²National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society;2009. Informe No.:90.

³³ Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: narrative literature review. Br J Psychiatry. 2005; 186: 11-7.

integrar y coordinar las intervenciones de los diferentes profesionales a cargo del paciente³⁴.

a) Tratamiento psicoterapéutico³⁵

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: es la modalidad más estudiada en el trastorno depresivo³⁶ 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 enrumadas a lograr que el paciente aprenda a organizar su vida y cambiar su entorno para recuperar el reforzamiento positivo.

³⁴ 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. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Gobierno Vasco; 2013. Informe N°: D-13-13.

³⁵ European Association for Psychotherapy. Definition of the profession of Psychotherapy. Disponible en <http://www.europsyche.org/contents/13219/definition-of-the-profession-of-psychotherapy>

³⁶ Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. Clin Psychol Rev. 2006 26(1): 17-31.

- 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 recaídas³⁷.

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.

TABLA 4. CLASIFICACIÓN DE LOS DIFERENTES ANTIDEPRESIVOS

Antidepresivos Clásicos	IMAO no selectivos	Tranilcipromina
	IMAO selectivo MAO-A	Moclobemida
	Heterocíclicos	Tricíclicos: Imipramina, Clomipramina, Trimipramina, Amitriptilina, Nortriptilina, Doxepina. Heterocíclicos: Amoxapina, Mianserina, Maprotilina
Nueva Generación	ISRS	Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Escitalopram
	IRDN	Bupropion
	IRSN	Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina
	ASIR	Trazodona

³⁷ 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 the secondary prevention of relapse after depression: a systematic review. Health Technol Assess. 2012;16(28):1-129.

	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-HT₂ 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 adulto³⁸.

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 PUERPERIO

A. CONCEPTO

El puerperio es el momento biológico que sucede tras el nacimiento, es la fase final del embarazo y se le describe una duración desde que finaliza el alumbramiento hasta la regresión del cuerpo materno al estado previo al embarazo (5 a 6 semanas después del parto). Actualmente el

³⁸ 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 (avalia-t);2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.

puerperio es considerado menos complicado, ya que la mortalidad materna ha disminuido, aunque en moderada cantidad.

B. FASES DEL PUERPERIO³⁹

Clínicamente, el puerperio puede dividirse en tres períodos sucesivos:

- Puerperio inmediato: las primeras 24 horas postparto.
- Puerperio temprano (mediato temprano): incluye la primera semana postparto (7 días).
- Puerperio tardío (mediato tardío): abarca desde los 8 días hasta el tiempo necesario para la involución completa de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición pregestacional (generalmente 42-45 días)

C. ASPECTOS CLÍNICOS DEL PUERPERIO³⁹

- **Escalofríos posparto:** se presentan mayormente en partos distócicos y se deben a la absorción de sustancias de deshecho (noxas) que ingresan a la circulación materna durante el Trabajo de parto.
- **Temperatura:** Normalmente puede elevarse hasta 38°C en el puerperio inmediato (temperatura de resorción), debido al pasaje de noxas a la circulación materna. La fiebre puerperal se define como el aumento de temperatura (mayor o igual a 38°C) que ocurre entre las 24 horas y el décimo día del puerperio, cuya causa está relacionada con el parto. Generalmente es producida por mastitis, infección intrauterina, genital o urinaria.

³⁹ Alvarado J, Obstetricia. Apuntes médicos del Perú. 108-110

- **Pulso:** en el puerperio inmediato es frecuente encontrar bradisfigmia. En consecuencia, la frecuencia del pulso normal o la taquisfigmia deben despertar la sospecha de infección o hemorragia excesiva durante el parto.
- **Entuertos:** son dolores hipogástricos tipo cólico producidas por las contracciones que normalmente experimenta el útero durante el puerperio. Son más frecuentes en las multíparas, en quienes el útero tiende a relajarse y contraerse sucesivamente. Son raros en las nulíparas (en quienes el útero permanece contraído). Los entuertos suelen ser más intensos durante el amamantamiento y desaparecen espontáneamente al tercer o cuarto día del posparto.
- **Loquios:** debe investigarse su cantidad (por lo general similar a un descenso), color y olor.
- **Evolución de la Altura Uterina:** el descenso de la altura del fondo uterino es el signo más importante que pone de manifiesto la involución del útero durante el puerperio:
 - Inmediatamente después del alumbramiento el fondo del útero se palpa aproximadamente a la mitad de la distancia que separa el ombligo de la sínfisis
 - A las 24 horas se sitúa a la altura del ombligo o algo por debajo. Esto se debe a la disminución de las contracciones uterinas de la tensión del suelo pélvico en el curso del primer día posparto.
 - En los 10 días siguientes el fondo uterino desciende cada día un través de dedo.

- **Diuresis:** se evitará la posibilidad de retención urinaria. Normalmente la diuresis aumenta en los dos primeros días. Es posible encontrar elevación de los niveles urinarios de acetona y lactosa.
- **Sangre:** existe anemia, que se normaliza al 7º día. Varios días después del parto existe leucocitosis moderada. Puede haber linfocitosis, linfopenia relativa y eosinofilia absoluta. También aumenta el fibrinógeno y los demás factores de coagulación.

2.3 TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN EL EMBARAZO

En ocasiones, el embarazo y el puerperio representan un estrés suficiente para provocar una enfermedad mental. Algunas veces estas anomalías constituyen una recurrencia y exacerbación de un trastorno psiquiátrico previo y en otras indican el principio de una enfermedad nueva. En un estudio de población sueca, Andersson et al. (2003) encontraron un punto de prevalencia de trastornos psiquiátricos durante el embarazo de 14%. Infortunadamente, también observaron que solo 5.5% de esta fracción recibía algún tipo de tratamiento⁴⁰.

2.3.1 Adaptación al embarazo y puerperio

Diversos factores bioquímicos, incluidos los efectos hormonales así como factores estresantes de la vida, influyen de forma considerable en las enfermedades mentales. Por lo tanto se sospecha que la gestación repercute en algunos trastornos mentales concomitantes.

⁴⁰ Cunningham, Leveno, Bloom, Obstetricia Williams, 23ª. edición, México, 2011.

Las mujeres responden de maneras diversas a los factores estresantes del embarazo y algunas expresan una preocupación persistente por la salud del feto, los cuidados del lactante, los cambios en el estilo de vida o el temor al dolor durante el parto. Son frecuentes la ansiedad y el deterioro funcional⁴¹. Sin embargo la ansiedad durante el embarazo se vincula con variables psicosociales que son similares a las de la mujer no grávida.

El nivel de estrés percibido es mucho mayor entre las pacientes cuyo feto tiene riesgo elevado de padecer alguna malformación, en las que tienen trabajo de parto o parto pretérmino y en las que sufren otras complicaciones médicas.

El estrés psicológico aumenta frecuentemente durante el puerperio, e incrementa el riesgo de padecer enfermedades mentales.

2.3.2 Trastornos principales del estado de ánimo en el puerperio

En 2007 se encontró que cerca del 15% de las mujeres padece algún tipo de depresión puerperal no psicótica dentro de los primeros seis meses posparto⁴². Estos comprenden la depresión mayor (trastorno unipolar) y la depresión maníaca, trastorno bipolar con episodios maníacos y depresivos. Incluyen también la distimia, que es una depresión crónica, leve. Los trastornos mayores del estado de ánimo como grupo contribuyen con 66% de los suicidios⁴³.

⁴¹ Morewitz, 2003; Vythilingum, 2008

⁴² Tam WH, Chung T: Psychosomatic disorders in pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol 19:126,2007

⁴³ Cunningham, Leveno, Bloom, Obstetricia Williams, 23ª. edición, México, 2011.

A. Depresión puerperal (DPP)

Durante este periodo se observan cambios fisiológicos en todos los sistemas de la mujer que podrían condicionarla a sufrir de Depresión con inicio en el parto, que es definida, según el Manual Estadístico de Enfermedades Mentales versión V (DSM-V), como la presentación de depresión (según criterios de Trastorno Depresivo Mayor– DSM V – APA- Tabla 2) a partir de las 4 semanas posteriores al parto y según otros autores como la depresión presentada en algún momento dentro de los 18 meses posteriores al parto⁴⁴.

La depresión posparto es el trastorno anímico más prevalente asociado al nacimiento, su prevalencia es 1:3 a 1:4 si la madre no es tratada correctamente y se asocia a severa discapacidad para desarrollar actividades de la vida diaria. Afecta aproximadamente al 19,2% de las puerperas durante los tres primeros meses posparto, con prevalencias que varían entre un 3 % y 30 % durante el primer año. En la mayoría de los casos remite luego de tres a seis meses. Sin embargo, una proporción puede seguir un curso crónico⁴⁵. Sus efectos en la relación madre-hijo no distinguen diferencias culturales y su impacto en el desarrollo del niño está directamente relacionado con su duración e intensidad⁴⁶. El deterioro que puede ocasionar en la interacción madre-hijo, se traduce en el establecimiento de apegos inseguros y alteraciones del desarrollo psicomotor. Algunos investigadores, dan cuenta que los hijos de madres

⁴⁴ Ryan D., Millis L., Misri N. Depression during pregnancy.

⁴⁵ National Health and Medical Research Council. Postnatal depression. Not just a Baby Blues.

⁴⁶ Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo.

con DPP tienen más del doble de posibilidades de desarrollar problemas de conducta a largo plazo y de ser víctimas de violencia intrafamiliar. Asimismo, asisten a un menor número de controles de salud, reciben menos inmunizaciones y presentan alteraciones en sus rutinas de cuidados básicos.

Además, en las puérperas se ha descrito disminución de la percepción de capacidad para mantener lactancias exitosas; manifestada en el aumento de las preocupaciones en torno a la alimentación, mayores dificultades, inseguridad y dudas sobre su capacidad para alimentar al bebé, menor satisfacción al amamantar y cese precoz de la lactancia materna⁴⁷.

I. Factores de riesgo y factores protectores de Depresión puerperal

Actualmente no es posible distinguir una causa única que explique la ocurrencia del trastorno, lo que sostiene su etiología multifactorial.

Dentro de los factores de riesgo de mayor asociación con DPP se distinguen antecedentes personales de baja autoestima, depresión y depresión posparto previas, relaciones maritales dificultosas, redes de apoyo insuficientes y, en particular, cuadros ansiosos, depresivos y de estrés durante el embarazo⁴⁸.

El estado civil, antecedentes familiares de problemas mentales, vulnerabilidad genética de la madre, tristeza posparto severa, características de personalidad y estilos cognitivos tendientes a la

⁴⁷ Grote V, Vik T, von Kries R, Luque V, Socha J, Verduci E, et al. Maternal postnatal depression and child growth: A european cohort study.

⁴⁸ Hamdan A, Tamim H. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates.

negatividad, la experiencia del parto, las complicaciones obstétricas, la depresión en las parejas y características de salud y temperamento del recién nacido, presentan una asociación más débil⁴⁹

Finalmente, se reporta una discreta asociación entre disfunciones tiroideas, cambios hormonales, alta hospitalaria precoz, parto prematuro, alimentación artificial del bebé, relación de pareja pobre, procesos de duelo en curso, edad, etnia, religión y paridad de la madre, habitar lugares apartados o rurales, dificultades para adaptarse a la maternidad, antecedentes de abuso sexual en la infancia, consumo de tabaco y enfermedad médica de la madre⁵⁰.

Una de las hipótesis biológicas asociadas al desarrollo de DPP, se relaciona con los niveles séricos de triptófano, los que se encuentran más bajos al final del embarazo e inicio del puerperio al compararlos con las mujeres no embarazadas¹⁸.

Como vimos anteriormente, el triptofano es precursor de serotonina, neurotransmisor involucrado en la etiopatogenia de estos trastornos. Entre el primer y segundo día posparto, en las mujeres se observa elevación del triptofano sérico como mecanismo natural de compensación, lo que no ocurriría en quienes desarrollan un cuadro depresivo puerperal. Además, de observarse en ellas un aumento de la respuesta inflamatoria del organismo, con elevación significativa de citoquinas proinflamatorias

⁴⁹Paulson J, Bazemore S. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis.

⁵⁰ DOIS CASTELLON, Angelina. Actualizaciones en depresión posparto. Rev Cubana Obstet Ginecol [online]. 2012, vol.38, n.4, pp. 0-0. ISSN 0138-600X.

como IL-1, IL-6 y proteína C-reactiva y disminución de la concentración del factor inhibidor de estas⁵¹.

Esta elevación provoca en las personas variaciones de patrones habituales de conducta, entre ellos, del sueño, apetito, niveles de energía, actividad sexual y social, todos comportamientos asociados a los cuadros depresivos. Los estresores físicos y psicosociales aumentan la respuesta inflamatoria, por lo que se ha postulado que este mecanismo podría estar en la base de todos los factores de riesgo tradicionalmente asociados a la ocurrencia de DPP⁵².

Además, el mecanismo es bidireccional, es decir, el aumento del proceso inflamatorio aumenta el riesgo de depresión y esta, a su vez, aumenta el proceso inflamatorio estableciéndose así la relación entre ambos fenómenos¹⁹.

Asimismo, se han descrito una serie de factores protectores asociados a disminuir el riesgo de DPP. Entre ellos, los estilos cognitivos positivos, niveles elevados de autoestima materna, buenas relaciones de pareja y participación religiosa, que ayudarían a afrontar el estrés inicial de la maternidad. Como también la percepción materna de apoyo en tareas del hogar y de crianza ya que la disponibilidad y uso efectivo de redes de apoyo social puede mitigar el desarrollo o la severidad del cuadro depresivo¹³.

⁵¹ Kendall-Tackett K. A new paradigm for depression in new mothers: The central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health.

⁵² Maes M, Ombelet W, Verkerk R, Bosmans E, Scharpé S. Effects of pregnancy and delivery on the availability of plasma tryptophan to the brain: Relationships to delivery-induced immune activation and early post-partum anxiety and depression. *Psychol Med.* 2001;31(5):847-58.

Igualmente se ha descrito como factor protector, especialmente en madres primerizas, la alimentación del bebé con lactancia materna. Por el contrario, el cese brusco o su corta duración, se ha asociado a una mayor probabilidad de ocurrencia de DPP⁵³.

II. Diagnóstico de Depresión puerperal

El diagnóstico de DPP confiere algunas dificultades, entre ellas el escaso reconocimiento de los trastornos del ánimo durante el embarazo. Alrededor de la mitad de los cuadros depresivos diagnosticados durante el puerperio iniciaron o continuaron su curso durante el embarazo. Por otro lado, la sintomatología depresiva durante el puerperio puede confundirse con la adaptación normal a esta etapa de la vida. Durante las primeras semanas posparto, cerca del 80 % de las madres experimenta un cuadro denominado disforia/tristeza posparto, caracterizado por inestabilidad emocional, tristeza, insomnio, llanto, fatiga irritabilidad y ansiedad. Este cuadro cursa entre el tercer y décimo día posparto y ha sido asociado con los cambios hormonales de la etapa, por lo mismo, no requiere de tratamiento farmacológico, sino de la contención y apoyo de la familia¹⁸.

Si los síntomas se extienden por más de dos semanas con descenso significativo del humor acompañado de síntomas vegetativos, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales, se configura el episodio depresivo.

Muchos estudios reportan una serie de métodos para su evaluación, sin embargo, existe consenso que el mejor instrumento de tamizaje es la

⁵³ Henderson J, Evans S, Straton J, Priest S, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration.

Escala de Depresión Puerperal de Edimburgo, diseñada especialmente para reconocer síntomas anímicos en mujeres puérperas. Sus ítems se agrupan básicamente en torno a dos factores: tristeza y ansiedad; tiene una consistencia interna adecuada, 100 % de sensibilidad y 80 % de especificidad. Ha sido validada en diversos países y culturas, con resultados que permiten justificar su uso como instrumento de tamizaje, logrando su mayor sensibilidad con un punto de corte entre 9 y 10 puntos. Es un instrumento de autorreporte, de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada una y puntajes que varían de 0 a 3 puntos, según la severidad sintomática. De sus ítems, 5 se relacionan con disforia, 2 con ansiedad, 1 con sentimientos de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultades de concentración¹⁸.

a) **ESCALA DE DEPRESIÓN PUERPERAL DE EDIMBURGO (EDPE)**

La Escala de Depresión Puerperal de Edimburgo mide la intensidad sintomática, por esta razón el método más confiable de evaluación del trastorno del ánimo durante el puerperio, implica para el seguimiento estricto un proceso de dos etapas. Primero haciendo uso de esta escala para luego derivar a evaluación por especialistas a través de entrevistas estandarizadas de diagnóstico a aquellas mujeres que obtengan puntajes altos⁵⁴.

El mejor momento para aplicar la Escala de Depresión Puerperal de Edimburgo (EDPE) es a las ocho semanas posparto ya que coincide con el

⁵⁴ National Health and Medical Research Council. Postnatal depression. A systematic review of published scientific literature to 1999. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2000.

período de máxima incidencia de la depresión puerperal y además, con la disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal.

En el Perú la EDPE ha sido validada por Vega y col., quienes encontraron que el punto de corte óptimo de la EDPE fue de 13.5, con una sensibilidad de 84.21% y una especificidad de 79.47% para el riesgo de DPP y que ninguna mujer con puntuación menor de 7.5 tuvo DPP. Se halló un coeficiente de correlación de 0,4478 entre la puntuación de la EDPS y el número de síntomas del criterio A de depresión mayor del DSM IV.

El coeficiente alfa de Cronbach fue 0,7043. Concluyéndose así que la versión en español de la EDPE funciona en mujeres peruanas⁵⁵.

Dados los antecedentes y validación de la prueba instrumento, en la presente investigación se considerará, de acuerdo al puntaje obtenido, que una puérpera se encuentra:

- Sin depresión posparto (DPP): <7
- En riesgo de padecer DPP: 8-13
- Pacientes con DPP: >13

III. 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

⁵⁵ Vega-Dienstmaier J., Mazzotti S., Campos S. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.

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 materna⁵⁶.

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

⁵⁶ Lanza di Scalea T, Wisner K. Antidepressant Medication Use during Breastfeeding.

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 síntomas¹⁸.

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 antidepresivos. 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 término⁵⁷.



⁵⁷ 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 2007, Issue 4. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas [internet]. 2007 Disponible en: <http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD006116>

3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

3.1 ÁMBITO LOCAL

A. AUTOR: CHOQUE CALDERÓN, Bladimiro Sabino

B. TÍTULO: “Dimensiones de la sintomatología depresiva según la escala de Edinburgh 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

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 puerperas 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.

3.2 ÁMBITO NACIONAL

A. AUTOR: ESCOBAR MONTALVO, Juan Manuel.

B. TÍTULO: “Violencia basada en género y depresión post-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 Post-Parto en el Hospital San Bartolomé; así mismo, se describieron los factores predictores de depresión post-parto y las características sociodemográficas y del parto de las púerperas 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 Post-Natal de Edimburgo (EDPE), el Inventario Revisado de Factores Predictores de Depresión Post-Parto de Beck y el Instrumento de Detección de Violencia Basada en Género. Posteriormente se catalogaron operacionalmente los casos de Depresión Post-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 (χ^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 postparto en postcesareadas 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 postparto y la asociación que existe entre la cesárea no programada con la depresión postparto en postcesareadas adolescentes en el Inst. Nacional Materno Perinatal durante el periodo de Marzo 2010-Marzo 2011. La muestra estuvo constituido por 503 mujeres adolescentes postcesareadas que fueron atendidas en el INMP, de las cuales 216 adolescentes tienen un riesgo de depresión postparto y 196 presentan una probable depresión. Se realizó mediante la Escala Edinburgh para la Depresión Postparto. Se concluyó que: la prevalencia de la depresión postparto en adolescentes postcesareadas de INMP fue del 39%. 54% fueron cesáreas no programadas, De las adolescente con “riesgo de depresión postparto”, el 62% fueron cesáreas no programadas y de las que tuvieron “probable depresión postparto”, el 54 % fueron no programadas. Existe asociación entre las cesáreas no programadas con el riesgo y/o probable depresión postparto en las adolescentes postcesareadas.

3.3 ÁMBITO INTERNACIONAL

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

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

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

D. RESUMEN: La depresión postparto 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 post-término.

A. AUTORES: DOIS CASTELLÓN, Angelina.

B. TÍTULO: “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 puérperas. 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.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General:

- Determinar los niveles de depresión en puérperas de 6 a 8 semanas en el Hospital III Goyeneche – Arequipa – 2016

4.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar, según los datos de filiación, a las pacientes puérperas de 6 a 8 semanas que acuden al Hospital III Goyeneche-Arequipa Enero-febrero 2016. (Población del estudio)
- Caracterizar, según los datos de filiación, a las pacientes puérperas de 6 a 8 semanas con depresión posparto que acuden al Hospital III Goyeneche-Arequipa Enero-febrero 2016.

5. HIPÓTESIS

Esta investigación por ser de nivel descriptiva no precisa hipótesis.

II) PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

Técnicas

En la presente investigación se aplicará la entrevista y realización de encuesta para recoger los datos necesarios.

Instrumentos

El instrumento consiste en una ficha de recolección de datos que contendrá además la Encuesta de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE⁵⁸) (ANEXO N°I)

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

La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estas preguntas incluyen la disforia, 2 están relacionados con la ansiedad, 1 con el sentimiento de culpa, 1 con las ideas suicidas y 1 con la dificultad de concentración.

Según los resultados obtenidos, las púerperas se clasificarán en tres grupos:

- EDPE <7: sin depresión posparto
- EDPE 7-13: en riesgo de desarrollo depresión posparto
- EDPE >13: paciente con depresión posparto

⁵⁸ Instrumento validado, utilizado en estudios locales, nacionales e internacionales.

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 Consultorios Externos de Pediatría (“Niño Sano”) del Hospital III Goyeneche de la ciudad de Arequipa

2.2 Ubicación Temporal

El estudio se realizará durante el periodo enero- febrero 2016.

2.3 Unidades de Estudio

- a) Universo:** Madres de paciente que acuden a control pediátrico convencional (“Niño Sano”) del Hospital III Goyeneche
- b) Población:** Puérperas de 6 a 8 semanas que acuden al servicio de consultorio externo de control pediátrico (“Niño sano”) de sus menores hijos en el Hospital III Goyeneche atendidos en enero-febrero 2016. Se estudiará a todo el grupo poblacional.

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

- Puérpera mediata de 6 a 8 semanas.
- Puérperas que tuvieron parto vaginal o cesárea, dentro o fuera del Hospital III Goyeneche.
- Puérpera que colabore con datos precisos
- Puérpera cuyo hijo vive con ella.

Criterios de Exclusión

- Puérpera con diagnóstico conocido de Depresión Puerperal en tratamiento.
- Puérpera con diagnóstico de otros trastornos mentales (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, etc) en tratamiento.
- Puérpera menor de edad.
- 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
- cámara fotográfica
- 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

	2015				2016											
ACTIVIDADES	DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
SELECCIÓN DEL TEA Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	X	X	X	X												
ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DE PROYECTO		X	X	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 2015

Fecha probable de término: 04 de marzo del 2016

Total: 13 semanas

III) BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Washington, D.C.: OMS/OPS; 2012.
2. Ministerio de Salud. Guía clínica: Tratamiento de personas con depresión. Santiago: Ministerio de Salud, Chile; 2009.
3. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana. Rev. Perú. epidemiol. 2008; 12(3): 1-5.
4. Medina SE, Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. Perinatol Reprod Hum. 2013; 27 (3): 185-193
5. Carro T, Sierra JM, Hernández M J, Ladrón E, Antolín E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto Medicina General y de Familia [internet]. 2000 [consultado 17 diciembre de 2015]; 24:452-6. Disponible en: <http://www.medicinageneral.org/mayo-2000/452-456.pdf>
6. Oviedo GF, Jordán V. Trastornos afectivos posparto. Universitas Médica. 2006; 47: 131-40.
7. Molero K, Urdaneta J, Sanabria C, Baabel N, Contreras A, Azuaje E. Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adultas. Rev. chil. obstet. ginecol. 2014; 79.
8. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe No.: 90.

9. Marcus M, Yasamy MT, Ommeren Mv, Chisholm D, Saxena S, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern. Geneva: WHO.
10. Álvarez M y Col. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.
11. World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; 2013 Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/en/>
12. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):617.
13. Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. I. Classification, Burden and Principles of Management. J Affect Disord. 2009;117 Suppl 1:S5-14.
14. Serby M, Yu M. Overview: depression in the elderly. Mt Sinai J Med. 2003;70(1):977-86.
15. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
16. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases Neuroquímicas y Neuroanatómicas de la Depresión. Rev Fac Med UNAM 2006; 49 (2)
17. Toro R, Yepes L. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia. 1998

18. 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.
19. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989;261(15): 2229-35.
20. Baldwin D, Birtwistle J, An Atlas of Depression. 2002. Southampton UK. The Parthenon Publishing Group.
21. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*.2003;301(5631): 386-389
22. Pavcovich LA, Cancela LM, Volosin M, Molina VA, Ramirez OA, Chronic stress-induced changes in locus ceruleus neuronal activity. *Brain Res Bull*. 1990 24:293-296
23. Blows WT. Neurotransmitters of tge brain: serotonin, noradrenalin (norepinephrine), and dopamine. *J Neurosci Nursing*. 2000; 31:131-144. Review.
24. Harvey BH, McEwen BS, Stein DJ. Neurobiology of antidepressant withdrawal: implications for the longitudinal outcome of depression. *Biol Psychiatry*. 2003; 54: 1105-1117
25. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society;2009. Informe No.:90.
26. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: acces, effectiveness and efficiency: narrative literature review. *Br J Psychiatry*. 2005; 186: 11-7.

27. 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. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Gobierno Vasco; 2013. Informe N°: D-13-13.
28. European Association for Psychotherapy. Definition of the profession of Psychotherapy. Disponible en <http://www.europsyche.org/contents/13219/definition-of-the-profession-of-psychotherapy>
29. 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.
30. 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.
31. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejro de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Agencia de evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t);2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
32. Cunningham, Leveno, Bloom, Obstetricia Williams, 23ª Edición, México, 2011.
33. Tam WH, Chung T: Psychosomatic disorders in pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol 19:126,2007
34. Asociación Americana de Psiquiatría “Manual de diagnóstico y estadístico de DSM V o de DSM5 de desórdenes mentales” 2014

35. National Health and Medical Research Council. Postnatal depression. Not just a Baby Blues.
36. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. Rev méd Chile. 2008;136(7):851-8.
37. Grote V, Vik T, von Kries R, Luque V, Socha J, Verduci E, et al. Maternal postnatal depression and child growth: A european cohort study. BMC Pediatrics [internet]. 2010 [consultado 04 diciembre 2015];10(14). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-10-14.pdf>
38. Hamdan A, Tamim H. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. Arch Womens Ment Health. 2011;14(2):125-33.
39. Paulson J, Bazemore S. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. JAMA. 2010;303(19):1961-9.
40. DOIS CASTELLON, Angelina. Actualizaciones en depresión posparto. Rev Cubana Obstet Ginecol [online]. 2012, vol.38, n.4, pp. 0-0. ISSN 0138-600X
41. Kendall-Tackett K. A new paradigm for depression in new mothers: The central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. International Breastfeeding Journal [internet]. 2007 [consultado 28 diciembre de 2015];2(6). Disponible en: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/2/1/6>
42. Maes M, Ombelet W, Verkerk R, Bosmans E, Scharpé S. Effects of pregnancy and delivery on the availability of plasma tryptophan to the brain: Relationships

- to delivery-induced immune activation and early post-partum anxiety and depression. *Psychol Med.* 2001;31(5):847-58.
43. Henderson J, Evans S, Straton J, Priest S, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth.* 2003;30(3):175-80.
44. National Health and Medical Research Council. Postnatal depression. A systematic review of published scientific literature to 1999. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2000.
45. Vega-Dienstmaier J., Mazzotti S., Campos S. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr.* 2002; 30(2):106-11.
46. Lanza di Scalea T, Wisner K. Antidepressant Medication Use during Breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52(3):483-97.
47. 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* 2007, Issue 4. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas [internet]. 2007. Disponible en:
<http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD006116>
48. Dennis C, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review. *Pediatrics* [internet]. 2009 [consultado el 12 de diciembre de 2015];123(4):736-51. Disponible en:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/123/4/e736.full>
49. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behav Dev.* 2010;33(1):1-6.

50. Paima R, Vásquez R. Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en postcesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2011
51. Escobar J. Violencia basada en género y depresión post-parto en el Hospital San Bartolomé: Lima-Perú. 2008



ANEXO 3: MATRIZ DE DATOS



19	sín grado de instrucción											
25	secundaria	CONVIVIENTE	7	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	tanto como siempre	no, nunca	casi nada	no,	nada
	No, nada	No, nada	No, nada	No, nunca	No, nunca	1						
29	secundaria	CONVIVIENTE	7	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	tanto como siempre	no, nunca	casi nada	no,	nada
	No, nada	No, nada	No, nada	No, nunca	No, nunca	1						
21	secundaria	SOLTERA	6	Cesárea	Mixta	No	tanto como siempre	tanto como siempre	no, nunca	sí, a veces	sí, a	veces
	no, casi nunca	No, nada	No, nada	No, nunca	No, nunca	5						
21	primaria	SOLTERA	6	Vaginal	Exclusiva	No	no tanto ahora	tanto como siempre	no muy a menudo	no, para nada	no,	mucho
	No, nada	No, nada	No, nada	sólo en ocasiones	No, nunca	5						
22	primaria	SOLTERA	6	Vaginal	Exclusiva	No	no tanto ahora	tanto como siempre	no muy a menudo	no, para nada	no,	mucho
	No, nada	No, nada	No, nada	sólo en ocasiones	No, nunca	5						
21	primaria	SOLTERA	7	Vaginal	Exclusiva	No	no tanto ahora	tanto como siempre	no muy a menudo	no, para nada	no,	mucho
	No, nada	No, nada	No, nada	sólo en ocasiones	No, nunca	5						
19	sín grado de instrucción	SOLTERA	8	Vaginal	Mixta		Sí	no tanto ahora	mucho menos	no muy a menudo	sí, a	veces
	no, no mucho	No, nada	No, nada	no muy a menudo	sí, bastante a menudo		casi nunca	13				
21	primaria	SOLTERA	6	Vaginal	Exclusiva	No	no tanto ahora	tanto como siempre	no muy a menudo	no, para nada	no,	mucho
	No, nada	No, nada	No, nada	sólo en ocasiones	No, nunca	5						
25	primaria	OTRO										
26	primaria	CONVIVIENTE	7	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	tanto como siempre	sí, algunas veces	casi nada	no,	nada
	no, casi nunca	no muy a menudo	No, nada	No, nunca	No, nunca	5						
19	secundaria	CONVIVIENTE	7	Vaginal	Mixta	No	mucho menos	mucho menos	no muy a menudo	sí, a veces	sí, a	veces
	sí, a veces	sí, a veces	sí, bastante a menudo	sí, bastante a menudo			casi nunca	20				
18	secundaria	CONVIVIENTE	6	Cesárea	Exclusiva	No	tanto como siempre	no tanto ahora	no, nunca	sí, a veces	no,	mucho
	no, casi nunca	sí, a veces	no muy a menudo	sólo en ocasiones	No, nunca	10						
20	primaria	SOLTERA	6	Vaginal	Mixta	No	tanto como siempre	no tanto ahora	no, nunca	sí, a veces	no,	mucho
	no, casi nunca	sí, a veces	no muy a menudo	sólo en ocasiones	No, nunca	10						
31	secundaria	CONVIVIENTE	8	Cesárea	Exclusiva	No	tanto como siempre	tanto como siempre	sí, algunas veces	sí, a veces	sí, a	veces
	no, casi nunca	sí, a veces	No, nada	sólo en ocasiones	No, nunca	11						
21	superior	CONVIVIENTE	6	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	no tanto ahora	sí, la mayoría de las veces		sí, a	veces
	sí, a veces	sí, la mayor parte de las veces	sí, a veces	no muy a menudo	sólo en ocasiones		casi nunca	17				
20	superior	SOLTERA	7	Vaginal	Mixta	No	tanto como siempre	no tanto ahora	sí, algunas veces	sí, a veces	sí, a	veces
	No, nada	No, nada	No, nada	No, nunca	No, nunca	7						
38	superior	CASADA	6	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	tanto como siempre	no, nunca	no, para nada	no,	nada
	no, casi nunca	No, nada	No, nunca	No, nunca	No, nunca	1						
18	secundaria	SOLTERA	6	Cesárea	Nula	No	mucho menos	mucho menos	no muy a menudo	sí, a veces	sí, a	veces
	sí, a veces	sí, a veces	sí, bastante a menudo	sí, bastante a menudo			casi nunca	20				
25	primaria	SOLTERA	7	Cesárea	Mixta	No	tanto como siempre	tanto como siempre	sí, algunas veces	casi nada	no,	nada
	no, casi nunca	no muy a menudo	No, nada	No, nunca	No, nunca	5						
26	secundaria	SOLTERA	7	Cesárea	Mixta	Sí	tanto como siempre	tanto como siempre	sí, algunas veces	casi nada	no,	nada
	no, casi nunca	no muy a menudo	No, nada	No, nunca	No, nunca	5						
21	secundaria	SOLTERA	7	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	tanto como siempre	sí, algunas veces	casi nada	no,	nada
	no, casi nunca	no muy a menudo	No, nada	No, nunca	No, nunca	5						
22	primaria	CONVIVIENTE	6	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	tanto como siempre	sí, algunas veces	casi nada	no,	nada
	no, casi nunca	no muy a menudo	No, nada	No, nunca	No, nunca	5						
28	secundaria	CASADA	6	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	tanto como siempre	sí, algunas veces	casi nada	no,	nada
	no, casi nunca	no muy a menudo	No, nada	No, nunca	No, nunca	5						
26	secundaria	CONVIVIENTE	8	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	tanto como siempre	no, nunca	casi nada	no,	nada
	No, nada	No, nada	No, nada	No, nunca	No, nunca	1						
26	secundaria	CONVIVIENTE	7	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	tanto como siempre	no, nunca	casi nada	no,	nada
	No, nada	No, nada	No, nunca	No, nunca	No, nunca	1						
21	primaria	CONVIVIENTE	8	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	tanto como siempre	no muy a menudo	sí, a veces	no,	mucho
	no, casi nunca	no muy a menudo	sí, bastante a menudo	sólo en ocasiones	No, nunca	10						
24	secundaria	CONVIVIENTE	8	Cesárea	Mixta	No	no tanto ahora	tanto como siempre	no muy a menudo	sí, a veces	no,	nada
	No, nada	no muy a menudo	no muy a menudo	No, nunca	No, nunca	6						
26	secundaria	CONVIVIENTE	8	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	tanto como siempre	no, nunca	casi nada	no,	nada
	No, nada	No, nada	No, nada	No, nunca	No, nunca	1						
20	primaria	SOLTERA	7	Vaginal	Exclusiva	No	no tanto ahora	tanto como siempre	no muy a menudo	no, para nada	no,	mucho
	No, nada	No, nada	No, nada	sólo en ocasiones	No, nunca	5						
22	primaria	SOLTERA	7	Vaginal	Exclusiva	No	no tanto ahora	tanto como siempre	no muy a menudo	no, para nada	no,	mucho
	No, nada	No, nada	No, nada	sólo en ocasiones	No, nunca	5						
21	primaria	SOLTERA	8	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	tanto como siempre	sí, algunas veces	casi nada	no,	nada
	no, casi nunca	no muy a menudo	No, nada	No, nunca	No, nunca	5						
26	secundaria	CONVIVIENTE	7	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	tanto como siempre	no, nunca	casi nada	no,	nada
	No, nada	no muy a menudo	No, nada	sólo en ocasiones	No, nunca	4						
23	secundaria	CONVIVIENTE	8	Vaginal	Mixta	No	tanto como siempre	mucho menos	sí, algunas veces	sí, a veces	sí,	bastante
	No, nada	no muy a menudo	No, nada	No, nunca	No, nunca	10						
22	primaria	CONVIVIENTE	8	Vaginal	Mixta	No	tanto como siempre	tanto como siempre	no, nunca	casi nada	no,	nada
	No, nada	no muy a menudo	No, nada	sólo en ocasiones	No, nunca	4						
24	secundaria	CONVIVIENTE	7	Vaginal	Mixta	No	tanto como siempre	mucho menos	sí, algunas veces	sí, a menudo	no,	nada
	No, nada	sí, la mayoría de las veces	No, nada	sólo en ocasiones	No, nunca	12						
24	secundaria	CONVIVIENTE	8	Vaginal	Mixta	No	tanto como siempre	tanto como siempre	no, nunca	casi nada	no,	nada
	No, nada	no muy a menudo	sí, casi siempre	sí, bastante a menudo	No, nunca	9						

25	secundaria	CONVIVIENTE	6	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	tanto como siempre	no muy a menudo	no, para nada	no,	nada
	No, nada	no muy a menudo	No, nada	sólo en ocasiones	No, nunca	4						
24	secundaria	CONVIVIENTE	8	Cesárea	Exclusiva	No	no he podido	no tanto ahora	sí, algunas veces	no, para nada	sí,	bastante
	sí, a veces	No, nada	No, nada	No, nunca	No, nunca	11						
19	secundaria	CONVIVIENTE	7	Cesárea	Mixta	No	mucho menos	mucho menos	no muy a menudo	casi nada	no,	mucho
	no, casi nunca	no muy a menudo	no muy a menudo	sí, bastante a menudo	casi nunca	15						
18	secundaria	SOLTERA	8	Vaginal	Mixta	No	mucho menos	no tanto ahora	no muy a menudo	casi nada	no,	mucho
	no, casi nunca	sí, a veces	no muy a menudo	sólo en ocasiones	No, nunca	12						
18	primaria	CONVIVIENTE	7	Cesárea	Mixta	No	no tanto ahora	no tanto ahora	no muy a menudo	casi nada	no,	mucho
	No, nada	No, nada	no muy a menudo	sólo en ocasiones	No, nunca	8						
18	primaria	SOLTERA	6	Cesárea	Mixta	No	no tanto ahora	no tanto ahora	no muy a menudo	casi nada	no,	mucho
	no, casi nunca	No, nada	No, nada	sólo en ocasiones	No, nunca	8						
25	primaria	CONVIVIENTE	7	Cesárea	Mixta	No	tanto como siempre	tanto como siempre	sí, algunas veces	sí, a veces	sí,	a veces
	no, casi nunca	sí, a veces	No, nada	No, nunca	No, nunca	9						
25	primaria	CONVIVIENTE	6	Cesárea	Mixta	No	tanto como siempre	tanto como siempre	sí, algunas veces	sí, a veces	sí,	a veces
	no, casi nunca	sí, a veces	No, nada	No, nunca	No, nunca	19						
24	secundaria	CONVIVIENTE	7	Vaginal	Mixta	No	tanto como siempre	tanto como siempre	sí, algunas veces	sí, a veces	sí,	a veces
	no, casi nunca	sí, a veces	No, nada	No, nunca	No, nunca	9						
24	sin grado de instrucción	CONVIVIENTE	7	Vaginal	Mixta	No	tanto como siempre	tanto como siempre	sí, algunas veces	sí,	a veces	
	sí, a veces	sí, a veces	sí, a veces	No, nada	No, nunca	No, nunca	10					
26	primaria	CONVIVIENTE	7	Vaginal	Mixta	No	tanto como siempre	tanto como siempre	sí, algunas veces	sí, a veces	sí,	a veces
	no, casi nunca	sí, a veces	sí, bastante a menudo	No, nunca	No, nunca	11						
25	primaria	CONVIVIENTE	7	Vaginal	Mixta	No	tanto como siempre	tanto como siempre	sí, algunas veces	sí, a veces	sí,	a veces
	no, casi nunca	sí, a veces	No, nada	No, nunca	No, nunca	9						
24	primaria	CONVIVIENTE	8	Cesárea	Mixta	No	tanto como siempre	mucho menos	sí, algunas veces	sí, a veces	sí,	a veces
	no, casi nunca	sí, a veces	No, nada	No, nunca	No, nunca	11						
20	primaria	SOLTERA	7	Vaginal	Exclusiva	No	no tanto ahora	no tanto ahora	sí, algunas veces	sí, a veces	no,	mucho
	No, nada	no muy a menudo	no muy a menudo	No, nunca	No, nunca	9						
25	secundaria	CONVIVIENTE	8	Vaginal	Mixta	No	tanto como siempre	tanto como siempre	no, nunca	casi nada	no,	nada
	No, nada	no muy a menudo	No, nada	No, nunca	No, nunca	2						
23	primaria	CONVIVIENTE	6	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	no tanto ahora	sí, la mayoría de las veces	sí,	a veces	
	sí, a veces	sí, la mayor parte de las veces	sí, a veces	no muy a menudo	sólo en ocasiones	No, nunca	16					
20	secundaria	CONVIVIENTE	6	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	mucho menos	sí, la mayoría de las veces	sí,	a veces	
	sí, a veces	sí, a veces	no muy a menudo	sólo en ocasiones	No, nunca	16						
24	primaria	CONVIVIENTE	6	Vaginal	Exclusiva	No	mucho menos	no tanto ahora	sí, la mayoría de las veces	sí,	a veces	
	sí, bastante	sí, la mayor parte de las veces	sí, a veces	sí, casi siempre	sólo en ocasiones	casi nunca	22					
21	secundaria	CONVIVIENTE	6	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	no tanto ahora	sí, la mayoría de las veces	sí,	a veces	
	sí, a veces	sí, la mayor parte de las veces	sí, a veces	no muy a menudo	sólo en ocasiones	No, nunca	16					
24	primaria	CONVIVIENTE	7	Vaginal	Exclusiva	No	tanto como siempre	no tanto ahora	sí, algunas veces	sí, a veces	sí,	a veces
	sí, la mayor parte de las veces	sí, a veces	sí, bastante a menudo	sólo en ocasiones	No, nunca	16						
27	primaria	CONVIVIENTE	6	Vaginal	Exclusiva	No	mucho menos	no tanto ahora	sí, la mayoría de las veces	sí,	a veces	
	sí, a veces	sí, a veces	sí, la mayoría de las veces	sí, bastante a menudo	sí, bastante a menudo	No, nunca	16					
20	primaria	SOLTERA	7	Vaginal	Exclusiva	No	mucho menos	mucho menos	sí, algunas veces	sí, a veces	sí,	a veces
	sí, la mayor parte de las veces	sí, la mayoría de las veces	sí, bastante a menudo	sí, bastante a menudo	sí, bastante a menudo	No, nunca	16					
20	primaria	SOLTERA	7	Vaginal	Exclusiva	No	mucho menos	mucho menos	no muy a menudo	sí, a veces	sí,	a veces
	sí, la mayor parte de las veces	sí, la mayoría de las veces	sí, bastante a menudo	sí, bastante a menudo	sí, bastante a menudo	No, nunca	16					
23	primaria	CONVIVIENTE	6	Cesárea	Mixta	No	tanto como siempre	no tanto ahora	sí, la mayoría de las veces	sí,	a veces	
	sí, a veces	sí, la mayor parte de las veces	sí, a veces	no muy a menudo	sólo en ocasiones	No, nunca	16					
21	primaria	SOLTERA	7	Vaginal	Exclusiva	No	mucho menos	mucho menos	no muy a menudo	sí, a veces	sí,	a veces
	sí, la mayor parte de las veces	sí, la mayoría de las veces	sí, bastante a menudo	sí, bastante a menudo	sí, bastante a menudo	No, nunca	16					
19	primaria	SOLTERA	6	Vaginal	Exclusiva	No	mucho menos	no tanto ahora	sí, la mayoría de las veces	sí,	a veces	
	sí, a veces	sí, a veces	sí, la mayoría de las veces	sí, bastante a menudo	sí, bastante a menudo	No, nunca	16					
22	primaria	CONVIVIENTE	6	Cesárea	Mixta	No	tanto como siempre	no tanto ahora	sí, la mayoría de las veces	sí,	a veces	
	sí, a veces	sí, la mayor parte de las veces	sí, a veces	no muy a menudo	sólo en ocasiones	No, nunca	16					
20	primaria	SOLTERA	7	Vaginal	Exclusiva	No	mucho menos	mucho menos	no muy a menudo	sí, a veces	sí,	a veces
	sí, la mayor parte de las veces	sí, la mayoría de las veces	sí, bastante a menudo	sí, bastante a menudo	sí, bastante a menudo	No, nunca	16					
18	primaria	CONVIVIENTE	6	Cesárea	Mixta	No	tanto como siempre	no tanto ahora	sí, la mayoría de las veces	sí,	a veces	
	sí, a veces	sí, la mayor parte de las veces	sí, a veces	no muy a menudo	sólo en ocasiones	No, nunca	16					