

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana Programa Profesional de Medicina Humana



“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en púerperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Autor: Almanza Cáceres, Luís Carlos

Tesis para optar por el título profesional de Médico – Cirujano

Arequipa - Perú

2014

DEDICATORIA

Con todo mi amor y admiración para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Papá y Mamá



*Escoge a una mujer de la
cual puedas decir:
hubiera podido escogerla
más bella, pero no mejor.
Pitágoras*



INDICE GENERAL

ABSTRACT.....	5
ANEXOS.....	65
BIBLIOGRAFIA.....	63
CAPITULO I MATERIAL Y METODOS.....	8
CAPITULO II.....	12
CAPITULO III.....	48
CAPITULO IV.....	58
DEDICATORIA.....	1
EPIGRAFE.....	2
INDICE GENERAL.....	3
INTRODUCCION.....	6
RESUMEN.....	4

RESUMEN

Objetivos. Determinar la frecuencia y las características socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013.

Métodos. Estudio descriptivo transversal de asociación simple. Se analizaron 196 gestantes de 14 a 39 años de edad que fueron atendidas durante el mes de diciembre del 2013 en Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, entre el 2 y 31 de enero, a cada puérpera se le aplicó un cuestionario de datos socio demográficos y la escala de Depresión de Edimburgo. Se determinó la frecuencia del trastorno así como la relación entre las variables de estudio según presencia de Depresión Post Parto mediante la prueba de χ^2 y $P < 0.05$.

Resultados. De las 196 puérperas, 90 (45.9%) presentaron Depresión Post Parto, las mujeres jóvenes (14-22 años) tienden a deprimirse más. Las que planificaron su embarazo, bajo grado de instrucción, tuvieron abuso físico por la pareja y cuidan solas a sus hijos tendían a deprimirse más que sus pares, los antecedentes de mala relación con los padres, número de controles prenatales, tipo de parto y procedencia no influyeron en la presencia de Depresión Post Parto.

Conclusiones. Debido a que las variables: grado de instrucción, estado civil, edad, abuso físico por parte de la pareja, planificación del embarazo y relación con la pareja son variables que guardan relación directa con la presencia de Depresión Post Parto, se deberían de establecer como factores de riesgo para la sospecha de este diagnóstico.

ABSTRACT

Objectives: To determine the frequency and socio- demographic characteristics of the Postpartum Depression Disorder in puerperae at the Obstetrics and Gynecology Service in the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013.

Methods: The study research design was a simple associated descriptive cross-sectional study. 196 pregnant women from 14 to 39 years were analyzed, who were treated during the month of December 2013 at the Obstetrics and Gynecology service of the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa. In January, between 2nd and 31st, each puerpera were applied a questionnaire on sociodemographic data and the Edinburgh Depression scale. The frequency of the disorder as well as the relationship between the study variables was determined according to the presence of Postpartum Depression by X2 test and $P < 0.05$.

Results: Out of the 196 puerperae women, 90 (45.9 %) had Post-Partum Depression; young women (14-22 years) tend to be more depressed. Those who planned their pregnancy, had low educational attainment, had been physically abused by a partner and had taken care of their children alone tended to be more depressed than their peers, a history of bad relationship with parents, number of prenatal visits, delivery type and origin did not influence the presence of Postpartum Depression.

Conclusions: Due to the variables: level of education, civil status, age, physical abuse by a partner, pregnancy planning and partner relationship are variables that have a direct connection with the presence of Postpartum Depression , should be set as risk factors for suspicion of this diagnosis.

INTRODUCCION

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto. Según la cuarta edición revisada del Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales (DSM-IV TR), el especificador de inicio en el posparto se aplica a los trastornos que se manifiestan durante las cuatro semanas posteriores al parto. Este especificador puede utilizarse en episodios depresivo mayor, maníaco o mixto, en trastorno depresivo mayor actual (o más reciente), en trastorno bipolar tipo I o trastorno bipolar tipo II o aplicable en un trastorno psicótico breve (2). Dentro de estos trastornos; el trastorno de Depresión Post-parto(DPP), según la literatura revisada afecta alrededor del 10 al 15% de púerperas se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, ansiedad excesiva insomnio y alteraciones ponderales; suele aparecer en las 12 semanas siguientes al parto; diversos estudios señalan que un episodio de depresión puerperal aumenta el riesgo de sufrir episodios de depresión mayor en algún momento de su vida con la discapacidad en el desenvolvimiento de la madre que acarrea. Diversos estudios en nuestro país generan cifras de prevalencia entre 24,1% al 40,1% todos estudios realizados en la ciudad de Lima, por lo que fue de mucha importancia conocer su frecuencia y características socio demográficos en púerperas de nuestra ciudad al tener diferentes variables respecto a la ciudad anteriormente citada. Por lo que se realizó un estudio transversal y de asociación simple de variables, mediante una encuesta con variables socio demográfica y la escala de depresión de Edimburgo. Fueron encuestadas 196 púerperas quienes se encontraban dentro de las 4 primeras semanas del puerperio, las cuales fueron informadas del presente estudio y brindando su consentimiento informado para la realización de las mismas, dentro de los principales resultados destaca la frecuencia en nuestra ciudad con 45.9% de Depresión Post

Parto, así como el embarazo planificado es una buena alternativa que no se asocia con la presencia de dicho trastorno.

El objetivo de este trabajo fue determinar la frecuencia y las variables socio demográficos que se asocian a la presencia de Depresión Post Parto. Debido.



CAPITULO I

MATERIAL Y METODOS



MATERIAL Y METODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1 Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

1.2 Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y un Cuestionario sobre Depresión Post-parto de Edimburgo (EPDS) (Anexo 2).

1.3 Materiales:

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

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

La investigación se realizó en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza ubicado en el Distrito, Provincia de Arequipa, Departamento de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal:

El trabajo de investigación se realizó entre los meses de Diciembre del 2013 a Enero del 2014.

2.3. Unidades de estudio:

Se estudiaron a las puérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el mes de Diciembre del 2013.

2.4. Población: Todos las puérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo de estudio.

Muestra: Se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de conocimiento adecuado de MAC = 0.15

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n = 195,92 \approx 196 casos.

Además, los integrantes de la muestra cumplieron los criterios de selección.

Criterios de selección:

• **Criterios de Inclusión**

- Participación voluntaria en el estudio
- Púérperas atendidas en el mes de Diciembre del 2013
- Firmar al pie del consentimiento informado incluido en el cuestionario.

• **Exclusión**

- Fichas de encuesta incompletos o mal llenados
- Negativa a llenar la ficha de encuesta

3.1. Estrategia de Recolección de datos

3.2. Organización

Se solicitó la autorización a la Dirección del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Así como se puso en conocimiento la realización de la presente investigación al Jefe del Servicio de Gineco-Obstetricia del mencionado Hospital.

3.3. Recursos

a) Humanos

- Investigador, asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

CAPITULO II

RESULTADOS



“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio

Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 1 EDAD

EDAD	N°.	%
14-22	78	39,80
23-30	92	46,94
31- a más	26	13,27
TOTAL	196	100,00
MÍNIMO	14	
MÁXIMO	39	
MEDIA	24,26	
DESVIACIÓN	5,351	

La tabla N°. 1, muestra que la población observada el 39,8% se encuentra en el grupo etario de 14 a 22 años, 46,94% tiene la edad de 23 a 30 años, 13,27% tiene la edad de 31 a más.

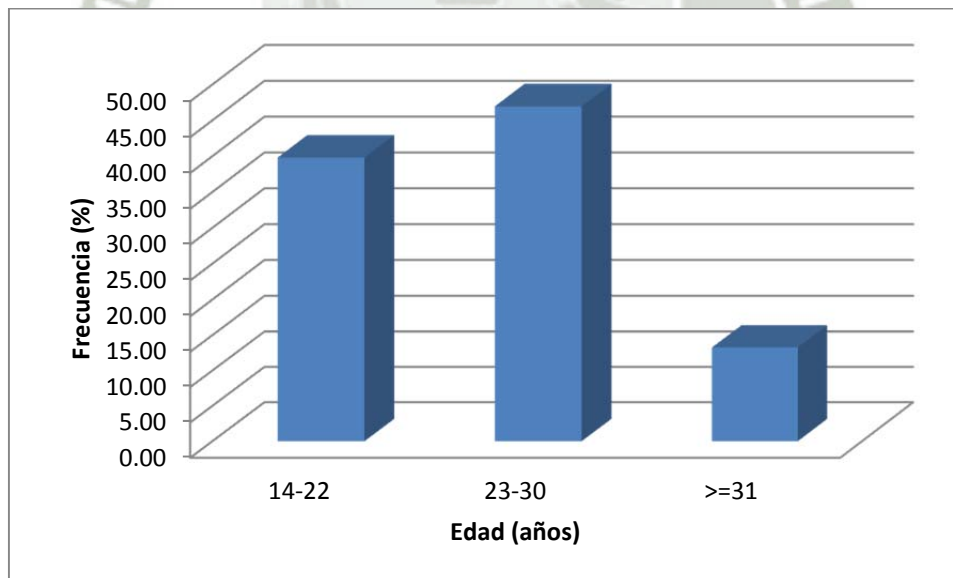


Figure 1 EDAD

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado

Espinoza, Arequipa 2013”

Table 2 GRADO DE INSTRUCCION

GRADO DE INSTRUCCION	N°	%
Primaria incompleta	4	2,0
Primaria completa	5	2,6
Secundaria incompleta	25	12,8
Secundaria completa	48	24,5
Superior incompleta	65	33,2
Superior completa	49	25,0
TOTAL	196	100,0

La tabla N°. 2, muestra que en la población observada el 33.2% tiene el grado de instrucción de superior incompleta, 25% superior completa, 24.5% secundaria completa, 12.8% secundaria incompleta, 2.6% primaria completa y, 2.0% primaria completa.

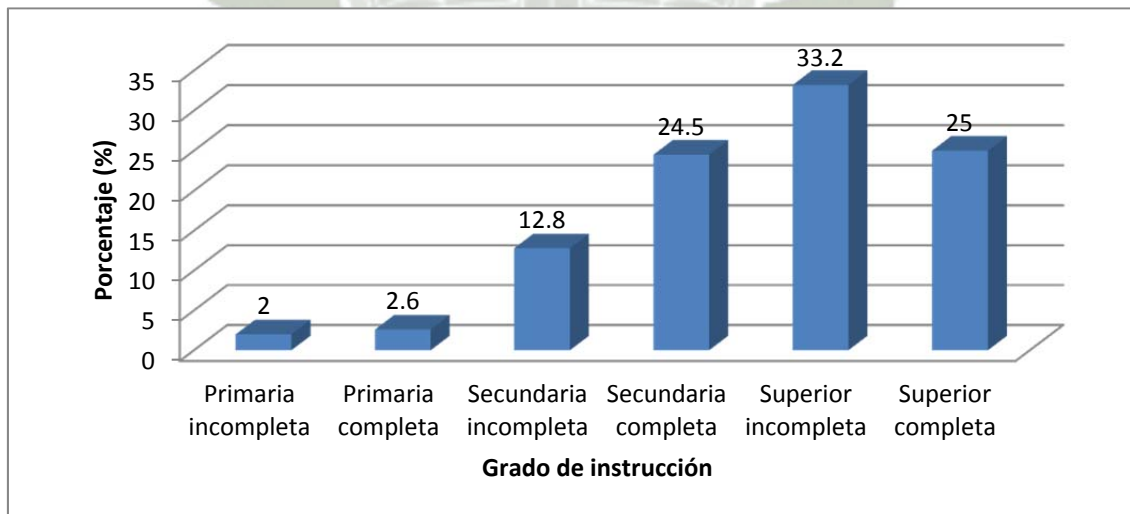


Figure 2 GRADO DE INSTRUCCION

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 3 ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	63	32,1
Conviviente	105	53,6
Casada	28	14,3
TOTAL	196	100,0

La tabla N°. 3, muestra que en la población observada, el 53.6% son convivientes, el 32.1% son solteras y solamente 14.3% son casadas.

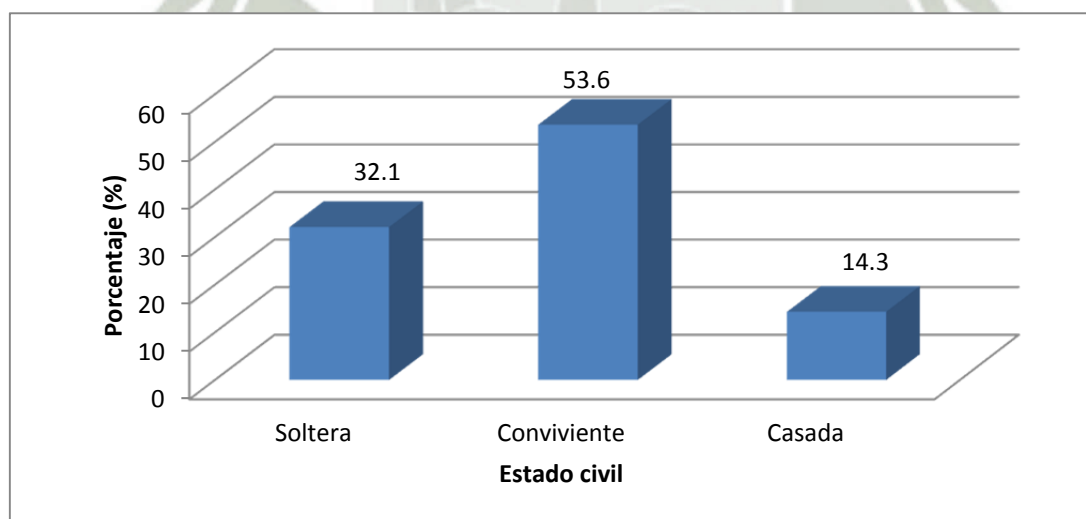


Figure 3 ESTADO CIVIL

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 4 LA RELACIÓN CON SU PAREJA LA CONSIDERA

RELACIÓN CON SU PAREJA	N°.	%
Muy buena	16	8,2
Buena	87	44,4
Regular	76	38,8
Mala	16	8,2
Muy mala	1	0,5
TOTAL	196	100,0

La tabla N°. 4, muestra que en la población observada, 44.4% tiene buena relación con su pareja, 8,2% asume que la relación con su pareja es mala y solamente el 1% de la población afirma que la relación con su pareja es muy mala.

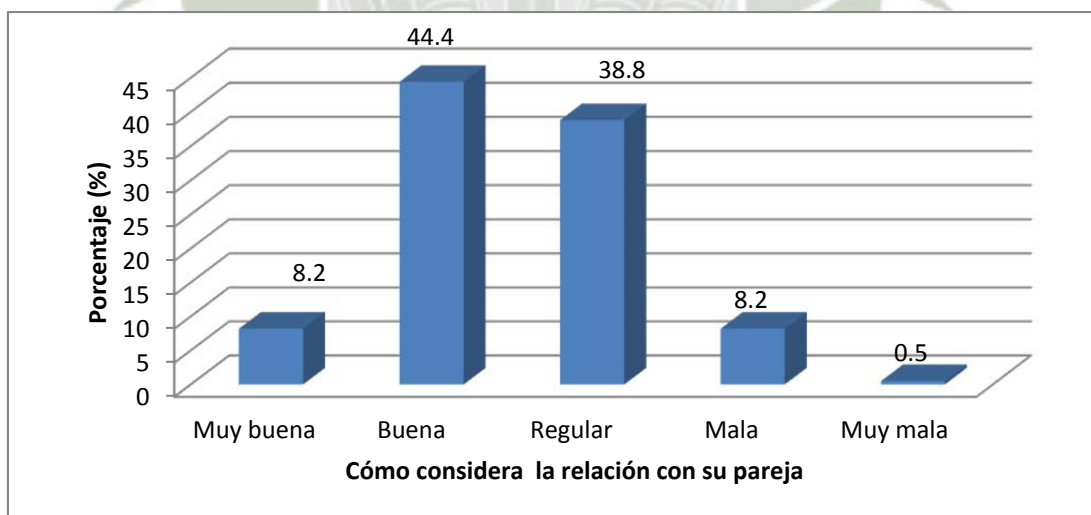


Figure 4 LA RELACIÓN CON SU PAREJA LA CONSIDERA

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 5 ABUSO FÍSICO POR PARTE DE SU PAREJA

ABUSO FÍSICO	N°	%
Si	23	11,7
No	173	88,3
TOTAL	196	100,0

La tabla N°. 5, muestra que en la población observada, el 88.3% nunca sufrió abuso físico por parte de su pareja, 11.7% sufrió abuso físico por parte de su pareja.

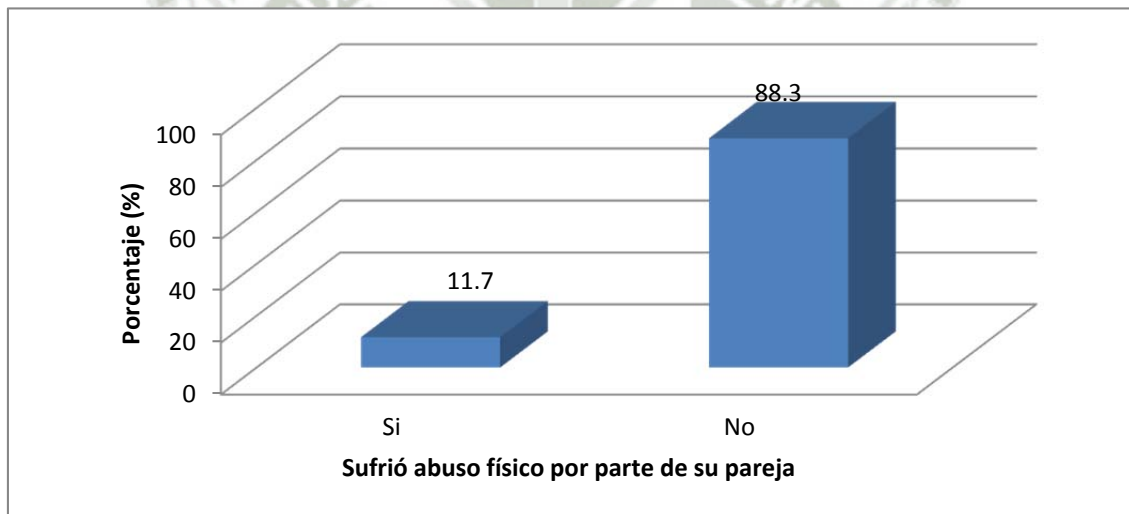


Figure 5 ABUSO FÍSICO POR PARTE DE SU PAREJA

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 6 VIVE CON

VIVE CON	N°	%
Padres	66	33,7
Pareja	126	64,3
Sola	2	1,0
Sola con hijos	1	0,5
Otros	1	0,5
TOTAL	196	100,0

La tabla N°. 6, muestra que el 964.3% de la población vive actualmente con su pareja, 33.7% con los padres y 2% vive sola.

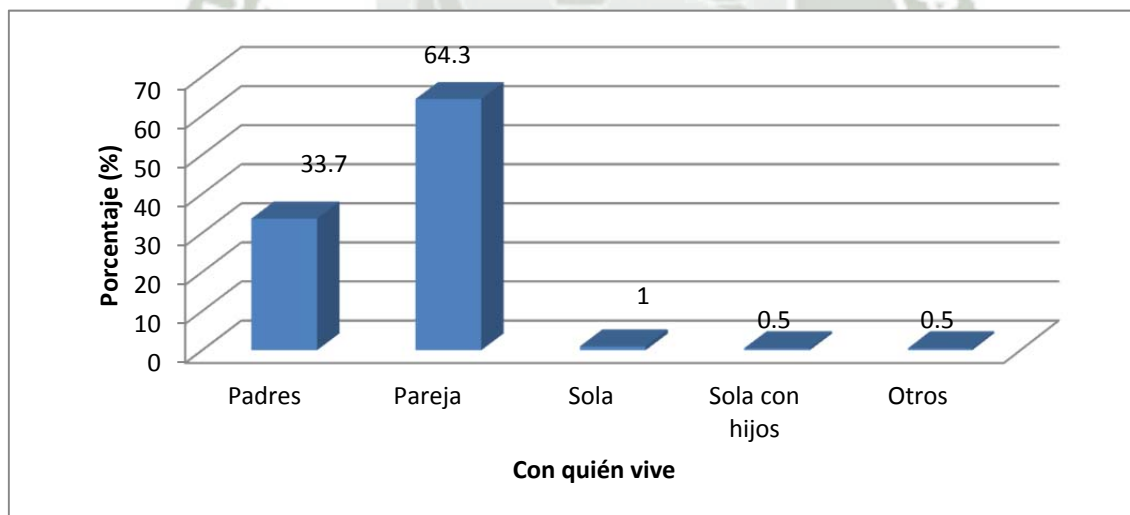


Figure 6 VIVE CON

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 7 LA RELACIÓN CON SUS PADRES

RELACIÓN CON SUS PADRES	N°	%
Muy buena	17	8,7
Buena	89	45,4
Regular	87	44,4
Mala	2	1,0
Muy mala	1	0,5
TOTAL	196	100,0

La tabla N°. 7, muestra que 45.4% tiene relación buena con sus padres, 1% tiene relación mala y, 0.5% de la población mantiene una relación muy mala.

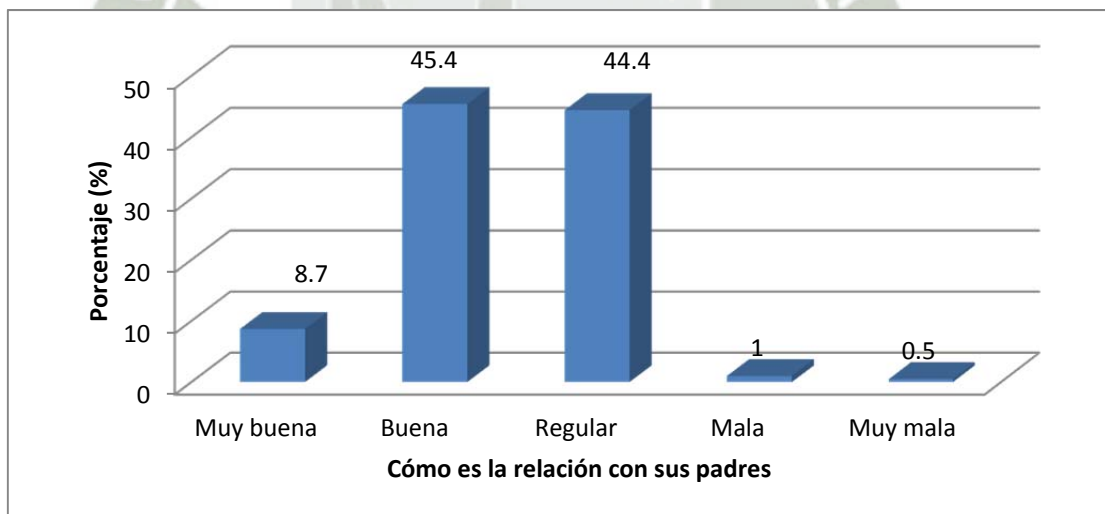


Figure 7 LA RELACIÓN CON SUS PADRES

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 8 OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	N°.	%
Ama de casa	87	44,4
Estudiante	58	29,6
Trabajo estable	34	17,3
Trabajo inestable	17	8,7
Cesante	0	0
TOTAL	196	100,0

La tabla N°. 8, muestra que EL 44.4% de la población son amas de casa, 29.6% son estudiantes, 17.3% tienen trabajo estable y, 8.7% tienen trabajo inestable.



Figure 8 OCUPACION

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 9 PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	N°.	%
Arequipa	123	62.8
Otros	73	37.2
TOTAL	196	100,0

La tabla N°. 9, muestra que 62.8% son de Arequipa y, 37.2% proceden de otros lugares.

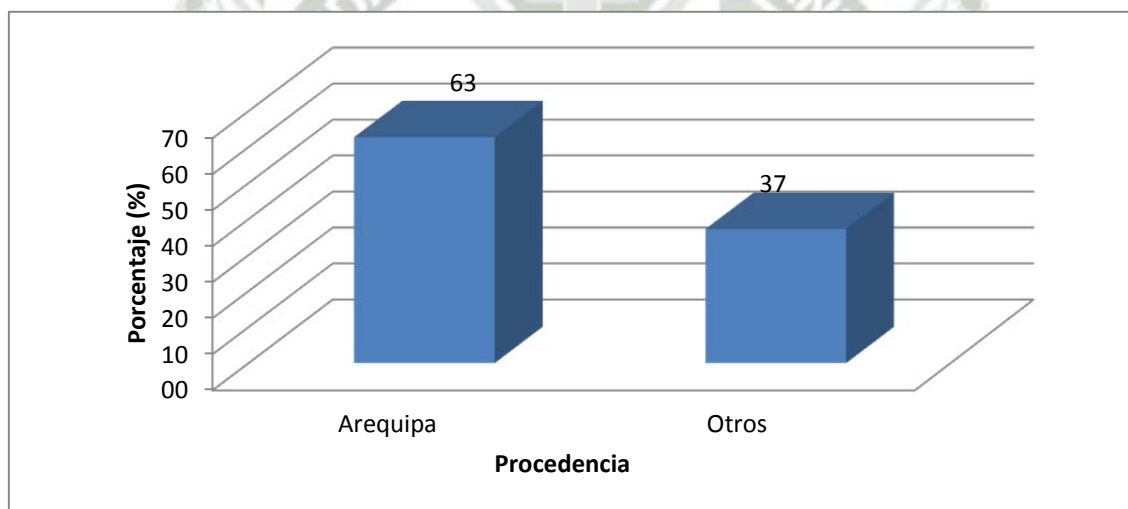


Figure 9 PROCEDENCIA

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 10 EMBARAZO PLANIFICADO

EMBARAZO PLANIFICADO	N°.	%
Si	54	27,6
No	142	72,4
TOTAL	196	100,0

La tabla N°. 10, muestra que el 72.4% de la población no planifico su embarazo, en comparación con 27.6% que si.

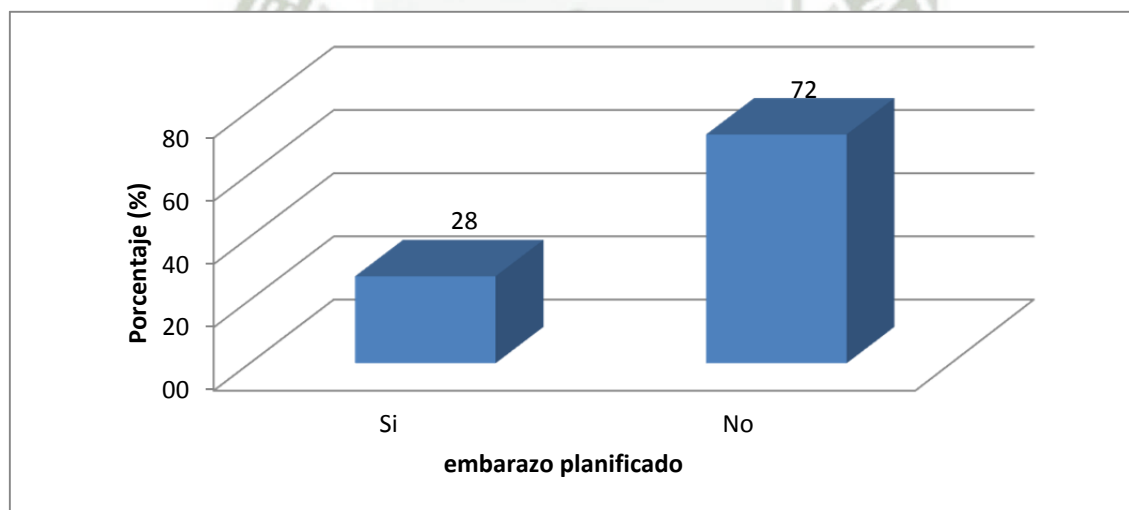


Figure 10 EMBARAZO PLANIFICADO

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 11 CONTROLES PRENATALES

CONTROLES PRENATALES	N°.	%
0	1	0,5
2	1	0,5
3	5	2,6
4	9	4,6
5	17	8,7
6	23	11,7
7	60	30,6
>=8	80	40,8
TOTAL	196	100,0

La tabla N°. 11, muestra que el 40.8 de la población tubo 8 o mas controles prenatales, 11.7% 6 controles prenatales y, 1% entre 0 y 2 controles.

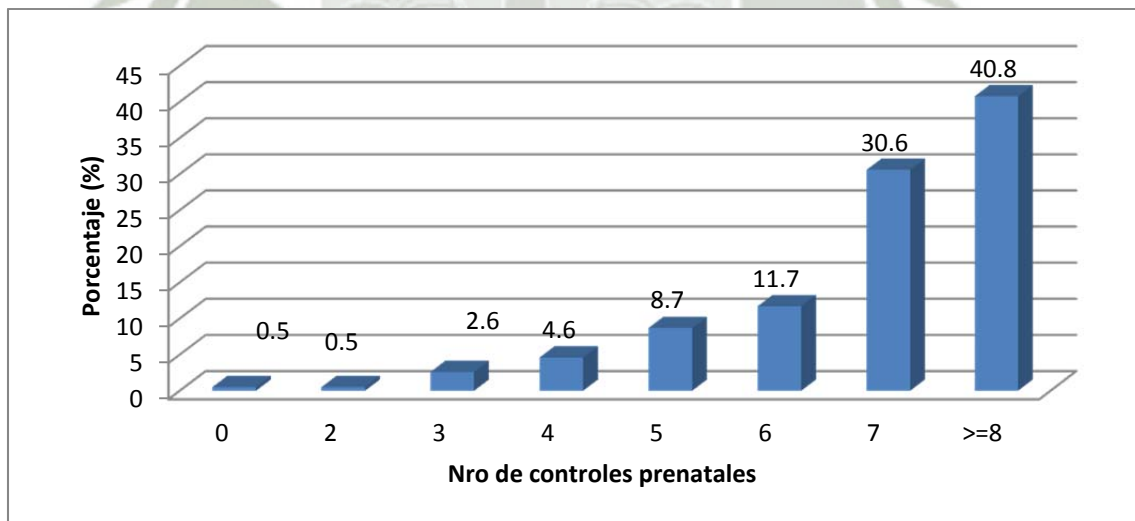


Figure 11 NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 12 TIPO DE PARTO

TIPO DE PARTO	N°.	%
Vaginal	138	70,4
Cesárea	58	29,6
TOTAL	196	100,0

La tabla N°. 12, muestra que 70.4% de la población encuestada tubo parto vaginal, 29.6% parto por cesarea.

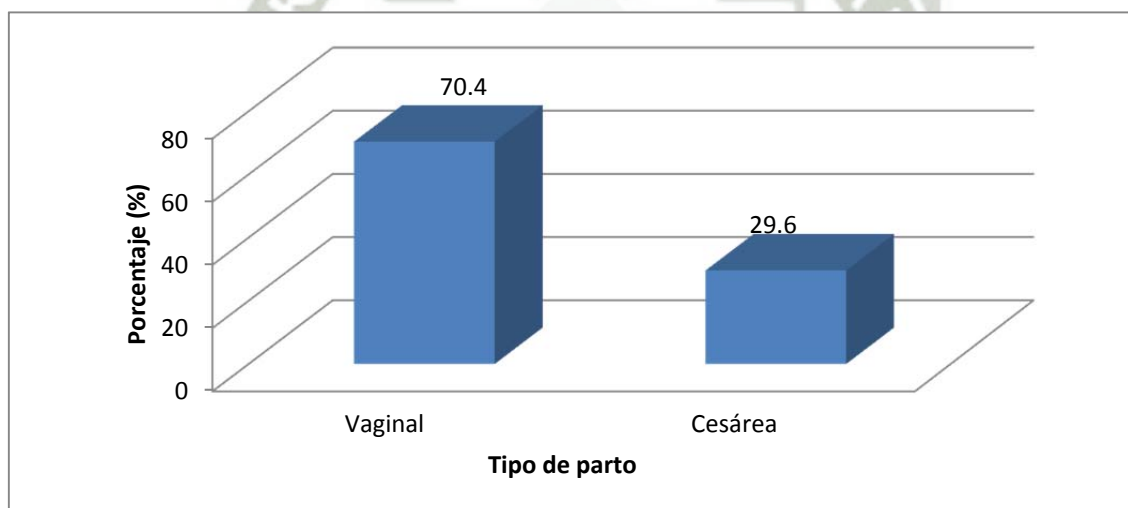


Figure 12 TIPO DE PARTO

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 13 SEMANAS DE EMBARAZO

SEMANAS DE EMBARAZO	N°.	%
30-34 Semanas	2	1,0
35-37 Semanas	15	7,7
38-40 Semanas	174	88,8
Más de 41 semanas	5	2,6
TOTAL	196	100,0

La tabla N°. 13, muestra que 88.8 % tubo entre 38 – 40 semanas de embarazo

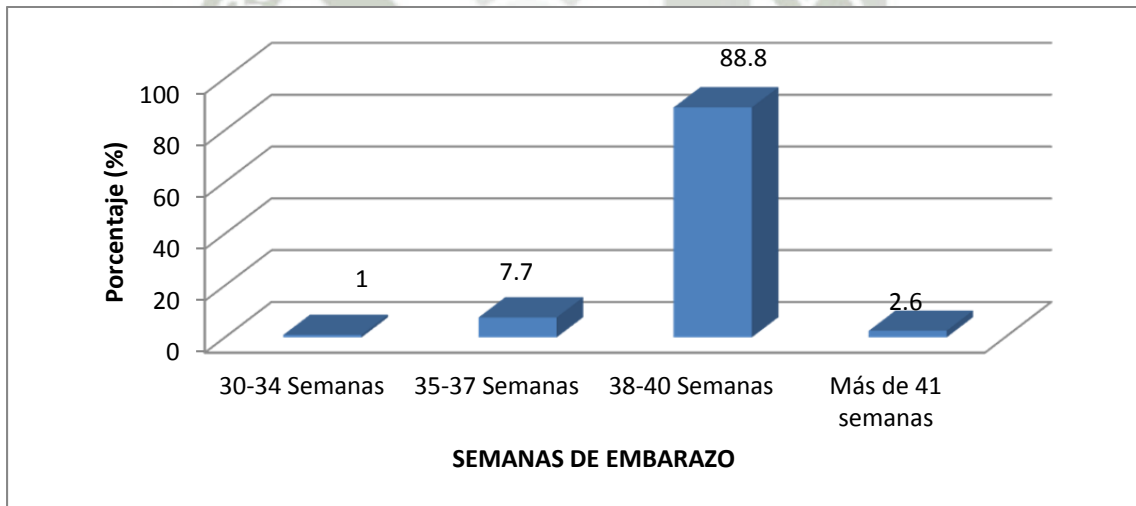


Figure 13 SEMANAS DE EMBARAZO

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 14 NÚMERO DE HIJOS ANTERIORES A ESTE EMBARAZO

NÚMERO DE HIJOS ANTERIORES	N°.	%
0	97	49,5
1	65	33,2
2	26	13,3
3	7	3,6
>=4	1	0,5
TOTAL	196	100,0

La tabla N°14. , muestra que el 49.5% de la población encuestada no tubo embarazos previos, 3.5% tubo 3 embarazos.

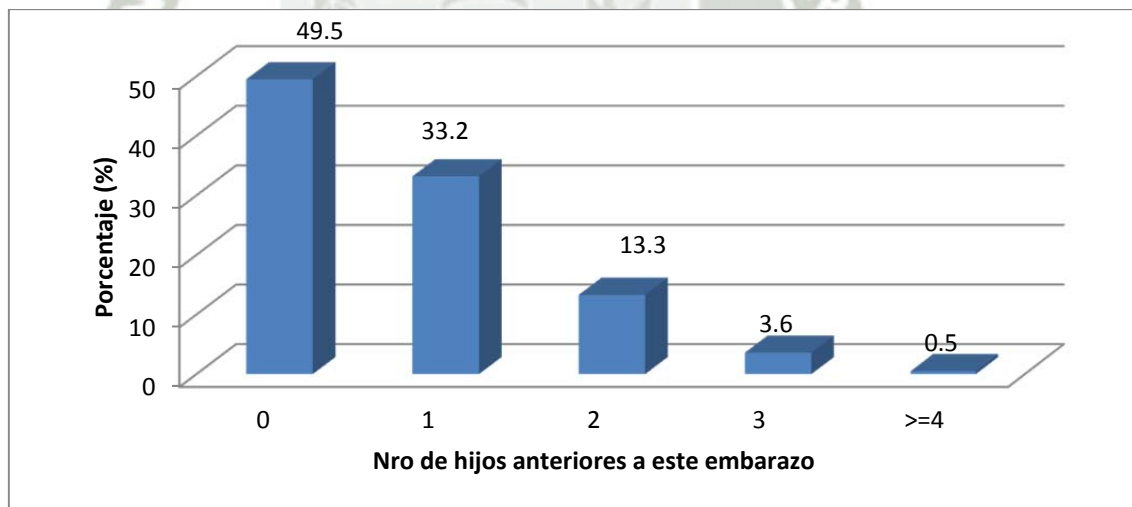


Figure 14 NÚMERO DE HIJOS ANTERIORES A ESTE EMBARAZO

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 15 CUIDADO DE LOS HIJOS

CUIDADO DE LOS HIJOS	N°.	%
Yo sola	57	29,1
Yo y mi pareja	94	48,0
Yo y mi madre	44	22,4
Otros	1	,5
TOTAL	196	100,0

La tabla N°. 15, muestra que el 48% el padre y la madre cuidan al hijo, 29.1% solamente la madre y, 22.4% la madre y la abuela.

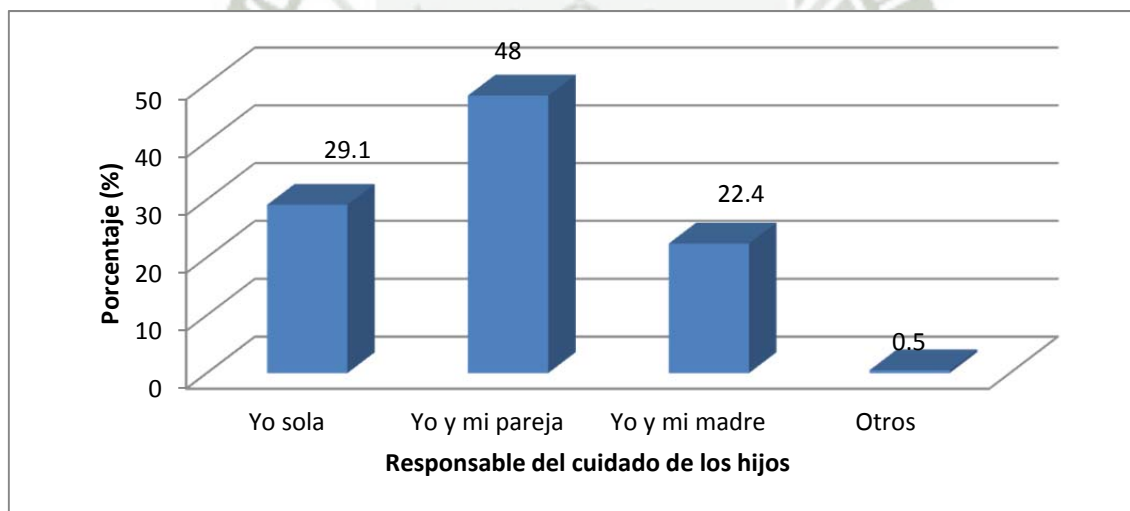


Figure 15 CUIDADO DE LOS HIJOS

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 16 SU HIJO RECIBE

SU HIJO RECIBE	N°.	%
Lactancia materna exclusiva	179	91,3
Lactancia mixta	16	8,2
Formula exclusiva	1	0,5
TOTAL	196	100,0

La tabla N°. 16, muestra que el 91.3% de las madres encuestadas alimentan a sus hijos con lactancia materna exclusiva.

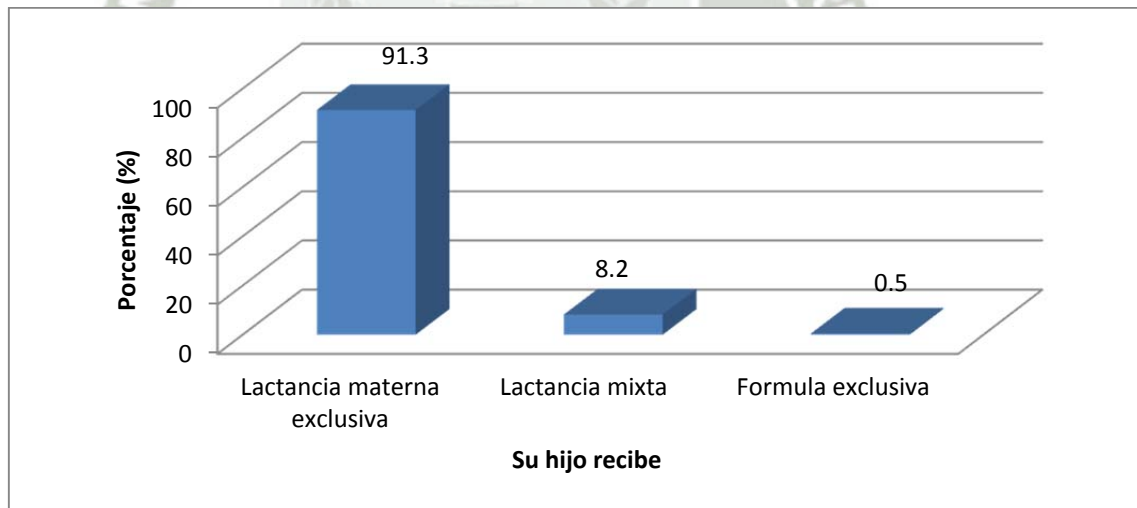


Figure 16 TIPO DE LACTANCIA

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 17 DEPRESIÓN POST PARTO

DEPRESIÓN POST PARTO	N°.	%
Depresión	90	45,9
No depresión	106	54,1
TOTAL	196	100,0

La tabla N°. 17, muestra que el 45.9% de la población encuestada presenta posibilidad de depresión post parto.

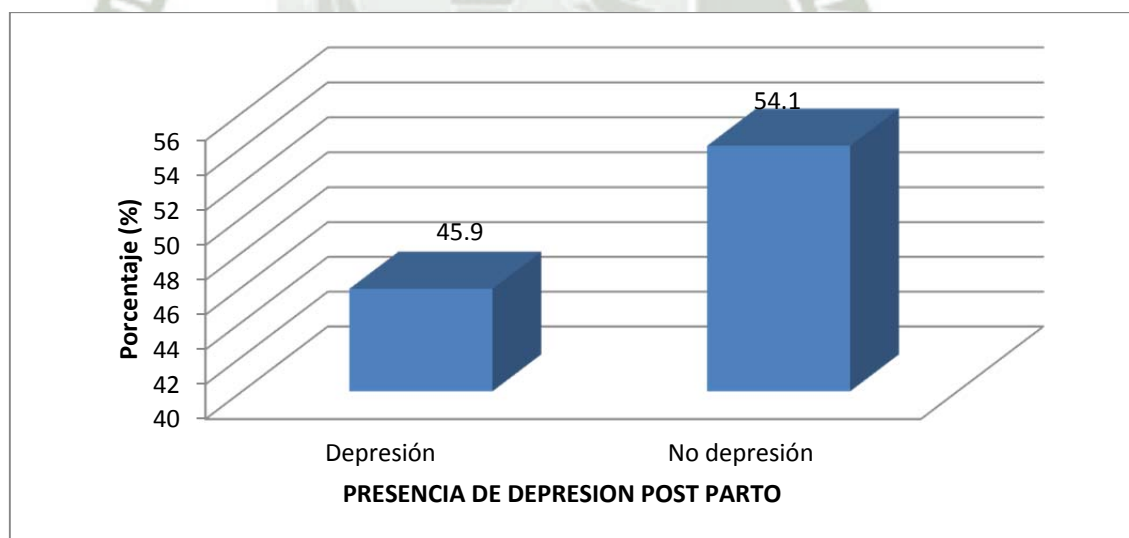


Figure 17 DEPRESIÓN POST PARTO

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 18 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y LA EDAD

EDAD	DEPRESIÓN POSTPARTO				Total	
	PRESENCIA		AUSENCIA			
	N	%	N	%	N	%
14-22	48	53.3	30	28.3	78	39.8
23-30	31	34.4	61	57.5	92	46.9
31 a más	11	12.2	15	14.2	26	13.3
TOTAL	90	100.0	106	100.0	196	100.0

$\chi^2=13.335$ $p<0.05$ ($p=0.001$)

La TABLA N°. 18 muestra que hay relación entre las variables de de edad y depresión post parto, siendo la asociación de estas dos variables en el rango de edad 14-22 años.

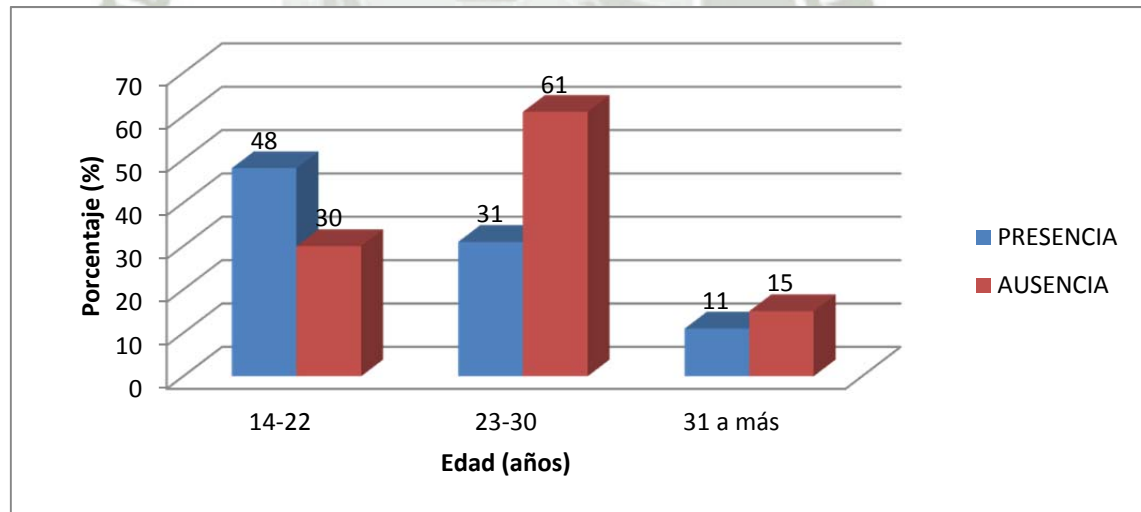


Figure 18 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y LA EDAD

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 19 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y EL GRADO DE INSTRUCCIÓN

GRADO DE INSTRUCCION	DEPRESIÓN POSTPARTO				Total	
	PRESENCIA		AUSENCIA			
	N	%	N	%	N	%
Primaria incompleta	3	3.3	1	0.9	4	2.0
Primaria completa	4	4.4	1	0.9	5	2.6
Secundaria incompleta	16	17.8	9	8.5	25	12.8
Secundaria completa	25	27.8	23	21.7	48	24.5
Superior incompleta	32	35.6	33	31.1	65	33.2
Superior completa	10	11.1	39	36.8	49	25.0
	90	100.0	106	100.0	196	100.0

$X^2=20.85$ $p<0.05$ ($p=0.001$)

En la TABLA N°. 19 se muestra que existe asociación entre depresión post parto y grado de instrucción, con un $X^2=20.85$ y $p=0.001$

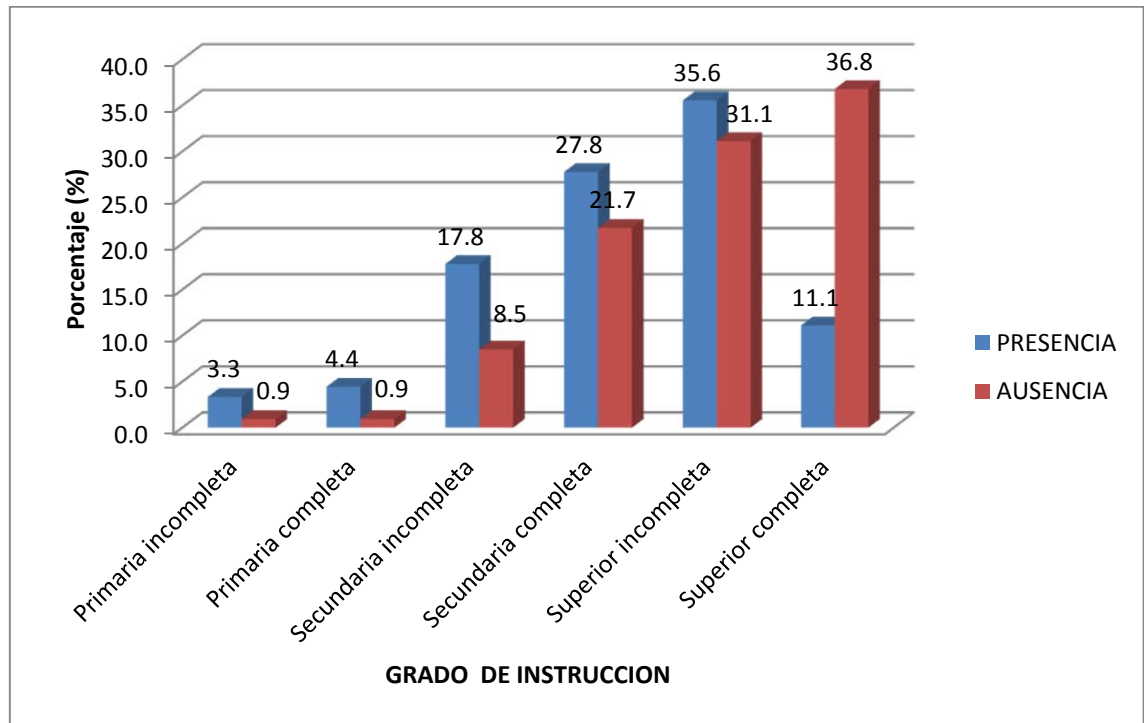


Figure 19 RELACION ENTRE DEPRESION POST PARTO Y DEPRESION



“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 20 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y EL ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	DEPRESIÓN POSTPARTO				Total	
	PRESENCIA		AUSENCIA			
	N	%	N	%	N	%
Soltera	38	42.2	25	23.6	63	32.1
Conviviente	45	50.0	60	56.6	105	53.6
Casada	7	7.8	21	19.8	28	14.3
TOTAL	90	100.0	106	100.0	196	100.0

$X^2 = \dots$ P > (p=0.001)

En la TABLA N°. 20 se muestra que existe relación entre el estado civil y la depresión post parto, siendo esta relación evidente en la población soltera, con un p = 0.001

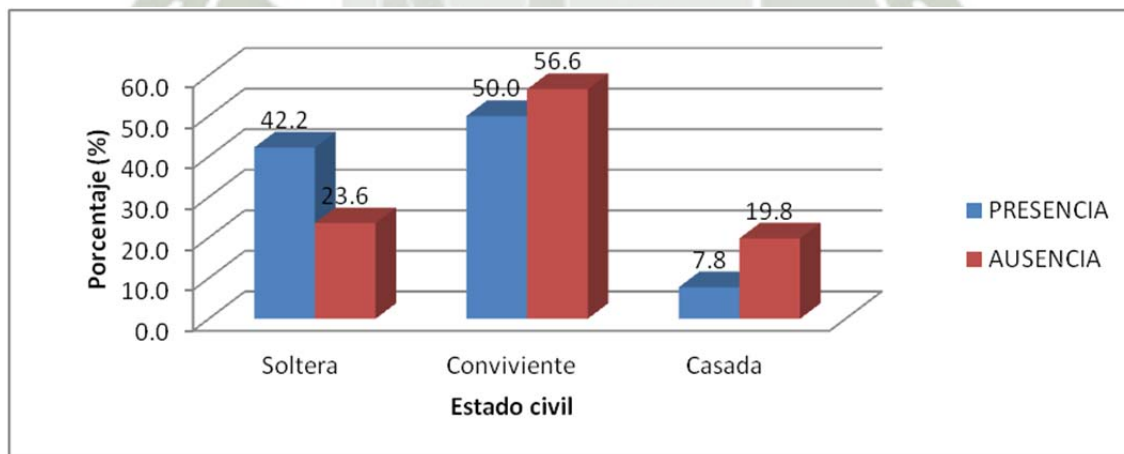


Figure 20 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y EL ESTADO CIVIL

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 21 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y LA RELACIÓN CON SU PAREJA

RELACION CON SU PAREJA	DEPRESIÓN POSTPARTO				Total	
	PRESENCIA		AUSENCIA			
	N	%	N	%	N	%
Muy buena	6	6.7	10	9.4	16	8.2
Buena	29	32.2	58	54.7	87	44.4
Regular	44	48.9	32	30.2	76	38.8
Mala	11	12.2	5	4.7	16	8.2
Muy mala	0	0.0	1	0.9	1	0.5
TOTAL	90	100.0	106	100.0	196	100.0

$X^2 = 14.603$ ($P < 0.05$ ($P = 0.006$))

En la TABLA N°. 21 se muestra que existe asociación entre la relacion con la pareja y la posibilidad de sufrir depresión post parto, con un $p = 0.006$

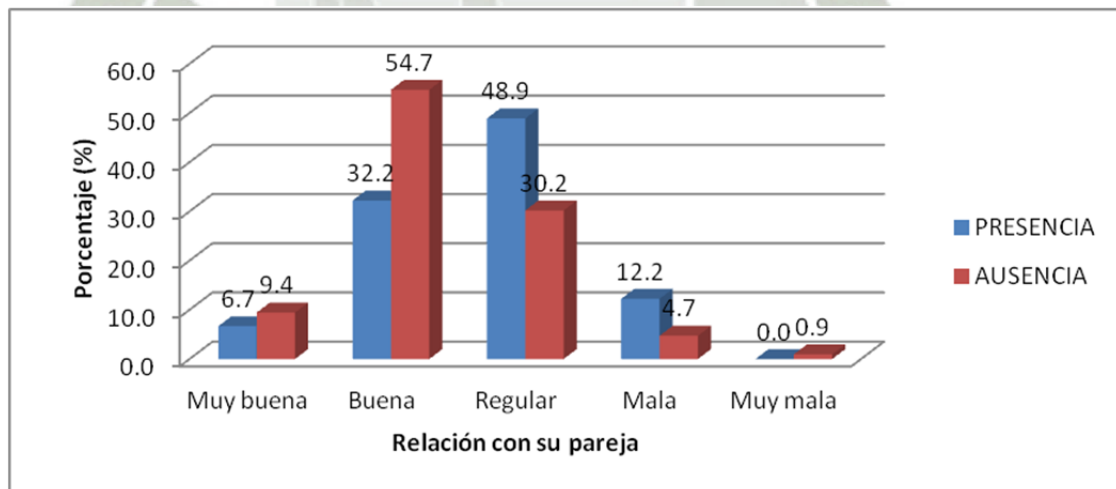


Figure 21 ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y LA RELACIÓN CON SU PAREJA

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 22 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y ABUSO FÍSICO POR PARTE DE SU PAREJA

SUFRIÓ ABUSO FÍSICO	DEPRESIÓN POSTPARTO				Total	
	PRESENCIA		AUSENCIA			
	N	%	N	%	N	%
Si	16	17.8	7	6.6	23	11.7
No	74	82.2	99	93.4	173	88.3
TOTAL	90	100.0	106	100.0	196	100.0

$X^2 = 5.867$ $P < 0.05$ ($P = 0.015$) $OR = 3.058^1$

En la TABLA N°. 22 se muestra la relación que existe entre el abuso físico por parte de a pareja y depresión post parto, también se muestra que las mujeres que sufren abuso físico por parte de la pareja tiene un riesgo relativo de 3.058 de sufrir depresión post parto en relación con el resto de la población.

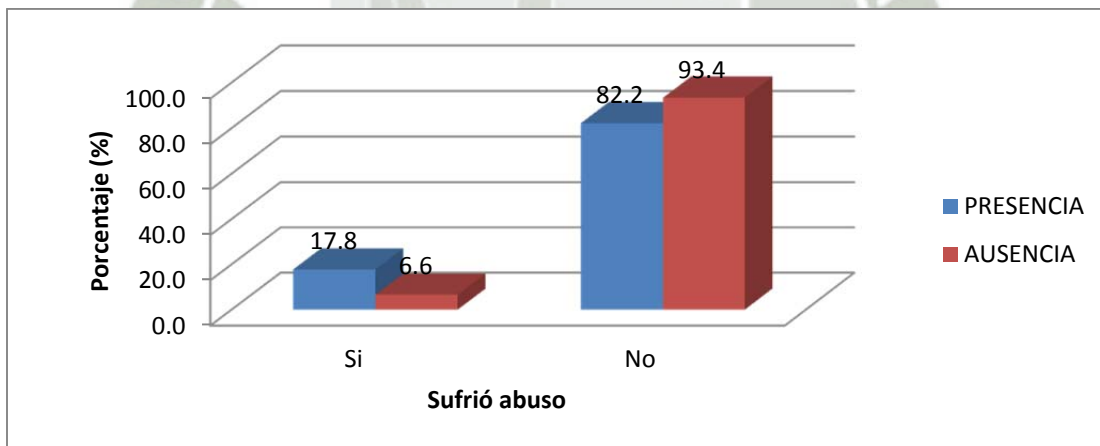


Figure 22 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y ABUSO FÍSICO POR PARTE DE SU PAREJA

¹ OR = 3.058 INDICA QUE DE LAS MUJERES QUE SUFREN ABUSO FISICO TIENEN 3.058 VECES MAS PROBABILIDAD DE TENER DEPRESION POSTPARTO EN COMPARACIÓN A LAS QUE NO SUFRIERON ABUSO

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 23 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y CON QUIÉN VIVE

CON QUIEN VIVE	DEPRESIÓN POSTPARTO				Total	
	PRESENCIA		AUSENCIA			
	N	%	N	%	N	%
Padres	40	44.4	26	24.5	66	33.7
Pareja	49	54.4	77	72.6	126	64.3
Sola	1	1.1	1	0.9	2	1.0
Sola con hijos	0	0.0	1	0.9	1	0.5
Otros	0	0.0	1	0.9	1	0.5
TOTAL	90	100.0	106	100.0	196	100.0

$X^2= 9.952$ $P< 0.05$ ($P=0.041$)

En la TABLA N°23 se muestra que existe relación entre la Depresión Post Parto y con vive. presentando una diferencia estadística con un $p = 0.041$.

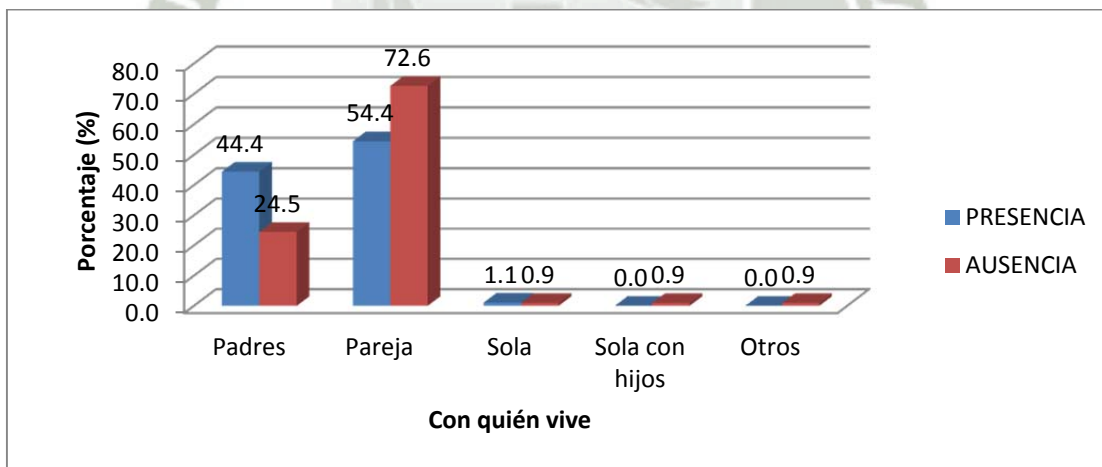


Figure 23 ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y CON QUIÉN VIVE

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 24 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y RELACIÓN CON SUS PADRES

RELACION CON SUS PADRES	DEPRESIÓN POSTPARTO				Total	
	PRESENCIA		AUSENCIA			
	N	%	N	%	N	%
Muy buena	7	7.8	10	9.4	17	8.7
Buena	34	37.8	55	51.9	89	45.4
Regular	47	52.2	40	37.7	87	44.4
Mala	2	2.2	0	0.0	2	1.0
Muy mala	0	0.0	1	0.9	1	0.5
TOTAL	90	100.0	106	100.0	196	100.0

$X^2 = 7.793$ $P > 0.05$ (P = 0.099)

En la TABLA N°24 se muestra que la relación de la madre con los padres no tiene significancia en la presencia de Depresión, aunque presenta $X^2 = 7.793$, sin embargo $p = 0.09$.

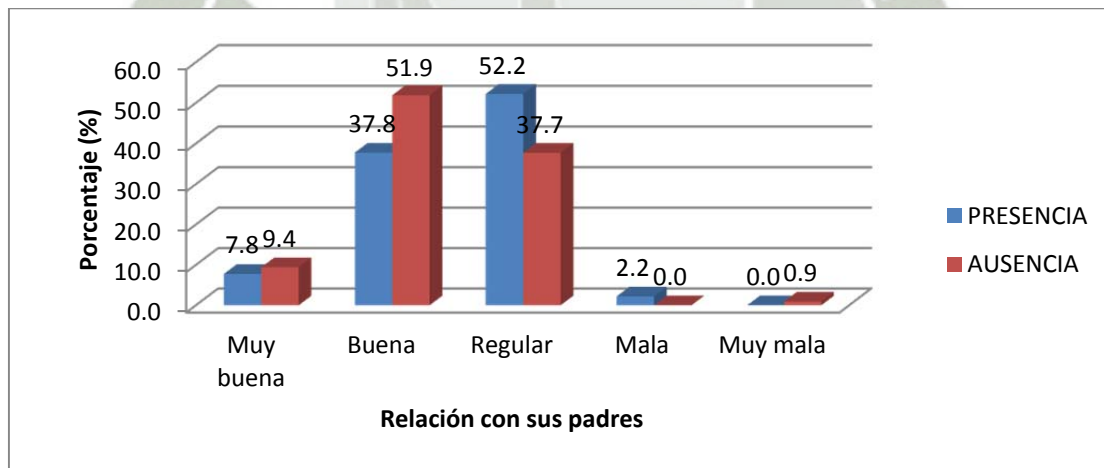


Figure 24 ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y RELACIÓN CON SUS PADRES

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio

Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 25 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y OCUPACIÓN

OCUPACION	DEPRESIÓN POSTPARTO				Total	
	PRESENCIA		AUSENCIA			
	N	%	N	%	N	%
Ama de casa	42	46.7	45	42.5	87	44.4
Estudiante	37	41.1	21	19.8	58	29.6
Trabajo estable	8	8.9	26	24.5	34	17.3
Trabajo inestable	3	3.3	14	13.2	17	8.7
TOTAL	90	100.0	106	100.0	196	100.0

$X^2= 19.991$ $P<0.05$ ($P= 0.001$)

En la TABLA N°25 se muestra que la ocupación que tiene a la madre tiene relación con la presencia de Depresión Post Parto, presentando un $X^2= 19.991$, y $P<0.05$ ($P= 0.0001$).

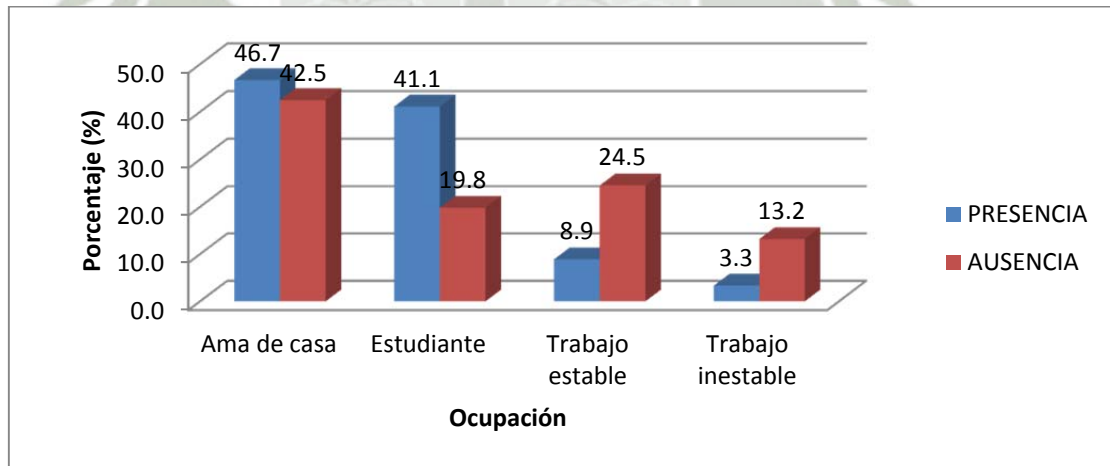


Figure 25 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y OCUPACIÓN

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 26 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	DEPRESIÓN POSTPARTO				Total	
	PRESENCIA		AUSENCIA			
	N	%	N	%	N	%
Arequipa	5				12	62
	2	57,8	71	67,0	3	,8
	3					37
Otros	8	42,2	35	33,0	73	,2
	9				19	
TOTAL	0	100.0	106	100.0	6	100.0

$X^2= 1.764$ $P>0.05$ ($P= 0.184$) $OR= 0.675$

En la TABLA N°26 se muestra que la procedencia de las madres, no tiene relación con la presencia de Depresión, pues presenta $X^2= 1.764$, $P= 0.184$, y riesgo relativo $OR= 0.675$.

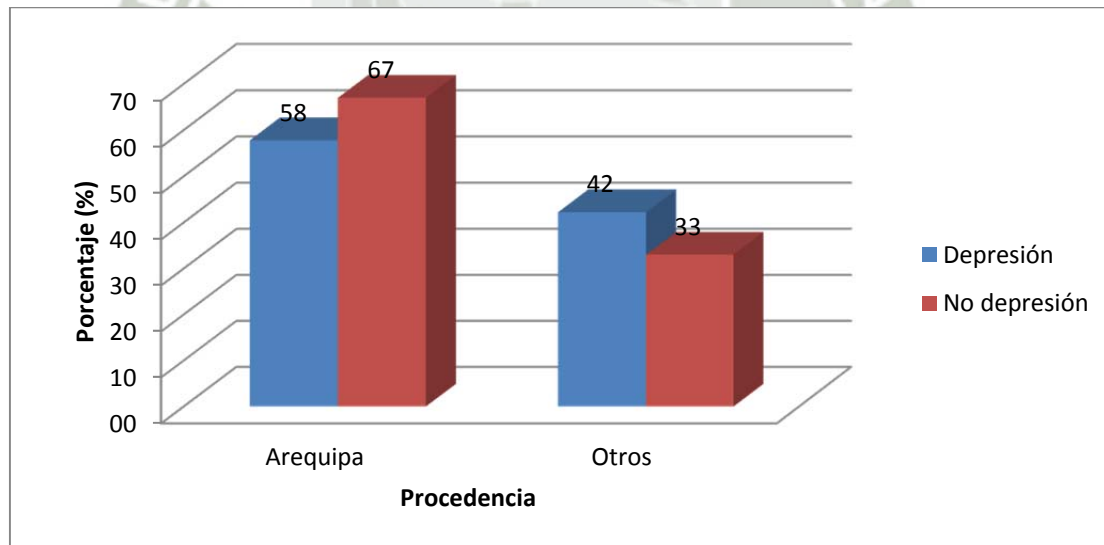


Figure 26 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y PROCEDENCIA

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 27 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO

EMBARAZO PLANIFICADO	DEPRESIÓN POSTPARTO				Total	
	PRESENCIA		AUSENCIA			
	N	%	N	%	N	%
Si	15	16,7	39	6,8	54	27,6
No	75	83,3	67	3,2	142	72,4
TOTAL	90	100.0	106	100.0	196	100.0

$X^2 = 9.877$ $P < 0.05$ ($P = 0.002$) O.R. = 0.344

En la TABLA N°27 muestra que la planificación del embarazo esta en relacion directa con la presencia de Depresion Post Parto, presentando diferencia significativa con $P = 0.002$, $X^2 = 9.877$

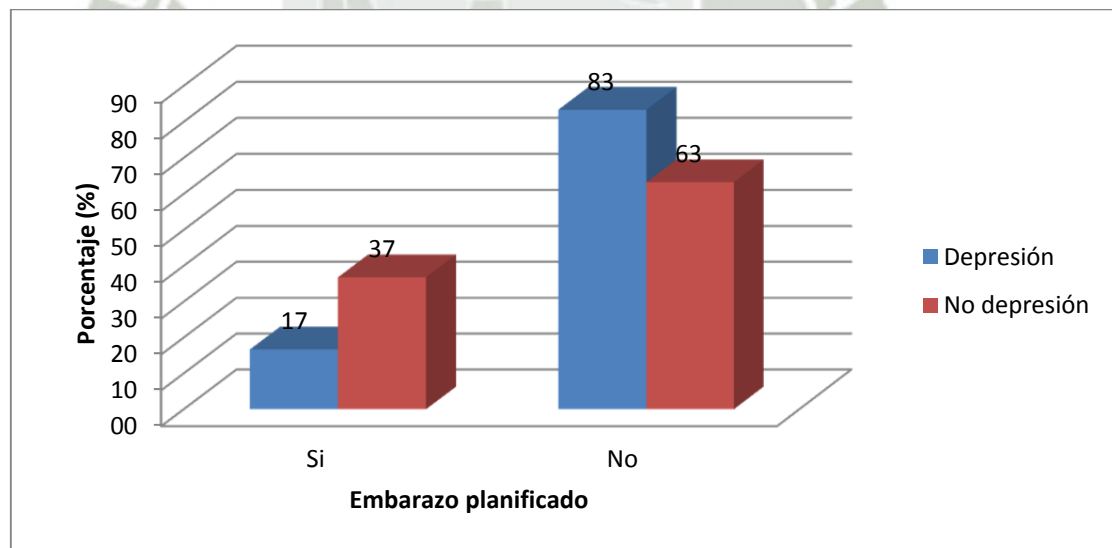


Figure 27 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 28 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES

CONTROLES PRENATALES	DEPRESIÓN POSTPARTO				Total	
	PRESENCIA		AUSENCIA			
	N	%	N	%	N	%
0	1	1.1	0	0.0	1	0.5
2	0	0.0	1	0.9	1	0.5
3	1	1.1	4	3.8	5	2.6
4	4	4.4	5	4.7	9	4.6
5	1	1.1	7	6.6	17	8.7
6	6	17.8	7	6.6	23	11.7
7	7	30.0	33	31.1	60	30.6
8	1	34.4	49	46.2	80	40.8
TOTAL	0	100.0	6	100.0	6	100.0

$X^2 = 11.382$ $P > 0.05$ ($P = 0.123$)

En la TABLA N°28 muestra que el número de controles prenatales que realizaron las gestantes no tiene asociación con la presencia de Depresión Post Parto, presentando $P = 0.123$.

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

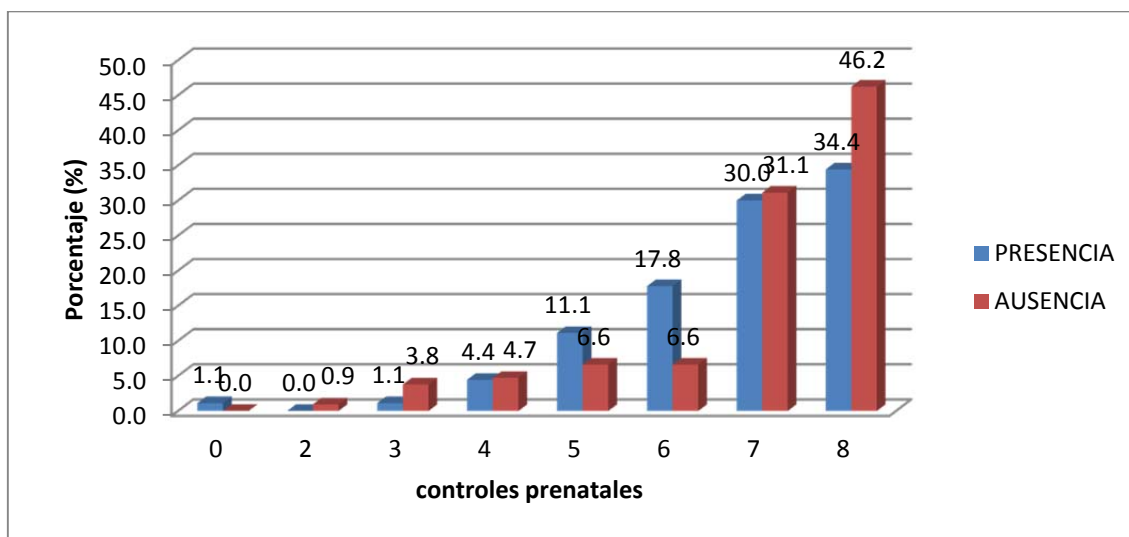


Figure 28 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES



“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 29 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y TIPO DE PARTO

TIPO DE PARTO	DEPRESIÓN POSTPARTO				Total	
	PRESENCIA		AUSENCIA			
	N	%	N	%	N	%
Vaginal	61	67.8	77	72.6	138	70.4
Cesárea	29	32.2	29	27.4	58	29.6
TOTAL	90	100.0	106	100.0	196	100.0

$X^2= 0.553$ $P> 0.05$ ($P= 0.457$) $OR=0.792$

En la TABLA N°29 se muestra que el tipo de parto no se asocia a la posibilidad de presentar Depresión Post Parto, presentando $P= 0.457$, $X^2= 0.553$ y, $OR=0.792$.

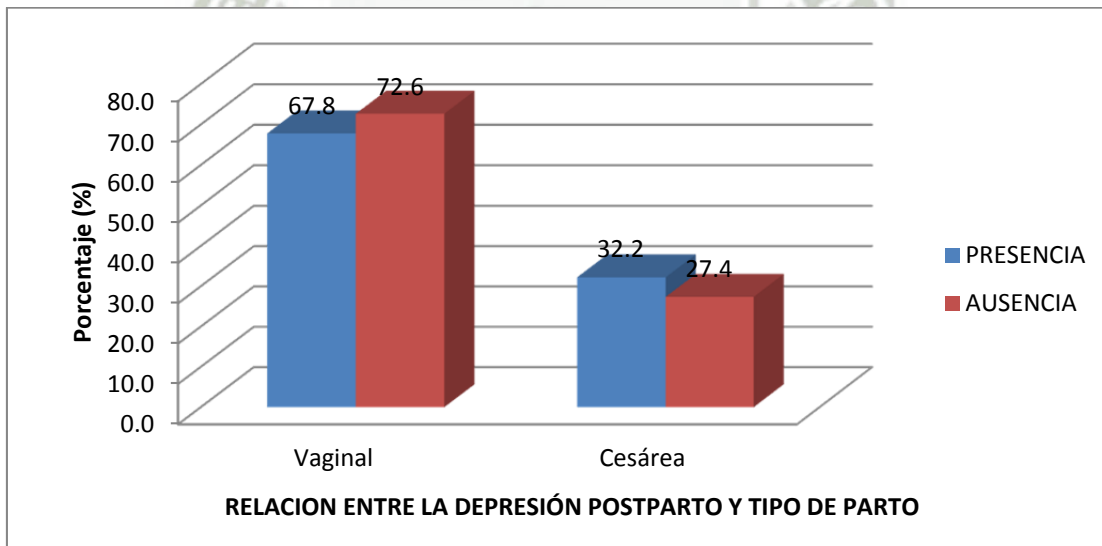


Figure 29 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y TIPO DE PARTO

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 30 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y SEMANAS DE EMBARAZO

SEMANAS DE EMBARAZO	DEPRESIÓN POSTPARTO				Total	
	PRESENCIA		AUSENCIA			
	N	%	N	%	N	%
30-34 semanas	0	0.0	2	1.9	2	1.0
35-37 semanas	4	4.4	11	10.4	15	7.7
38-40 semanas	82	91.1	92	86.8	174	88.8
Más de 41 semanas	4	4.4	1	0.9	5	2.6
TOTAL	90	100.0	106	100.0	196	100.0

$X^2 = 6.378$. $P > 0.05$ ($P = .095$)

En la TABLA N°30 muestra que la edad gestacional no se asocia a la presencia de Depresión Post Parto, presentando $P = .095$.

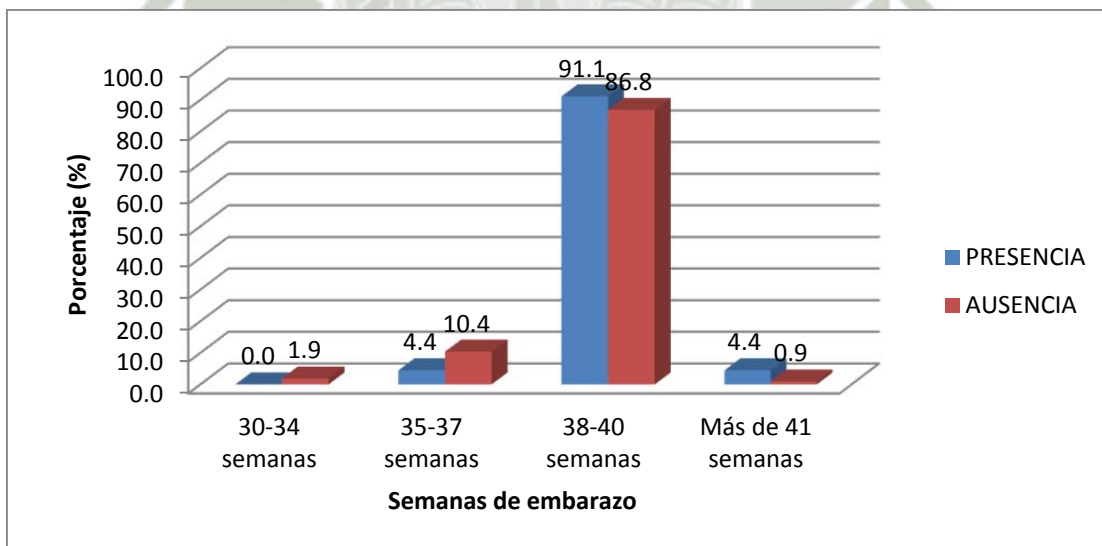


Figure 30 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y SEMANAS DE EMBARAZO

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 31 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y NÚMERO DE HIJOS ANTERIORES A ESTE EMBARAZO

EMBARAZOS ANTERIORES	DEPRESIÓN POSTPARTO				Total	
	PRESENCIA		AUSENCIA			
	N	%	N	%	N	%
0	51	56.7	46	43.4	97	49.5
1	21	23.3	44	41.5	65	33.2
2	15	16.7	11	10.4	26	13.3
3	2	2.2	5	4.7	7	3.6
4	1	1.1	0	0.0	1	0.5
TOTAL	90	100.0	106	100.0	196	100.0

$X^2 = 10.058$ $P < 0.05$ ($p = .039$)

En la TABLA N°31 se muestra que el número de embarazos previos de las madres, no se asocia con la presencia de Depresión Post Parto, presentando $p = .039$.

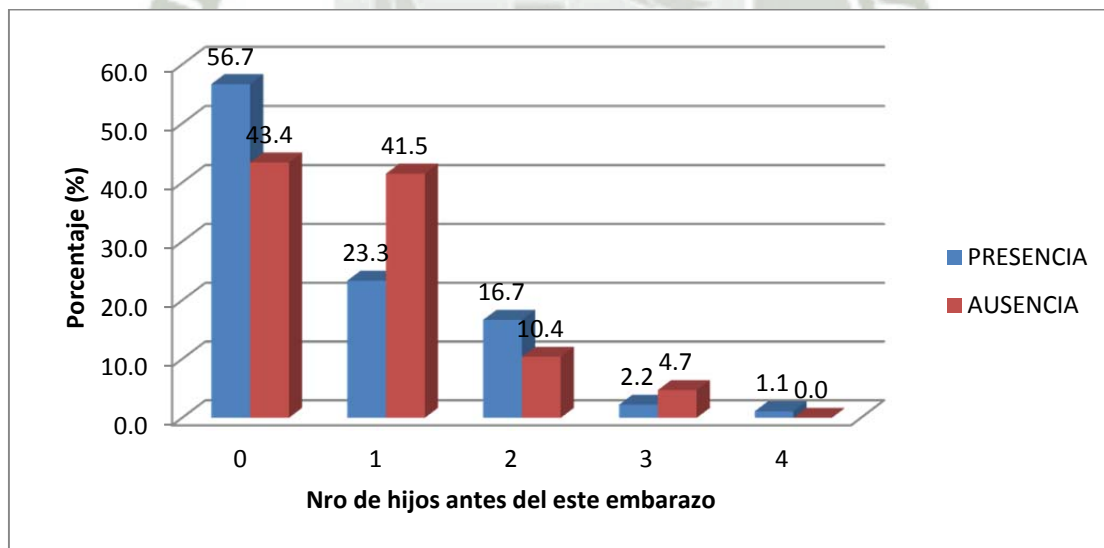


Figure 31 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y NÚMERO DE HIJOS ANTERIORES A ESTE EMBARAZO

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio

Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 32 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y RESPONSABLE DEL CUIDADO SU HIJO

CUIDADO DEL HIJO	DEPRESIÓN POSTPARTO				Total	
	PRESENCIA		AUSENCIA			
	N	%	N	%	N	%
Yo sola	33	36.7	24	22.6	57	29.1
Yo y mi pareja	33	36.7	61	57.5	94	48.0
Yo y mi madre	24	26.7	20	18.9	44	22.4
Otros	0	0.0	1	0.9	1	0.5
TOTAL	90	100.0	106	100.0	196	100.0

$X^2 = 9.885$ $P < 0.05$ ($P = 0.020$)

En la TABLA N°32 se muestra que la responsabilidad del cuidado del hijo guarda relacion con la presencia de Depresión Post Parto, presentando $P = 0.020$, $X^2 = 9.885$

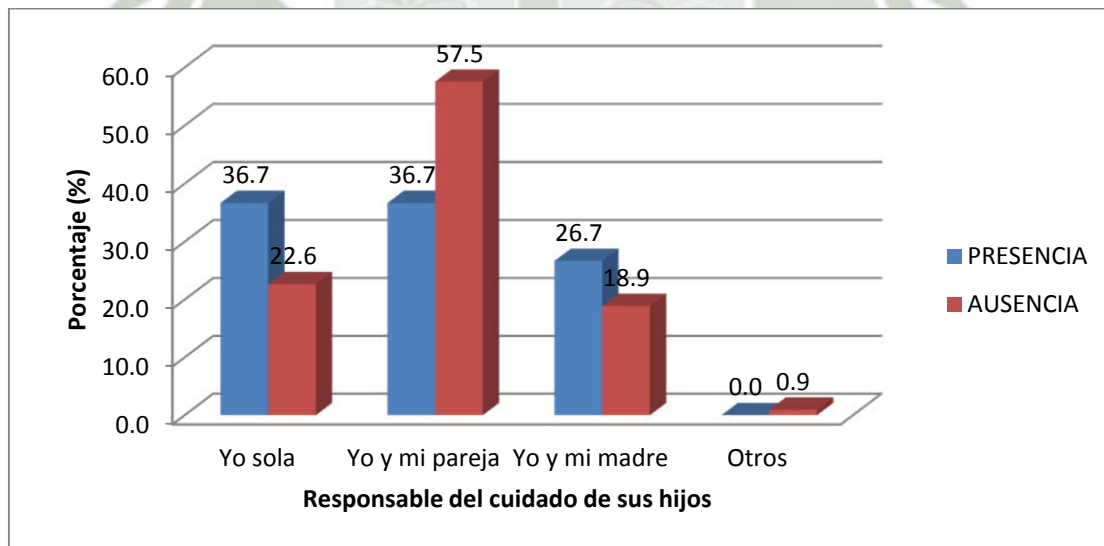


Figure 32 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y RESPONSABLE DEL CUIDADO SU HIJO

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Table 33 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y SU HIJO RECIBE

	DEPRESIÓN POSTPARTO				Total	
	PRESENCIA		AUSENCIA			
	N	%	N	%	N	%
Lactancia materna exclusiva	85	94.4	94	88.7	179	91.3
Lactancia mixta	5	5.6	11	10.4	16	8.2
Formula exclusiva	0	0.0	1	0.9	1	0.5
TOTAL	90	100.0	106	100.0	196	100.0

$X^2 = 2.412$ $P > 0.05$ ($P = 0.299$)

En la TABLA N°32 se muestra que el tipo de lactancia que la madre brinda al hijo no se asocia con la presencia de Depresión Post Parto, presentando $P = 0.299$, $X^2 = 2.412$.

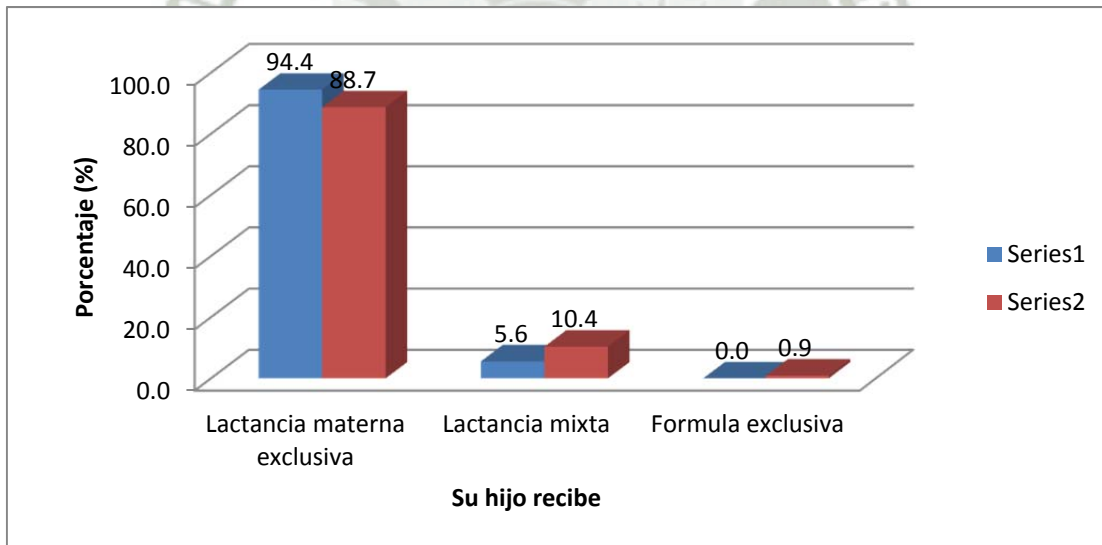


Figure 33 RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y SU HIJO RECIBE

CAPITULO III

DISCUSIONES Y COMENTARIOS



DISCUSIONES Y COMENTARIOS

El presente estudio incluyó a las puérperas que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa durante el mes de diciembre 2013 y Enero 2014, la muestra estuvo constituida por 196 puérperas, las cuales el 100% llenaron correctamente las encuestas suministradas, con la ayuda del responsable del trabajo. Por lo tanto se evaluaron 196 encuestas que cumplen con el llenado correcto.

La edad de la población estudiada (**Tabla y Grafico 1**) estuvo comprendida desde los 14 años de edad hasta más de los 39 años, donde el grupo etario más frecuente fue entre 23 a 30 años (46,94%); luego fue el comprendido entre 14 a 22 años (39.8%) y, en tercer lugar el grupo etario comprendido de 31 años a más con un porcentaje de (13.27%).

El grado de instrucción de la población estudiada (**Tabla y Grafico 2**) muestra que el 33.2% de la población encuestada tiene el grado de superior incompleta, 25.0% tiene el grado de instrucción de superior completa, 24.5% secundaria completa, 12.8% secundaria incompleta 2.6% primaria completa y 2.0% primaria incompleta.

El estado civil estudiado (**tabla y grafico 3**) indica que el 53.6% de la población encuestada convive con su pareja, 32.1% es soltera y 14.3% se encuentra casada.

La relación de pareja estudiado (**tabla y grafico 4**) muestra que el 44.4% de la población encuestada mantiene buenas relaciones con su pareja, 38.8% califica la relación con su pareja como regular, 8.2% la califica como muy buena y mala, y solamente el 1% de la población encuestada la califica como muy mala.

En relación a la presencia de abuso físico en las puérperas (**tabla y grafico 5**) de muestra que el 88.3% de la población encuestada no sufrió abuso físico por parte de su pareja, en

comparación con el 11.7% de la población que si sufrió abuso físico por parte de la pareja.

En relación a la con quienes viven las puérperas (**tabla y grafico 6**) se obtuvo que el 64.3% de la población encuestada convive con su pareja, 33.7 % con los padres, 1% sola, y 0.5% vive sola con los hijos y con otros familiares.

Cuando se analizaron la relación de las puérperas con sus padres (**tabla y grafico 7**) se obtuvo que 45.4% de la población mantiene una relación buena con sus padres, 44.4% de la población califica la relación con sus padres como regular, 8.7% la califica de muy buena, 1% la califica de mala y, 0.5% de la población la califica de muy mala.

En relación a la ocupación (**tabla y grafico 8**) muestra que 44.4% de la población son amas de casa, 29.6% son estudiantes, 17.3% tiene trabajo estable, 8.7% tiene trabajo inestable y, 0% de la población encuestada son cesante.

Cuando se estudia la procedencia de las puérperas (**tabla y grafico 9**) muestra que el 62.8% de las puérperas encuestadas tiene como procedencia la ciudad de Arequipa, el 37.2% de la población no pertenece a la ciudad de Arequipa.

En relación a la planificación del embarazo (**tabla y grafico 10**) se muestra que el 72.4% de la población encuestada no tuvo un embarazo planificado, solamente en 27.6% de la población el embarazo estuvo planificado.

En relación al número de controles prenatales (**tabla y grafico 11**) se muestra que el 40.8% de la población tuvo 8 o más controles, 30.6% de la población tuvo 7 controles, 11.7% tuvo 6 controles, 8.7% 5 controles, 4.6% 4 controles, 2.6% 3 controles, 0.5% 0 y 2 controles respectivamente.

En relación al tipo de parto (**tabla y grafico 12**) muestra que el 70.4% de la población

encuestada presentó parto vaginal (eutócico), en comparación con el 29.6% de la población que tuvo parto por cesárea (distócico).

En relación al número de semanas de embarazo al momento del parto (**tabla y gráfico 13**) muestra que el 88.8% de la población tuvo una gestación de término con 38 – 40 semanas de embarazo, 7.7% de la población 35 – 37 semanas, 2.6% > 41 semanas, 1% de la población < de 35 semanas de embarazo.

En relación al número de hijos anteriores a este embarazo (**tabla y gráfico 14**) muestra que 49.5% de la población no tuvo embarazos anteriores (primigesta), 33.2% de la población tuvo un embarazo anterior, 13.3% de la población 2 embarazos anteriores, 3.6% de la población 3 embarazos anteriores, 0.5% de la población 4 o más embarazos anteriores.

En relación con el cuidado de los hijos (**tabla y gráfico 15**) se muestra que en el 48.0% de la población los dos miembros de la pareja cuidan al hijo, 29.1% solo la madre cuida al hijo, 22.4% la madre y la abuela cuidan al hijo, 0.5% de la población encuestada afirma que es otro familiar el encargado de cuidar al hijo.

En relación al tipo de lactancia (**tabla y gráfico 16**) se muestra que el 91.3% de la población encuestada alimenta a su hijo mediante lactancia materna exclusiva, 8.2% mediante lactancia mixta, 0.5% utiliza fórmula exclusiva.

En relación a la presencia de Depresión Post Parto (**tabla y gráfico 17**) se muestra que 45.9% de la población encuestada presenta depresión post parto, en comparación con el 54.1% de la población que no presenta este tipo de trastorno.

La relación entre presencia de depresión post parto y la edad (**tabla y gráfico 18**) se muestra que existe asociación entre la edad y la presencia de Depresión Post Parto

$X^2=13.335$ $p<0.05$ ($p=0.001$), siendo esta más significativa en el primer grupo etario, comprendido entre los 14 – 22 años.

La relación entre Depresión Post Parto y grado de instrucción (**tabla y grafico 19**) muestra que existe asociación entre la Depresión Post Parto y el grado de instrucción el cual se manifiesta en los grupos cuyo grado de instrucción es bajo (primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa y superior incompleta) $X^2=20.85$ $p<0.05$ ($p=0.001$).

La relación entre Depresión Post Parto y estado civil (**tabla y grafico 20**) se muestra que existe asociación entre las dos variables, evidenciándose que la presencia de Depresión Post Parto es mayor en el grupo cuyo estado civil es soltera.

La relación de pareja con Depresión Post Parto (**tabla y grafico 21**) muestra que existe asociación entre la relación de pareja y la presencia de este trastorno, puesto que presenta $X^2= 14.603$ $P<0.05$ ($P=0.006$).

En relación a la presencia de abuso físico por parte de la pareja y Depresión (**tabla y grafico 22**) muestra que existe relación directa entre el abuso físico y la presencia de Depresión Post Parto. Presentando un riesgo relativo $OR= 3.058$ en las púerperas que sufrieron abuso físico alguna vez en comparación con las que nunca sufrieron ningún tipo de abuso. $P<0.05$ ($P=0.015$).

La relación entre las personas con las que viven las púerperas y a presencia de Depresión (**tabla y grafico 23**) muestra que existe diferencia estadísticamente comprobada $p< 0.041$, en la presencia de este trastorno en las púerperas que viven con los padres, a diferencia de las púerperas que viven con su pareja en cuyo grupo existe también depresión pero en un

menos porcentaje.

La relación con los padres y Depresión Post Parto (**tabla y grafico 24**) muestra que no existe relación entre dichas variables, puesto no presentan diferencias estadísticamente significativa entre los grupo que tienen relación muy buena, buena regular, mala y muy mala. Con un $p > 0.05$, ($p = 0.09$).

En relación a la ocupación y a presencia de Depresión Post Parto (**tabla y grafico 25**) muestra que existe asociación entre la ocupación de las púérperas y la presencia de este trastorno, presentando $p = 0.001$.

En relación a la procedencia y la presencia de Depresión Post Parto (**tabla y grafico 26**) muestra que no hay relación entre estas dos variables ya que no puede demostrar diferencias estadísticamente significativas con $p > 0.05$, ($p = 0.184$).

La relación entre planificación del embarazo y presencia de Depresión Post Parto (**tabla y grafico 27**) muestra que existe asociación de estas dos variables, presentándose este trastorno en la población que no planifico su embarazo, en comparación con la población que si planifico su embarazo, presentando diferencias estadísticamente demostrable con $p < 0.05$, ($p = 0.002$).

La relación entre el número de controles prenatales y Depresión Post Parto (**tabla y grafico 28**) muestra que no existe relación entre el número de controles prenatales y la posibilidad de presentar depresión, con $p > 0.05$, ($p = 0.125$).

En relación al tipo de parto y Depresión Post Parto (**tabla y grafico 29**) muestra que no existe relación entre el tipo de embarazo y la presencia del trastorno, puesto que dicho trastorno se presenta con similar frecuencia en ambos grupos de púérperas.

En relación a la edad gestacional y Depresión Post Parto (**tabla y grafico 30**) muestra que no existe relación entre las semanas de embarazo y la posibilidad de presentar depresión, con $p > 0.05$, ($p = 0.125$).

El número de hijos y Depresión Post Parto (**tabla y grafico 31**) muestra que existe relación entre el número de embarazos previos a este embarazo y presencia de este trastorno, puesto que las gestantes que no tuvieron embarazos anteriores presentan mayor frecuencia de la presencia de este trastorno en comparación con el resto de la población. Con $p = 0.039$.

En relación a quien está al cuidado del hijo y la presencia de Depresión Post Parto (**tabla y grafico 32**) muestra a las puérperas que se dedican solas o con la ayuda de otro familiar diferente del padre a cuidar al hijo tienen mayor frecuencia en la presencia de trastorno, en comparación con las puérperas que comparten esta labor con su pareja, por lo tanto se demuestra la diferencia estadísticamente significativa con $p = 0.02$.

En relación al tipo de lactancia que recibe el hijo y la presencia de Depresión Post Parto (**tabla y grafico 33**) muestra que no existe relación entre el tipo de lactancia y la presencia del trastorno, puesto que dicho trastorno se presenta con la misma frecuencia en todos los tipos de lactancia que las madres brindan a sus hijos.

Matilde Lena Luna Matos, Joel Salinas Piélagos, Antonio Luna Figueroa en el estudio: “Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2009”, Obtuvo 222 gestantes estudiadas, 89 (40,1%) presentaron depresión mayor. Las mujeres casadas tendían a deprimirse menos; las que no planificaron su embarazo y que presentaron complicaciones durante su gestación tendieron a deprimirse más que sus pares. No se encontró que la edad, el número de hijos, la edad gestacional, el nivel educacional, los antecedentes de aborto, el consumo de alcohol u otras sustancias, la falta de apoyo familiar y

la percepción de tener problemas de pareja, familiares, económicos o personales influyeran en la frecuencia de depresión.

Pilar Aramburú, Rosalyn Arellano, Sandra Jáuregui, Lizbeth Pari, Pablo Salazar, Oswaldo Sierra en el trabajo “Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004” informa que Se entrevistaron a 261 madres, con un promedio de edad de 27 años. La prevalencia de depresión posparto diagnosticada por medio del test de Edinburg fue de 33% y con la entrevista semi-estructurada de DSM IV se confirmó una prevalencia de 24.1%. Se encontró además que el 60.9% presentaron factores estresantes, el 8.4% tenían baja autoestima, 23.8% no percibían apoyo social y 50% tuvieron blues posparto. Conclusiones: Se encontró una tasa de prevalencia de depresión posparto en Lima Metropolitana de 24%. Los factores gineco-obstétricos y el estatus socioeconómico son factores de riesgo moderado para el desarrollo de depresión posparto. Es de importancia reconocer los factores relacionales/ satisfacción marital y psicosociales como factores de alto riesgo para el desarrollo de depresión posparto en mujeres dentro de los primeros meses.

Graciela Rojas, Rosemarie Fritsch, Viviana Guajardo, Felipe Rojas, Sergio Barroilhet, Enrique Jadresic en el trabajo “Caracterización de madres deprimidas en el posparto” concluye que: Estas mujeres no tenían un empleo remunerado (82,7 %), tuvieron embarazos no deseados (62,5%) y carecido de un apoyo social adecuado (59,4 %). Desde el punto de vista clínico, la mayoría de estas puérperas tenían una historia familiar de depresión (64,2 %) y el 31% habían sufrido de episodios depresivos anteriores. Los síntomas clínicos de estos pacientes consistían el estado de ánimo de depresión (93,2%), anhedonia (87,9%) y la

fatiga (87%). Conclusiones: Las mujeres deprimidas postparto constituyen un grupo que requiere atención clínica más debido a su gran vulnerabilidad biológica, los síntomas depresivos activos, y su enorme riesgo psicosocial.

Con respecto a los estudios citados anteriormente, el trabajo realizado guarda relación con el estudio “Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2009” puesto que se utilizaron variables similares, sin embargo la presencia del trastorno es más alta en nuestro medio 45.9% en comparación con 40.8% de dicho estudio, nosotros no incluimos la variable de abortos previos, puesto que en dicho estudio esa variable se asocia a la presencia de Depresión Post Parto,

Así mismo, en nuestro estudio se demuestra que las variables de edad, grado de instrucción, estado civil, relación con la pareja, abuso físico, ocupación, planificación del embarazo y, cuidado del hijo, se relaciona directamente con la presencia del trastorno, a diferencia de los resultados con el estudio realizado en la ciudad de Lima en 2009, antes citado.

En nuestro estudio se encuentra al igual que en el estudio citado que las puérperas que presentan problemas durante el embarazo tienden a deprimirse más que sus pares, a diferencia con nuestro trabajo, las puérperas encuestadas que tienen problemas de mala relación con su pareja tienden a deprimirse más que las puérperas que no presentan este problema social.

A diferencia del estudio realizado en el 2004 en lima nuestro trabajo difiere en que el porcentaje de puérperas que presentan el trastorno del ánimo es del 45% a diferencia del 33% mencionado en dicho trabajo, también se menciona que al igual que nuestro trabajo que el estatus socio económico son factores de riesgo para padecen dicho trastorno.

En comparación con el estudio realizado en Lima en 2004, nuestro trabajo guarda relación con los resultados de dicho trabajo donde se concluye que hay factores maritales, y psicosociales para el desarrollo de Depresión Post Parto.

A diferencia con el estudio “Caracterización de madres deprimidas en el posparto” en nuestro trabajo no se incluyen antecedentes de la presencia de dicho trastorno en familiares directos, ni presencia de episodios vividos por las puérperas anteriormente.

Se encontró que a los resultados encontrados en nuestro trabajo se relaciona con el estudio “Caracterización de madres deprimidas en el posparto” en el cual se describe que 62.5% de las puérperas que presentaron el trastorno de depresión pos parto no planificaron su embarazo, el cual se asemeja con los resultados obtenidos en nuestro estudio donde se muestra que 82.6% de las puérperas que se deprimieron no planificaron su embarazo.

Se ha demostrado que la Depresión Post Parto es un trastorno frecuente en nuestra población, se han identificado variables que hacen a las futuras madres vulnerables de sufrir Este tipo de trastorno,

CAPITULO IV

CONVCLUSIONES Y RECOMENTACIONES

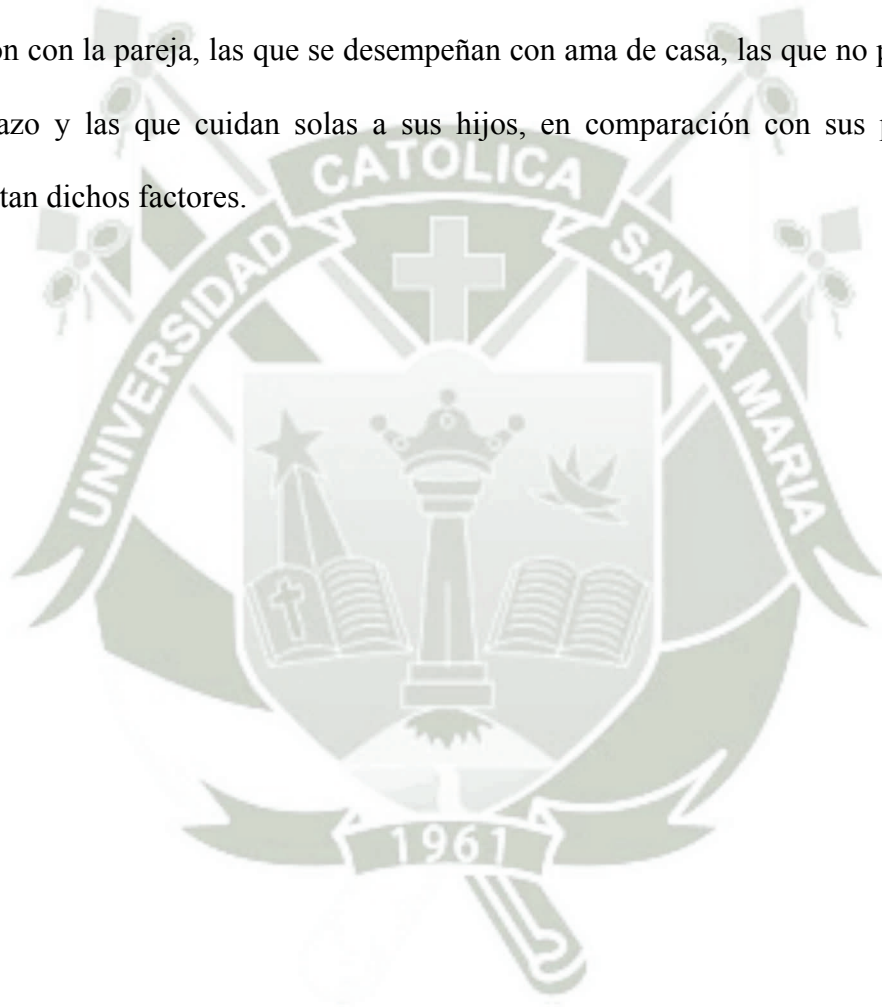


CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

- PRIMERA. Se encuestaron a 196 puérperas, de las cuales la frecuencia de Depresión Post Parto en el Hospital General Honorio Delgado utilizando el test de Edimburgo fue de 45.9%. (90 puérperas)
- SEGUNDA. Se encontró que las características socio demográficas de las puérperas del HRHD son: la edad media de las puérperas es de 24.26 años con una desviación de +/- 5.3años, aproximadamente solo el 25% tiene estudios superiores completos, el 53.6% de las encuestadas convive con su pareja, 32.1% solteras, el 82.2% tiene una relación entre buena y regular con sus pareja , un alto porcentaje 11.7% de las encuestadas sufrió abuso físico por parte de su pareja, el 64,3% de la población vive con su pareja, el 44.4% se desempeña como ama de casa.
- TERCERA. La frecuencia de las puérperas que presentan el trastorno de Depresión Post Parto fue de 45.9% .
- CUARTA. Se encontró que las características perinatales de las puérperas del HRHD son: el 72% no planifica su embarazo, el 83.1% de la población cumple con el número de controles de mínimo 6 establecido por el MINSA. En relación al tipo de parto se encontró que el 70.4% tuvo parto vaginal y 88.8% de término, el 49.5% no tiene hijos anteriores y el 48% comparte el cuidado del hijo con la pareja.
- QUINTA. Dentro de las puérperas que presentaron las el trastorno de Depresión Post Parto, se encontró que 67.8% tuvo parto vaginal, 91.1% embarazo de termino, 56.7% no tiene hijos anteriores, el 36.7% cuida sola a su hijo y el mismo porcentaje lo hace junto con la madre y el 94.4% brinda lactancia materna a su menor hijo.

- SEXTA. Con respecto a las variables que se asocian a la presencia de Depresión Post Parto se encontró que existe relación directa entre la edad, grado de instrucción, estado civil, relación con la pareja, el abuso físico, con vive la puérpera, ocupación, embarazo planificado, numero de hijo y la responsabilidad en el cuidado del hijo. debido a que se demostró que existe diferencia estadística significativa en la presencia del trastorno en las puérperas que tienen menor edad, bajo grado de instrucción, son solteras, mala relación con la pareja, las que se desempeñan con ama de casa, las que no planificaron su embarazo y las que cuidan solas a sus hijos, en comparación con sus pares que no presentan dichos factores.



B. RECOMENDACIONES.

- Con respecto a los resultados obtenidos en este trabajo se evidencia la alta posibilidad de padecer el trastorno Depresión Post Parto casi el 50% de las puérperas atendidas en el hospital presentaron dicho trastorno, por lo tanto dentro de los controles prenatales se debería de incluir la consejería por parte de un equipo de ayuda psicológica a todas las gestantes.
- En vista que la edad más vulnerable comprende entre 14 y 22 años, se debería identificar a toda la población que pertenece a este grupo y, brindarles todo el apoyo que ellas requieran, luego de los controles prenatales,
- En caso de que se encuentre a alguna gestante que está sufriendo algún tipo de abuso por parte de su pareja, se debería de brindar todo el apoyo psicológico, y también de bienestar, debido a que el padecer abuso físico por parte de la pareja conlleva a un alto riesgo de padecer trastornos de ánimo en el puerperio.
- Dentro de los controles prenatales que se realizan a las gestantes durante todo el periodo de embarazo se deberían aplicar cuestionarios dirigidos a las variables estudiadas e identificar a las gestantes que presentan factores de riesgo y, estar alerta o hacer un seguimiento un poco más minucioso debido a que presentan mucho más riesgo de padecer Depresión Post Parto en la etapa puerperal.
- En caso de que se identifique a personas que presentan los factores de riesgo para Depresión Post Parto se debería implementar un plan de trabajo conjunto con un equipo dirigido a la parte física y mental, para poder brindar un apoyo integral a estas pacientes.
- Se deberían de hacer más estudios en este campo clínico de las personas, debido a

que a nivel local no se cuenta con ningún estudio parecido, así en un futuro volver a elaborar una encuesta con todas las variables que se consideren factores de riesgo, y poder realizar un trabajo de correlación de variables (factores de riesgo) y la presencia de Depresión Post Parto.



BIBLIOGRAFIA

1. Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría 10 ed. Wolters Kluwer(NY): Lippincott Williams&Wilkins Publishers;2009. Cap.30 p.865-68
2. First MB, Pincus HA, Frances A. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV - texto revisado (APA). Primera edición. Barcelona: Editorial Masson SA, 2003.
3. Luna ML, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(4): p.310-4.
4. Aramburú P, et al. Depresión postparto en establecimientos de salud del 1º nivel MINSA, Lima Metropolitana. Rev. peru. epidemiol. Vol 12 No 3 Diciembre 2008.p.1-5
5. Toro RJ, Yepes LE, Palacio CA, Tellez JE. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5 ed. Corporación para Investigaciones Biológicas;2010. Cap.30 p.384-390
6. Organización Mundial de la Salud. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Política de la OMS en materia de género. Ginebra: Organización Mundial de la Salud;2002.
7. Torres C. La otra mirada de la salud Mental. Reflexiones. Salud 4. Revista Mujer y Salud. Isis Internacional. Chile.
8. Daskal AM. Algunas reflexiones acerca de la salud mental de las mujeres. En: Primer Congreso Nacional Mujer y Salud Mental. Santiago de Chile: SERNAM: 1994. P.23-9
9. Oviedo GF, Jordán V. Trastornos afectivos posparto: Universitas Médica 2006 vol. 47 nº 2; p.131-40

10. Picech R, Flores L, Lanser R, Cremonte M. Depresión y embarazo. Rev Post-Grado Med(Corrientes, Argentina). 2005;145, p.5–8.
11. Henshaw C. Clinical and biological aspects of postpartum blues and depression. Curr op Psychiatry 2000; 13: p.635-8.
12. Nonacs R, Cohen L. Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options. J Clin Psychiatry 2002; 63 (7): p. 24-40.
13. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. British Journal of Psychiatry : Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo , Junio de 1987, Volumen 150, p.1-7
14. Yoshida K, Smith B, Craggs M, Kumar RC. Investigation of pharmacokinetics and of possible adverse effects in infants exposed to tricyclic antidepressants in breast-milk. J Affect Disord 1997; 43: p.225-37
15. Rojas G. et al. Caracterización de madres deprimidas en el posparto: Rev Med Chile 2010; 138: p.536-42
16. Evans G. ,Vicuña M., Marín R. Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud. Rev Chil Obstet Ginecol 2003; 68(6): p. 491-494
17. Ascaso C. et al. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas. Medicina clínica, ISSN 0025-7753, Vol. 120, Nº. 9, 2003 , p. 326-29
18. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO. Review of validation studies of the Edinburgh postnatal depression scale. Acta Psychiatr Scand. 2001.

ANEXOS



Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Si usted decide participar en este proyecto, se le pedirá que complete dos cuestionarios, los cuales son completamente voluntarios, usted puede saltar cualquier pregunta que no desee contestar, las preguntas del cuestionario son de carácter emocional y social, los cuales serán utilizadas únicamente por las personas entrevistadoras para fines académicos de tesis. Si usted decide no participar sus servicios con el departamento de salud no se verán afectados de ninguna manera. Si usted tiene cualquier pregunta sobre el proyecto o cuestionario por favor pregunte a la persona que la esta entrevistando.

Su firma abajo indica que usted ha leído y entiende la información de este consentimiento.

.....
Firma

EDAD:()

GRADO DE INSTRUCCION:

Analfabeta () Primaria incompleta () Primaria completa ()

Secundaria incompleta ()

Secundaria completa () Superior incompleta () Superior completa ()

ESTADO CIVIL:

Soltera () Conviviente () Casada () Divorciada () Viuda ()

LA RELACION CON SU PAREJA LA CONSIDERA:

Muy Buena () Buena () Regular () Mala () Muy mala ()

ALGUNA VEZ SU PAREJA ABUSO FISICAMENTE DE USTED:

Si () No ()

VIVE CON:

Padres () Pareja () Sola () Sola con Hijos () Otros ()

LA RELACION CON SUS PADRES LA CONSIDERA:

Muy Buena () Buena () Regular () Mala () Muy mala ()

OCUPACION:

Ama de Casa () Estudiante () Trabajo estable () Trabajo Inestable () Cesante ()

PROCEDENCIA:

Arequipa () Otros ()

SU EMBARAZO FUE PLANIFICADO: SI () NO ()

SU NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES FUE:

Ninguno () 01() 02() 03() 04() 05() 06() 07() 08()

SU PARTO FUE POR: Vaginal () Cesárea () Fórceps ()

SEMANAS DE EMBARAZO AL MOMENTO DEL PARTO:

Menor de 30 semanas () 30-34 semanas () 35-37 semanas () 38-40 semanas ()

Más de 41 semanas ()

NÚMERO DE HIJOS ANTERIORES A ESTE EMBARAZO:

Ninguno () 01() 02() 03() 04() Mas de 04()

QUIEN CUIDA DE SU HIJO:

Yo sola () Yo y mi pareja () Yo y mi madre () Solo mi madre () Otros ()

SU HIJO RECIBE:

Lactancia materna exclusiva () Lactancia mixta () Formula exclusiva ()

Anexo 2: Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo (EPDS)²

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Su fecha de Nacimiento: _____
 Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o 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.

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

- | | |
|---|---|
| <p>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
 Tanto como siempre
 No tanto ahora
 Mucho menos
 No, no he podido</p> | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian
 Sí, la mayor parte de las veces
 Sí, a veces
 No, casi nunca
 No, nada</p> |
| <p>2. He mirado el futuro con placer
 Tanto como siempre
 Algo menos de lo que solía hacer
 Definitivamente menos
 No, nada</p> | <p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
 Sí, la mayoría de las veces
 Sí, a veces
 No muy a menudo
 No, nada</p> |
| <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
 Sí, la mayoría de las veces
 Sí, algunas veces
 No muy a menudo
 No, nunca</p> | <p>8. Me he sentido triste y desgraciada
 Sí, casi siempre
 Sí, bastante a menudo
 No muy a menudo
 No, nada</p> |
| <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
 No, para nada
 Casi nada
 Sí, a veces
 Sí, a menudo</p> | <p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando
 Sí, casi siempre
 Sí, bastante a menudo
 Sólo en ocasiones
 No, nunca</p> |
| <p>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
 Sí, bastante
 Sí, a veces
 No, no mucho
 No, nada</p> | <p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma
 Sí, bastante a menudo
 A veces
 Casi nunca
 No, nunca</p> |

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

Taken from the British Journal of Psychiatry
 June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

1/07

^{2 2} Los resultados del presente trabajo los puede consultar comunicándose con el numero de celular 958364776

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana Programa Profesional de Medicina Humana



Proyecto de Tesis para optar el título de Médico Cirujano

“Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013”

Autor: Almanza Cáceres, Luís Carlos

Profesor y asesor: Dr. Ervis Alvarado Dueñas

Arequipa - Perú

2013

I. PREÁMBULO

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto.(1) Según la cuarta edición revisada del Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales (DSM-IV TR), el especificador de inicio en el posparto se aplica a los trastornos que se manifiestan durante las cuatro semanas posteriores al parto. Este especificador puede utilizarse en episodios depresivo mayor, maníaco o mixto, en trastorno depresivo mayor actual (o más reciente), en trastorno bipolar tipo I o trastorno bipolar tipo II o aplicable en un trastorno psicótico breve (2). Dentro de estos trastornos; el trastorno de Depresión Post-parto(DPP), según la literatura revisada afecta alrededor del 10 al 15% de puérperas se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, ansiedad excesiva insomnio y alteraciones ponderales; suele aparecer en las 12 semanas siguientes al parto; diversos estudios señalan que un episodio de depresión puerperal aumenta el riesgo de sufrir episodios de depresión mayor en algún momento de su vida con al discapacidad en el desenvolvimiento de la madre que acarrea(1). Diversos estudios en nuestro país generan cifras de prevalencia entre 24,1% al 40,1% todos estudios realizados en la ciudad de Lima, por lo que es de importancia conocer su frecuencia y características sociodemográficas en puérperas de nuestra ciudad al tener diferentes variables respecto a la ciudad anteriormente citada. (3; 4)

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál será la frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Salud mental en mujeres

b) Análisis de Variables: Variables Sociodemográficas

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Grado de Instrucción	Último año de estudios aprobado	-Analfabeta -Primaria incompleta -Primaria completa -Secundaria incompleta -Secundaria completa -Superior incompleta -Superior completa	Ordinal
Estado civil	Unión civil declarada	-Soltera -Conviviente -Casada -Divorciada -Viuda	No minimal
Relación con su pareja	Percepción propia de relación	-Muy Buena -Buena -Regular -Mala -Muy mala	Ordinal
Abuso físico por parte de pareja	Percepción propia de abuso	-Si -No	No minimal
Vive con	Convivencia declarada propia	-Padres -Pareja -Sola -Sola con Hijos -Otros	No minimal
Relación con sus padres	Percepción propia de relación	-Muy Buena -Buena -Regular -Mala -Muy mala	Ordinal
Ocupación	Grupo		No

	ocupacional según refiere encuestado	-Ama de Casa -Estudiante -Trabajo estable -Trabajo Inestable -Cesante	min al
Procedencia	Procedencia según refiere encuestado	-Arequipa -Otros	No min al

c) Análisis de Variables: Variables Perinatales

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Embarazo planificado	Declaración de puérpera	-Si -No	No min al
Número de Controles Prenatales	Número de visitas al Control Prenatal	-Ninguno -Uno -Dos -Tres -Cuatro -Cinco -Seis -Siete -Más de Siete	Ordi nal
Tipo de Parto	Tipo de parto atendido declarado por puérpera	-Vaginal -Cesárea -Fórceps	No min al
Edad Gestacional al momento del parto	Edad Gestacional en el parto declarada por puérpera	-Menor de 30 semanas -30-34 semanas -35-37 semanas -38-40 semanas -Más de 41 semanas	Ordi nal
Número de Hijos anteriores al	Número de hijos declarada por puérpera	-Ninguno -Uno -Dos	Ordi nal

Embarazo		-Tres -Cuatro -Más de Cuatro	
Encargado de cuidado de su Hijo(a)	Encargado(a) de cuidado declarado por puérpera	-Yo sola -Yo y mi pareja -Yo y mi madre -Solo mi madre -Otros	No min al
Alimentación de su hijo(a)	Alimentación del menor hijo declarada por puérpera	-Lactancia materna exclusiva -Lactancia mixta -Formula exclusiva	No min al

d) Análisis de Variables: Depresión Post-parto mediante Escala de Edimburgo

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Depresión Post-parto	Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburg	>10 puntos: Probable depresión <10 puntos: No depresión	No min al

e) Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles es la frecuencia del Trastorno de Depresión Post-parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013?
2. ¿Cuáles son las características Socio-demográficas de las puérperas del

Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013?

3. ¿Cuáles son las características Socio-demográficas de las puérperas con Trastorno de Depresión Post-parto del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013?
4. ¿Cuáles son las características perinatales de las puérperas del e el HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA?
5. ¿Cuáles son las características perinatales de las puérperas que presentan el trastorno Depresión Post-parto del HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA?

f) Tipo de investigación:

Se trata de un estudio observacional, transversal y de campo.

1.3. Justificación del problema

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

Originalidad: El presente trabajo es original debido a que si bien es cierto se conocen cifras y características sociodemográficas de la DPP en nuestro país, en nuestra ciudad no se realizó un trabajo de investigación para conocerlas ya que las condiciones sociodemográficas son muy diferentes a las de otras regiones del Perú.

Relevancia Científica: La literatura describe una prevalencia de la DPP entre el 10% al 15%, en nuestro país diversos trabajos realizados describen cifras entre 24,1% al 40,1%, realizar el presente trabajo nos permitirá obtener un perfil de la puérpera con

DPP y caracterizarla de mejor manera.

Relevancia Social: Debido a que uno de los compromisos para el 2015 firmado por nuestro país en el año 2000, "Objetivos del Desarrollo del Milenio" (ODM) ante la ONU, el quinto, "mejorar la salud sexual y reproductiva" conlleva un aspecto preponderante en la salud mental de la mujer es más siendo este un trastorno post-gestacional es de más importancia.

Relevancia Contemporánea: En las últimas décadas la mujer ha alcanzado un empoderamiento bastante notorio en la sociedad, es más es el eje fundamental en el desarrollo de la familia por lo que investigar respecto a su salud mental, aparte de encontrarse una cantidad considerable de literatura, investigar acerca de ella aporta de manera importante al conocimiento de la salud mental de la mujer.

Por todo ello se justifica la realización del presente estudio.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Salud Mental de Mujeres y sus Trastornos.-

La salud de las mujeres en general y la mental en particular se desarrollaron como áreas de interés específico durante las dos últimas décadas gracias a la dedicación constante de grupos de investigación en todo nuestro planeta cuyos estudios y resultados lograron posicionar la temática en la agenda internacional de salud. (5)

2.2 Definiciones

El género se define como todas aquellas creencias, representaciones, prescripciones y prácticas sociales que surgen como resultado de la valoración que se hace de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres. Esta diferenciación se refleja en la división de la actividades, identidad y en la forma como interactúan los miembros de cada uno de los sexos. Es un proceso de construcción social a diferencia del sexo que es una variable biológica determinada por el genotipo. Así cada cultura desarrolla una serie de pautas normativas y significados que delimitan la actuación de hombres y de mujeres, es decir del sexo, se suman otras socialmente construidas, tales como la identidad, los roles, y las actividades derivadas de la concepción que tiene la sociedad acerca de cómo se debe ser mujer, cómo debe comportarse o cuáles actividades le están señaladas o prohibidas. Tanto el sexo como el género, interactúan con otras características como la edad, la estructura familiar, el ingreso, el nivel educativo, la red social de soporte para determinar el estado de salud de cada quien. (5)

Con respecto a la vida mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como” La experiencia interior ligada a la experiencia interpersonal de grupo”, donde se combinan experiencias cognitivas, afectivas, y relacionales. En este contexto la salud mental se define

como “la capacidad de los individuos, grupos y el medio de interactuar mutuamente para promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la obtención de metas individuales y colectivas compatibles con la justicia así como el establecimiento y la preservación de condiciones de igualdad fundamental”.(6)

Citando a la Academia de Educación en Salud de las Mujeres de los Estados Unidos, podemos decir que la salud mental de las mujeres es el área dedicada a la búsqueda, diagnóstico y manejo de aquellas entidades únicas, o más comunes, o más serias en las mujeres, que tienen manifestaciones, factores de riesgo e intervenciones que son diferentes, incluyendo todo su ciclo vital y considerando las diferencias entre ellas derivadas de su raza, etnia, raza, cultura, orientación sexual, nivel educativo o religión entre otras.(6)

Para cumplir con este propósito, se hace necesario trabajar en equipos multidisciplinarios, que busquen siempre el empoderamiento de la mujeres para que sean partícipes informadas de su propio proceso, asumiéndola como una tarea de toda la comunidad que requiere una información clara y accesible que le permita participar activamente en el cuidado de su salud y en el tratamiento de su enfermedad. Para facilitar su conocimiento podemos hablar de dos grupos de trastornos uno, el que se refiere a los trastornos mentales derivados directamente de su función reproductiva, y otro, el que incluye trastornos que se presentan en momentos de la vida de la mujer que no tienen que ver con su función reproductiva y más bien se presentan en el contexto de su vida productiva, trataremos pues de los primeros citados enfocándonos en los trastornos mentales del post-parto. (6)

2.3 Importancia de la Salud Mental en Mujeres

En septiembre del año 2000, en la Organización de las Naciones Unidas (ONU), entre ellas el Perú, suscribieron un acuerdo que se conoce como el ODM, “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, a través del cual se buscaba un norte en los temas definidos como prioritarios para mejorar la vida de los seres humanos. Cada país se comprometía a definir unas metas nacionales para cada uno de los ocho objetivos y el año 2015 se fijó como la fecha en la cual se debían haber alcanzado.

Entre los ocho temas suscritos como prioritarios tres tienen que ver directamente con las mujeres: el tercero, “promover la igualdad entre sexos y la autonomía de la mujer”, el cuarto, “reducir la mortalidad infantil” y el quinto, “mejorar la salud sexual y reproductiva”. Es evidente entonces como el empoderamiento de las mujeres, el buen cuidado de la prole y la aplicación de políticas demográficas efectivas pasa necesariamente por la salud de las mujeres y por ende también por su salud mental.(6)

Varios determinantes deben considerarse en el análisis de la salud mental de las mujeres. En primer lugar las circunstancias sociales y económicas que afectan severamente la salud de las personas a lo largo de su vida. Se conoce como “feminización de la pobreza” al fenómeno descrito por la ONU que reconoce que el 70% de los pobres en el mundo son mujeres y ganan un poco menos del 50% que los hombres en el trabajo remunerado. Tenemos entonces que las mujeres son las más pobres entre los pobres en el mundo, atrapadas en un círculo creciente de pobreza (7). De acuerdo al “gradiente de salud”, según el cual que a medida que mejoran las condiciones socioeconómicas se mejoran las condiciones de salud de una población pero la magnitud del cambio es superior en las clases

más favorecidas. Esto determina que en las mujeres pobres en vez de mejorar su salud, empeorara en los próximos años apretando cada vez más el nudo del desarrollo.

Otros determinantes de la salud mental de las mujeres esenciales en su análisis, son los factores biológicos tales como el dimorfismo cerebral (diferencias entre el cerebro de hombres y mujeres, en organización, actividad y funciones), la raza, la edad, el estado reproductivo; psicológicos como la tendencia a la pasividad, la sumisión y la dependencia por un lado, y la relacionabilidad y su habilidad especial para el cuidado por los demás con postergación de las necesidades propias que fomentan los roles tradicionales de género; y cómo se nace, cómo se vive, se trabaja y envejece en el contexto económico, social y político entre las sociedades.(8)

Por citar algunas cifras que nos demuestran cómo estos determinantes se mezclan para producir diferencias epidemiológicas entre los géneros: la depresión, los trastornos ansiosos y las molestias somáticas afectan a una de cada tres personas y predominan en el sexo femenino. La depresión unipolar que para el 2020 será la segunda causa de discapacidad en el mundo, es dos a tres veces más común en las mujeres. Existe también una mayor tendencia en las mujeres a tener más de un trastorno mental lo cual aumenta la discapacidad.(8)

Se discute mucho sobre las diferencias epidemiológicas encontradas en general en varios trastornos mentales y en particular en la prevalencia de depresión entre hombres y mujeres y si estos son reales. Para esto se descarta la posibilidad de un sesgo en la tendencia a sobrediagnosticar a las mujeres, también a que puedan explicarse por la tendencia de ellas a consultar más fácilmente por problemas emocionales y finalmente el consenso indica, tal

como lo recoge la OMS, que son los determinantes relacionados con su condición de género lo que parece dar cuenta de estas diferencias. (8)

2.4 Trastornos Mentales del Post-parto.

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto.(1) Algunas mujeres experimentan síntomas transitorios y leves. Sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos. Varios reportes recientes sobre infanticidio por parte de mujeres con enfermedad psiquiátrica en el posparto, señalan la importancia de diagnosticar y tratar estos trastornos. Su detección precoz es limitada por cuanto ni se busca atención, ni se realiza tamizaje de rutina(9).

Según la cuarta edición revisada del Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales (DSM-IV TR), el especificador de inicio en el posparto se aplica a los trastornos que se manifiestan durante las cuatro semanas posteriores al parto. Este Especificador puede utilizarse en episodios depresivo mayor, maníaco o mixto, en trastorno depresivo mayor actual (o más reciente), en trastorno bipolar tipo I o trastorno bipolar tipo II o aplicable en un trastorno psicótico breve (2).

Los cambios fisiológicos pueden explicar ciertas transformaciones en la esfera mental. Sin embargo, no constituyen la única condición que explica la presencia de síntomas mentales durante el postparto. También otros factores, como los psicosociales y ambientales, condicionan la proclividad de la mujer a presentar dichos síntomas. La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo o en el posparto son de gran importancia, no

sólo por su asociación con los indicadores de morbi-mortalidad, sino también, por las consecuencias y sus posibles complicaciones. De ahí que en los últimos años se viene intentando optimizar el diagnóstico y poner a disposición tratamientos tempranos y eficientes para prevenir y tratar estos trastornos. A pesar de estas estrategias, ciertas patologías como la depresión posparto son aún subdiagnosticadas y consecuentemente, mal tratadas o no atendidas (1).

2.4.1 Antecedentes Históricos.-

En el siglo IV a. de C., Hipócrates realizó la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto. En su reseña consideró que algunas apreciaciones sobre las características clínicas de la manía posparto, asociadas a la lactancia, se trataban de delirium asociado a “sepsis puerperal”, entidad relativamente común en la antigua Grecia. En los siglos XVIII y XIX, la literatura médica alemana y francesa introdujo los primeros reportes sistemáticos de casos sobre locura puerperal. En el año 1818, Jean Esquirol realizó la primera descripción detallada de 92 casos de psicosis puerperal. En 1829, Robert Gooch, reportó la psicosis puerperal en su informe Enfermedades propias de las mujeres. En 1856, el médico francés Victor Louis Marcé, en su libro *Traite de la Folie des Femmes Enceintes*, caracteriza de manera sistemática la enfermedad mental durante el posparto. Este médico fue el primero en sugerir que los cambios fisiológicos durante el puerperio influían en el estado de ánimo materno. En 1969, B. Pitt caracterizó un tipo de depresión leve asociada al posparto. El concepto sobre una forma más grave de enfermedad mental no asociada con psicosis fue elaborado en los años setenta, en

estudios de población fundamentados en entrevistas estructuradas y en criterios diagnósticos estandarizados. En este estudio se registraron altas tasas de participación de diversas formas de depresión entre las mujeres durante los primeros seis meses después del parto (9).

2.4.2 Clasificación.-

Después del parto, las puérperas pueden experimentar tres tipos de trastornos: *baby blues* denominado en nuestro medio *depresión del tercer día*; depresión post-parto y la psicosis post-parto o *psicosis puerperal* (1).

2.4.2.1. Baby Blues o Depresión del Tercer día.-

Este trastorno se define como una forma leve y transitoria de depresión que aparece entre el tercero y el séptimo día posparto, con una duración generalmente corta. Se trata de la alteración del estado de ánimo posparto más común, con una prevalencia de 75 a 80%. Se caracteriza por irritabilidad, tristeza, fatiga, accesos de llanto y labilidad emocional. El post partum blues es un fenómeno común en este período y puede durar hasta dos semanas. Por lo general, no requiere tratamiento farmacológico. Algunos estudios revelan que una mujer que presenta post partum blues tiene una probabilidad de 20% de desarrollar depresión posparto. No

Se conoce cuánto se asocia el post partum blues a cambios hormonales posnatales; algunos estudios han sugerido que el post partum blues se relaciona con la caída en Los picos de estrógenos y progesterona en el momento del parto(10).

Se han desarrollado dos hipótesis que intentan explicar este fenómeno. La primera

se orienta a relacionar los síntomas con la supresión hormonal abrupta. Durante el embarazo es observable el bajo nivel de progesterona y sus metabolitos, principalmente de alopregnanolona. Este bajo nivel se ha asociado con síntomas depresivos, por cuanto estas sustancias poseen gran afinidad por los receptores GABA, razón por la que poseen efectos ansiolíticos y anestésicos.

Se ha observado que las mujeres con post partum blues presentan un mayor aumento de los niveles de progesterona en las últimas semanas del embarazo y durante el posparto, así como disminución de otras sustancias como el colesterol y los triglicéridos, que también se han asociado con cambios en el ánimo.

La segunda hipótesis se fundamenta en la activación del sistema biológico mamífero que relaciona a la madre con su hijo, regulado por la oxitocina. En situaciones normales, la oxitocina colabora con la conducta de apego entre madre e hijo. Sin embargo, ante la presencia de tensión emocional y pobre apoyo ambiental, puede relacionarse con síntomas depresivos y ansiosos, en especial, en mujeres más sensibles al estrés psicosocial. El tratamiento consiste en tranquilizar a la madre, promover el acompañamiento por parte de la familia, vigilar la evolución de los síntomas y realizar psicoterapia de apoyo breve (11).

2.4.2.2. Depresión Post-parto.-

Se estima que este trastorno se presenta en 10 a 15% de las mujeres en el período posparto; este síndrome dura más tiempo que el post partum blues y tiene un mayor impacto en la familia. Se ha calculado que en países como Estados Unidos, una de cada ocho mujeres presenta en su posparto tal patología. Esto significa que del total de mujeres

en posparto, aproximadamente, un millón de mujeres por año presenta este tipo de depresión (1).

2.4.2.2.1. Etiología de la Depresión Post-parto.-

Los síntomas depresivos graves que se manifiestan de manera temprana (dos o tres días) sugieren el inicio de una depresión posparto. Estos síntomas incluyen anhedonia, ideas de minusvalía y culpa, llanto fácil, fatiga, insomnio o hipersomnia, dificultad para concentrarse e incapacidad para realizar las tareas maternas. Las mujeres con depresión posparto sin psicosis pueden tener ideación suicida e ideas obsesivas comúnmente relacionadas con la posibilidad de hacerle daño al lactante. Se ha observado que la incidencia de depresión posparto presenta variaciones en función de la cultura. Es así que, en países y en situaciones en las cuales se provee apoyo psicosocial durante el embarazo, el parto y el posparto, la incidencia de este trastorno es baja (5). Entre los factores de riesgo y predicción que explican la aparición de la depresión posparto sin psicosis, se encuentran los siguientes: eventos estresantes previos al embarazo, historia de trastorno depresivo mayor o de trastorno disfórico premenstrual, historia familiar de trastornos del estado de ánimo, embarazo no deseado, historia de amenaza de aborto, parto pretérmino y parto por cesárea, el ser madre soltera o la disfunción de pareja, la baja autoestima materna, el bajo nivel socioeconómico, los embarazos no deseados o no planeados, y la imposibilidad de lactar o el cese temprano de la lactancia. Además de la influencia de los factores ya mencionados, el inicio de los síntomas durante el embarazo, el temperamento del recién nacido, el bajo nivel educativo de la madre y anomalías o enfermedades del hijo o de la madre, se han relacionado con la presencia de síntomas depresivos

persistentes después de seis meses de posparto. Esta situación ocurre hasta en el 50% de los casos. Desde el punto de vista biológico, es posible que se presente una excesiva fatigabilidad, piel seca, intolerancia al frío y caída reciente del pelo. Sin embargo, debe descartarse el hipotiroidismo, el cual se presenta en 5 a 10% de las mujeres en el primer año posparto. En cuanto a la causa de la depresión posparto sin psicosis, las teorías más acertadas hasta el momento son las que se relacionan con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas durante este período. Entre los aspectos hormonales, se debe resaltar que el período posparto se caracteriza por un rápido cambio en los niveles circulantes de diferentes hormonas. Durante el embarazo, los niveles de estrógenos (estradiol, estriol, y estrona) y de progesterona presentan un aumento constante que, en parte, es el resultado de la producción placentaria de estas hormonas. Con la pérdida de la placenta durante el parto, los niveles de progesterona y estrógenos caen de manera abrupta y alcanzan los niveles previos al embarazo hasta el quinto día del posparto (11).

2.4.2.2.2. Fisiopatología y Sustrato Neuroendocrino.-

Esteroides gonadales.- El estradiol y el estriol son las formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos en la placenta y aumentan durante el embarazo entre 100 y 1.000 veces, respectivamente. La síntesis del estriol resulta de la actividad metabólica del hígado fetal; éste se produce en altas concentraciones durante el embarazo. Los estudios en animales han demostrado que el estradiol incrementa la acción neurotransmisora de la serotonina, al aumentar su síntesis y disminuir su recaptación. La brusca disminución en los niveles de estradiol posterior al posparto, podría explicar teóricamente la depresión posparto. Sin embargo, si se comparan las mujeres con depresión con aquéllas sin depresión, algunos estudios no han mostrado una asociación

significativa entre los niveles de estradiol total y estriol libre entre el final del embarazo y el puerperio (11).

Los niveles de B endorfina, hormona gonadotropina coriónica humana y cortisol también aumentan durante el embarazo y alcanzan su pico máximo cerca al término del embarazo y declinan en el posparto. Los niveles elevados de estrógenos durante el embarazo estimulan la producción de la globulina fijadora de hormona tiroidea, lo que conduce a un aumento en la fijación de T3 (triyodotironina) y T4 (tiroxina), así como a una caída simultánea de T3 y T4 libre. En consecuencia, la hormona estimulante de la tiroides (TSH) aumenta para compensar la baja cantidad de hormonas tiroideas libres. Los niveles de prolactina aumentan durante el embarazo y presentan un pico máximo en el momento del parto; en las mujeres que no lactan, éstos regresan a los niveles previos al embarazo a las tres semanas posparto (11).

Hormonas tiroideas.- La incidencia de la función tiroidea anormal aumenta levemente después del parto. En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23% comparado con un 3 a 4% en la población general. Aunque la disfunción tiroidea no ha sido identificada como un factor determinante en la mayoría de mujeres que desarrollan depresión posparto sin psicosis, puede jugar un papel importante en un subgrupo de mujeres. Un estudio prospectivo de 303 mujeres embarazadas, eutiroideas, muestra que 21 mujeres (7%) desarrolló trastornos tiroideos posparto. La depresión posparto sin psicosis se identificó en 38% de esas mujeres y se resolvió con posterioridad al tratamiento (11). Durante el puerperio, algunas mujeres sin una clara disfunción tiroidea pueden tener algún grado de patología tiroidea. Se han encontrado anticuerpos tiroideos en 11,6% de las mujeres en el posparto. El efecto

inmunosupresor de los niveles altos de cortisol durante el embarazo puede ser seguido de un fenómeno inmune de rebote después del parto, lo cual produce una alta incidencia de anticuerpos anti tiroideos (11).

En un estudio doble ciego, de 145 mujeres positivas y 229 mujeres negativas para anticuerpos, se encontró una relación entre la depresión y el estado de anticuerpos posparto. La disminución de la función tiroidea puede afectar el estado de ánimo en el posparto debido a su asociación con la disminución de los niveles de la actividad de la serotonina central. Los niveles de serotonina se han correlacionado positivamente con los niveles de hormonas tiroideas (11).

Hormonas hipofisarias.- Los niveles de prolactina alcanzan valores hasta de 140 ng/ml al final del embarazo y declinan a las tres semanas posteriores al parto. Se ha sugerido que la prolactina juega un papel en esta entidad, por cuanto, como resultado de observaciones a mujeres no embarazadas que presentan síntomas de ansiedad y depresión, se ha encontrado una relación con estados de hiperpolactinemia patológica. Sin embargo, diversos estudios muestran resultados Contradictorios. La oxitocina y la vasopresina no se han relacionado con la depresión posparto (11).

Cortisol. Los niveles de cortisol registran su pico máximo al final del embarazo debido a la producción placentaria de corticoliberina (CRH), niveles que caen bruscamente en el momento del parto. Diversos estudios no han podido demostrar la asociación entre el cortisol plasmático o urinario y la depresión posparto, por cuanto estas mediciones carecen de valor diagnóstico dado que dichos niveles se encuentran fisiológicamente elevados en el embarazo y en el posparto. Algunos autores sugieren que los altos niveles

de cortisol que se registran durante el embarazo, como resultado de la producción de CRH, después del parto producen supresión en la glándula suprarrenal y, si ésta es demasiado sostenida y grave, puede contribuir a los cambios en el estado de ánimo. Además, no hay una correlación en los resultados de la prueba de supresión de la dexametasona en el posparto, ya que esta prueba está alterada hasta en 80% de estas mujeres, posiblemente por la hipercortisolemia ya mencionada (11).

Finalmente, también se encuentran estudios que señalan que, durante el quinto y el sexto día posparto, se registra una reducción de los niveles plasmáticos de triptófano, principalmente en las madres con baby blues, y que dicha reducción persiste hasta por seis meses en las madres deprimidas. Sin embargo, el administrar triptófano en el embarazo no previene la aparición de baby blues ni de depresión posparto sin psicosis (11).

2.4.2.2.3. Evaluación y Diagnóstico del Trastorno de Depresión Post-parto.-

Para realizar el diagnóstico se requiere sospechar la presencia de depresión posparto sin psicosis, además de seguir de cerca a las madres con factores de riesgo y realizar un tamizaje a todas las nuevas madres durante la sexta semana posparto. Es fundamental llevar una historia clínica detallada para el diagnóstico de la depresión posparto. Las ideaciones de la madre con respecto al suicidio o el infanticidio son indicación de una hospitalización inmediata; igualmente, esto está indicado para las mujeres con comorbilidad de abuso de sustancias y limitaciones funcionales importantes para el cuidado propio y el del infante (12). La depresión posparto debe diferenciarse del baby blues que ocurre en una importante cantidad de madres en este período. Como, en

general, los controles posparto los realizan médicos o personal no especializado en salud mental, se ha intentado entrenar al personal médico y realizar tamizaje con encuestas. En estas circunstancias, se ha evidenciado que tales procedimientos aumentan la probabilidad de un mejor acercamiento y tratamiento a los problemas mentales de los pacientes por parte del personal no especialista en el área. Con ese fin, se utiliza como herramienta diagnóstica útil para depresión posparto, la escala de Edimburgo. Esta herramienta se sustenta en un cuestionario fácil de ejecutar con 10 puntos, y se organiza en rangos de puntaje de cero a treinta. Los puntajes mayores de 10 señalan alto riesgo de depresión posparto (13).

2.4.2.2.3. Tratamiento.-

Los antidepresivos son la piedra angular del tratamiento de la depresión posparto. Un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina debe administrarse de manera rápida, pues este tipo de agentes presentan un bajo riesgo de efectos tóxicos en caso de sobredosis. La mayoría de los estudios existentes son ensayos abiertos; recientemente, se han realizado estudios controlados con placebo. Varios estudios han demostrado la eficacia de medicamentos como sertralina, paroxetina, fluoxetina y venlafaxina en el tratamiento de la depresión posparto sin psicosis. La sertralina se considera como el antidepresivo de elección durante el embarazo, en virtud de su baja tasa de excreción en la leche materna y, generalmente, no se detecta en el plasma del neonato; tampoco se han reportado efectos adversos en el niño. En un estudio se reportó que los niños que recibían lactancia de madres tratadas con fluoxetina ganaron menos peso (12). A diferencia de

otros antidepresivos, la fluoxetina tiene un metabolito activo (norfluoxetina) con una vida media larga (entre 6 y 16 días) y se han descrito cuadros de cólico del lactante después de la ingestión materna de este fármaco (14). Otro antidepresivo considerado apropiado durante la lactancia es la paroxetina, ya que ha mostrado un bajo porcentaje en el niño, de la dosis ajustada de la madre (hasta 2,24%) y una media de concentración leche/ plasma de 0,96. Además, es poco probable que se detecte en el plasma del lactante, no se ha asociado a ningún efecto adverso y no posee metabolitos activos. Los antidepresivos tricíclicos, excepto la doxepina, no se asocian con dosis significativas en los recién nacidos y no se presentan efectos agudos en éstos, en especial si son mayores de 10 semanas de edad. Los metabolitos de la doxepina sí se encuentran en el plasma de los niños y se relacionan con efectos en el recién nacido. La elección del tratamiento antidepresivo debe sustentarse en las características de la respuesta previa de la paciente a algún tipo de antidepresivo y en el perfil de efectos adversos. Se recomienda iniciar con la mitad de la dosis usual, con incremento de la dosis cada quinto día, debido a la hipersensibilidad de las mujeres a los efectos indeseables de los medicamentos durante este período; si es un primer episodio depresivo, se deben esperar cuatro semanas para evaluar la respuesta a este tratamiento y, si fue favorable y la paciente tiene antecedentes de episodios previos, se debe sostener por seis meses o más tiempo. La psicoterapia individual (terapia cognitiva comportamental y terapia interpersonal) y la psicoterapia de pareja, son elementos coadyuvantes que han mostrado eficacia en el tratamiento de este tipo de trastornos (12). En los casos en que la relación madre-hijo se note muy alterada, las técnicas conductuales, como el entrenamiento de los padres y los masajes al recién nacido, pueden mejorar la interacción, pero no han mostrado ser efectivas para el

tratamiento de la depresión. Los datos preliminares sugieren que puede ser beneficioso el tratamiento con estrógenos solos o en combinación con antidepresivos. En mujeres con sintomatología grave y riesgo suicida alto, la terapia electroconvulsiva es la estrategia más indicada. (12)

los factores sociales cumplen un papel importante en la depresión posparto que pueden hacer que los antidepresivos sean menos aceptables como en o menos efectivos para las mujeres. Se desconocen los efectos adversos de los antidepresivos sobre los recién nacidos y las madres. La depresión posparto generalmente se trata con apoyo psicosocial y antidepresivos convencionales y no existen pruebas disponibles para comparar estos tratamientos más que la comparación entre la orientación conductual-cognitiva y el uso de **fluoxetina**

2.4.2.3. Psicosis post-parto ó Psicosis puerperal.-

Se encuentra presente en 1 a 2 por 1.000 mujeres. Generalmente, los síntomas inician entre la segunda y la tercera semana posparto, con una correlación con los trastornos bipolares de 70 a 80% y una tasa de recurrencia de 30 a 50%. Entre sus características clínicas, se encuentran: labilidad afectiva, alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, lenguaje desorganizado, desorientación, confusión, delirios y trastornos de sueño. Las ideas delirantes generalmente tienen relación con el bebé e incluyen aspectos sobre malformaciones de éste, así como contenido místico-religioso. De manera frecuente, se observan conductas autoagresivas y violentas que pueden terminar en suicidio o filicidio. Los factores de riesgo más importantes son: la historia de psicosis posparto previa, el trastorno afectivo bipolar y la historia familiar de psicosis posparto. Algunos estudios han encontrado relación entre la depresión posparto con psicosis y una respuesta exagerada de

la hormona del crecimiento, cuando se aplica apomorfina durante el cuarto día posparto. El tratamiento es básicamente farmacológico; se recomienda iniciar antipsicóticos típicos o atípicos, como el uso de moduladores del afecto. Se ha documentado la eficacia del carbonato de litio en la psicosis posparto. En esta alternativa, la lactancia debe interrumpirse. La terapia electroconvulsiva es bien tolerada y rápidamente efectiva (1; 5).



2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

2.1. Autor:

Título:

Resumen:

A nivel nacional

2.2. Autor: Matilde Lena Luna Matos, Joel Salinas Piélago, Antonio Luna Figueroa

Título: Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2009, Perú. (3)

Resumen: **Objetivos.** Determinar la prevalencia de depresión mayor durante el embarazo y establecer las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres embarazadas con depresión mayor atendidas en la consulta externa de un hospital de Lima, Perú. **Métodos.** Estudio descriptivo transversal de asociación simple. Se analizaron 222 gestantes de 16 a 42 años con bajo riesgo obstétrico que acudieron a la consulta externa del Departamento de Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú, entre el 2 de junio y el 28 de noviembre de 2006. A cada embarazada se le aplicó la escala de depresión de Edimburgo y un cuestionario sobre datos sociodemográficos y obstétricos. Se determinó la relación entre las variables de estudio según la presencia de depresión mayor mediante las pruebas de la χ^2 y de la Z, según el tipo de variable. **Resultados.** De las 222 gestantes estudiadas, 89 (40,1%) presentaron depresión mayor. Las mujeres casadas tendían a deprimirse menos; las que no planificaron su embarazo y que presentaron complicaciones durante su gestación tendieron a deprimirse más que sus pares. No se encontró que la edad,

el número de hijos, la edad gestacional, el nivel educacional, los antecedentes de aborto, el consumo de alcohol u otras sustancias, la falta de apoyo familiar y la percepción de tener problemas de pareja, familiares, económicos o personales influyeran en la frecuencia de depresión.

Conclusiones. La prevalencia de depresión mayor en las gestantes estudiadas fue muy elevada. Se debe prestar especial atención a las mujeres que manifiestan tener un embarazo no planificado y las que sufren complicaciones durante su embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos.

2.3. Autor : Pilar Aramburú, Rosalyn Arellano, Sandra Jáuregui, Lizbeth Pari, Pablo Salazar, Oswaldo Sierra.(4)

Título: Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004.

Resumen: Objetivos: Determinar la tasa de prevalencia de depresión posparto en madres de uno a seis meses de periodo posparto atendidas en establecimientos de salud del primer nivel del MINSA en Lima Metropolitana; determinar además los factores socio demográficos y gineco-obstétricos asociados a ésta. Material y Métodos: Se seleccionaron mujeres en edad fértil, puérperas de Lima Metropolitana que acudían para control postnatal durante el mes de junio del 2004 a los puestos y centros de salud del MINSA. Se utilizó el inventario de predictores de Depresión Posparto (DPP) y la Escala de Depresión Posparto Post natal de Edinburg (EPDS) como herramientas de tamizaje. Si el puntaje obtenido era mayor de diez se procedía a la entrevista clínica estructurada de DSM IV para desórdenes de depresión posparto con el objetivo de confirmar el diagnóstico. Resultados: Se entrevistaron a 261 madres, con un promedio de edad de 27 años. La prevalencia de depresión posparto

diagnosticada por medio del test de Edinburg fue de 33% y con la entrevista semi-estructurada de DSM IV se confirmó una prevalencia de 24.1%. Se encontró además que el 60.9% presentaron factores estresantes, el 8.4% tenían baja autoestima, 23.8% no percibían apoyo social y 50% tuvieron blues posparto. Conclusiones: Se encontró una tasa de prevalencia de depresión posparto en Lima Metropolitana de 24%. Los factores gineco-obstétricos y el estatus socioeconómico son factores de riesgo moderado para el desarrollo de depresión posparto. Es de importancia reconocer los factores relacionales/ satisfacción marital y psicosociales como factores de alto riesgo para el desarrollo de depresión posparto en mujeres dentro de los primeros meses.

A nivel internacional

2.4. Autor: Graciela Rojas, Rosemarie Fritsch, Viviana Guajardo, Felipe Rojas, Sergio Barroilhet, Enrique Jadresic.(15)

Título: Caracterización de madres deprimidas en el posparto

Resumen: Antecedentes: La depresión posparto (DPP) es un trastorno del estado de ánimo que se produce durante un período específico de tiempo de vida de las mujeres : el puerperio. La prevalencia de DPP varía de 8 % a 30 % , y un aumento de tres veces se ve en emergente en comparación a los países desarrollados . Objetivo: Caracterizar mujeres que consultan en centros de atención primaria de DPP. Material y Métodos : características sociodemográficas , obstétricas la historia , los síntomas clínicos y la atención puerperal de 440 mujeres en el posparto que buscaban ayudar en la atención primaria y que fueron diagnosticados como deprimidos, se describen. Resultados: Estos mujeres no tenían un empleo remunerado (82,7 %), tuvieron embarazos no deseados (62,5%) y carecido de un

apoyo social adecuado (59,4 %). Desde el punto de vista clínico, la mayoría de estos puérperas tenían una historia familiar de depresión (64,2 %) y el 31% habían sufrido de episodios depresivos anteriores. Los síntomas clínicos de estos pacientes consistían el estado de ánimo de depresión (93,2%), anhedonia (87,9%) y la fatiga (87%) . Conclusiones: Las mujeres deprimidas postparto constituyen un grupo que requiere atención clínica más debido a su gran vulnerabilidad biológica, los síntomas depresivos activos, y su enorme riesgo psicosocial. El programa de la madre y el niño, lo que les beneficia, tiene que ser combinado con un componente de salud mental que les puede ofrecer un tratamiento adecuado a su contexto psicosocial.

(Rev Med Chile 2010; 138: 536-542)

2.5. Autor: Gregorio Evans M., Mcjohn Vicuña M., Rodrigo Marín(16).

Título: Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud

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.

Rev Chil Obstet Ginecol 2003; 68(6): 491-494

2.6. Autor: Carlos Ascaso Terrén, M. Jesús Tarragona, Jaume Aguado, Lluïsa García Esteve, Puri Navarro, Julia Ojuel i Solsona(17)

Título: Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas

Resumen: Fundamento y objetivo: Estimar la prevalencia de la depresión posparto (DPP) en una muestra poblacional mediante dos métodos de evaluación: la entrevista clínica

estructurada para el DSM-IV (SCID) y la medida de autoinforme de la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), así como identificar el punto de corte del EPDS que proporcione una estimación sin sesgo de la prevalencia de DPP. Pacientes y método: Se incluyó en el estudio a todas las madres ($n = 1.191$) que, durante el período de un año, acudieron al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínica de Barcelona para realizar la visita de control del puerperio (6 semanas posparto). Se utilizó un método en dos fases. En la primera etapa, todas las madres incluidas completaron el EPDS. En la segunda, todas aquellas con una puntuación en la EPDS de 9 o superior (casos probables de DPP), y una muestra aleatoria del 16% de madres con puntuaciones de la EPDS inferior a 9 fueron evaluadas por una psiquiatra utilizando la entrevista SCID, para establecer el diagnóstico de depresión mayor y menor. Se invitó a realizar la entrevista SCID a un total de 402 mujeres, de las cuales 68 no quisieron participar. Resultados: La prevalencia de depresión según la entrevista SCID fue del 10,15% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 8,43-11,87). La prevalencia de depresión mayor fue del 3,6% (IC del 95%, 2,55-4,67) y la de depresión menor del 6,5% (IC del 95%, 5,14-7,95). El punto de corte 11/12 de la EPDS permite realizar una estimación sin sesgo de la tasa de prevalencia de DPP. Conclusiones: El presente estudio justifica la necesidad de utilizar diferentes puntos de corte de la EPDS: el punto de corte 10/11 para identificar la población de riesgo y el 11/12 para estimar la prevalencia en estudios epidemiológicos.

Medicina clínica, ISSN 0025-7753, Vol. 120, N° 9, 2003, págs. 326-329

Objetivos.

2.7. General

Determinar la frecuencia y las características socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013.

2.8. Específicos

- 1) Describir las características Socio-demográficas de las puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013.
- 2) Identificar la frecuencia del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013.
- 3) Establecer las características perinatales de las puérperas del HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA
- 4) Determinar las características perinatales de las puérperas que presentan el trastorno Depresión Post-parto del HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA
- 5) Establecer la asociación entre características socio-demográficas y Trastorno de Depresión Post-Parto en las puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013.

3. Hipótesis

Debido a la alta prevalencia de cambios en el estado de ánimo en el puerperio, existirán características Socio-demográficas comunes asociados en la frecuencia de presentación de puérperas con Trastorno de Depresión Post-parto del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013.



PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

3. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y un Cuestionario sobre Depresión Post-parto de Edinburgo (EPDS) (Anexo 2).

Materiales:

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

4. Campo de verificación

2.5. Ubicación espacial:

La investigación se realizara en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza ubicado en el Distrito, Provincia de Arequipa, Departamento de Arequipa.

2.6. Ubicación temporal:

El trabajo de investigación se realizara entre los meses de Diciembre del 2013 a Enero del 2014.

2.7. Unidades de estudio:

Se estudiara a las púérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el mes de Diciembre del 2013.

2.8. Población: Todos las púérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo de estudio.

Muestra: Se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de conocimiento adecuado de MAC = 0.15

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 195,92 \approx 200$ casos.

Además, los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

• **Criterios de Inclusión**

- Participación voluntaria en el estudio
- Puerperas atendidas en el mes de Diciembre del 2013

• **Exclusión**

- Fichas de encuesta incompletos o mal llenados
- Negativa a llenar la ficha de encuesta

5. Estrategia de Recolección de datos

3.4. Organización

Se solicitará autorización a la Dirección del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Así como se pondrá en conocimiento la realización de la presente investigación al Jefe del Servicio de Gineco-Obstetricia del mencionado Hospital.

3.5. Recursos

d) Humanos

- Investigador, asesor.

e) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

f) Financieros

- Autofinanciado

3.6. Validación de los instrumentos

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un

10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgo. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad (13).

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

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

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento (18).

3.7. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 y Anexo 2 serán codificados y tabulados para su posterior interpretación.

El proceso de asociación de características socio-demográficas al Trastorno de Depresión Post-Parto se realizará utilizando la prueba de Odds Ratio (OR) con $P < 0.05$

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

c) Plan de Codificación:

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

III. Cronograma de Trabajo

Actividades	Noviembre 13				Diciembre 13				Enero 14			
1. Elección del tema	■											
2. Revisión bibliográfica		■	■									
3. Aprobación del proyecto				■	■	■						
4. Ejecución						■	■					
5. Análisis e interpretación								■	■	■		
6. Informe final										■		

Fecha de inicio: 04 de Noviembre del 2013

Fecha probable de término: 10 de Enero del 2014

IV. Bibliografía Básica

19. Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría 10 ed. Wolters Kluwer(NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers;2009. Cap.30 p.865-68
20. First MB, Pincus HA, Frances A. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV - texto revisado (APA). Primera edición. Barcelona: Editorial Masson SA, 2003.
21. Luna ML, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(4): p.310-4.
22. Aramburú P, et al. Depresión postparto en establecimientos de salud del 1º nivel MINSA, Lima Metropolitana. Rev. peru. epidemiol. Vol 12 No 3 Diciembre 2008.p.1-5
23. Toro RJ, Yepes LE, Palacio CA, Tellez JE. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5 ed. Corporación para Investigaciones Biológicas;2010. Cap.30 p.384-390
24. Organización Mundial de la Salud. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Política de la OMS en materia de género. Ginebra: Organización Mundial de la Salud;2002.
25. Torres C. La otra mirada de la salud Mental. Reflexiones. Salud 4. Revista Mujer y Salud. Isis Internacional. Chile.
26. Daskal AM. Algunas reflexiones acerca de la salud mental de las mujeres. En : Primer Congreso Nacional Mujer y Salud Mental. Santiago de Chile: SERNAM: 1994. P.23-9
27. Oviedo GF, Jordán V. Trastornos afectivos posparto: Universitas Médica 2006 vol. 47 nº 2; p.131-40

28. Picech R, Flores L, Lanser R, Cremonte M. Depresión y embarazo. Rev Post-Grado Med(Corrientes, Argentina). 2005;145, p.5–8.
29. Henshaw C. Clinical and biological aspects of postpartum blues and depression. Curr op Psychiatry 2000; 13: p.635-8.
30. Nonacs R, Cohen L. Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options. J Clin Psychiatry 2002; 63 (7): p. 24-40.
31. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. British Journal of Psychiatry : Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburg , Junio de 1987, Volumen 150, p.1-7
32. Yoshida K, Smith B, Craggs M, Kumar RC. Investigation of pharmacokinetics and of possible adverse effects in infants exposed to tricyclic antidepressants in breast-milk. J Affect Disord 1997; 43: p.225-37
33. Rojas G. et al. Caracterización de madres deprimidas en el posparto: Rev Med Chile 2010; 138: p.536-42
34. Evans G. ,Vicuña M., Marín R. Depresión postparto realidad en el sistema publico de atención de salud. Rev Chil Obstet Ginecol 2003; 68(6): p. 491-494
35. Ascaso C. et al. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas. Medicina clínica, ISSN 0025-7753, Vol. 120, Nº. 9, 2003 , p. 326-29
36. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO. Review of validation studies of the Edinburgh postnatal depression scale. Acta Psychiatr Scand. 2001.

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Si usted decide participar en este proyecto, se le pedirá que complete dos cuestionarios, los cuales son completamente voluntarios, usted puede saltar cualquier pregunta que no desee contestar, las preguntas del cuestionario son de carácter emocional y social, los cuales serán utilizadas únicamente por las personas entrevistadoras para fines académicos de tesis. Si usted decide no participar sus servicios con el departamento de salud no se verán afectados de ninguna manera. Si usted tiene cualquier pregunta sobre el proyecto o cuestionario por favor pregunte a la persona que la está entrevistando.

Su firma abajo indica que usted ha leído y entiende la información de este consentimiento.

.....
Firma

EDAD:()

GRADO DE INSTRUCCION:

Analfabeta () Primaria incompleta () Primaria completa ()

Secundaria incompleta ()

Secundaria completa () Superior incompleta () Superior completa ()

ESTADO CIVIL:

Soltera () Conviviente () Casada () Divorciada () Viuda ()

LA RELACION CON SU PAREJA LA CONSIDERA:

Muy Buena () Buena () Regular () Mala () Muy mala ()

ALGUNA VEZ SU PAREJA ABUSO FISICAMENTE DE USTED:

Si () No ()

VIVE CON:

Padres () Pareja () Sola () Sola con Hijos () Otros ()

LA RELACION CON SUS PADRES LA CONSIDERA:

Muy Buena () Buena () Regular () Mala () Muy mala ()

OCUPACION:

Ama de Casa () Estudiante () Trabajo estable () Trabajo Inestable () Cesante ()

PROCEDENCIA:

Arequipa () Otros ()

SU EMBARAZO FUE PLANIFICADO: SI () NO ()

SU NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES FUE:

Ninguno () 01() 02() 03() 04() 05() 06() 07() 08()

SU PARTO FUE POR: Vaginal () Cesárea () Fórceps ()

SEMANAS DE EMBARAZO AL MOMENTO DEL PARTO:

Menor de 30 semanas () 30-34 semanas () 35-37 semanas () 38-40 semanas ()

Más de 41 semanas ()

NÚMERO DE HIJOS ANTERIORES A ESTE EMBARAZO:

Ninguno () 01() 02() 03() 04() Mas de 04()

QUIEN CUIDA DE SU HIJO:

Yo sola () Yo y mi pareja() Yo y mi madre() Solo mi madre() Otros()

SU HIJO RECIBE:

Lactancia materna exclusiva () Lactancia mixta () Formula exclusiva ()

Anexo 2: Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo (EPDS)³

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Su fecha de Nacimiento: _____
 Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o 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.

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

- | | |
|---|---|
| <p>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
 Tanto como siempre
 No tanto ahora
 Mucho menos
 No, no he podido</p> | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian
 Sí, la mayor parte de las veces
 Sí, a veces
 No, casi nunca
 No, nada</p> |
| <p>2. He mirado el futuro con placer
 Tanto como siempre
 Algo menos de lo que solía hacer
 Definitivamente menos
 No, nada</p> | <p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
 Sí, la mayoría de las veces
 Sí, a veces
 No muy a menudo
 No, nada</p> |
| <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
 Sí, la mayoría de las veces
 Sí, algunas veces
 No muy a menudo
 No, nunca</p> | <p>8. Me he sentido triste y desgraciada
 Sí, casi siempre
 Sí, bastante a menudo
 No muy a menudo
 No, nada</p> |
| <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
 No, para nada
 Casi nada
 Sí, a veces
 Sí, a menudo</p> | <p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando
 Sí, casi siempre
 Sí, bastante a menudo
 Sólo en ocasiones
 No, nunca</p> |
| <p>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
 Sí, bastante
 Sí, a veces
 No, no mucho
 No, nada</p> | <p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma
 Sí, bastante a menudo
 A veces
 Casi nunca
 No, nunca</p> |

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

Taken from the British Journal of Psychiatry
 June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

1/07

^{3 3} Los resultados del presente trabajo los puede consultar comunicándose con el número de celular 958364776

MATRIS DE DATOS



DIVIDIR ENTRE 3

FICHA N°	EDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		DRADO DE INSTRUC	ESTADO CIVIL	RELACION CO	SUFRIO ABUS	VIVE CON	RELACION CO	OCUPACION	PROCEDENCIA	
1	26	2	2	2	2	2	2	5	1	1
2	16	4	1	3	2	1	1	1	2	1
3	20	7	2	3	2	2	2	2	1	1
4	32	5	2	2	1	2	2	2	1	2
5	22	6	2	2	2	2	2	2	2	1
6	30	5	2	3	2	2	2	3	1	1
7	21	6	2	1	2	2	2	2	2	2
8	26	4	2	2	2	2	2	2	1	2
9	27	5	2	3	1	2	2	3	1	2
10	17	4	1	2	2	1	2	2	3	1
11	23	6	2	1	2	2	2	3	2	1
12	27	7	1	4	2	1	2	2	3	1
13	20	6	2	2	2	2	2	2	1	1
14	19	6	1	5	1	1	1	1	2	1
15	24	7	2	2	2	2	2	2	1	1
16	28	7	3	2	2	2	2	2	1	1
17	35	7	3	2	2	2	2	1	1	1
18	34	7	2	2	2	2	2	2	3	2
19	30	2	3	2	2	2	2	2	3	1
20	32	7	1	2	2	1	2	2	3	1
21	39	5	2	2	2	2	2	3	1	2
22	20	6	2	2	2	1	1	1	2	1
23	26	6	3	1	2	1	2	2	2	1
24	21	6	2	2	2	2	2	3	1	2
25	18	6	2	2	2	2	2	1	1	1
26	26	7	2	2	2	2	2	2	1	1
27	26	7	3	1	2	2	2	2	3	2
28	23	7	2	3	2	2	2	3	3	1
29	19	6	2	3	2	2	2	2	1	1
30	28	7	2	2	2	2	2	1	1	2
31	30	5	3	2	2	2	2	2	1	2
32	26	7	2	2	2	2	2	2	3	1
33	25	5	2	2	2	2	2	2	1	1
34	31	7	2	2	2	2	2	2	3	1
35	18	6	1	1	2	1	2	2	2	1
36	20	5	1	2	2	1	2	2	1	1
37	29	5	2	3	2	2	2	3	1	2
38	23	3	2	2	2	2	2	2	1	1
39	21	6	2	3	1	2	2	3	1	1
40	23	6	2	1	2	2	2	3	1	1
41	21	5	2	2	2	2	2	2	1	1
42	35	5	2	1	2	2	2	1	1	2
43	25	6	1	4	2	1	1	1	2	1
44	14	4	1	3	2	1	1	1	2	1
45	39	6	2	3	2	4	2	2	1	2
46	21	4	2	2	2	2	2	2	1	1
47	29	3	2	3	2	2	2	3	1	1
48	25	7	2	2	2	2	2	2	1	1
49	23	2	2	3	2	2	2	1	1	2
50	19	5	2	2	2	2	2	2	1	2
51	23	7	2	2	2	2	2	2	1	1
52	23	5	2	2	2	2	2	2	1	1
53	24	7	1	4	2	3	3	3	2	1
54	23	6	2	1	2	2	2	1	2	1
55	19	5	1	2	2	1	2	2	3	1
56	26	6	2	3	1	2	2	2	1	2
57	23	5	2	2	2	2	2	2	1	1
58	26	7	2	2	2	2	2	1	1	1
59	23	6	2	2	2	2	2	3	3	1
60	30	5	3	2	2	2	2	2	1	1
61	19	5	2	2	2	2	2	2	1	1
62	31	7	2	1	2	2	2	1	1	2
63	20	4	2	3	2	2	2	3	1	1
64	18	5	2	1	2	2	2	2	1	1
65	32	5	3	2	2	2	2	3	1	2
66	20	6	1	3	2	1	1	1	2	2
67	19	5	2	1	1	2	2	2	1	2
68	23	3	2	2	2	2	2	2	1	1



69	27	5	3	2	2	2	2	1	2
70	25	5	2	1	2	2	2	1	1
71	21	4	2	2	2	1	1	1	2
72	25	4	2	1	2	2	3	2	3
73	26	6	2	3	2	2	3	3	1
74	18	4	1	2	2	1	1	1	1
75	19	6	1	1	2	1	1	2	1
76	16	5	1	2	2	1	2	2	1
77	20	6	1	1	2	5	2	2	1
78	33	7	2	2	2	2	3	3	1
79	29	6	2	3	2	2	3	4	2
80	35	7	3	3	2	2	4	4	1
81	29	7	2	3	2	2	3	3	2
82	20	6	1	2	2	1	3	2	1
83	28	7	3	2	2	2	2	3	1
84	23	6	1	3	2	1	2	2	2
85	33	7	2	2	2	2	3	3	1
86	34	7	3	2	2	2	3	4	1
87	15	4	1	3	2	1	3	2	2
88	29	7	3	3	1	2	2	3	1
89	19	5	1	3	2	1	2	2	1
90	36	3	2	2	2	2	2	4	1
91	18	5	1	2	2	1	3	2	1
92	19	5	1	3	2	1	3	4	2
93	16	4	1	4	2	1	3	2	2
94	26	7	1	3	2	2	3	4	1
95	30	7	2	2	2	2	2	3	1
96	15	4	1	3	2	1	3	2	2
97	22	6	1	3	2	1	2	2	2
98	32	7	3	3	2	2	3	3	1
99	14	4	1	4	2	1	4	2	2
100	28	7	2	2	2	2	2	3	1
101	24	6	2	2	2	2	2	3	2
102	21	2	2	3	1	1	3	2	2
103	22	5	2	3	2	1	3	2	2
104	23	6	2	2	2	2	3	3	1
105	21	5	1	3	1	1	3	2	1
106	18	4	1	3	2	1	3	2	2
107	19	6	1	2	1	1	3	2	2
108	25	6	2	2	2	2	2	4	1
109	20	6	1	2	2	1	2	2	2
110	28	7	2	2	2	2	2	4	1
111	21	6	2	2	2	2	2	2	1
112	22	6	1	3	2	1	3	2	2
113	23	6	1	3	1	1	3	2	2
114	24	6	2	2	2	2	3	4	2
115	19	6	1	3	2	1	3	2	2
116	26	7	2	3	2	2	2	3	2
117	28	6	2	3	1	2	3	4	1
118	16	4	1	3	2	1	3	2	2
119	27	6	2	3	2	2	3	4	1
120	25	7	2	3	2	2	2	4	1
121	21	6	1	3	1	1	2	2	2
122	27	7	2	2	2	2	3	3	1
123	23	6	1	2	2	1	2	2	2
124	20	6	1	3	1	1	4	2	1
125	22	6	1	4	1	1	2	2	2
126	23	6	1	3	1	1	3	2	1
127	36	7	3	2	2	2	2	3	1
128	26	7	2	2	2	2	2	3	2
129	29	6	3	3	2	2	2	3	2
130	31	7	3	2	1	2	2	3	2
131	16	4	1	4	2	1	3	2	1
132	17	5	1	4	2	1	3	2	2
133	19	5	1	4	1	1	2	2	1
134	24	7	2	2	2	2	3	1	1
135	28	7	3	2	2	2	3	1	1
136	27	7	3	2	2	2	2	1	1
137	34	7	3	3	2	2	2	1	2
138	33	7	2	3	2	2	3	3	2
139	29	5	2	3	2	2	3	1	1
140	20	6	2	3	2	2	2	2	1

REPOSITORIO DE TESIS UCSM



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
 En su investigación no olvide referenciar esta tesis

141	26	6	3	1	2	2	2	1	1
142	21	5	1	3	2	3	2	1	1
143	18	6	1	2	2	1	3	1	2
144	26	7	3	2	2	2	2	3	1
145	19	6	1	4	2	1	3	2	2
146	28	5	2	3	2	2	3	1	1
147	30	5	3	3	2	2	2	1	2
148	21	6	2	3	1	2	3	1	2
149	23	4	2	3	2	2	3	1	2
150	21	4	1	3	2	2	3	1	1
151	30	5	2	2	2	2	3	1	2
152	32	6	2	3	2	2	3	1	2
153	25	6	1	4	2	1	2	2	1
154	14	4	1	4	2	1	3	2	1
155	22	5	2	2	2	2	3	1	1
156	20	5	2	3	2	2	3	1	2
157	23	7	2	2	2	2	3	1	1
158	19	5	1	4	2	1	3	1	1
159	23	5	2	3	2	2	2	1	1
160	25	7	2	2	2	2	3	1	1
161	29	6	3	3	2	2	3	1	2
162	21	4	2	3	2	2	3	1	2
163	21	5	1	3	2	1	3	4	1
164	27	7	2	2	2	2	3	3	1
165	33	7	3	2	2	2	2	3	1
166	16	4	1	2	2	1	3	2	2
167	25	5	2	3	1	2	3	1	2
168	31	6	2	2	2	2	3	1	2
169	18	5	1	3	2	1	3	4	1
170	20	5	2	4	2	1	3	1	2
171	24	6	1	3	2	1	2	1	1
172	17	5	1	2	2	1	2	1	1
173	23	6	2	3	2	2	2	4	2
174	29	7	2	2	2	2	2	3	1
175	23	6	2	4	2	2	3	1	1
176	20	6	1	2	1	1	3	2	1
177	25	6	1	3	2	1	3	1	1
178	26	4	2	2	2	2	3	4	1
179	16	4	1	3	2	1	3	2	1
180	20	6	2	3	2	2	3	2	1
181	32	5	2	2	1	2	2	1	2
182	22	6	1	3	2	1	3	2	1
183	27	3	2	3	1	2	3	1	1
184	26	4	2	3	2	2	3	1	2
185	26	6	2	2	2	2	3	4	1
186	21	6	1	3	2	1	2	2	2
187	27	7	2	2	2	2	2	1	2
188	30	5	3	3	2	2	3	1	1
189	20	5	2	3	2	2	3	1	1
190	27	7	1	4	2	1	2	3	1
191	23	6	2	3	2	2	3	2	1
192	17	4	1	3	2	1	3	2	1
193	21	5	1	3	2	1	2	2	1
194	29	6	3	2	2	2	2	1	1
195	23	5	2	2	2	2	3	1	2
196	26	6	2	2	2	2	3	1	1

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

0-10 NO DEPRESION

10 11 12 13 14 15 16 MAS DE 10=DEPRESION
 EMBARAZO PICONTROLES P TIPO DE PART SEMANAS DE N~ HIJOS QUIEN CUIDA SU HIJO RECIE TEST EPDS EQUIVALENCIA

1	8	1	4	1	2	1	6
2	8	1	3	0	3	1	10
2	7	1	4	0	3	1	11
2	6	1	5	4	2	1	21
2	5	1	4	0	2	1	15
2	6	1	4	1	1	1	21
1	8	1	4	1	2	1	5
1	8	1	4	0	2	1	5
2	6	1	4	1	2	1	14
2	7	1	5	0	3	1	11
2	8	2	4	0	2	1	13
2	8	1	4	0	3	2	8
2	8	2	4	0	1	1	11
2	8	1	4	0	3	3	4
2	8	1	3	0	2	1	2
2	8	1	4	0	1	2	10
2	8	2	4	1	1	2	6
1	6	2	4	1	2	1	11
2	8	1	4	2	2	2	16
1	4	2	4	1	2	1	14
2	6	1	4	3	1	1	20
2	7	1	4	0	2	1	5
2	8	1	5	0	2	2	6
1	8	1	4	2	2	1	8
2	8	1	5	0	2	1	15
1	8	1	4	0	2	1	0
2	8	1	4	0	2	1	0
2	4	1	4	1	2	1	7
2	8	1	4	0	2	1	14
2	8	1	4	0	2	1	13
1	8	2	3	2	2	1	6
1	3	2	3	1	2	1	9
2	8	2	4	0	2	1	9
1	7	2	4	1	2	1	7
1	7	2	4	0	3	1	13
1	8	1	4	0	3	1	6
2	7	1	4	3	2	1	8
1	7	1	4	1	1	1	12
1	6	1	4	1	2	1	15
2	3	1	4	0	2	1	9
2	4	2	3	0	2	1	8
2	6	2	4	2	2	1	14
2	8	2	4	0	1	1	11
2	8	1	4	0	3	1	21
1	4	1	4	3	1	1	9
1	8	1	3	0	2	1	13
2	8	2	4	2	2	1	15
2	8	2	4	0	2	1	5
1	0	1	4	1	2	1	12
1	7	1	2	0	2	1	10
1	5	1	4	0	2	1	1
2	4	1	2	1	2	1	2
2	4	1	3	0	1	1	13
1	8	1	4	0	2	1	5
2	7	1	4	0	3	1	4
2	8	1	4	1	2	1	10
1	5	1	4	0	2	1	4
2	8	1	4	1	2	2	7
2	8	1	4	0	2	1	11
2	8	1	4	2	2	1	13
1	3	1	3	1	3	1	7
1	6	1	4	1	2	2	5
1	7	1	4	1	2	1	11
2	6	1	4	0	2	1	12
1	8	1	4	1	2	1	7
2	8	1	4	0	3	1	4
1	2	1	4	0	2	1	6
1	6	1	4	2	2	1	8

REPOSITORIO DE TESIS UCSM



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
 En su investigación no olvide referenciar esta tesis

1	8	1	4	1	2	1	11
2	8	1	4	0	2	1	14
2	3	1	4	1	2	1	7
3	8	1	3	3	2	1	9
2	7	1	4	1	1	1	7
2	7	1	4	0	3	1	10
1	8	1	4	0	3	1	14
2	8	1	4	0	3	1	12
2	8	1	4	0	5	1	8
2	8	2	3	3	2	1	9
2	8	2	4	1	1	1	10
2	8	2	4	3	1	1	10
1	7	1	4	1	2	2	7
2	7	1	4	0	3	2	6
1	7	2	4	1	2	1	6
2	7	1	4	0	1	2	12
1	8	2	4	0	2	1	8
1	7	1	4	2	1	1	9
2	7	2	4	0	1	1	12
1	8	1	4	1	1	1	15
2	7	1	4	0	1	1	8
2	7	2	4	2	2	1	11
2	6	2	4	0	2	1	6
2	6	1	4	0	1	1	7
2	5	2	4	0	1	1	13
1	7	2	4	1	2	1	7
1	8	1	4	2	2	1	7
2	5	1	4	0	3	1	13
2	7	1	4	0	3	1	13
1	7	1	4	1	3	1	7
2	7	2	4	0	3	2	17
1	8	2	4	1	2	1	5
1	8	1	4	1	2	1	8
2	8	1	4	0	3	1	12
2	7	1	4	0	2	1	11
1	8	1	4	1	2	1	8
2	8	1	4	0	3	1	14
2	7	1	4	0	1	1	9
2	8	1	4	0	2	1	8
2	8	1	4	0	2	1	7
1	8	1	4	0	2	1	12
1	7	2	3	1	2	1	11
2	7	1	4	0	2	1	11
2	8	2	4	0	1	2	11
2	7	2	4	0	1	1	10
2	8	1	4	0	2	1	6
2	7	1	4	0	1	1	11
2	7	1	4	1	2	1	5
2	8	2	4	2	1	1	9
2	5	2	4	0	3	2	10
2	8	1	4	1	1	1	7
2	6	1	4	1	1	1	10
2	6	2	4	0	1	1	13
1	8	1	4	0	2	2	6
2	7	1	4	0	1	1	13
2	7	2	4	0	1	1	16
2	8	1	4	0	1	1	16
2	5	2	4	0	1	1	13
2	8	2	3	2	3	2	8
1	8	2	4	0	2	1	5
2	7	1	4	1	1	1	8
2	7	1	4	1	2	1	12
2	4	2	3	0	1	1	13
2	5	1	4	0	1	1	10
2	8	1	4	0	3	1	6
2	7	1	4	1	2	1	5
2	7	1	4	2	2	1	15
1	7	1	4	1	1	1	9
2	7	2	4	2	2	1	10
1	7	2	4	1	2	1	12
2	8	2	4	1	3	1	13
2	6	1	4	0	3	1	7

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM




UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

2	8	1	4	1	1	1	7
2	7	1	4	0	3	1	8
2	5	2	4	0	3	1	13
1	7	2	3	1	3	1	5
2	6	1	4	0	1	1	13
2	6	1	4	2	1	1	14
2	7	2	4	1	1	1	9
2	6	1	4	1	2	1	15
2	5	1	4	2	1	1	16
2	8	2	4	0	1	1	13
2	7	2	4	2	1	1	13
2	7	1	4	2	3	1	15
2	8	2	4	0	3	1	15
2	4	2	4	0	3	1	14
2	7	1	4	0	2	1	8
2	8	2	4	2	1	1	12
1	8	1	4	1	2	1	6
2	8	1	4	0	1	1	12
2	7	1	4	0	1	1	14
2	7	2	4	1	2	1	5
1	8	2	4	1	2	1	4
2	8	1	4	1	1	1	13
2	7	1	4	0	3	1	9
2	7	1	4	1	2	1	6
1	8	2	4	2	2	1	8
2	3	1	4	0	3	2	16
2	7	1	4	2	1	1	14
2	7	1	4	2	2	1	6
2	6	1	4	0	1	1	14
2	5	1	4	1	1	1	17
2	8	1	4	0	3	1	16
2	8	1	4	0	3	1	14
2	5	1	4	0	1	1	10
1	7	1	4	1	2	1	5
2	5	1	4	1	1	1	10
2	6	1	4	0	1	1	13
2	7	1	4	1	1	1	8
1	4	1	4	1	2	1	7
2	7	2	4	0	3	1	13
2	8	1	4	0	2	1	11
2	6	1	4	3	3	1	13
2	5	1	4	1	3	1	15
2	6	1	4	2	1	1	13
2	5	1	4	2	3	1	17
2	6	1	4	1	2	1	7
2	5	1	4	1	3	1	11
2	7	2	4	1	2	1	8
2	7	1	4	2	2	1	14
2	7	2	4	0	1	1	12
2	7	1	4	1	3	1	6
2	7	2	4	1	2	1	13
2	5	1	4	0	3	1	10
2	8	1	4	0	3	1	5
2	8	1	4	2	2	1	6
2	8	1	4	1	1	1	5
1	8	2	4	1	1	1	5

REPOSITORIO DE TESIS UCSM



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
 En su investigación no olvide referenciar esta tesis