

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



“PREVALENCIA Y FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN POST PARTO, EN PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA, EN ENERO Y FEBRERO DE 2013”

TESIS PRESENTADA POR:

Bachiller. Edgard Aguilar Condori

Bachiller. Carla Medina Del Valle

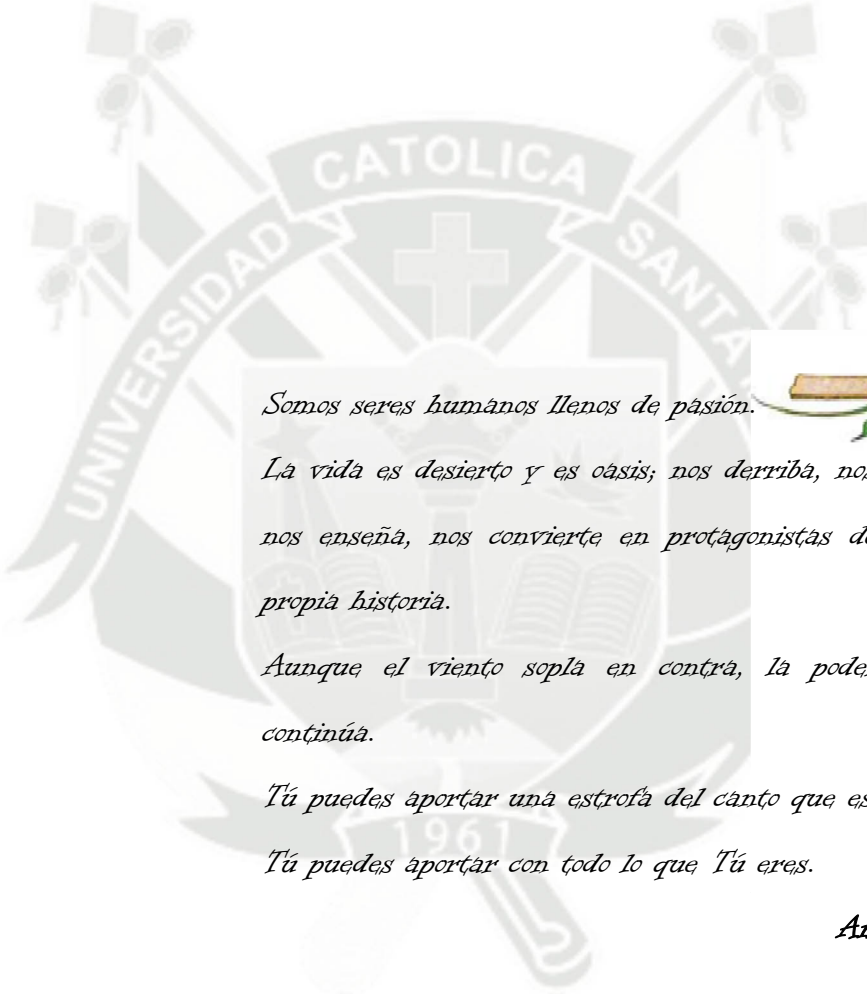
PARA OBTENER EL TÍTULO

PROFESIONAL DE:

Licenciados en Obstetricia

AREQUIPA – PERÚ

2013



Somos seres humanos llenos de pasión.

*La vida es desierto y es oasis; nos derriba, nos lastima,
nos enseña, nos convierte en protagonistas de nuestra
propia historia.*

*Aunque el viento sopla en contra, la poderosa obra
continúa.*

Tú puedes aportar una estrofa del canto que es tu vida.

Tú puedes aportar con todo lo que Tú eres.

Anónimo



DEDICATORIA

A Dios, a Julio y a Mery, por su abnegada labor en ser padres.

A Leticia, Ernesto y Gean Marco, por su apoyo constante y cariño inmenso.

A quienes creen en el amor como fuente de vida y medio de realización para sus sueños.

Edgard Aguilar

A Dios, de todo corazón, porque suele llover sus misericordias en el tiempo que están más secas las esperanzas; y a quienes hacen que cada obra de amor, llevada a cabo con todo el corazón, nos acerque más a ÉL.

A mi papi, Ronald, por su fortaleza diaria y su entrega continua, y a mamá Victoria, por su trabajo incanzable y su amor inmesurable.

A Junior, por ser mí apoyo incondicional, compañía y hermano más querido.

A Sra Gloria que desde el cielo me ve, al Sr. Jim por su apoyo sincero, a Srta Lidia por sus buenos consejos y a mis padrinos que aunque lejos siempre velaron por mí.

Carla Medina

AGRADECIMIENTOS

¿Cómo se hace para decir “muchas gracias”, cuando hay tanto y tantas personas a quienes agradecer? Indudablemente, ésta tesis es UN GRACIAS a nuestros padres, que fueron poderosos modelos de rol, y a nuestros hermanos, quienes nos enseñaron el amor, la amabilidad, y de quienes siempre recibimos muestras de aliento en el quehacer cotidiano.

Queremos manifestar nuestro agradecimiento a todos quienes directa o indirectamente, contribuyeron al resultado de la tesis., en particular a nuestra asesora Dra. Jannet Escobedo Vargas, por habernos dado muchísimos ejemplos de lo que debe de ser un argumento sólido y bien estructurado; por su paciencia, apoyo, sabios consejos y tino para hacer y decir las cosas.

Gracias también a cada uno de nuestros docentes: Ricardina Flores, Máximo Cárdenas, Julio Tejada, Raúl Heresi, Elcira Fernández, Lourdes Arencio, Ana Fera, Victoria Zamalloa, Francisco Rivera, Jorge Paz, Nelson Rodríguez, Lidia Céspedes, Carmen Gago, Julia Delgado, Ruth Rosas, entre otros; POR SU VISIÓN CRÍTICA de muchos aspectos habituales de la vida, por la rectitud en su profesión como maestros, por formarnos como personas de bien y para el bien del prójimo.

Además de los agradecimientos a personas que intervinieron en la preparación de la presente, es importante resaltar también el apoyo institucional recibido, que provino de la Universidad Católica de Santa María, nuestra alma máter, de la que recibimos una formación invaluable y que hoy por hoy es motivo de nuestro orgullo. Mención que se suma a la del Hospital Regional Honorio Delgado, por permitir el desarrollo de nuestra investigación.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestra vida universitaria y a las que nos encantaría agradecerles su amistad, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de nuestras vidas. Algunas están aquí con nosotros y otras, en nuestros recuerdos y corazones; sin importar donde estén queremos darles las gracias por formar parte de NOSOTROS, por todo lo que nos han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los proteja.

ÍNDICE

RESÚMEN.....	07
SUMMARY	08
INTRODUCCIÓN	09

CAPITULO 1

Planteamiento teórico.....	11
1. Problema de Investigación	11
1.1.Enunciado.....	11
1.2.Descripción	11
1.3.Justificación	13
2. Objetivos	14
3. Marco Teórico	14
3.1.Marco Conceptual	14
3.1.1. Prevalencia	14
3.1.2. Depresión	17
3.2.Análisis de Antecedentes Investigativos.....	36
4. Hipótesis.....	39

CAPÍTULO II

Planteamiento Operacional	41
1. Técnica, instrumento, método y materiales de verificación.....	41
1.1.Técnica	41
1.2.Instrumento	41
1.3.Métodos.....	42
1.4.Materiales.....	42
2. Campo de verificación	43
2.1.Ubicación espacial	43
2.2.Ubicación Temporal.....	43
2.3.Unidades de estudio	43
2.3.1. Universo	43
2.3.2. Muestra.....	44
3. Estrategia de recolección de datos	45
3.1.Organización	45

3.1.1. Autorización.....	45
3.1.2. Prueba piloto	45
3.2. Recursos	45
3.2.1. Humanos	45
3.2.2. Físicos	45
3.2.3. Económicos.....	45
3.2.4. Institucionales	45
3.3. Validación del instrumento	46
3.3.1. Procedimiento	46
3.3.2. Finalidad.....	46
4. Estrategia para manejar resultados.....	46
4.1. Sistematización de datos	46
4.1.1. Tipo de sistematización.....	46
4.1.2. Plan de operación	46
5. Cronograma de trabajo	47

CAPÍTULO III

RESULTADOS.....	49
1. Sistematización y estudio de los datos.....	49
DISCUSIÓN	74
CONCLUSIONES	82
RECOMENDACIONES	83
BIBLIOGRAFÍA	86
HEMEROGRAFÍA.....	87
SITOGRAFÍA.....	89

ANEXOS

ANEXO 1(Hoja de consentimiento)	91
ANEXO 2(Instrumento de evaluación para DPP)	93
ANEXO 3(Delimitación gráfica del lugar)	94
ANEXO 4(Matriz de procesamiento de información)	95

RESÚMEN

Los trastornos depresivos representan un importante problema de salud pública, siendo más frecuente en las mujeres y con mayor riesgo durante el embarazo y puerperio. Objetivos: Determinar la prevalencia de depresión posparto, en primíparas y multíparas atendidas en el hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, en enero y febrero de 2013. / Enunciar los factores sociodemográficos, obstétricos-perinatales y psicológicos en primíparas y multíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, en enero y febrero de 2013. / Identificar los factores que influyen en la ocurrencia de depresión post parto, en primíparas y multíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, en enero y febrero de 2013. Material y método: Se realizó una investigación de tipo descriptiva/relacional con diseño no experimental, que incluyó una muestra de tipo no probabilística e intencionada, conformada por 237 primíparas y 237 multíparas (474 puérperas en total), durante los meses de enero y febrero de 2013, evaluadas mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. Resultados: La tasa de prevalencia de depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado fué de 26.8%, con mayor frecuencia en multíparas que en primíparas; siendo la prevalencia en multíparas del orden del 33.3% y en primíparas del 20.3%/El estado civil de conviviente, el grado de instrucción de secundaria, la convivencia dentro del marco de la familia nuclear y satisfacción marital, a pesar de ser adecuada; son factores SOCIODEMOGRÁFICOS que tuvieron una mayor asociación a la presencia de depresión posparto. El hecho de ser una gestante controlada, como factor OBSTÉTRICO-PERINATAL, no garantiza que las mujeres no desarrollen depresión posparto; ya que las madres que tuvieron de 6 a más controles prenatales se relacionaron con la DPP. El factor PSICOLÓGICO de percepción del embarazo, a pesar de ser bueno, tuvo una mayor asociación a la presencia de depresión posparto./Las personas con 24 a 29 años tienen 2.304 veces más riesgo de tener depresión posparto; las madres primíparas tienen 1.858 veces más riesgo de tener depresión respecto a las multíparas; Las madres con 6 o más controles prenatales tienen 2.113 veces más riesgo de tener depresión; Las madres con mala percepción acerca de su embarazo tienen 2.783 veces más riesgo de tener depresión posparto respecto a las que tienen buena percepción. Conclusión y Recomendación: La población estudiada presenta una alta prevalencia de depresión posparto, con diferencias en cuanto a su paridad. Se recomienda la incorporación de Tamizaje de depresión en el embarazo y posparto en los servicios de salud. Palabras clave: Depresión posparto, prevalencia, factores, influencia, mujeres posparto.

SUMMARY

Depressive disorders are a major public health problem, being more common in women and increased risk during pregnancy and postpartum. Objectives: To determine the prevalence of postpartum depression in primiparous and multiparous treated in hospital Honorio Delgado Espinoza of Arequipa, in January and February 2013. / What are the sociodemographic, obstetric and perinatal and psychological primiparous and multiparous treated at the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza of Arequipa, in January and February 2013. / Identify the factors that influence the occurrence of postpartum depression in primiparous and multiparous treated at the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza of Arequipa, in January and February 2013. Methods: We conducted a descriptive research / relational non experimental design, which included a non-probability sample and intentional type, consisting of 237 primiparous and 237 multiparous (474 postpartum women in total) during the months of January and February 2013, evaluated through Postpartum Depression Scale Edinburgh. Results: The prevalence rate of postpartum depression in new mothers treated at the Regional Hospital Honorio Delgado was 26.8%, more often in multiparous than in primiparous, multiparous with a prevalence in the range of 33.3% and 20.3% primiparous / The cohabiting marital status, degree of secondary instruction, coexistence within the framework of the nuclear family and marital satisfaction, despite being adequate; **SOCIODEMOGRAPHIC** factors that had a greater association with the presence of postpartum depression. Being a pregnant controlled **OBSTETRICAL-PERINATE** factor, does not guarantee that women develop postpartum depression, and mothers who had more than 6 prenatal visits were related to the DPP. **PSYCHOLOGICAL** factor perception of pregnancy, despite being good, had a greater association with the presence of postpartum depression. / People with 24 to 29 have 2,304 times more risk of postpartum depression, the mothers have 1,858 times more risk of having depression compared to multiparous; Mothers with 6 or more prenatal visits are 2,113 times more likely to have depression, mothers with poor perception of their pregnancy are 2,783 times more likely to have postpartum depression compared to those with good insight. Conclusion and Recommendation: The study population has a high prevalence of postpartum depression, with differences in their parity. We recommend incorporating depression screening in pregnancy and postpartum health services. **Keywords:** Postpartum Depression, prevalence, factors influence postpartum women.

INTRODUCCIÓN

Oh María, sin pecado concebida, rogad por nosotros, que recurrimos a vos. Amén.

Durante el embarazo y el puerperio suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer. La depresión posparto es entendida como la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto. El cuadro clínico de la depresión posparto es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo, la depresión posparto posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica. Puede provocar alteraciones en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé, una reducida interacción madre-hijo; y una mayor morbilidad y mortalidad materna.

Según investigaciones recientes hay una creciente evidencia de que la depresión posparto tiene efectos devastadores no sólo en las madres sino también en sus familiares. En algunos estudios se ha mostrado que los hijos de madres deprimidas presentan resultados psicológicos y de comportamiento desfavorable, acompañado de bajo peso al nacer, depresión posparto y dificultades en el aprendizaje.

La depresión posparto es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, siendo más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo. La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo y/o el postparto es importante por su morbilidad, consecuencias y posibles complicaciones. El enorme coste personal, social y asistencial hace de su diagnóstico y tratamiento un problema de salud pública.

El interés personal, la lectura crítica y cuestionante de una bibliografía especializada, y el hecho de poder convivir con púrpuras con modificación notoria en su estado de ánimo son los responsables del desarrollo del proyecto.



CAPÍTULO I

*¿No tienes enemigos?: Es que jamás dijiste la verdad o que jamás
amaste la justicia.*

-Santiago Ramón y Cajal-

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

1.1. Enunciado

“¿Cuál es la prevalencia y qué factores influyen en la ocurrencia de depresión post parto, en primíparas y multíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, en enero y febrero de 2013?”

1.2. Descripción

a) Área del conocimiento

Campo : Ciencias de la Salud

Área General : Obstetricia

Área Específica : Salud Mental

Línea : Trastorno depresivo post parto

b) Análisis y operacionalización de variables

VARIABLES INDEPENDIENTES	INDICADOR	SUB-INDICADOR
PREVALENCIA	NÚMERO DE CASOS DE DEPRESIÓN POST PARTO	-
FACTORES QUE INFLUYEN	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	EDAD
		ESTADO CIVIL
		GRADO DE INSTRUCCIÓN
		VIVE CON
		OCUPACIÓN
		SATISFACCIÓN MARITAL
	FACTORES OBSTÉTRICOS Y PERINATALES	PARIDAD
		PLANIFICACIÓN DE EMBARAZO

		VÍA DE PARTO
		CUIDADO DEL BEBÉ (responsables)
		AMANTAMIENTO
		CONTROLES PRENATALES
	FACTORES PSICOLÓGICOS	DESEO DE EMBARAZO DE LA MADRE
		DESEO DE EMBARAZO DEL PADRE
		APOYO DE LA PAREJA
		APOYO DE LA FAMILIA Y/O PARIENTES
		PERCEPCIÓN DE LA MADRE RESPECTO DE SU EMBARAZO
VARIABLES DEPENDIENTES	INDICADOR	SUB-INDICADOR
DEPRESIÓN POST PARTO	PRESENCIA	<12 : NO PRESUNTIVO DPP ≥12 : PRESUNTIVO DPP

c) Interrogantes básicas

- ¿Cuál es la prevalencia de depresión post parto, en primíparas y multíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, en enero y febrero de 2013?
- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos, obstétricos-perinatales y psicológicos en primíparas y multíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, en enero y febrero de 2013?
- ¿Qué factores influyen MÁS en la ocurrencia de depresión post parto, en primíparas y multíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, en enero y febrero de 2013?

d) Tipo de investigación

De campo; porque se desarrolló en un ambiente natural-externo con el afán de comprender y determinar el problema de depresión después del parto.

e) Nivel de Investigación

Descriptivo / relacional; porque se obtuvo información acerca del fenómeno depresivo posterior al parto, para describir sus implicaciones y sus factores; además de ofrecer una relación ulterior con su condición de primípara o multípara.

1.3. Justificación

La presente investigación se justifica por su:

RELEVANCIA CIENTÍFICA. Porque se orienta a la búsqueda del problema depresivo en los servicios de salud, ya que a la fecha, los profesionales se preocupan en verificar el normal estado de la puérpera sólo a nivel de la esfera física, dejando de lado el aspecto psicológico. Se sabe poco del tema y las investigaciones son escasas.

RELEVANCIA ACADÉMICA. Porque se pretende aportar datos importantes en relación al problema. Tanto estudiantes como profesionales de salud conocen poco del estado depresivo en la puérpera y, peor aún, no se atreven a dar soluciones posibles al problema.

RELEVANCIA SOCIAL. Porque se busca el bienestar social de la mujer, dado que la depresión, según antecedentes, impide su desarrollo integral y dificulta su capacidad de relación.

CONTEMPORALIZACIÓN. Porque es un problema presente en nuestra época, y se hace poco por descubrirlo y menos por solucionarlo.

ORIGINALIDAD. Porque es un trabajo inédito.

FACTIBILIDAD. Porque se cuenta con los medios y recursos necesarios para desarrollar la investigación, garantizando su cabal cumplimiento.

INTERÉS PERSONAL. Por motivación propia, y el interés que despierta el tema; además de evaluar a una población asequible; es que el presente trabajo es viable.

2. Objetivos

- Determinar la prevalencia de depresión posparto, en primíparas y multíparas atendidas en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, en enero y febrero de 2013.
- Enunciar los factores sociodemográficos, obstétricos-perinatales y psicológicos en primíparas y multíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, en enero y febrero de 2013.
- Identificar los factores que influyen MÁS en la ocurrencia de depresión post parto, en primíparas y multíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, en enero y febrero de 2013.

3. Marco Teórico

3.1. Marco Conceptual

3.1.1. PREVALENCIA

- **Definición**

En epidemiología se denomina **prevalencia** a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado ("prevalencia de periodo").

- **Tipos**

Podemos distinguir dos tipos de prevalencia: puntual y de periodo.

Prevalencia puntual: cuantas personas de un grupo definido están enfermas en un determinado momento. Ejemplo hipotético: 1% de los empleados están esta semana enfermos.

Prevalencia de periodo: la proporción de personas que están o estarán enfermas en algún momento. Ejemplo hipotético: 10% de los habitantes de este pueblo tendrá cáncer en algún momento durante su vida.

La prevalencia de una enfermedad es el número total de los individuos que presentan un atributo o enfermedad en un momento o durante un periodo dividido por la población en ese punto en el tiempo o en la mitad del periodo. Cuantifica la proporción de personas en una población que tienen una enfermedad (o cualquier otro suceso) en un determinado momento y proporciona una estimación de la proporción de sujetos de esa población que tenga la enfermedad en ese momento.

Es un parámetro útil porque permite describir un fenómeno de salud, identificar la frecuencia poblacional del mismo y generar hipótesis explicatorias. La utilizan normalmente los epidemiólogos, las personas encargadas de la política sanitaria, las agencias de seguros y en diferentes ámbitos de la salud pública.

- **Características**

1. Es una proporción. Por lo tanto, no tiene dimensiones y su valor oscila entre 0 y 1, aunque a veces se expresa como porcentaje.
2. Es un indicador estático, que se refiere a un momento temporal.

3. La prevalencia indica el peso o la abundancia del evento que soporta una población susceptible, teniendo su mayor utilidad en los estudios de planificación de servicios sanitarios.
4. En la prevalencia influye la velocidad de aparición del evento y su duración. Por ello es poco útil en la investigación causal y de medidas terapéuticas.
5. La prevalencia no debe confundirse con la incidencia. La incidencia es una medida del número de casos nuevos de una enfermedad en un período determinado. Podría considerarse como una tasa que cuantifica las personas que enfermarán en un periodo de tiempo.

La prevalencia se refiere a todos los individuos afectados, independientemente de la fecha de contracción de la enfermedad. Es decir, que con la prevalencia puede saberse en un determinado momento cuantos enfermos hay. Una enfermedad de larga duración que se extiende ampliamente en una comunidad en 2002 tendrá una alta prevalencia en 2003 (asumiendo como duración larga un año o más), pero puede tener, sin embargo, una tasa de incidencia baja en 2003.

Por el contrario, una enfermedad que se transmite fácilmente pero de duración corta, puede tener una baja prevalencia y una alta incidencia. La prevalencia es un parámetro útil cuando se trata de infecciones de larga duración, como por ejemplo el SIDA, pero la incidencia es más útil cuando se trata de infecciones de corta duración, como por ejemplo la varicela.

6. La prevalencia de una enfermedad en una población determinada influye en la eficacia real de una prueba para diagnosticar dicha enfermedad en esa población concreta. Se trata de un parámetro que, junto con los valores de sensibilidad y especificidad intrínsecos a esa prueba, permite obtener aplicando el teorema de Bayes los valores predictivos positivo y negativo, que son probabilidades de que

la enfermedad esté realmente presente o no si el resultado de la prueba es positivo o negativo, respectivamente.

En definitiva, se trata de que esas probabilidades de acierto por parte del test serán mayores en función no sólo de la muestra sobre la que se realiza el estudio, sino también de la población de la que procede.¹

3.1.2. DEPRESIÓN

- **HISTORIA**

En todos los siglos aparecen tanto filósofos como médicos, y a partir del siglo XIX psicólogos y psiquiatras, que han tratado de entender porqué el hombre se deprime. Como las emociones positivas, las emociones de tristeza y pena constituyen una característica intrínseca de la condición humana. El trastorno depresivo parece ser una de las primeras enfermedades mentales que fueron descritas en la historia de la humanidad.

Los sentimientos de abatimiento en sus formas no patológicas tienen funciones adaptativas como, por ejemplo, recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación de situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de “conservar energía” para hacer frente a ulteriores procesos de adaptación. Sin embargo, bien por su intensidad, duración y frecuencia o por su aparente “autonomía”, estos sentimientos pueden interferir con la capacidad adaptativa de la persona que los sufre y pueden llegar a ser patológicos. Los intentos más remotos de comprender científicamente la depresión se deben a Hipócrates, quien emplea el término de “melancolía” para dar cuenta de estos estados. La palabra depresión se comenzará a utilizar con frecuencia durante el siglo XIX.

Desde el siglo XIX a. C. se conocen los Libros de Los muertos, en los que se habla en ocasiones de la melancolía como enfermedad del estado de

¹De PREVALENCIA. (2012). <http://es.wikipedia.org/wiki/Prevalencia>.

ánimo. En Mesopotamia la primera interpretación cíclica de la melancolía respondía al movimiento periódico de los cuerpos celestes. En Egipto en los papiros de Ebers y el de Edward Smith (año 1550 a.C) aparece por primera vez el diagnóstico de histeria y pensaban que era una enfermedad producida por el útero, órgano móvil, que recorría las distintas partes del cuerpo produciendo estas alteraciones. Lao-Tse, el gran filósofo del siglo VI a.C, menciona en sus escritos la importancia de la tristeza. En esa misma época Confucio escribió también sobre los sentimientos de fatiga y hundimiento y abordó la manera de alcanzar la serenidad. En la medicina oriental hindú la melancolía se localizaba dentro del cuerpo y en ciertas características de la personalidad. Hipócrates (época de la Grecia Clásica) en el siglo IV a. C. describe en su libro “Las epidemias”, la bilis negra que corrompe los humores como agente casual de la melancolía. Hipócrates se refería no a una enfermedad mental sino más bien a un estado de ánimo. En el siglo II Galeno distinguía tres formas de melancolía: la localizada en el cerebro, la digestiva y la generalizada. Surgen de esta manera las primeras clasificaciones de las enfermedades depresivas, gracias a Hipócrates y Galeno, basadas ambas en la teoría de los humores. Galeno es el primero en hablar de las ideas negras. El Renacimiento es la edad dorada de la melancolía. El médico más destacado es Paracelso y pretende demostrar que la melancolía no se debe a causas sobrenaturales ni demoníacas, sino a otras de orden natural. Para curar la melancolía ya no se recurre a sustancias que evacuen la bilis negra, sino a otras que provoquen la risa administrando drogas que produzcan alegría y euforia. Hay que esperar hasta 1725, cuando el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión. Tiene un gran relieve el médico español de origen árabe Piquer Arrufat (el Hipócrates español) que sistematiza con todo detalle la enfermedad del monarca español Fernando VI, diagnosticándola con un doble enunciado: manía-melancolía. El cambio conceptual fundamental lo proporciona Kraepelin (1855–1926); el término maniaco-depresivo de Kraepelin incluía cuadros que hoy denominamos depresión mayor, trastorno bipolar o ciclotimia. El psiquiatra Leonhard en 1957 fue el primero en separar los trastornos afectivos en “bipolar” (personas con trastornos

maníacos depresivos o circulares) y “monopolar” (personas con historia sólo de depresión o sólo de manía) y en los últimos 30 años se ha consolidado esta distinción.

Desde los años 70, en EEUU se ha venido utilizando la distinción entre Bipolar I y Bipolar II. Bipolar I aquellos casos en que ha existido algún episodio de manía y bipolar II aquellos casos en que habría existido simplemente episodios de hipomanía. Pero las investigaciones en torno al tema de la depresión han avanzado más en los últimos veinte años; hemos pasado de la clasificación de la OMS CIE-9 (clasificación internacional de las enfermedades mentales, 1980) a la CIE-10 (décima edición), igual que del DSM-IV (1994) al DSM-IV-TR explicativo (texto reformado, 2000). Pero la cuestión se ha visto remozada con la llegada de las teorías y los modelos conductistas y cognitivos. Para *Beck*, las depresiones no tienen como síntoma esencial la tristeza o el descenso del estado de ánimo, sino un desorden cognitivo característico que media en un mecanismo final común de realimentación (depleción de monoaminas cerebrales) que le mantiene, en vez de ser consecuencia de estas alteraciones neurobiológicas.

El modelo de Kendler y cols (1993) para el estudio de los factores de riesgo de la depresión en la mujer se incluye dentro de un modelo etiológico integrado por numerosos factores de riesgo, entre los que destacan los siguientes: acontecimientos vitales estresantes, factores genéticos, neuroticismo, la ausencia de apoyo social, antecedentes personales y familiares de depresión mayor.

• DEFINICIÓN

Según López, Ibor: *“En su Carta Fundacional, la Organización Mundial de la Salud define la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad. En este contexto extensible a la depresión, la enfermedad debe entenderse como un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional, un proceso*

*psicológico que conlleva sufrimiento y dolor y un proceso social que supone una invalidez”.*²

La Medicina del siglo XXI debe tener como objetivo prioritario la conservación de la salud, es decir, debe ser fundamentalmente preventiva. Este objetivo, logrado ya en algunos campos y vías de consecución en muchos casos, se percibe como lejano cuando se refiere a los trastornos psíquicos en general y las depresiones en particular.³

• EPIDEMIOLOGÍA

La depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes, con una incidencia creciente, que está aumentando a lo largo de la segunda mitad del siglo XX hasta adquirir características epidémicas cuando apenas tenía relevancia hace veintitantos años. Dentro de los trastornos afectivos el trastorno mental más frecuente es el depresivo mayor que junto a los estados de angustia representan la más elevada prevalencia en la población general.

Se sabe que al menos una de cada cinco personas va a presentar un trastorno del estado de ánimo a lo largo de su vida, pero la sanidad aún no ha sido capaz de aplicar programas eficaces de prevención y control de este grave problema de salud pública. La importancia epidemiológica del trastorno depresivo es que afecta a una franja de población en plena etapa productiva y vital y tiene de tal modo una importante repercusión socioeconómica. Es un problema social y de salud pública por su elevada prevalencia y la importancia de sus consecuencias familiares, laborales y económicas como absentismo e incapacidad laboral, su asociación con varios factores psicosociales de riesgo como el estrés laboral y el desempleo, sus consecuencias sobre la salud y otras conductas de riesgo como el abuso y la dependencia de sustancias adictivas e intentos de suicidio. La depresión tiene un

² De LÓPEZ, Ibor. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad, p. 209

³De GARCÍA, Montserrat (2011). Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: factores psicosociales, predisponentes, p. 4

coste muy alto, que ha ido aumentando a lo largo de los últimos años; estos pacientes consultan repetidamente con los especialistas siendo objeto de una larga serie de pruebas complementarias y víctimas de la iatrogenia.⁴

• FACTORES ASOCIADOS

Aunque la mayoría de las personas que sufren depresión tiene un agente causante anterior, no todas las que sufren un agente estresante padecen depresión.

Factores biológicos: hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores (aminas biógenas), citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad. La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con varias citoquinas proinflamatorias como interleukina-1, interleukina-6 y factor de necrosis tumoral que se incrementan en la depresión, así como alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reducen el número de transportadores de serotonina en plaquetas y linfocitos de sangre periférica).

Alteraciones cerebrales: una alteración en el funcionamiento de dos áreas del cerebro (área frontal y área límbica) motivan la aparición de un trastorno depresivo, pero no existe una lesión anatómica visible con técnicas de neuroimagen.

Alteraciones en neurotransmisores: existe una estrecha relación entre las hormonas, los neurotransmisores (serotonina, dopamina, noradrenalina, GABA-ácido gamma-aminohidroxibutírico, acetilcolina, ácido glutámico y péptidos opioides) y los trastornos depresivos. En la depresión la conexión neuronal mediante neurotransmisores no funciona bien y los antidepresivos ayudan a normalizar estas alteraciones.

⁴De GARCÍA, Montserrat (2011). , op.cit., p. 7

Alteraciones genéticas: la depresión es 2 veces más común en hijos de padres que presentan su primer episodio depresivo antes de los 20 años, pero en aquellos padres cuyo primer episodio es posterior a los 40 años el riesgo para los hijos no es superior al de la población general. En el caso de la depresión mayor, la influencia de los genes no ha sido claramente establecida. Ciertos investigadores han vinculado el riesgo de padecer depresión con variaciones genéticas o polimorfismos en genes que codifican la proteína transportadora de serotonina, no obstante, por el momento no se conoce con exactitud qué genes la provocan.

Factores psicosociales: La hipótesis inmunológica de la depresión considera que factores externos como los estresores psicosociales e internos como desórdenes inflamatorios favorecen la depresión. Los “trastornos mentales” lejos de ser supuestas entidades naturales de base biológica, son entidades construidas de carácter histórico-social, asociadas a los vaivenes de la vida que no pueden ser explicables solamente por los desequilibrios de la neuroquímica cerebral. Su carta de realidad sería más de tipo psicobiológico del orden de los problemas de la vida más que de la biología y de la persona más que sólo del cerebro. Personas genéticamente vulnerables al estrés, presentan reacciones afectivas negativas al ser sometidas a dicho estrés.

Factores relacionados con la personalidad: La depresión está relacionada con el tipo de personalidad del individuo. Pacientes con determinados trastornos de la personalidad, con alteraciones en sus mecanismos de defensa y en la autoestima pueden tener una tendencia mayor a deprimirse.

Factores ambientales: dentro de los factores ambientales se pueden distinguir los relacionados con las vivencias tempranas del individuo, y los recientes entre los cuales están los desencadenantes, que son situaciones del medio ambiente que favorecen o precipitan el cuadro depresivo. En general se

relacionan con acontecimientos relativos a situaciones de pérdida, separaciones, migraciones y crisis vitales.

También es un factor de predisposición un condicionamiento paterno educativo y sufrir algún problema (económico, familiar, de salud).

Enfermedad física: los factores de riesgo de los trastornos depresivos también son aplicables a las personas con enfermedades físicas. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en pacientes con enfermedades físicas son los trastorno adaptativos asociados a trastornos de estado de ánimo y los trastornos depresivos propiamente dichos.⁵

• **DIAGNÓSTICO**

Síntomas depresivos:

1. Síntomas anímicos (clínica afectiva o emocional)

La tristeza es el centro de la depresión, es el síntoma anímico por excelencia de dicha enfermedad.

El síntoma específico de la enfermedad son la tristeza y la falta de ganas de vivir; hay que tener en cuenta que con cierta frecuencia, las pacientes adolescentes manifestarán esta tristeza como irritabilidad, inestabilidad, sensación de vacía o nerviosismo.

2. Síntomas motivacionales y conductuales (clínica volitiva en la que se describe cambios de motricidad)

Dentro de ello tenemos:

- Bradipsiquia. El paciente tiene dificultades para expresarse, tener ideas, comunicarse y recordar lo que acaba de hacer.
- Inhibición psicomotriz. Falta expresividad y se cae en la inacción. El papel de la inhibición es proteger al paciente de las tendencias autoagresivas.

⁵De GARCÍA, Montserrat (2011). , op.cit., pp. 10-14

- Apatía. Las relaciones se descuidan, así como el arreglo personal y el aseo.
- Despersonalización. El paciente siente que “no es el mismo que antes”.
- La anhedonia o pérdida de la capacidad de disfrute, es junto con el estado de ánimo deprimido el síntoma principal de un estado deprimido. Levantarse de la cama por las mañanas o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles y en muchos casos se abandona el estudio, trabajo, etc. En sus formas más graves este tipo de inhibición conductual se conoce como retardo psicomotor, un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto, y una inhibición motivacional casi absoluta. Intolerancia al estrés y deterioro de las capacidades adaptativas. Las conductas más graves que nos encontramos son los intentos de suicidio y el suicidio.

3. Síntomas cognitivos

El rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectado. La memoria, la atención, la capacidad de concentración, curso y contenido del pensamiento, pueden llegar a resentirse drásticamente incapacitando su desempeño en tareas cotidianas. El contenido de las cogniciones está alterado, la valoración que hace una persona deprimida de sí misma, de su entorno y de su futuro suelen ser negativas. La autodepreciación, la autoculpación y la pérdida de autoestima suelen ser contenidos claves de las cogniciones de estas personas.

4. Síntomas físicos (clínica somática)

Centrada en la descripción de los síntomas somatopsíquicos o vegetativos, o las alteraciones de los ritmos biológicos. Un 70% u 80% padecen problemas de sueño, normalmente insomnio si bien en un pequeño porcentaje puede darse hipersomnia.

Otros síntomas físicos son: fatiga sobre todo por la mañana, pérdida de apetito, disminución del deseo y la actividad sexual, con frecuencia molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos,

estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa...). Los dolores son las quejas más frecuentes.

5. Síntomas interpersonales

Una importante característica de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. Éstos pacientes normalmente sufren el rechazo de las personas que les rodean, lo que a su vez reaccúa aislándoles aún más. Un funcionamiento interpersonal inadecuado en estos pacientes ha mostrado ser un buen predictor de un peor curso de la depresión.⁶

• DEPRESIÓN PUERPERAL

Si bien Hipócrates en el siglo IV a.C hizo la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto, no fue hasta la cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM- IV) el momento en que la psiquiatría actual le dio cabida a esta asociación del posparto y los cambios del ánimo (la depresión posparto no era reconocida oficialmente como una entidad propia en el ICD-10 ó en DSM-III-R). La importancia de diagnosticarla y tratarla de modo eficaz, así como las consecuencias devastadoras sobre la mujer, la familia y la sociedad cuando no se intervienen según la evidencia científica actual, ha favorecido su inclusión como trastorno del estado de ánimo en el DSM-IV. El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) de la American Psychiatric Association especifica un número de trastornos del estado de ánimo, en su conjunto llamado depresión y se refiere de forma específica al inicio en el posparto dentro de las primeras cuatro semanas. Por las dificultades diagnósticas que pueden existir al principio, la mayoría de los autores consideran un periodo de inicio más amplio para hablar de depresión posparto (hasta pasados 3-6 meses), abarcando este especificador a episodios depresivo mayor, maniaco o mixto, trastorno bipolar de tipo I o de tipo II o aplicable a un trastorno psicótico breve.

⁶De GARCÍA, Montserrat (2011). , op.cit., pp. 26-29

El síndrome del tercer día, disforia posparto o Baby blues es la alteración del estado de ánimo más frecuente en el posparto, que tiene una prevalencia del 50% al 80% de los casos. El término blues hace referencia a un tipo de música afroamericana triste que produce nostalgia y refleja recuerdos del pasado de los músicos, su aparición suele ser entre el tercer o quinto día posparto y tiene una duración corta de 1 a 3 semanas. Incluye síntomas breves de ansiedad, rumiaciones negativas sobre la crianza del hijo, labilidad afectiva y llanto frecuente. La sintomatología no llega a tener la intensidad suficiente como para precisar tratamiento farmacológico, siendo muy útil la psicoterapia de apoyo breve. En algunos estudios se ha visto que hasta el 20% de los casos de postpartum blues podría desarrollar una depresión (sobre todo cuando la tristeza se asocia con euforia) influyendo en ello la presencia de estresores ambientales, la lactancia o la paridad. La tristeza posparto generalmente no produce deterioro funcional y no requiere tratamiento farmacológico específico, si bien es una situación que requiere nuestra alerta ante el posible desarrollo posterior de una franca depresión clínica.⁷

En el curso del embarazo la depresión es menos frecuente que tras el parto pero el riesgo de sufrir un trastorno depresivo aumenta durante el primer trimestre y al final del embarazo, aproximadamente un mes antes del parto. Los embarazos no deseados se asocian con el aumento de trastornos depresivos en la fase inicial del embarazo, pero se atribuyen a una salud mental previa deficiente de la madre. Sin embargo, el riesgo de suicidio durante el embarazo es muy bajo, la mitad del observado en la población general. La experiencia del nacimiento de un hijo constituye un riesgo, no desdeñable, para la salud mental de las mujeres, con un incremento estimado de cinco veces en la aparición de enfermedad mental en el año siguiente al nacimiento del niño. El embarazo por sí no está asociado con riesgo incrementado de padecer depresión aunque el riesgo sí aumenta durante el periodo posparto. El riesgo es mayor en el primer mes posparto y está ligado al riesgo de psicosis y a la recaída de un trastorno bipolar previo. La

⁷De GARCÍA, Montserrat (2011). , op.cit., p.31

depresión sin psicosis afecta alrededor del 13% (10- 20%) de las mujeres tras el parto (en los primeros 6 meses) y hasta un 26% si se trata de adolescentes. Excede el 25% en quienes tuvieron un episodio previo y un episodio de depresión posparto conduce al 50% de probabilidad de recurrencia en el próximo período posparto. La depresión puerperal es una de las complicaciones más prevalentes y graves del posparto y puede ser considerada como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria de muchas mujeres. Embarazo, parto y puerperio suponen una sobrecarga tanto física como emocional para la mujer. El embarazo es un periodo especialmente crítico para la mujer por los cambios físicos, biológicos, fisiológicos y emocionales que conlleva. Igualmente el parto es un momento vulnerable que se ve complicado por cambios psicosociales y fisiológicos.

Esta depresión constituye un trastorno depresivo grave, de larga duración, que se presenta en el primer año posparto. Éste riesgo aumentado de desarrollar trastornos del estado de ánimo durante el puerperio se ve incrementado fundamentalmente durante los primeros meses después del parto. No se puede identificar una causa determinante y absoluta del trastorno. El factor de riesgo más significativo es una historia de trastornos del estado de ánimo, ya sea depresión o trastornos de angustia, incluidos episodios anteriores de trastorno del estado de ánimo posparto.

Por tanto, la tendencia más habitual encuadra las alteraciones del estado de ánimo en el período postnatal dentro de una situación de estrés y en relación a la falta de un adecuado apoyo social, historia previa de psicopatologías, la baja autoestima materna o problemas de pareja. La sintomatología, en general, no difiere de este mismo tipo de trastorno cuando se presenta fuera del puerperio y pueden presentar síntomas psicóticos. La mujer con depresión pierde la capacidad de experimentar placer, regular su autoestima y de mantener un funcionamiento adaptativo eficaz y se siente inundada por diferentes emociones negativas como angustia patológica, ira inapropiada, culpabilidad inmotivada. El llanto es

constante, los cambios de humor bruscos y la capacidad de reaccionar casi inexistente. La fatiga en el día 14 posparto es la variable más predictiva para los síntomas de depresión. Si una mujer que acaba de dar a luz presenta estos síntomas, es muy probable que esté sufriendo una depresión posparto.⁸

Las manifestaciones clínicas son las de una depresión clásica (humor deprimido, letargo, bajada en la actividad, declive de intereses o hobbies, descenso de la espontaneidad, indiferencia, ataques de llantos, preocupación, fatiga, dificultades sociales, trastornos del apetito, sueño perturbado o excesivo, dificultades para concentrarse y recordar, descenso del interés sexual, susceptibilidad a la enfermedad, poca tolerancia a la frustración, sentimientos de desesperanza, abandono del cuidado personal, pensamientos de suicidio). Su duración media es de dos a seis meses aunque puede recurrir (un 30 – 41% de los casos recurre tras un siguiente embarazo) y/o cronificarse. Si no se trata dura entre 3 y 14 meses, puede resolverse espontáneamente o progresar a una depresión crónica. Para diagnosticar la depresión se tendrá en cuenta los síntomas esenciales que deben estar presentes: estado de ánimo depresivo (tristeza, apatía, decaimiento, falta de ilusión, ganas de llorar), incapacidad para sentir placer (anhedonia), cansancio o fatiga (sensación de agotamiento anterior al esfuerzo), insomnio (o lo contrario, demasiadas ganas de dormir: hipersomnia), sentimientos de vacío y desesperanza. La mayoría de las pacientes con depresión manifestarán una disminución del apetito, aunque también puede ocurrir lo contrario. Es frecuente la pérdida del impulso sexual oscilando desde la simple reducción del interés por la actividad sexual hasta la aversión absoluta. La actividad queda cortada, disminuida en el trabajo, relaciones sociales, actividades de la vida ordinaria, rendimiento. Un porcentaje alto de pacientes deprimidas revelará conductas autoagresivas que oscilan desde el simple deseo de morir hasta las tentativas suicidas. Los aspectos cognitivos de la depresión incluyen un curso lento del pensamiento, pensamientos obsesivos acerca de sucesos banales cotidianos o de problemas concretos. Los trastornos somáticos que suelen

⁸De GARCÍA, Montserrat (2011). , op.cit., p.32

acompañar a toda depresión cobran especial importancia para el médico no especialista en salud mental ya que estos síntomas son colocados a veces en el primer plano por el enfermo, enmascarando la depresión de fondo. Se pueden manifestar de cualquier forma clínica aunque predominaran los dolores (dolor pélvico crónico, dolor abdominal difuso...), los trastornos gastrointestinales, las crisis vertiginosas y las molestias cardiorrespiratorias. Es notable la capacidad de las depresiones para ocultarse bajo la apariencia de otras enfermedades, lo que a menudo dificulta el diagnóstico.⁹

La duración de la sintomatología debe ir de las dos semanas, como mínimo, hasta las seis u ocho. Se diagnostica como depresión posparto si los síntomas no se resuelven en dos semanas o si éstos empeoran. Pueden aparecer síntomas depresivos en los estados de ansiedad, en las esquizofrenias, en las fobias y en los distintos trastornos de la personalidad.

Los estrógenos cruzan la barrera hematoencefálica y modulan diversos sistemas de neurotransmisión, incluyendo la transmisión dopaminérgica, noradrenérgica y serotoninérgica que desempeña un papel en el humor y en el estado mental. Durante el embarazo, la mujer genera una gran cantidad de hormonas. Al desprenderse la placenta, estas hormonas se pierden, lo que genera un estado de depresión. Una caída rápida de los estrógenos circulantes disminuye los estrógenos en el medio cerebral, induciendo posibles cambios de la neurotransmisión central aunque no hay evidencia directa de que solamente el desbalance hormonal cause la depresión posparto.

La obstetricia moderna ha conseguido minimizar las complicaciones físicas del parto mientras que las psicológicas permanecen con una frecuencia estable. La depresión posparto es un desorden tratable pero comúnmente infradiagnosticado e infratratado. La detección precoz de estos cuadros puede contribuir a una mejor atención de los mismos, pero actualmente

⁹De GARCÍA, Montserrat (2011). , op.cit., p.33

apenas un 20% de estas depresiones reciben tratamiento psiquiátrico. Sólo un tercio de las mujeres con depresión posparto creen que sufren esta alteración y un 80% no consultan sus síntomas con un profesional de la salud.

La depresión puerperal sólo se diagnostica en una minoría de casos, generalmente en los más graves. La mitad de los trastornos depresivos postnatales no son detectados. No es fácil que la mujer reconozca estar deprimida, en parte por el significado estigmatizante de la enfermedad y por la sensación de haber fallado como madres. Es más frecuente que se muestre encubierta en forma de quejas repetidas sobre la salud del niño como reflujo, cólicos, problemas de sueño con los que no son capaces de “hacerse”. Debido a la alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo posparto y a la consiguiente morbilidad familiar, resulta especialmente importante establecer medios eficaces de detección y prevención precoces. Recientemente, se señalaron otros elementos que intervienen en la aparición del trastorno como la planificación del embarazo; la planificación familiar es de gran ayuda para programar los partos para periodos de tiempo en los que haya un menor número de factores estresores. Se ha observado como mujeres con intervalos entre embarazos menores de un año, tienen más riesgo de desarrollar depresión después del parto siguiente.

Con la información actual existente, la evidencia indica que es importante ofrecer información práctica y apoyo en los periodos prenatal, perinatal y postnatal, para prevenir trastornos depresivos postnatales. Igualmente el tratamiento temprano de la depresión prenatal y postnatal beneficia no sólo la salud mental de las madres sino la salud física de los niños y su desarrollo. Dicha depresión no sólo causa pérdidas de productividad y un gasto elevado a los sistemas sanitarios, sino también las consecuencias de la depresión no tratada pueden ser desastrosas para la madre (trastorno depresivo recurrente, suicidio), el hijo (desarrollo cognitivo, emocional, comportamental y social negativo) y la pareja. El impacto adverso de la depresión posparto en el desarrollo cognitivo y emocional de los niños ha sido bien documentado, si no se trata acarrea

consecuencias negativas para la relación madre-hijo. Estas mujeres tienen una gran dificultad para realizar su papel como madre y alto riesgo de interferir en el desarrollo físico y mental de su hijo porque no puede hacer una vinculación eficaz con el hijo y provoca una crianza con carencias afectivas y cuidados deficitarios que interfieren en su desarrollo psicobiológico. Los primeros indicios de depresión en la madre estarían relacionados con fallos en el progreso del bebé, como pueden ser función cognitiva deficiente, dificultades afectivas y problemas de comportamiento. Los hijos de madres con depresión crónica y socialmente mal integradas sí presentan trastornos o deficiencias. Se mencionan trastornos de conducta, déficits emocionales y retrasos en el desarrollo del habla. Tales consecuencias dependen de la duración de la depresión materna. Se ha demostrado que carece de fundamento la tesis que restringe el problema a la mujer occidental. En un estudio comparado con un centenar de mujeres realizado el año 2000 en nueve países se vio que más del 50% de las mujeres de Guyana y Taiwán presentaban síntomas inequívocos de depresión posparto, en Suecia y Australia eran alrededor del 14%, en los Estados Unidos los valores fueron intermedios del 37%. El estrés, apoyo social y autoestima eran predictores significativos de depresión posparto en mujeres que vivían en Kachsiung, Taiwan. De manera característica aparecen dolores de cabeza, sensación de angustia en el pecho y trastornos cardíacos y respiratorios. Según algunas publicaciones la prevalencia de depresión puerperal se está incrementando. Los primeros síntomas suelen mezclar la tristeza y el decaimiento de ánimo con un rechazo al bebé que a veces se asocia con sentimientos de incapacidad para quererlo de cara al futuro. Muchas de las interesadas comparten la sensación de fracasar como madres y no haber alcanzado la madurez suficiente para asumir esta responsabilidad. Son mujeres que no disfrutaban con su hijo, se muestran pesimistas e irritables y padecen trastornos del sueño y de la concentración. En otras, el cuadro está dominado por el temor. Se hallan tan obsesionadas con el recién nacido, que ya no pueden pensar en ninguna otra cosa. Pasan insomnes las noches, pendientes de la respiración del niño temiendo que de repente pueda morir. Puede estar presente la ideación suicida o ideas obsesivas que habitualmente se relacionan con la posibilidad de hacerle

daño a su hijo. Las repetidas consultas al médico sobre la salud de un niño aparentemente sano nos deben hacer sospechar el diagnóstico.

Los cambios biológicos subyacentes en la “tristeza posparto” pueden llevar a la depresión puerperal en un contexto de vulnerabilidad genética, estrés en el entorno o insuficiente soporte social. Diversas experiencias han demostrado que factores de vulnerabilidad psicosocial pueden evolucionar hacia situaciones más graves y refractarias de salud mental si no son tratadas adecuadamente. De cada 1000 nuevas madres 5 sufren depresión posparto mayor con tendencias suicidas. En el 20 al 30% de los casos se produce un intento de suicidio. Dentro de los riesgos a corto y medio plazo, el suicidio materno es raro y la presencia del niño resulta de ayuda para prevenir el suicidio en las madres con depresión. El infanticidio es también muy raro y viene ligado al uso de drogas o enfermedades mentales de los padres.

Hay algunas circunstancias acompañantes típicas de la maternidad que parecen favorecer la instauración de depresiones como los dolores posparto y dificultades con la lactancia materna. Además pueden desempeñar una importante función vivencias traumáticas en la propia infancia. Durante el propio embarazo pueden reactivarse vivencias negativas del pasado. Los casos clínicos graves, que suelen instaurarse de forma aguda en menos de 24 horas, se caracterizan por la presencia de los síntomas clásicos de depresión endógena y por tener cualidades delirantes con fobias de impulsión infanticidas e ideas de suicidio. En estos casos el riesgo de suicidio y de suicidio ampliado o altruista, constituye el principal foco de atención clínica y de ingreso hospitalario. Existen ciertas diferencias entre la depresión posparto y la depresión mayor. Las mujeres con depresión posparto tienen una mayor asociación con ansiedad, presentan síntomas fóbicos de incapacidad para cuidar al bebé y miedo a hacerle daño. Tienden a experimentar una depresión más severa que si no es en posparto, tardan más tiempo en responder al tratamiento antidepresivo, incluye una menor incidencia de suicidios y un peor ajuste social después del parto. Se incrementa el riesgo de depresión

puerperal si desarrolla depresión mayor durante el embarazo. Se observa alta prevalencia de depresión en mujeres con hijos con problemas de salud, con cólicos o mal temperamento. Es una enfermedad que con frecuencia se minimiza y se oculta por los sentimientos de vergüenza que experimentan las mujeres deprimidas después de dar a luz a su hijo, como si no pudiesen deprimirse en esta situación. La desinformación sanitaria y los sentimientos de culpa hacen que las madres afectadas no pidan ayuda cuando están deprimidas.

Descensos en la sangre materna del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) refleja un riesgo incrementado de desarrollar depresión perinatal. Fluctuaciones en los niveles de las hormonas esteroideas (glucocorticoides y estradiol) durante el embarazo y después del parto contribuyen a la predisposición para los desórdenes en el estado de ánimo posparto. Estos cambios son exacerbados por eventos estresantes. Un estudio realizado en adolescentes cuyas madres tuvieron depresión posparto, demuestra que presentar alteración en la secreción del cortisol por la mañana, predice el grupo de mujeres en riesgo de presentar depresión puerperal. No existe una clara relación entre la sensación de estrés referida por la paciente y los niveles de cortisol.

Un marcador biológico ha sido descubierto para la depresión posparto, es un nivel elevado de la hipotalámica hormona corticotropin-releasing hormona (CRH) durante la 25 semana de gestación. Las mujeres que desarrollan depresión posparto tienden a producir más cantidad de CRH en la semana 25 de embarazo, y por tanto un nivel elevado en esta semana de gestación es un alto predictor de depresión puerperal. Como el screening de diabetes gestacional se realiza entre la semana 24-28 de gestación, este potencial screening de depresión posparto podría realizarse al mismo tiempo.

También se habla de los anticuerpos antiperoxidasa tiroideos como marcadores de depresión postnatal durante la gestación. Parturientas con

una depresión mayor, tuvieron un descenso significativo en sangre de la propilendopeptidasa (PEP).¹⁰

Con la información actual existente, la evidencia indica que es importante ofrecer información práctica y apoyo en los períodos prenatal, perinatal y postnatal, para prevenir trastornos depresivos postnatales. Igualmente el tratamiento temprano de la depresión prenatal y postnatal beneficia no sólo la salud mental de las madres sino la salud física de los niños y su desarrollo. Recordar que las intervenciones psico-sociales contribuyen a mejorar la calidad de vida de las pacientes.¹¹

• ESCALA DE DIAGNOSIS UTILIZADA

Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS).

Instrumento de auto reporte, el cual ha sido validado en múltiples países, estimándosele una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% para evaluar la intensidad de la depresión durante el posparto.¹²

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh 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

¹⁰De GARCÍA, Montserrat (2011). , op.cit., pp. 43-50.

¹¹De ROTONDO, Humberto: “Manual de psiquiatría”, p. 164.

¹²De GABBE, Steven: “Obstetricia”, p. 717.

afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh.

Consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos; siendo positivo cuando éste es superior a 12 puntos en valor.¹³ 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.¹⁴

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 idioma sean limitados o que tenga problemas para leer.

Pautas para la evaluación:

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

¹³ De ARAMBURU, Pilar y cols. "Prevalencia y factores asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud de Lima Metropolitana, Junio 2004", p. 2.

¹⁴ De URDANETA, José y cols: "Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo", p. 103.

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 12+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. 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.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan. (Ver Anexo 2).¹⁵

3.2. Análisis de Antecedentes Investigativos

TÍTULO.	“Prevalencia y factores asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud de Lima Metropolitana, Junio 2004”.
FUENTE.	Revista Peruana de Epidemiología, diciembre 2008. Vol.12 Nro.3, pp. 1-5.
AUTORES.	Aramburú, Pilar y cols.
RESÚMEN.	<u>Objetivos:</u> Determinar la tasa de prevalencia de depresión postparto en madres de uno a seis meses de periodo postparto 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. <u>Material y Métodos:</u> 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 Postparto (DPP) y la

¹⁵De J.L. Cox, (2007). Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgh.

Escala de Depresión Posparto Post natal de Edinburgh (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 Edinburgh 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.

CONCLUSIÓN. 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.

TÍTULO.	“Factores de riesgo de depresión posparto en púerperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Hospital Universitario de Maracaibo/Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, 2009”.
FUENTE.	Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología [online]. 2011, Vol. 76, Nro. 2, pp. 102-112
AUTORES.	Urdaneta, José y cols.
RESÚMEN.	<u>Antecedentes:</u> La depresión posparto (DPP) es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, al cual se le han

atribuido variados factores de riesgo para su presentación.

Objetivo: Se propuso determinar los factores de riesgos para DPP en puérperas atendidas en la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza” del Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela. Método: Se realizó una investigación descriptiva con diseño no experimental, mediante una muestra de 100 puérperas, evaluadas por la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS). Resultados: Hubo una prevalencia del test positivo del 91%, con una prevalencia de DPP confirmada mediante el DSM-IV del 22%. De las características evaluadas solo los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior, mostraron una asociación significativa con el desarrollo de DPP. El nacimiento mediante cesárea y no contar con el apoyo familiar presentaron una asociación significativa con el riesgo de DPP; mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria mostraron tener un efecto protector.

CONCLUSIÓN. Existe una alta prevalencia de DPP, con diversos factores de riesgo que permitirían tomar acciones para un diagnóstico oportuno de esta enfermedad.

TÍTULO. “Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Hospital Costa del Sol de Marbella y Hospital General Básico de la Axarquía de Vélez-Málaga, Málaga, Andalucía, 2004”.

FUENTE. International Journal of Clinical and Health Psychology [online].2005, Vol. 5, Nro. 2, pp. 305-318.

AUTORES. Maroto, Gracia y cols.

RESÚMEN. En este estudio instrumental se analizan las características psicométricas de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en relación con el Inventario de Depresión de Beck en una población de la Costa y Axarquía de Málaga (España). Específicamente se analiza la consistencia interna y la estructura factorial de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, y la validez de convergencia y la eficacia diagnóstica entre escalas. Se utiliza una muestra de madres seleccionadas en el momento del alta hospitalaria después del parto, autoadministrando simultáneamente las dos escalas señaladas en el propio hospital donde dan a luz. La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo se agrupa básicamente en torno a dos factores (tristeza y ansiedad) y muestra una alta consistencia interna (0,79). Aunque hay convergencia general con el Inventario de Depresión de Beck, no muestran correlación dos de los ítems.

CONCLUSIÓN. La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo se establece como aquella con más poder diagnóstico, con el punto de corte 8 como más apropiado para clasificar madres con estado de ánimo deprimido, tomando como referencia el Inventario de Depresión de Beck.

4. Hipótesis

Dado que la depresión post-parto es un trastorno grave, que puede presentarse en el primer año posterior al parto, que afecta a la salud de la madre, del niño y su entorno, y que trae consecuencias en el desarrollo y bienestar del binomio madre-hijo al estar asociado a factores externos; **es probable** que la prevalencia sea alta, que tenga una mayor relación con los factores psicológicos y que sea superior en primíparas que en múltiparas.



CAPÍTULO II

*Un científico debe tomarse la libertad de plantear cualquier cuestión,
de dudar de cualquier afirmación, de corregir errores.*

-Julius Robert Oppenheimer-

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnica, instrumento, método y materiales de verificación

VARIABLES INDEPENDIENTES	INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
PREVALENCIA	NÚMERO DE CASOS DE DEPRESIÓN POST PARTO	TÉCNICA DE COMUNICACIÓN: CUESTIONARIO	ESCALA DE DEPRESIÓN POST PARTO DE EDIMBURGO
FACTORES QUE INFLUYEN	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	TÉCNICA DE COMUNICACIÓN: CUESTIONARIO	FORMULARIO DE PREGUNTAS
	FACTORES OBSTÉTRICOS Y PERINATALES	TÉCNICA DE COMUNICACIÓN: CUESTIONARIO	FORMULARIO DE PREGUNTAS
	FACTORES PSICOLÓGICOS	TÉCNICA DE COMUNICACIÓN: CUESTIONARIO	FORMULARIO DE PREGUNTAS
VARIABLES DEPENDIENTES	INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
DEPRESIÓN POST PARTO	SÍNTOMAS	TÉCNICA DE COMUNICACIÓN: CUESTIONARIO	ESCALA DE DEPRESIÓN POST PARTO DE EDIMBURGO

1.1 Técnica : Se procedió a utilizar la técnica de comunicación, mediante la utilización de cuestionarios: Un guión de preguntas diseñadas para la identificación de la usuaria y de los posibles factores de riesgo asociados a depresión post-parto y la Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS)

1.2 Instrumento : En la investigación actual se utilizó como instrumento al cuestionario, conformado por:

- Un formulario de preguntas para recolección de datos generales, diseñados para la identificación de la usuaria y de los posibles factores de riesgo asociados a depresión posparto (Ver Anexo 2).
- La Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS, instrumento de auto reporte, el cual ha sido

validado en múltiples países, estimándosele una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% para evaluar la intensidad de la depresión durante el posparto. Consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos; siendo positivo cuando éste es superior a 12 puntos en valor (Ver Anexo 2).

1.3 Métodos : Método informático: Todos los cálculos estadísticos fueron realizados con el programa informático estadístico para ciencias sociales (por sus siglas en inglés SPSS) versión 18.0 para Windows tras el diseño de un formulario de recogida de datos y de una base de datos dentro del mismo. Para la elaboración de los textos, tablas y figuras, se utilizó un ordenador personal PC compatible con el sistema operativo Windows 2007 (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, Estados Unidos) y el siguiente software: Microsoft Word 2007.

Método estadístico: En todos los casos se consideró una $p < 0,05$ como límite de significación estadística. Para estudiar la relación o asociación entre dos variables cualitativas se utilizó la Prueba de Chi Cuadrado (X^2) tras su distribución en tablas de contingencia.

1.4 Materiales : Formulario de preguntas
Material de escritorio.

2. Campo de verificación

2.1 Ubicación espacial :

2.1.1 PRECISIÓN DEL LUGAR

Ámbito general : Perú – provincia de Arequipa

Ámbito específico : Av. Daniel Alcides Carrión 505, La Pampilla.

Cercado

2.1.2 CARACTERIZACIÓN DEL LUGAR : H.R. Honorio Delgado Espinoza.

2.1.3 DELIMITACIÓN GRÁFICA DEL LUGAR: (Ver Anexo 3)

2.2 Ubicación temporal:

2.2.1 CRONOLOGÍA : Enero y febrero de 2013

2.2.2 VISIÓN TEMPORAL : Prospectivo

2.2.3 CORTE TEMPORAL : Transversal

2.3 Unidades de estudio :

2.3.1. UNIVERSO

La población incluida fueron las puérperas que acudieron al Hospital Honorio Delgado del Ministerio de Salud (MINSA) para controles puerperales o el de sus hijos lactantes hasta los seis meses de vida.

- UNIVERSO CUALITATIVO:

- o Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión fueron: (a) mujeres puérperas entre uno y 6 meses, (b) edad mayor de 18 años y menor de 35 años y (c) madres que hablen español.

- o Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión fueron: (a) personas analfabetas.

- UNIVERSO CUANTITATIVO: En el HRHDE, aproximadamente en los meses de enero y febrero se atienden 584 partos de primíparas con RN vivos; cuyas madres están en condición de acudir a controles de puerperio.

2.3.2. MUESTRA

La muestra es de tipo no probabilística e intencionada, conformada por 237 primíparas y 237 multíparas (474 puérperas en total), durante los meses de enero y febrero de 2013. Esta muestra fue separada como se ciñe en mención, por el carácter de relación del proceso de investigación y a partir del número de las primeras.

- ❖ CRITERIOS ESTADÍSTICOS: Margen de confianza de 95.5%.
Margen de error de ± 5
- ❖ TAMAÑO DE LA MUESTRA: 237 primíparas y 237 multíparas (474 puérperas en total)
- ❖ TIPO DE MUESTREO: No probabilístico
- ❖ PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA MUESTRA:
 - Universo (N) : 584
 - Margen de confianza : 95.5%
 - Margen de error : ± 5

$$\text{Muestra (n)} = N * 400 / N + 400$$

$$\text{Muestra (n)} = 584 * 400 / 584 + 400$$

$$\text{Muestra (n)} = 237$$
- ❖ CRITERIOS DE MUESTREO: Intencionado

		EDAD	UNIVERSO	MUESTRA	
PARIDAD	PRIMÍPARAS	18-35 años	584	→ 237	474 puérperas
	MULTÍPARAS	18-35 años	584	→ 237 *	

* El muestreo se hace efectivo de forma intencionada para las multíparas, a partir del cálculo estadístico de las primíparas

3. Estrategia de recolección de datos

3.1 Organización

3.1.1 Autorización

Se emitió una solicitud al director del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, con la finalidad de obtener el beneplácito para desarrollar el proceso de investigación.

3.1.2 Prueba Piloto

Se efectuó una prueba piloto en 12 púerperas que acudan al HRHDE, que reúnan las condiciones de inclusiones establecidas.

3.2 Recursos

3.2.1 Humanos

INVESTIGADORES : Edgard Aguilar C. / Carla Medina D.V.

ASESORA : Dra. Obst. Jannet Escobedo Vargas.

GRUPO RECOLECTOR DE DATOS: Integrado solo por los investigadores.

3.2.2 Físicos

Se utilizó las instalaciones del HRHDE, en los ambientes de sala de espera de consultorios de Obstetricia para control puerperal, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), y Programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED).

Material de escritorio.

Materiales electrónicos (PC-dotado con software convencional, Impresora, Fotocopiadora)

3.2.3 Económicos

El valor de la investigación asciende a un aproximado de s/. 800.00 (ochocientos nuevos soles), financiado por los investigadores.

3.2.4 Institucionales

Ninguno

3.3 Validación del instrumento

3.3.1 Procedimiento

NÚMERO DE UNIDADES PILOTO: 12 puérperas que acudieron al HRHDE, que reunieron las condiciones de inclusiones establecidas.

3.3.2 Finalidad

La prueba constituye un arma eficaz para lidiar con problemas de incomprensión. Como parte de la rutina de perfeccionamiento del instrumento, en aras de ofrecer un formulario idóneo, que se adecúe a las características y necesidades del grupo sometido a estudio. Se efectuó en un espacio aproximado a 20 minutos por sesión, en un día comprendido dentro del programa de atención hospitalaria por consultorios externos, previa coordinación con las autoridades del nosocomio.

4. Estrategia para manejar resultados

4.1 Sistematización de datos

4.1.1 Tipo de sistematización : Manual y electrónica

4.1.2 Plan de operación

CLASIFICACIÓN: Se efectuó una plantilla esquemática de la matriz de clasificación.

CODIFICACIÓN: Se presentó un sistema de codificación en base a dígitos.

RECuento: Se realizó un recuento de tipo mixto, en base a una matriz de conteo.

ANÁLISIS:

• Tipo de análisis : Bivariado; cuantitativo y cualitativo.

• Tratamiento estadístico : Se utilizó una tabla de frecuencias y se aplicó las medidas de tendencia central: media aritmética, mediana, moda; además de medidas de dispersión como la desviación estándar.

- Manejo estadístico : Bajo aplicación de la versión 18 del programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).
- Pruebas Estadísticas : Se utilizó X^2 y la regresión logística.

TABULACIÓN: Se efectuó cuadros de entrada simple y de doble entrada.

GRAFICACIÓN: En base a la aplicación de diagramas de columnas agrupadas en 3D.

5. Cronograma de trabajo

TIEMPO ACTIVIDAD	2013							
	Enero				Febrero			
	1	2	3	4	1	2	3	4
• Recolección de datos			X				X	
• Estructuración de resultados							X	
• Informe final							X	



CAPÍTULO III

Si quieres resultados distintos, no hagas lo mismo.

-Albert Einstein-

RESULTADOS

1. Sistematización y estudio de los datos

TABLA N°. 1

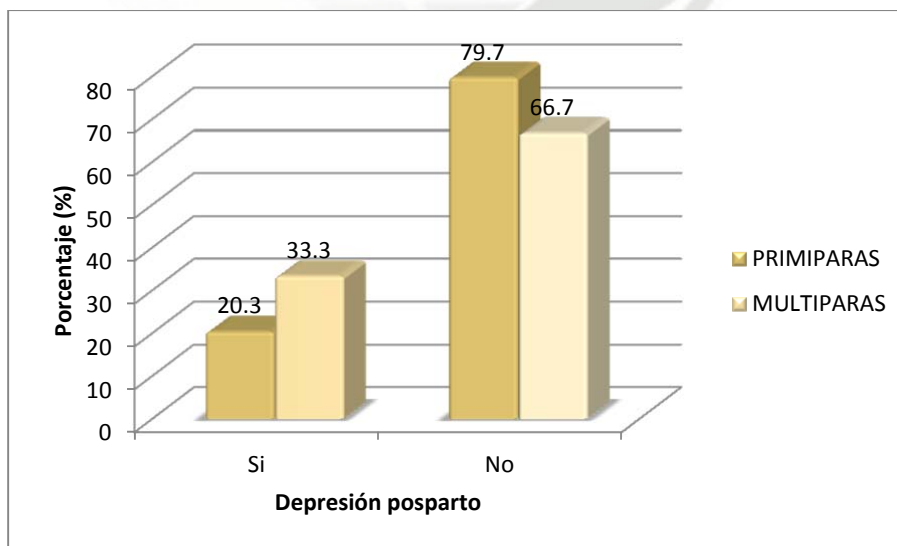
PREVALENCIA DE DEPRESION POSPARTO EN MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

DEPRESIÓN	PRIMÍPARAS		MULTÍPARAS		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Si	48	20,3	79	33,3	127	26,8
No	189	79,7	158	66,7	347	73,2
TOTAL	237	100	237	100	474	100

Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=10.34$ $P<0.05$

La tabla N°. 1, según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=10.34$) muestra que la depresión posparto en primíparas y multíparas presento diferencias estadísticas significativas ($P<0.05$).

Asimismo se muestra que el 20.3% de las madres primíparas presentaron depresión posparto frente al 33.3% de las madres multíparas.



Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=10.34$ $P<0.05$

TABLA N°. 2

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN MADRES PRIMÍPARAS Y
MULTÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

FACTORES SOCIO- DEMOGRÁFICOS	PRIMÍPARAS		MULTÍPARAS		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
EDAD						
18-23 años	121	51,0	23	9,7	144	30,4
24-29 años	71	30,0	80	33,8	151	31,8
30-35 años	45	19,0	134	56,5	179	37,8
ESTADO CIVIL						
Soltera	20	8,4	22	9,3	42	8,9
Casada	63	26,6	85	35,8	148	31,2
Conviviente	154	65,0	130	54,9	284	59,9
G. DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	2	0,8	9	3,8	11	2,3
Secundaria	111	46,8	142	59,9	253	53,4
Técnica	85	35,9	52	21,9	137	28,9
Universitaria	39	16,5	34	14,3	73	15,4
CONVIVENCIA						
Nuclear	210	88,6	198	83,5	408	86,1
Padres	25	10,6	31	13,1	56	11,8
Sola, con hijos	2	0,8	5	2,1	7	1,5
Otros	0	0,0	3	1,3	3	0,6
OCUPACIÓN						
Ama de casa	184	77,6	197	83,1	381	80,4
Independiente	44	18,6	14	5,9	58	12,2
Dependiente	9	3,8	26	11,0	35	7,4
SATISF. MARITAL						
Adecuada	215	90,7	191	80,6	406	85,7
Inadecuada	22	9,3	46	19,4	68	14,3
TOTAL	237	100	237	100	474	100

Fuente: Elaboración personal

La tabla N°. 2, muestra que el 51.0% de las primíparas tienen 18 a 23 años frente al 56.5% de las madres múltiparas con 30 a 35 años; asimismo el 65.0% y el 54.9% de las madre primíparas y múltiparas respectivamente son convivientes. En cuanto al grado de instrucción el 46.8% de primíparas y el 59.9% de múltiparas tienen secundaria.

De la misma manera el 88.6% y el 83.5% de las madres primaras y múltiparas respectivamente tienen una familia nuclear, el 77.6% de primíparas y el 83.1% de múltiparas son amas de casa y el 90.7% de las madres con adecuada satisfacción marital son primíparas frente al 80.6% de madres múltiparas con igual condición de satisfacción marital.

TABLA N°. 3

FACTORES OBSTÉTRICOS Y PERINATALES EN MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

FACTORES OBSTÉTRICOS Y PERINATALES	PRIMÍPARAS		MULTÍPARAS		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
PLAN. DEL EMBARAZO						
Si	111	46,8	105	44,3	216	45,6
No	126	53,2	132	55,7	258	54,4
VÍA DE PARTO						
Vaginal	167	70,5	111	46,8	278	58,6
Cesárea	70	29,5	126	53,2	196	41,4
CUIDADO DEL BEBE						
Sola	45	19,0	65	27,4	110	23,2
Con apoyo de la pareja	122	51,4	109	46,0	231	48,7
Con apoyo de la madre	67	28,3	54	22,8	121	25,5
Con apoyo de ambos	3	1,3	9	3,8	12	2,6
AMAMANTAMIENTO						
Si	233	98,3	220	92,8	453	95,6
No	4	1,7	17	7,2	21	4,4
TIEMPO DE PUERPERIO						
1 mes	51	21,5	51	21,6	102	21,5
2 meses	26	11,0	26	11,0	52	11,0
3 meses	27	11,4	20	8,4	47	9,9
4 meses	41	17,3	46	19,4	87	18,4
5 meses	33	13,9	52	21,9	85	17,9
6 meses	59	24,9	42	17,7	101	21,3
CONTROL PRE NATAL						
Ninguno	3	1,3	0	0,0	3	0,6
1-5	29	12,2	36	15,2	65	13,7
≥6	205	86,5	201	84,8	406	85,7
TOTAL	237	100	237	100	474	100

Fuente: Elaboración personal

La tabla N°. 3, evidencia que el 46.8% de madres primíparas planificaron su embarazo frente al 44.3% de las madres multíparas; asimismo el 70.5% de las madres primíparas tuvieron parto vaginal y el 53.2% de las madre multíparas, tuvieron parto por cesárea. En cuanto al cuidado del bebe el 51.4% de primíparas y el 46.0% de multíparas gozan de la colaboración de sus parejas.

De la misma manera el 98.3% y el 92.8% de las madres primíparas y multíparas respectivamente le dan amamantamiento a su hijo; el 24.9% de primíparas y el 17.7% de multíparas tienen un tiempo de puerperio de 6 meses; y el 86.5% de las madres primíparas tuvieron 6 a más controles prenatales frente al 84.8% de madres multíparas.

TABLA N°. 4

FACTORES PSICOLÓGICOS EN MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

FACTORES PSICOLÓGICOS	PRIMÍPARAS		MULTÍPARAS		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
DESEO DE LA MADRE						
Si	234	98,7	233	98,3	467	98,5
No	3	1,3	4	1,7	7	1,5
DESEO DEL PADRE						
Si	222	93,7	222	93,7	444	93,7
No	15	6,3	15	6,3	30	6,3
APOYO DE LA PAREJA						
Si	228	96,2	229	96,6	457	96,4
No	9	3,8	8	3,4	17	3,6
APOYO DE LA FAMILIA						
Si	229	96,6	235	99,2	464	97,9
No	8	3,4	2	0,8	10	2,1
PERCEPCIÓN DEL EMB.						
Buena	196	82,7	108	45,6	304	64,2
Mala físicamente	24	10,1	89	37,6	113	23,8
Mala anímicamente	8	3,4	9	3,8	17	3,6
Mala en ambos	9	3,8	31	13,0	40	8,4
TOTAL	237	100	237	100	474	100

Fuente: Elaboración personal

La tabla N°. 4, denota que el 98.7% de madres primíparas desearon su embarazo frente al 98.3% de las madres multíparas; asimismo, el 97.3% de madres, tanto primíparas como multíparas señalaron que sus cónyuges deseaban mantener el embarazo. En cuanto al apoyo de la pareja el 96.2% de primíparas y el 96.6% de multíparas gozan de tal condición.

De la misma manera el 96.6% y el 92.2% de las madres primaras y multíparas respectivamente tienen apoyo familiar y el 82.7% de primíparas y el 45.6% de multíparas mostraron una buena percepción para con su embarazo.

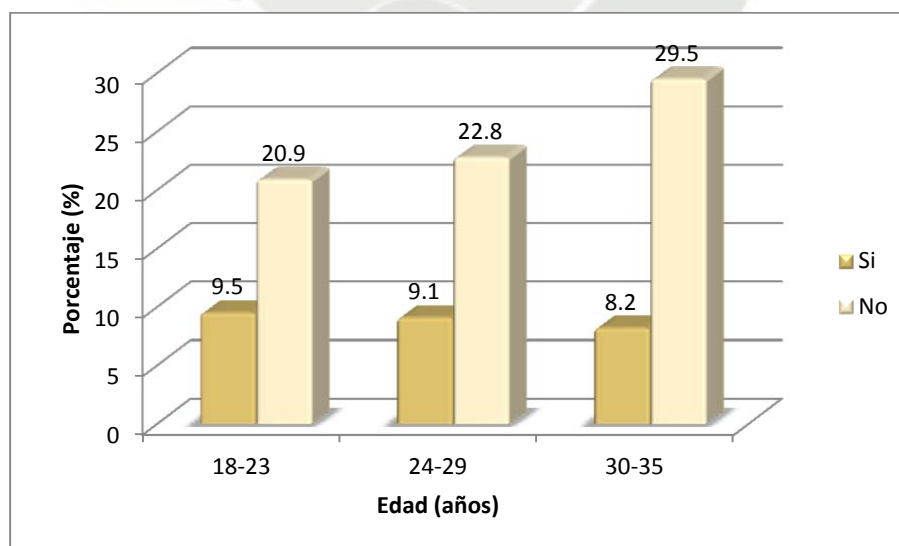
TABLA N°. 5

RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN POSPARTO Y LA EDAD DE MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

EDAD	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
18-23	45	9,5	99	20,9	144	30,4
24-29	43	9,1	108	22,8	151	31,9
30-35	39	8,2	140	29,5	179	37,7
TOTAL	127	26,8	347	73,2	474	100

Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=3.96$ $P>0.05$

La tabla N°. 5, de acuerdo a la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=3.96$) muestra que entre la edad y la depresión posparto, no se encontró relación estadística significativa ($P>0.05$). Asimismo se aprecia que el 9.5% de las madres con depresión posparto tienen 18 a 23 años.



Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=3.96$ $P>0.05$

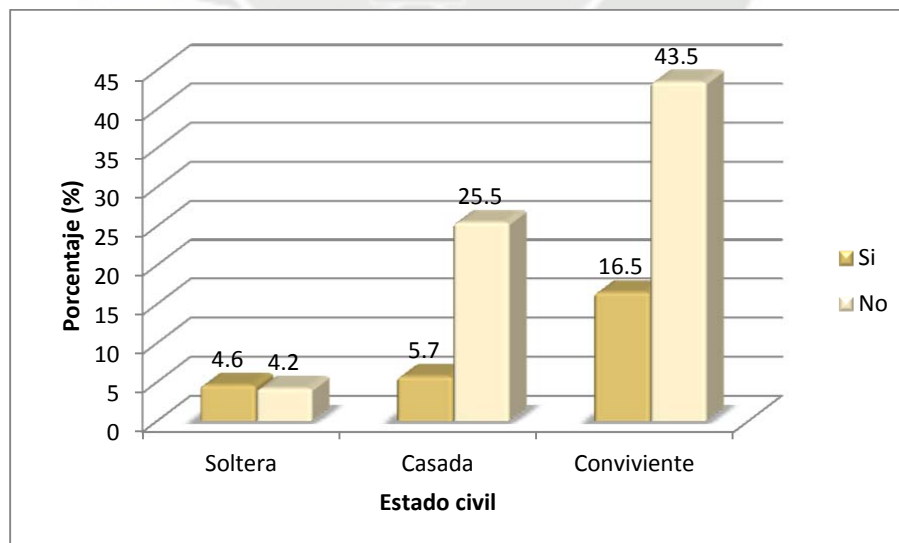
TABLA N°. 6

RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA DEPRESIÓN POSPARTO EN
MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA

ESTADO CIVIL	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Soltera	22	4,6	20	4,2	42	8,9
Casada	27	5,7	121	25,5	148	31,2
Conviviente	78	16,5	206	43,5	284	59,9
TOTAL	127	26,8	347	73,2	474	100

Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=19.60$ $P<0.05$

La tabla N°. 6, mediante la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=19.60$) muestra que entre el estado civil y la depresión posparto, se encontró una relación estadística significativa ($P<0.05$). Asimismo se aprecia que el 16.5% de las madres con depresión posparto son convivientes.



Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=19.60$ $P<0.05$

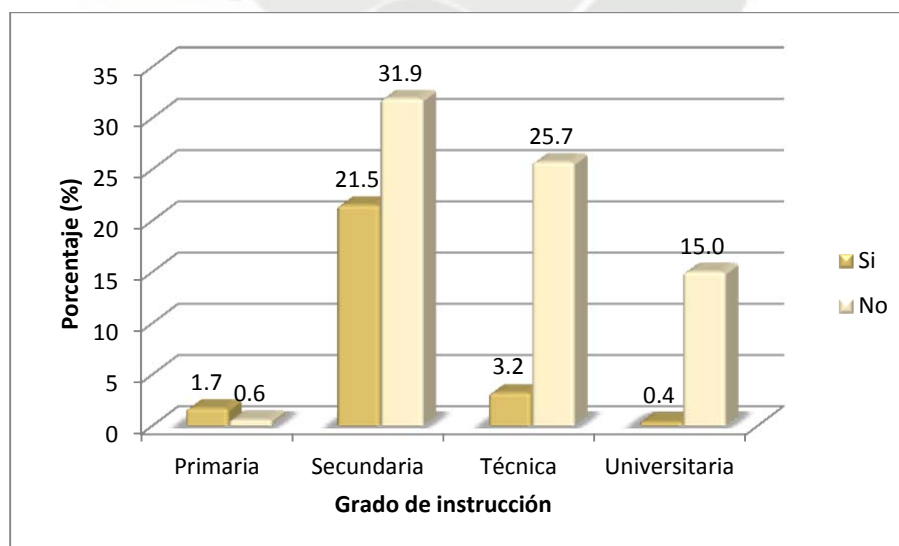
TABLA N°. 7

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y LA DEPRESIÓN POSPARTO
EN MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA

GRADO DE INSTRUCCIÓN	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Primaria	8	1,7	3	0,6	11	2,3
Secundaria	102	21,5	151	31,9	253	53,4
Técnica	15	3,2	122	25,7	137	28,9
Universitaria	2	0,4	71	15,0	73	15,4
TOTAL	127	26,8	347	73,2	474	100

Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=74.49$ $P<0.05$

La tabla N°. 7, aplicando la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=74.49$) se encuentra que entre el grado de instrucción y la depresión posparto, se encontró una relación estadística significativa ($P<0.05$). Asimismo se aprecia que el 21.5% de las madres con depresión posparto tienen educación secundaria.



Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=74.49$ $P<0.05$

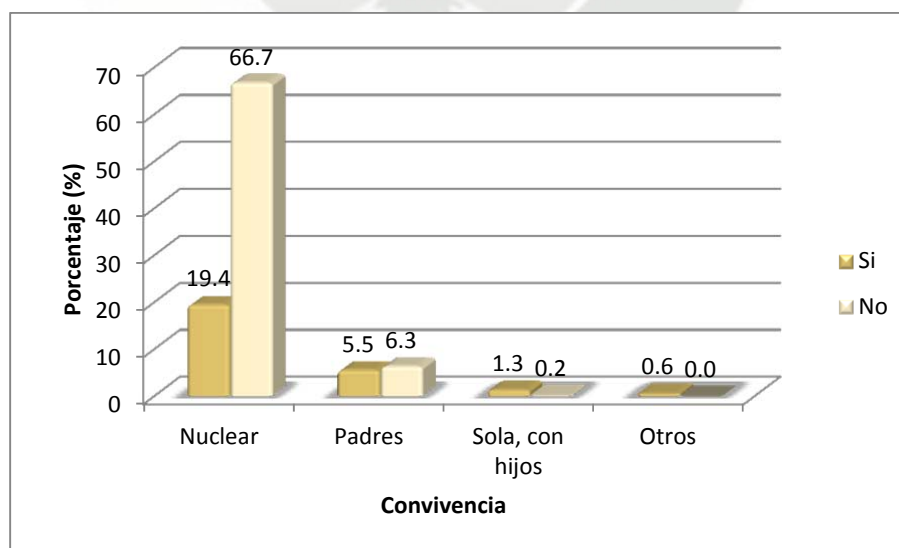
TABLA N°. 8

RELACIÓN ENTRE LA CONVIVENCIA Y LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

CONVIVENCIA	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Familia nuclear	92	19,4	316	66,7	408	86,1
Padres	26	5,5	30	6,3	56	11,8
Sola, con hijos	6	1,3	1	0,2	7	1,5
Otros	3	0,6	0	0,0	3	0,6
TOTAL	127	26.8	347	73,2	474	100

Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=35.39$ $P<0.05$

La tabla N°. 8, según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=35.39$) muestra que entre la convivencia y la depresión posparto, se encontró una relación estadística significativa ($P<0.05$). Asimismo se aprecia que el 19.4% de las madres con depresión posparto viven en el marco de una familia nuclear.



Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=35.39$ $P<0.05$

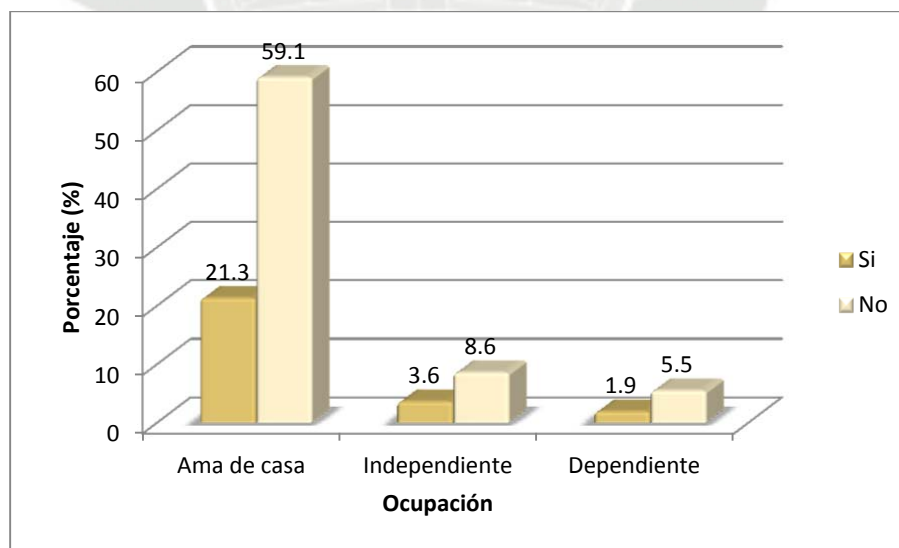
TABLA N°. 9

RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN Y LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

OCUPACIÓN	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Ama de casa	101	21,3	280	59,1	381	80,4
Independiente	17	3,6	41	8,6	58	12,2
Dependiente	9	1,9	26	5,5	35	7,4
TOTAL	127	26.8	347	73.2	474	100

Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=0.22$ $P>0.05$

La tabla N°. 9, mediante la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=0.22$) se determinó que entre la ocupación y la depresión posparto, no se encontró una relación estadística significativa ($P>0.05$). Asimismo se aprecia que el 21.3% de las madres con depresión posparto son amas de casa.



Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=0.22$ $P>0.05$

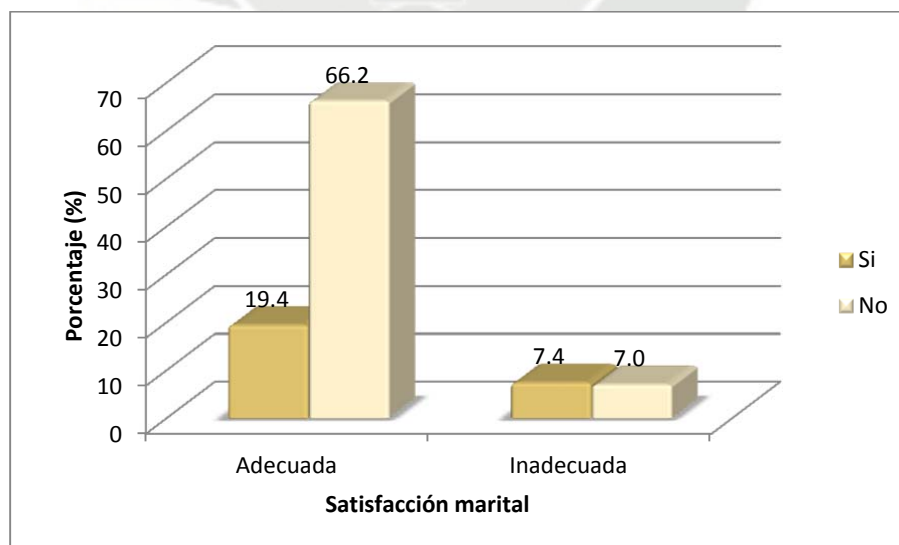
TABLA N°. 10

RELACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN MARITAL Y LA DEPRESIÓN
POSPARTO EN MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

SATISFACCIÓN MARITAL	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Adecuada	92	19,4	314	66,2	406	85,7
Inadecuada	35	7,4	33	7,0	68	14,3
TOTAL	127	26,8	347	73,2	474	100

Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=24.65$ $P<0.05$

La tabla N°. 10, según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=24.65$) se supo que entre la satisfacción marital y la depresión posparto, se encontró una relación estadística significativa ($P<0.05$). Asimismo se aprecia que el 19.4% de las madres con depresión posparto tienen adecuada satisfacción marital.



Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=24.65$ $P<0.05$

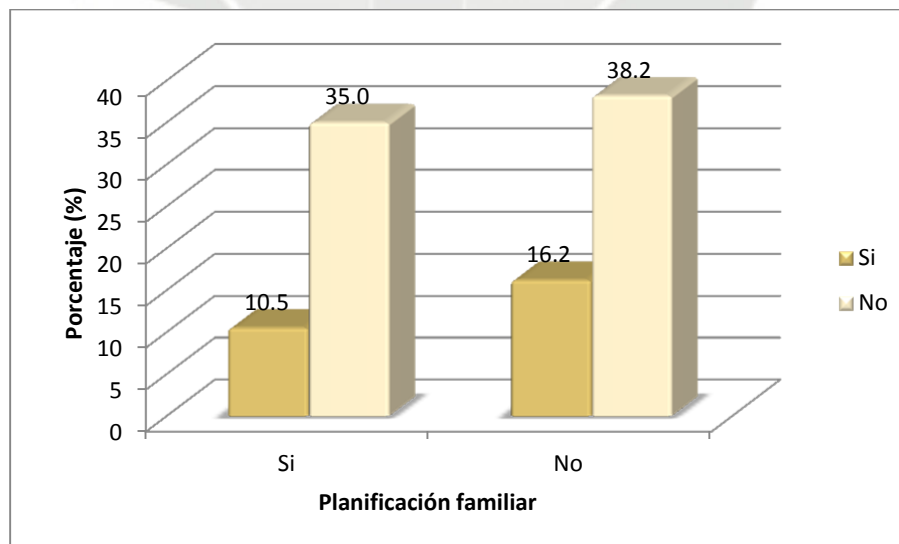
TABLA N°. 11

RELACIÓN ENTRE LA PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO Y LA DEPRESIÓN
POSPARTO EN MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Si	50	10,5	166	35,0	216	45,6
No	77	16,2	181	38,2	258	54,4
TOTAL	127	26,8	347	73,2	474	100

Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=2.69$ $P>0.05$

La tabla N°. 11, nos indica mediante la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=2.69$) que entre la planificación del embarazo y la depresión posparto, no se encontró una relación estadística significativa ($P>0.05$). Asimismo se aprecia que el 16.2% de las madres con depresión posparto no planificaron su embarazo.



Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=2.69$ $P>0.05$

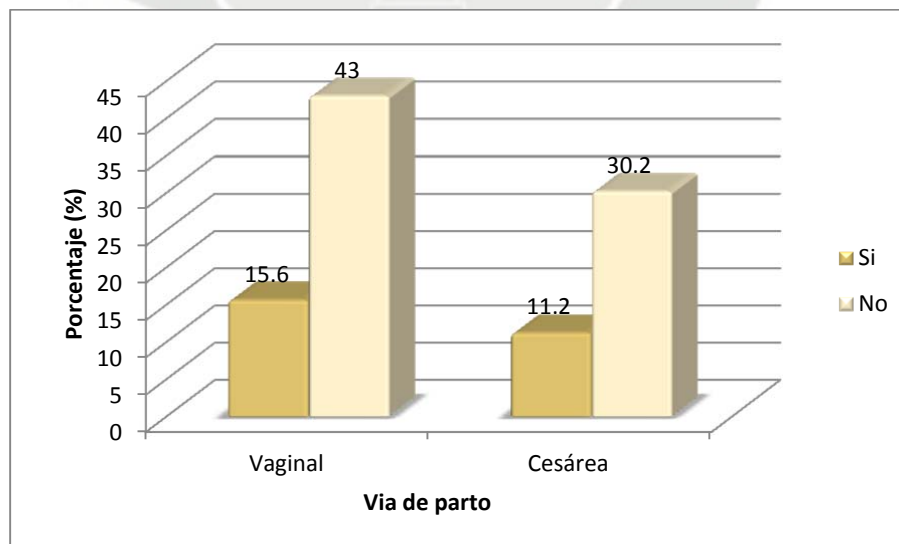
TABLA N°. 12

RELACIÓN ENTRE LA VÍA DEL PARTO Y LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

VÍA DE PARTO	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Vaginal	74	15,6	204	43,0	278	58,6
Cesárea	53	11,2	143	30,2	196	41,4
TOTAL	127	26,8	347	73,2	474	100

Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=0.01$ $P>0.05$

La tabla N°. 12, de acuerdo a la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=0.01$) sabemos que entre la vía de parto y la depresión posparto, no se encontró una relación estadística significativa ($P>0.05$). Asimismo se aprecia que el 15.6% de las madres con depresión posparto tuvieron parto por vía vaginal.



Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=0.01$ $P>0.05$

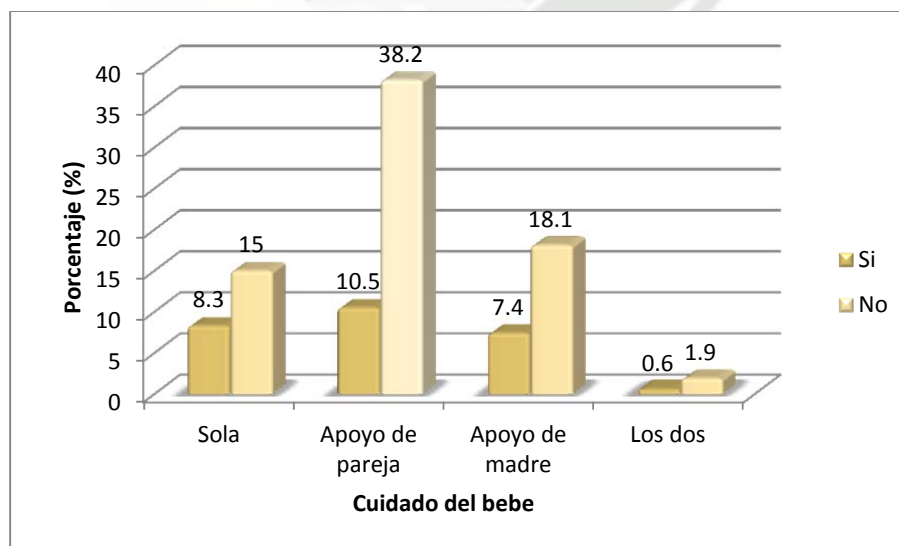
TABLA N°. 13

RELACIÓN ENTRE EL CUIDADO DEL BEBÉ Y LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

CUIDADO DEL BEBÉ	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Sola	39	8,3	71	15,0	110	23,3
Apoyo de pareja	50	10,5	181	38,2	231	48,7
Apoyo de madre	35	7,4	86	18,1	121	25,5
Apoyo de los dos	3	0,6	9	1,9	12	2,5
TOTAL	127	26,8	347	73,2	474	100

Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=7.63$ $P>0.05$

La tabla N°. 13, aplicando la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=7.63$) se encontró que entre el cuidado del bebe y la depresión posparto, no se encontró una relación estadística significativa ($P>0.05$). Asimismo se aprecia que el 10.5% de las madres con depresión posparto cuentan con el apoyo de su pareja para el cuidado de su hijo.



Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=7.63$ $P>0.05$

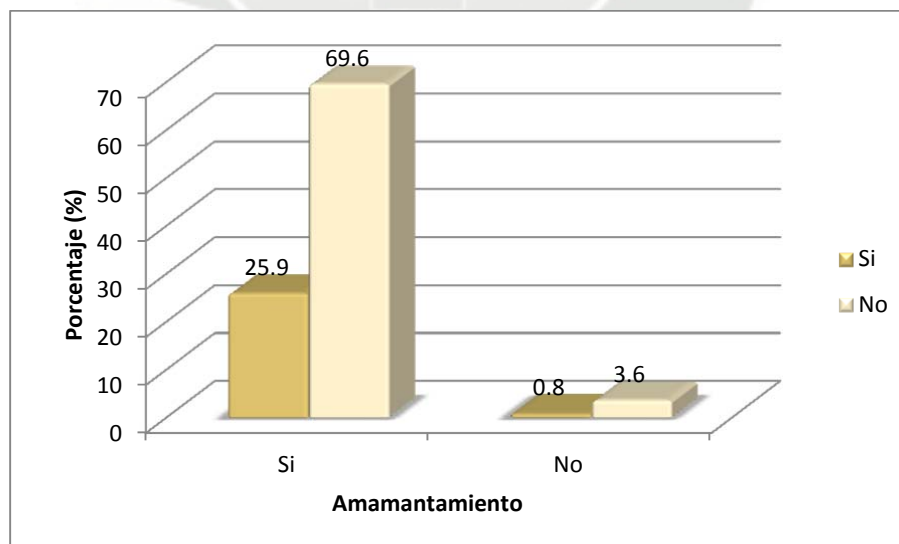
TABLA N°. 14

RELACIÓN ENTRE EL AMAMANTAMIENTO Y LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

AMAMANTAMIENTO	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Si	123	25,9	330	69,6	453	95,6
No	4	0,8	17	3,6	21	4,4
TOTAL	127	26,8	347	73,2	474	100

Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=0.67$ $P>0.05$

La tabla N°. 14, evidencia según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=0.67$) que entre el amamantamiento y la depresión posparto, no se encontró una relación estadística significativa ($P>0.05$). Asimismo se aprecia que el 25.9% de las madres con depresión posparto ofrecieron amamantar a sus hijos.



Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=0.67$ $P>0.05$

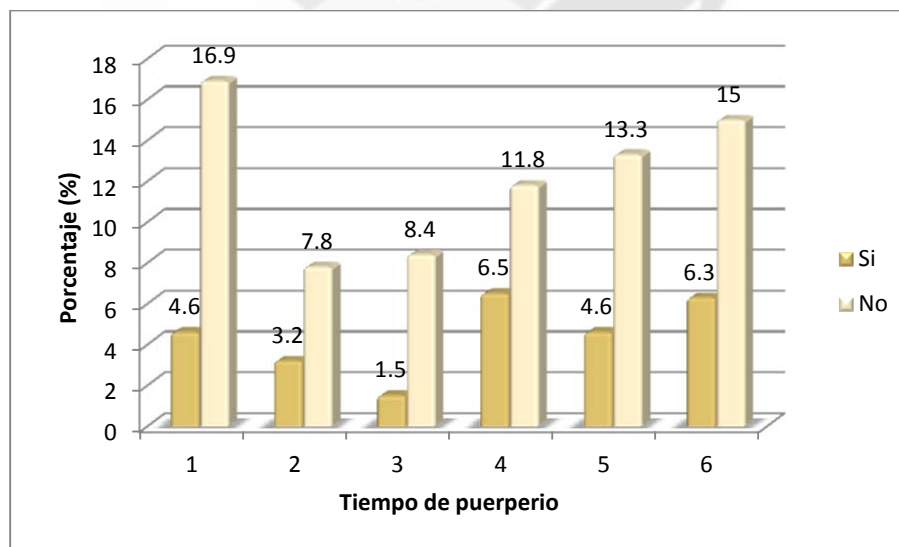
TABLA N°. 15

RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE PUERPERIO Y LA DEPRESIÓN POSPARTO
EN MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA

TIEMPO DE PUERPERIO	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
1 mes	22	4,6	80	16,9	102	21,5
2 meses	15	3,2	37	7,8	52	11,0
3 meses	7	1,5	40	8,4	47	9,9
4 meses	31	6,5	56	11,8	87	18,4
5 meses	22	4,6	63	13,3	85	17,9
6 meses	30	6,3	71	15,0	101	21,3
TOTAL	127	26.8	347	73,2	474	100

Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=8.86$ $P>0.05$

La tabla N°. 15, conforme a la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=8.86$) entre el tiempo de puerperio y la depresión posparto no se encontró una relación estadística significativa ($P>0.05$). Asimismo se aprecia que el 6.3% de las madres con depresión posparto tienen un tiempo de puerperio de 6 meses.



Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=8.86$ $P>0.05$

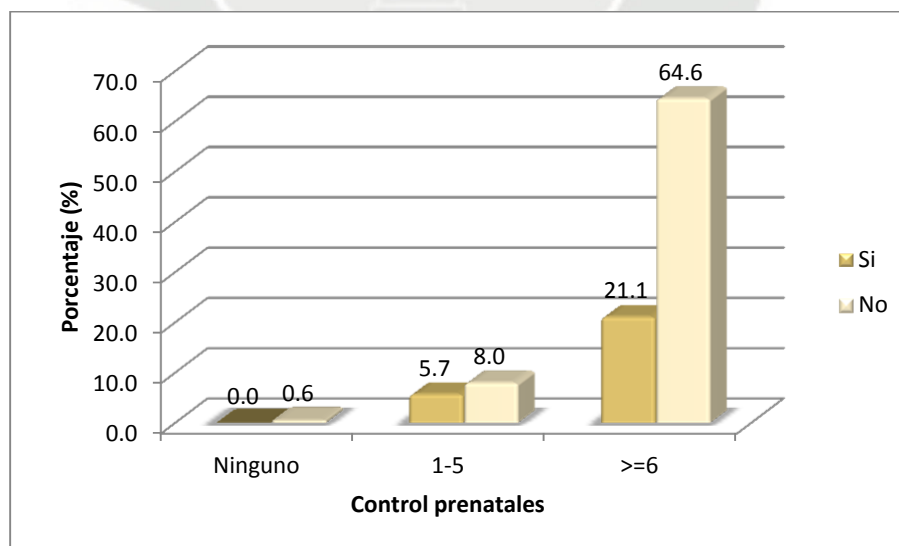
TABLA N°. 16

RELACIÓN ENTRE EL CONTROL PRENATAL Y LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

CONTROL PRENATAL	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Ninguno	0	0,0	3	0,6	3	,6
1-5	27	5,7	38	8,0	65	13,7
≥6	100	21,1	306	64,6	406	85,7
TOTAL	127	26,8	347	73,2	474	100

Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=9.27$ $P<0.05$

La tabla N°. 16, expone gracias a la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=9.27$) que entre el control prenatal y la depresión posparto, se encontró una relación estadística significativa ($P<0.05$). Asimismo se aprecia que el 21.1% de las madres con depresión posparto tienen 6 o más controles prenatales.



Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=9.27$ $P<0.05$

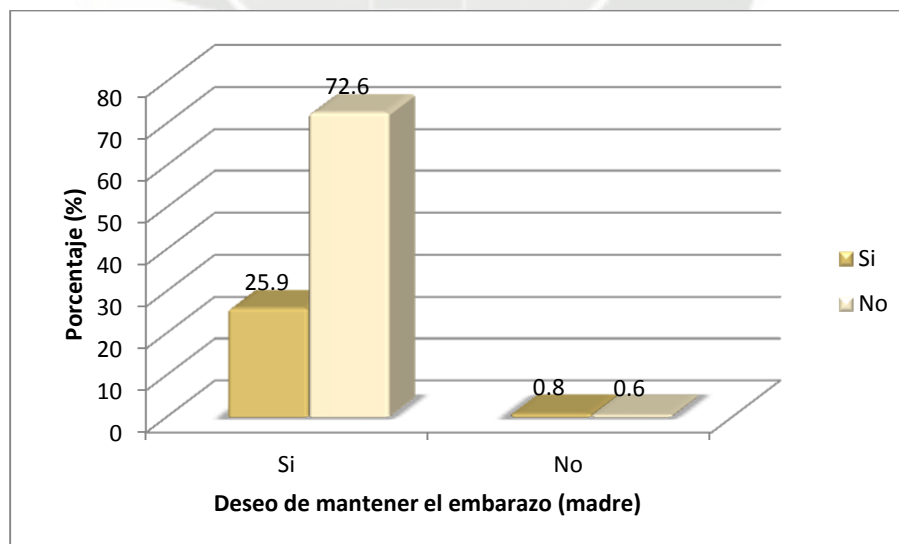
TABLA N°. 17

RELACIÓN ENTRE EL DESEO DE LA MADRE DE MANTENER EL EMBARAZO Y LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

DESEO DE LA MADRE	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Si	123	25,9	344	72,6	467	98,5
No	4	0,8	3	0,6	7	1,5
TOTAL	127	26,8	347	73,2	474	100

Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=3.34$ $P>0.05$

La tabla N°. 17, indica, según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=3.34$), que entre el deseo de mantener el embarazo y la depresión posparto, no se encontró una relación estadística significativa ($P>0.05$). Asimismo se aprecia que el 25.9% de las madres con depresión posparto deseaban mantener el curso de su gestación.



Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=3.34$ $P>0.05$

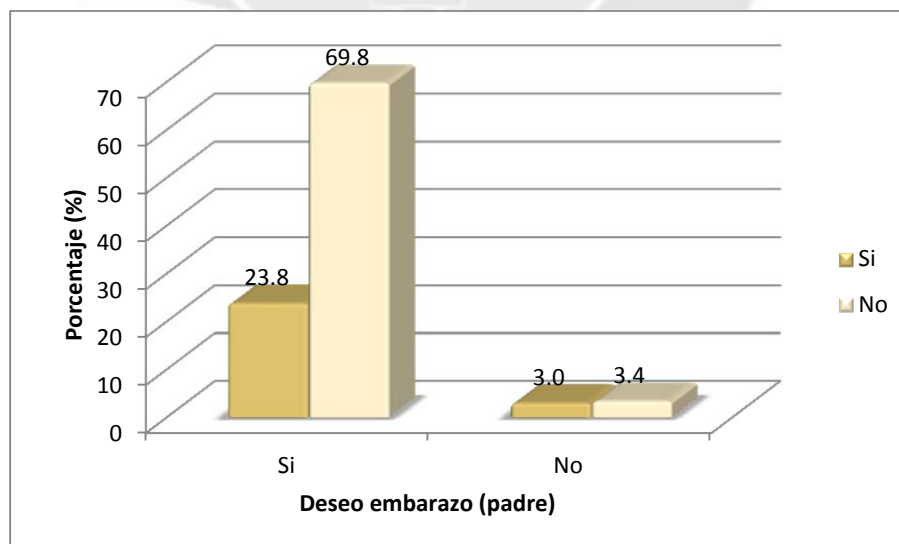
TABLA N°. 18

RELACIÓN ENTRE EL DESEO DEL PADRE DE MANTENER EL EMBARAZO Y LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

DESEO DEL PADRE	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Si	113	23,8	331	69,8	444	93,7
No	14	3,0	16	3,4	30	6,3
TOTAL	127	26,8	347	73,2	474	100

Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=6.45$ $P>0.05$

La tabla N°. 18, denota por la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=6.45$) que entre el deseo de mantener el embarazo por parte del padre y la depresión posparto, no se encontró una relación estadística significativa ($P>0.05$). Asimismo se aprecia que el 23.8% de las madres con depresión posparto indican que sus parejas deseaban que su gestación siga un curso normal.



Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=6.45$ $P>0.05$

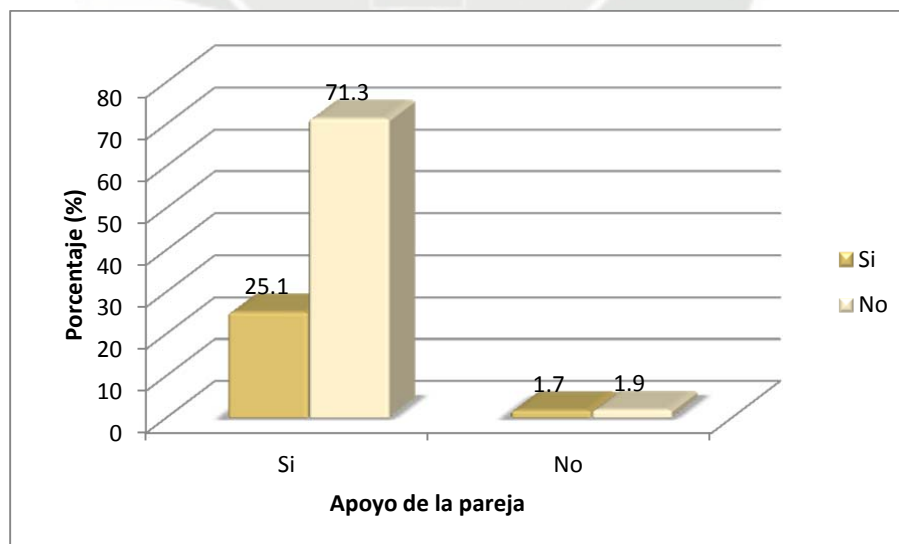
TABLA N°. 19

RELACIÓN ENTRE EL APOYO DE LA PAREJA Y LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

APOYO PAREJA	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Si	119	25,1	338	71,3	457	96,4
No	8	1,7	9	1,9	17	3,6
TOTAL	127	26,8	347	73,2	474	100

Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=3.69$ $P>0.05$

La tabla N°. 19, según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=3.69$) muestra que entre el apoyo de la pareja y la depresión posparto, no se encontró una relación estadística significativa ($P>0.05$). Asimismo se aprecia que el 25.1% de las madres con depresión posparto recibieron apoyo de su pareja.



Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=3.69$ $P>0.05$

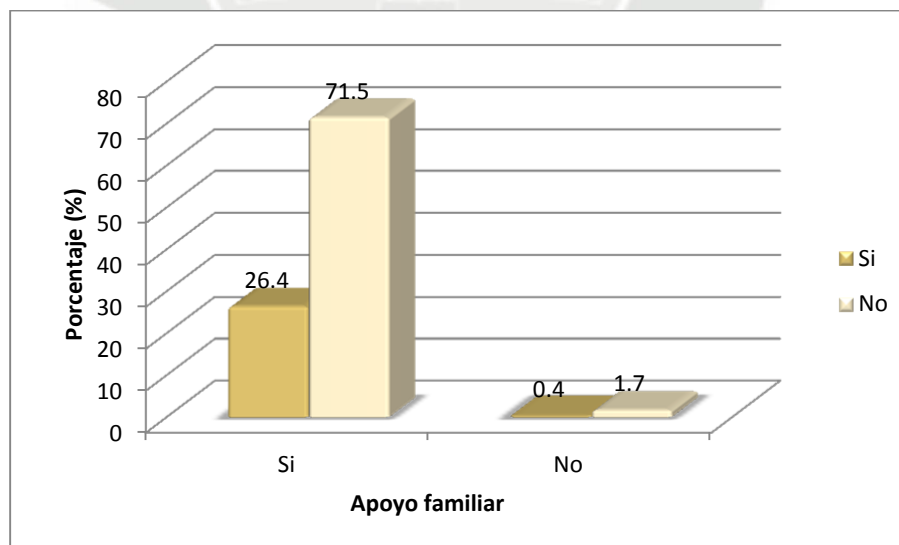
TABLA N°. 20

RELACIÓN ENTRE EL APOYO FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

APOYO FAMILIAR	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Si	125	26,4	339	71,5	464	97,9
No	2	0,4	8	1,7	10	2,1
TOTAL	127	26,8	347	73,2	474	100

Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=0.24$ $P>0.05$

La tabla N°. 20, mediante la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=0.24$) muestra que entre el apoyo familiar y la depresión posparto, no se encontró una relación estadística significativa ($P>0.05$). Asimismo se aprecia que el 26.4% de las madres con depresión posparto recibieron apoyo familiar.



Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=0.24$ $P>0.05$

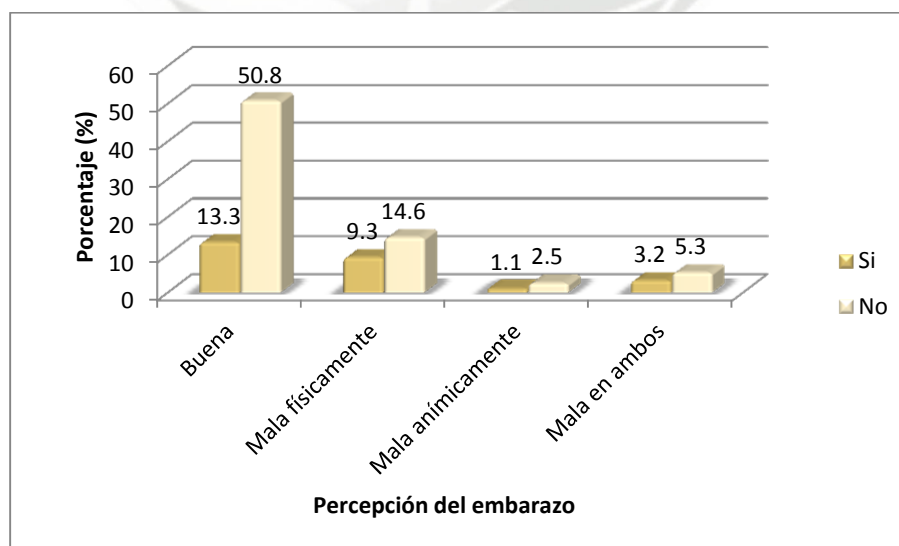
TABLA N°. 21

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DEL EMBARAZO Y LA DEPRESIÓN
POSPARTO EN MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

PERCEPCIÓN DEL EMBARAZO	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Buena	63	13,3	241	50,8	304	64,1
Mala físicamente	44	9,3	69	14,6	113	23,8
Mala anímicamente	5	1,1	12	2,5	17	3,6
Mala en ambos	15	3,2	25	5,3	40	8,4
TOTAL	127	26,8	347	73,2	474	100

Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=16.60$ $P<0.05$

La tabla N°. 21, indica por la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=16.60$) que entre la percepción del embarazo y la depresión posparto, se encontró una relación estadística significativa ($P<0.05$). Asimismo se aprecia que el 13.3% de las madres tuvieron depresión a pesar de tener una buena percepción para con su gestación.



Fuente: Elaboración personal / $\chi^2=16.60$ $P<0.05$

TABLA N°. 22

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ESCALA EDIMBURGO POT ITEM EN PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS

ESCALA DE EDIMBURGO	ITEM	PRIMÍPARAS								MULTÍPARAS							
		N° ₀	%	N° ₁	%	N° ₂	%	N° ₃	%	N° ₀	%	N° ₁	%	N° ₂	%	N° ₃	%
DISFORIA	1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas	126	53	83	35	28	12	0	0	152	64	71	30	14	6	0	0
	2.He mirado al futuro con placer para hacer las cosas	161	68	66	28	10	4	0	0	152	64	71	30	14	6	0	0
	7.Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir	104	44	62	26	64	27	7	3	109	46	45	19	78	33	5	2
	8.Me he sentido triste y desgraciada	78	33	83	35	71	30	5	2	83	35	88	37	52	22	14	6
	9.Me he sentido tan infeliz que he estado llorando	87	37	128	54	17	7	5	2	97	41	101	43	28	12	11	5
ANSIEDAD	4.He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno	85	36	43	18	107	45	2	1	43	18	57	24	111	47	26	11
	5.He sentido miedo o pánico sin motivo alguno	64	27	57	24	109	46	7	3	99	42	30	13	94	40	14	6
SENTIMIENTO DE CULPA	3.Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal	33	14	40	17	159	67	5	2	31	13	38	16	156	66	12	5
DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN	6.Las cosas me oprimen o agobian	64	27	76	32	97	41	0	0	47	20	69	29	111	47	10	4
IDEACIÓN SUICIDA	10.He pensado en hacerme daño	213	90	10	4	14	6	0	0	205	87	14	6	18	8	0	0

Fuente: Elaboración personal

La tabla N°. 22, muestrala evaluación por ítems sintomatológicos y su relación con la puntuación en la escala de Edimburgo. Tanto en primíparas como en múltiparas, la ideación suicida fue un síntoma infrecuente; mientras que la ansiedad y el sentimiento de culpa fueron los síntomas que con mayor frecuencia se mostraron en ambos grupos

TABLA N°. 23
REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS
ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSPARTO

FACTORES		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR
Paso 1(a)	Edadcod			9,8	2	0,0	
	Edadcod(1)	0,8	0,3	5,4	1	0,0	2,3
	Edadcod(2)	0,9	0,3	8,7	1	0,0	2,4
	Paridad(1)	0,6	0,2	4,4	1	0,0	1,8
	Ecivil	0,2	0,2	1,0	1	0,3	1,2
	G.I			40,2	3	0,0	
	G.I(1)	4,4	1,0	17,8	1	0,0	81,8
	G.I(2)	3,0	0,7	16,2	1	0,0	20,1
	G.I(3)	1,3	0,7	3,0	1	0,0	3,9
	Convive			6,5	3	0,0	
	Convive(1)	0,8	0,4	4,9	1	0,0	2,4
	Convive(2)	2,1	1,2	3,2	1	0,0	9,0
	Convive(3)	21,3	23205,4	,000	1	0,9	179090875 8,9
	Ocupacion	0,3	0,2	1,9	1	0,1	1,3
	Satif.Marit	0,4	0,4	1,3	1	0,2	1,5
	Constante	-6,0	1,2	24,8	1	0,0	0,0

Fuente: Elaboración personal a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Edadcod, Paridad, Ecivil, G.I, Convive, Ocupacion, Satif.Marit.

La tabla N°. 23, según la regresión logística, muestra la asociación multivariada entre factores sociodemográficos; en la que la edad, paridad, grado de instrucción y convivencia presento asociación estadística significativa ($P < 0.05$) con la depresión posparto.

Asimismo se muestra que las personas con 24 a 29 años tienen 2.304 veces más riesgo de tener depresión posparto respecto a las mujeres con 18 a 23 años y a las mujeres con 30 a 35 años.

En cuanto a la paridad se aprecia que las madres primíparas tienen 1.858 veces más riesgo de tener depresión respecto a las múltiparas.

TABLA N°. 24

REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA LOS FACTORES OBSTÉTRICOS-PERINATALES
ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSPARTO

FACTORES		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR
Paso 1(a)	Planif	0,2	0,2	1,5	1	0,2	1,3
	Vparto	0,0	0,2	0,0	1	0,8	1,0
	CuidadoBB	-0,1	0,1	1,8	1	0,1	0,8
	Amanta	-0,2	0,5	0,2	1	0,6	0,7
	Tiempopuer	0,0	0,0	1,8	1	0,1	1,0
	CPNcod			6,9	2	0,0	
	CPNcod(1)	-19,8	23205,4	0,0	1	0,9	,000
	CPNcod(2)	0,7	0,2	6,9	1	0,0	2,1
	Constante	-1,2	0,8	2,2	1	0,1	0,3

Fuente: Elaboración personal
a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Planif, Vparto, CuidadoBB, Amanta, Tiempopuer, CPNcod.

La tabla N°. 24, por medio de la regresión logística, se mostró la asociación multivariada entre factores obstétricos-perinatales con la depresión posparto en la que sólo el control prenatal presento asociación estadística significativa ($P < 0.05$) con la depresión posparto. Asimismo las madres con 6 o más controles prenatales tienen 2.113 veces más riesgo de tener depresión respecto a las que no tienen control prenatal.

TABLA N°. 25

REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA LOS FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSPARTO

FACTORES		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR
Paso 1(a)	deseoM	-0,4	0,9	0,2	1	0,6	0,6
	deseoP	1,0	0,5	3,9	1	0,0	2,7
	Apoyoparej	0,4	0,6	0,5	1	0,4	1,5
	Apoyofam	-0,6	0,8	0,5	1	0,4	0,5
	Percep			18,3	3	0,0	
	Percep(1)	1,0	0,2	16,7	1	0,0	2,7
	Percep(2)	0,5	0,5	1,1	1	0,2	1,7
	Percep(3)	0,8	0,3	5,0	1	0,0	2,3
	Constante	-1,8	1,2	2,4	1	0,1	0,1

Fuente: Elaboración personal a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: deseoM, deseoP, Apoyoparej, Apoyofam, Percep.

La tabla N°. 25, gracias a la regresión logística, muestra la asociación multivariada entre factores psicológicos con la depresión posparto en la que solo la percepción acerca del embarazo presento asociación estadística significativa ($P < 0.05$) con la depresión posparto. Asimismo las madres con mala percepción tienen 2.783 veces más riesgo de tener depresión posparto respecto a las que tienen buena percepción.

DISCUSIÓN

Razonar y convencer. ¡Qué difícil, largo y trabajoso! ¿Sugestionar? ¡Qué fácil, rápido y barato !
-Santiago Ramón y Cajal-

Los desórdenes afectivos ocurren frecuentemente durante el periodo postparto. Estos episodios depresivos comparten similitud en características, que los que ocurren en otros periodos de vida; lo que justifica su consideración como entidad específica; pudiendo eso sí, ser más habitual el curso fluctuante y la labilidad emocional; presentándose más frecuentemente a la cuarta semana después del parto y pudiendo durar hasta un año.¹⁶

Los resultados obtenidos de estas mujeres, las cuáles fueron evaluadas por la Escala de Edimburgo, para detectar posible depresión en la etapa del postparto; ha sido reportado por varios autores en diversos escenarios y con diferentes poblaciones estudiadas. Habiéndose realizado el estudio comparativo de depresión postparto entre primíparas y multíparas que acudieron al Hospital Regional Honorio Delgado durante los meses de Enero – Febrero 2013, se tuvo una mayor la prevalencia en madres multíparas, en un porcentaje del 33.3%, frente al 20.3% de primíparas.

Según los hallazgos de La Torre; los valores han fluctuado de forma importante, con un 5.5% a las 6 semanas en la población China, un 25% a las 4 semanas en mujeres de minorías étnicas de Londres y un 32.5% a las 12 semanas en mujeres chilenas.¹⁷

En diversas partes del mundo existen estudios sobre depresión postparto, encontrándose un amplio rango de prevalencias para esta condición, que va desde el 1% hasta el 39%. Usando la Escala de Edimburgo para Depresión postpartose hallaron los siguientes datos; en Inglaterra la prevalencia se encontraba en un rango de 8.2 a 14.9%. En Chile la prevalencia a las 12 semanas postparto es de 32.5 a 43%. En estado Unidos de 8 a 26%, en España 25.8% y en Brasil un 12%.

¹⁶ De MORRIS JK, y cols. Sondeo de la depresión postparto en una zona urbana, p 27.

¹⁷ De LA TORRE JF, y cols. Depresión postparto en una ciudad colombiana, p. 7.

Un estudio que incluyó 11 centros, mostró que la depresión postparto fue más frecuente en India con un 32%, Korea con un 36%, Guyanas 57% y Taiwán 61%.

Como se puede apreciar, existe una variabilidad grande respecto a la prevalencia evaluada por la Escala de Edimburgo. En el estudio de Álvarez, en la ciudad de México, se encontraron a 22 pacientes sospechosas de depresión postparto,¹⁸ en un porcentaje de 16.9 frente al 26.8% de nuestra investigación, cuyos resultados tienen mucha similitud al trabajo de Aramburú, en Lima, donde se obtuvo una prevalencia de 24.1% de depresión postparto.¹⁹

Al respecto hay controversia con lo hallado por Mazzotti, también en la ciudad de Lima, en el Hospital Cayetano Heredia, cuya prevalencia fue de un 5.9% para depresión postparto; que se encuentra distante a nuestros resultados, lo cual probablemente se deba a las diferencias relacionadas con la muestra y la metodología aplicada.²⁰

En España, un estudio de Urdaneta, indicó que los resultados obtenidos en éstas mujeres, las cuáles fueron evaluadas con la Escala de Edimburgo, cerca de la quinta semana de puerperio, demostraron un riesgo elevado de depresión postparto, tanto en multíparas como en primíparas, con pruebas de tamizaje positivas en alrededor del 90%, teniendo en consideración que no se trata de un método diagnóstico, sino de rastreo.²¹

Por tanto, creemos que sus resultados deben ser comparados con una prueba más específica, para tener un diagnóstico certero de la patología; lo cual hace patente el grave problema de su diagnóstico observado en instituciones de asistencia materno – infantil; principalmente en aquellas como la estudiada,

¹⁸De ÁLVAREZ A. y cols. Frecuencia de depresión postparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México, p. 135.

¹⁹De ARAMBURU, Pilar y cols., op.cit., p. 3.

²⁰De MAZOTTI G. y cols. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión postnatal de Edimburgo, p. 106

²¹De URDANETA, José y cols. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo, p. 317.

donde no se aplica ningún test de rastreo durante el periodo puerperal. A pesar de la elevada prevalencia, a menudo la depresión postparto no se diagnostica, y por lo tanto, no se trata. Asimismo, el tratamiento de los casos diagnosticados plantea numerosos dilemas para el profesional de atención secundaria.

Añadido a esto, la variabilidad de estas prevalencias en diferentes países podría explicarse debido a la carencia de un instrumento estandarizado para el tamizaje y el diagnóstico de depresión postparto. Sugerido que el número de partos es un factor asociado a la depresión postparto, diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión postparto de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto.²²

Sin embargo, al igual que los resultados obtenidos por Moreno y cols, Evans y cols, y La Torre y cols, en este estudio la primiparidad no mostró ser un factor determinante para la presencia de depresión postparto; observándose que la prevalencia de ésta, se hizo más significativa y visible en madres multíparas que en primíparas; lo que indica que un instrumento de rastreo como la Escala de Edimburgo, debería ser aplicado a todas las púerperas de manera universal y no restringirlo a poblaciones de supuesto mayor riesgo.

Los resultados obtenidos demuestran que en la población de estudio, independientemente de la paridad, la presencia de presión postparto fue importante desde el punto de vista porcentual, en función del valor total de la muestra, de allí la importancia de considerar esta entidad clínica durante la evaluación prenatal, por el riesgo de que se presenten síntomas depresivos persistentes en el postparto.

Asimismo el diagnóstico durante el embarazo, puede evitar que esta entidad incida sobre el temperamento del recién nacido, el bajo nivel educativo de la madre y anomalías o enfermedades del hijo o de la madre.

²² De VARGAS – MENDOZA JE, cols. Depresión postparto: Presencia y manejo psicológico, p. 13.

Con relación al perfil general y los factores de las pacientes entrevistadas se encontró que el 51% de las madres primíparas tienen de 18 a 23 años frente al 56.5% de madres multíparas con 30 a 35 años; que encontró similitud con la edad promedio dado en el estudio de Álvarez, que fue de 29.4%, con 70.8% de puérperas casadas,²³ contrariamente con nuestra sociedad, ya que el 59.9% solo conviven con sus parejas y no están casadas; que más del 80% tiene hogares constituidos y que de la misma manera alrededor del 85% tienen buena relación con su pareja.

Estos resultados sugieren la importancia de identificar los factores involucrados en la génesis de la depresión postparto; por lo que debe de considerarse su influencia sobre la aparición de ésta, como en las edades extremas; la convivencia, el tipo de trabajo, nivel educativo, cuidado y crianza del recién nacido, lactancia materna, grado de apoyo social y emocional por parte de sus allegados y la relación de la pareja.

El estudio de Carrera, comparte similitudes con el nuestro; ya que la presencia de depresión postparto estuvo relacionada con la convivencia de nuestras madres y su nivel educativo.²⁴

De igual manera, algunos estudios indican que hay una estrecha relación entre lactancia materna y la depresión postparto, ya que ha demostrado ser un factor protector contra el desarrollo de depresión puerperal, puesto que los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo postparto; por lo que razonablemente se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés, producen un rápido declive en su prolactina y por ende tienen una mayor incidencia de presentar depresión postparto.²⁵ Lo que en nuestro estudio no se pudo llegar a demostrar; puesto que no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre amamantamiento y depresión.

²³De ÁLVAREZ A. y cols., op.cit., p. 135.

²⁴De CARRERA ML. Papel del obstetra ante la pérdida perinatal, p. 21.

²⁵De VARGAS – MENDOZA JE, col., op.cit., p. 14.

Según Pérez y cols, la actitud negativa hacia el embarazo, parto por cesárea; ansiedad y depresión prenatal, antecedentes personales o familiares de depresión mayor y el embarazo no deseado, son factores que pueden desencadenar depresión postparto.²⁶ En nuestro estudio, la percepción positiva hacia el embarazo, nos detalló que un 13.3% de las madres desarrollaron depresión postparto y que en el caso de una actitud negativa hacia el mismo, no varió de manera significativa, en tanto que un 13.6%, también presentaron depresión. Los demás factores antes mencionados contrariamente con el estudio de Pérez, no fueron desencadenantes de depresión postparto.

En relación a los síntomas depresivos evaluados por la Escala de Edimburgo, se pudo observar que las madres en estudio, para el indicador disforia, tuvieron más tendencia a las alternativas 0, 1 y 2, para los ítems 1, 2 y 7 y para los ítems 8 y 9 en su mayoría la alternativa 1. Mientras que para el estudio de Urdaneta, la tendencia fue similar para los ítems 1 y 2, los datos fueron distintos para los ítems 7, 8 y 9, ya que sus respuestas tendieron a las alternativas 2 y 3;²⁷ considerando que las alternativas favorables son las que se acercan más al puntaje 0.

Para el indicador de ansiedad y de dificultad de concentración, se encontró similitud en datos, ya que tanto las madres primíparas como las multíparas, en ambos estudios tuvieron tendencia a las alternativas 0, 1 y 2. En cambio para el indicador de sentimiento de culpa, nuestro estudio muestra la tendencia por la alternativa 2, mientras que en el otro estudio hubo mayor inclinación por la alternativa 1 y 3. En cuanto al indicador de ideación suicida, se llegó a observar que hubo una gran diferencia, ya que el mayor porcentaje de nuestras madres no ha pensado en tomar esta decisión como parte de su vida, lo que contrariamente se evidenció por el estudio de Urdaneta, en el cuál, la mayoría de sus entrevistadas tendieron a la alternativa 3, lo que origina un problema de salud más serio.

²⁶De PEREZ R. y cols. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo, p. 188

²⁷De URDANETA, José y cols., op.cit., p. 14.p. 316

Como lo enuncian los datos presentados, la depresión postparto es una patología de presentación frecuente en las madres investigadas, cuyos resultados no muestran considerable distancia a la literatura internacional. Por tanto la detección de depresión postparto, es de suma importancia, puesto que el no realizar un tratamiento específico durante este periodo, puede acarrear grandes consecuencias tanto para la madre como para el hijo y la familia en general; por lo que se hace imprescindible fomentar la creación de una consulta postparto y la difusión del uso de este tipo de herramientas para disminuir las consecuencias de esta patología.

El uso de una herramienta de sondeo de depresión auto administrada tal como la Escala de Edimburgo, puede ser un modo eficiente para mejorar la pesquisa de depresión postparto, sobre todo para los proveedores del servicio médico público, donde las limitaciones de recursos, la sobrecarga de pacientes y la restricción del tiempo para la evaluación médica es más frecuente. La mayoría de estas investigaciones han demostrado un problema de subdiagnóstico de esta morbilidad, y la necesidad de realizar una detección precoz durante el periodo postparto, dirigido a toda la población materna.

El estudio de Maroto, señala que en la literatura parece haber una tendencia al estudio del estado depresivo maternal en el puerperio tardío (después de la segunda, e incluso, la tercera semana postparto). Los estudios disponibles revisados sobre el estado depresivo en el postparto inmediato describen una prevalencia mayor que en la encontrada en el trabajo de Maroto (10.7%).²⁸ Es por ello que no solo la prevalencia es de suma importancia, sino los factores que pueden estar relacionados tanto individualmente como en grupo, que nos señale que madres tienen más riesgo de presentar depresión postparto.

Nuestros resultados indican que las madres puérperas, que presentan depresión postparto son las que según regresión logística, muestran asociación entre factores como la edad, la paridad, el grado de instrucción, la

²⁸De MAROTO G. y cols. , op.cit., p. 313

convivencia y la percepción de su embarazo; dando como resultado que una madre primípara tenga 1.858 más riesgo de presentar depresión postparto que una madre multípara, al estar todos estos factores relacionados entre sí. Estos resultados encuentran cierto grado de similitud con el estudio de Sierra, en el cuál la unión de la edad de la madre, su situación económica y familiar y la mala relación en ella, influyen en la aparición de depresión postparto.²⁹

La depresión postparto puede condicionar importantes alteraciones en la relación madre e hijo, y lo que puede ser más preocupante y que nos obliga a su detección temprana, ocasionar un impacto negativo en el desarrollo emocional y cognitivo del recién nacido, en especial si se presenta en un contexto desfavorable. Una cuidadosa anamnesis preconcepcional, la alerta durante el embarazo en mujeres con antecedentes de depresión y un seguimiento próximo en casos de maternity blues serán elementos imprescindibles en una correcta actuación. Creemos asimismo oportuno estudiar la viabilidad de la implantación de un programa de cribado poblacional de la depresión posparto, que siguiendo algunos de los criterios expuesto por Soler-López y Reid,³⁰ debería asegurar previamente una formación adecuada del personal sanitario que está en contacto con las mujeres durante el período perinatal, protocolos claros de actuación, medios necesarios y apoyo de los gestores y administradores sanitarios.

Son escasos los trabajos que garantizan que la paciente no presenta un episodio depresivo en el momento del parto y que la enfermedad ha empezado durante el primer mes de puerperio. Esto puede haber llevado a sesgos de clasificación en el diagnóstico. Por tanto, no se sabe si lo que se denomina depresión postparto es un continuo de la misma enfermedad iniciada tiempo atrás o una entidad clínica que se inicia gracias a las condiciones favorecedoras de la gestación y al nacimiento de un hijo. Se han aceptado múltiples variables como factores de riesgo para desarrollar depresión puerperal. Entre ellas se incluyen factores biológicos, medioambientales y psicológicos.

²⁹De SIERRA, T, CARRO, J, LADRÓN L., op.cit., p. 107.

³⁰De SOLER-LÓPEZ M, REID M. Programa poblacional de detección de la depresión posnatal en Escocia, p. 105.

Otras manifestaciones de enfermedad depresiva o factores asociados con ella como la baja autoestima, los antecedentes de depresión durante la gestación y la presencia de síntomas disfóricos, aparecieron igualmente asociados, como también se ha mencionado en otros estudios. Estos hechos indican la hipótesis de que, efectivamente, la depresión postparto no sería un cuadro diferente, sino que formaría parte de una enfermedad depresiva que gracias a los cambios hormonales del embarazo y el puerperio, al estrés generado por el nacimiento del niño y al proceso de adaptación familiar, se inicia o reaparece como un nuevo episodio depresivo mayor. A aquellas pacientes con probable depresión posparto, al término de la entrevista se les ofreció una orientación verbal corta, haciendo hincapié en el argumento de ser un trastorno posterior al parto, poco identificado por ellas mismas, cuya importancia no debería ser restada, y más aún, que se tendría que utilizar los medios necesarios para buscar ayuda especializada a fin de solucionar el mencionado impase.

Nos parece que la utilidad del estudio radica en que se ha realizado un enfoque desde la medicina familiar sobre la importancia de la salud mental de la madre posterior al parto y no únicamente al adecuado control de salud de su hijo; y en segunda instancia a la importancia que tiene el papel del profesional de la salud para detectarlas y derivarlas al servicio correspondiente para su atención. No olvidando que la familia es un sistema en el que la paciente forma parte de él y que dicha institución es una forma de apoyo para que la madre pueda enfrentar problemas que pudiesen presentarse como resultado de los cambios por la llegada del nuevo miembro.

La depresión es la enfermedad puerperal psicológica más frecuente. La falta de tratamiento de la depresión postparto conduce al mantenimiento y cronicidad de los síntomas, además de dificultar la vinculación afectiva con sus hijos. Por todo ello, es importante la detección temprana para prevenir las consecuencias negativas en la salud de la madre y del recién nacido.

CONCLUSIONES

Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia. -Santiago Ramón y Cajal-

PRIMERA: La tasa de prevalencia de depresión postparto(DPP) en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado es de 26.8%, con mayor frecuencia en multíparas que en primíparas.

SEGUNDA:

- o Los factores SOCIODEMOGRÁFICOS que influyeron más en la aparición de depresión post-parto fueron: El estado civil de conviviente, el grado de instrucción de secundaria, la convivencia dentro del marco de la familia nuclear y la satisfacción marital, a pesar de ser adecuada.
- o El factor OBSTÉTRICO-PERINATAL que influyó a la depresión post-parto fué: el hecho de ser una gestante controlada (con 6 a más controles prenatales).
- o El factor PSICOLÓGICO de percepción del embarazo, a pesar de ser bueno, tuvo una mayor asociación a la depresión postparto.

TERCERA: La presencia de DPP estuvo además determinada por la combinación de los factores antes citados,mas que por la influencia individual de cada uno.

RECOMENDACIONES

La ventaja de comenzar de nuevo es que siempre podemos hacerlo de una manera más inteligente. -Anónimo-

PRIMERA: Se tiene pertinente la propuesta de incorporación de una prueba de tamizaje de depresión en el embarazo y postparto en los servicios de salud. Que sirva para identificar, de manera oportuna y rápida la presencia de depresión. Así como la participación de todo el personal de salud, haciendo que la atención sea integral y de manera conjunta; con la participación y compromiso de todos.

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo y/o el postparto es importante por su morbilidad, consecuencias y posibles complicaciones, lo que ha llevado a que en los últimos años se haya intentado optimizar el diagnóstico y proveer tratamientos tempranos y eficientes para estos.

Esta ficha de tamizaje debería de incorporarse en los consultorios de obstetricia, formando parte del llenado de formatos en la primera atención prenatal, así como su despistaje oportuno, en cada trimestre del embarazo. Además cabe recalcar su importancia de este trabajo en el despistaje, en la etapa postnatal, en los controles del puerperio.

Por otro lado, las mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto, no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión; lo cual conlleva a que deba recomendarse la evaluación periódica de los factores de riesgo en cada institución de salud para así planear acciones óptimas en la prevención y el tratamiento de esta patología, así como la atención mejorada en calidad y calidez; y que se brinde a las puérperas la confianza en su atención.

Es por ello que, resulta fundamental y muy conveniente detectar este trastorno entre las puérperas, para lo cual pudiesen aplicarse diversas técnicas de tamizaje que permitan identificar a aquellas madres con mayor necesidad de una evaluación diagnóstica más completa.

SEGUNDA: Se considera además necesario desarrollar programas de colaboración interdisciplinaria en los Servicios de Obstetricia y Ginecología dentro del modelo de la Psicología y Psiquiatría de interconsulta y enlace, con mejora de la calidad asistencial, orientada a la persona y no al síntoma o a la intervención técnica exclusivamente.

Todo ello permitiría no sólo mejorar la calidad asistencial y la docencia de los diferentes especialistas (obstetras, ginecólogos, psicólogos, psiquiatras, pediatras, enfermeras, etc.) sino también progresar en el estudio de los predictores psicosociales que hagan posible la prevención primaria de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio.

En nuestro país contamos con una guía de práctica clínica de depresión, lo cuál nos abriría la puerta a la creación de una guía clínica para la atención de la depresión postparto, ya que ha demostrado su importancia como entidad clínica. Así como la elaboración de un fluxograma de atención, que indique que es lo que debe de hacerse de forma estandarizada a cada paso de la puerpera.

TERCERA: De lo anterior se puede resaltar el escaso conocimiento profesional en el tema de fondo; ya que en nuestro país las investigaciones relacionadas a la depresión post-parto estan reducidas a menores límites; considerando además que la continuidad de ésta enfermedad va en aumento; por lo que la OMS el 09 de octubre de 2012, afirmo que: *“La depresión es el trastorno mental más frecuente y una de las principales causas de discapacidad, que afecta a 350 millones de personas de todas las edades en el mundo”*.

Es por ello, que éste trabajo puede y debe ser considerado como precedente a futuras investigaciones en el tema, y con mayor relevancia a nivel local y regional.

CUARTA: Se tiene pertinente, además, sugerir la integración del curso de Psiquiatría dentro del marco curricular de las Facultades de Obstetricia y cursos que ofrece el Colegio de Obstetras, por ser éste un elemento de elevada importancia para el profesional que interactúa con personas y que cuya capacidad esté orientada a reconocer precozmente la clínica que se asocie a problemas psiquiátricos, en aras de instaurar el tratamiento oportuno.



BIBLIOGRAFÍA

- o CAÑETE, Ml.: “Urgencias en ginecología y obstetricia: aproximación a la medicina basada en la evidencia”. Editorial: FISCAM con la colaboración de Bayer SheringPharma. Primera Edición, pp. 393-408.
- o DE LA GARZA, Fidel: “Depresión, Angustia y Bipolaridad/Depression, Anguish and Bipolarity: Guía para pacientes y familiares”. Editorial Trillas Sa De Cv. Primera Edición 2005. Madrid-España pp. 38-45.
- o EVANS DL.: “Depresión y trastornos bipolares, guía para el médico”. Edit. Mc Graw Hill Interamericana. Segunda Edición, 2007, Madrid-España, p. 78.
- o GABBE, Steven: “Obstetricia”. Editorial: Marbán Libros. Primera Edición, 2004. Madrid-España. pp. 717-718.
- o ROTONDO, Humberto: “Manual de psiquiatría”. Editorial: SISBIB-UNMSM. Segunda Edición, 1998. Lima – Perú. P. 164.

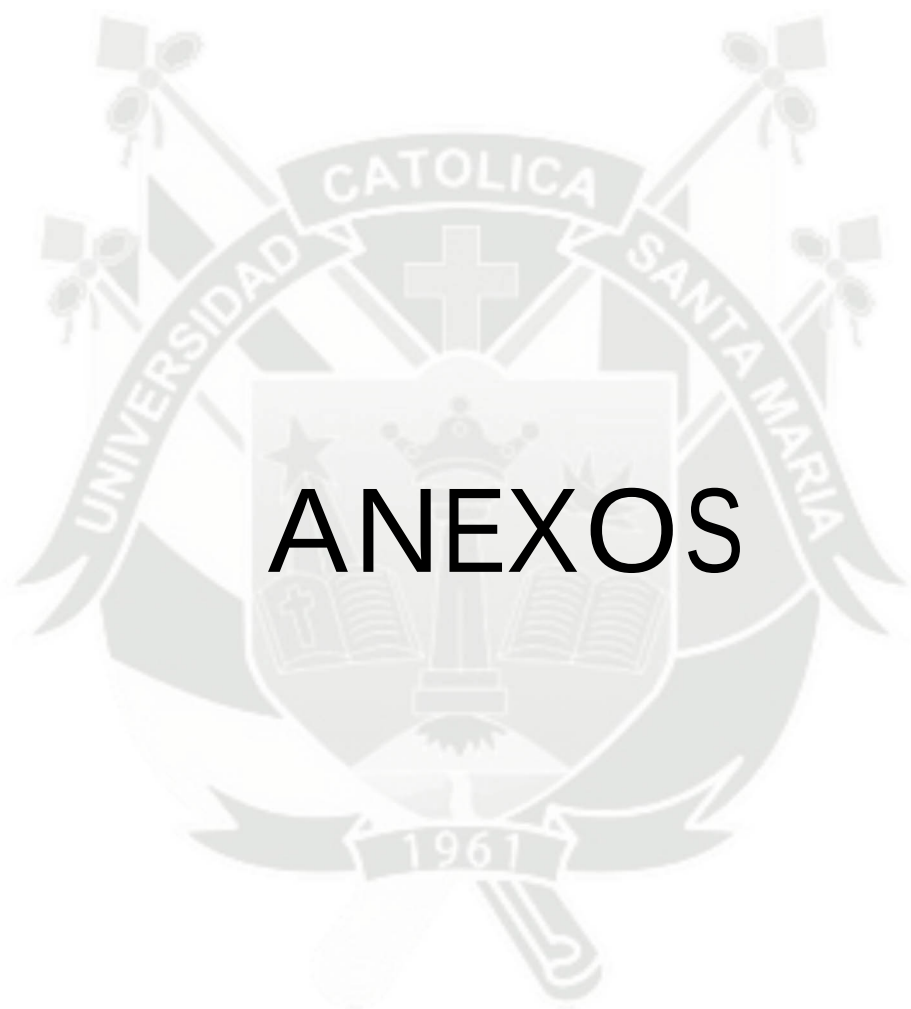
HEMEROGRAFÍA

- o ALVARADO R.: “Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal”. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría 2000, Vol. 38, Nro. 2, pp. 84-93.
- o ÁLVAREZ A, y cols.: “Frecuencia de depresión postparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México”. Revista de Archivos en Medicina Familiar 2008, Vol. 9, Nro. 4, pp. 133-136.
- o ARAMBURU, Pilar y cols.: “Prevalencia y factores asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud de Lima Metropolitana, Junio 2004”. Revista Peruana de Epidemiología, diciembre 2008. Vol.12 Nro.3, pp. 1-5.
- o CARRERA ML.: “Papel del obstetra ante la pérdida perinatal”. Archivo de la Universidad de Valencia 2004. Depósito legal: I.S.B.N.:84-370-5966-62004, pp. 21 – 22.
- o DE LA TORRE, Jf y cols.: “Depresión postparto en una ciudad colombiana. Factores de riesgo”. Revista de Atención Primaria 2006;37:332-8. Vol37, Nro. 6, p. 7.
- o LÓPEZ, Ibor: “Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad”. Anales de Medicina Interna (Madrid), 2007; Vol. 24, Nro. 5, pp. 209-211.
- o MAROTO G., GARCIA M., FERNANDEZ A.: “Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postparto de EdinburgoJ. Clin. Health Psychol”. International Journal of Clinical and Health Psychology 2005, Vol 5, Nro.2, pp. 305-318.

- o MAZOTTI G. y cols.:“Validación de una versión en español de la Escala de Depresión postnatal de Edimburgo”. Actas españolas de Psiquiatría. 2002, Vol. 30, Nro. 2, pp. 106-111.
- o MORRIS Jk, y cols.:“Sondeo de la depresión postparto en una zona urbana”. Revista Médica de la Universidad Veracruzana2004, Vol 4, Nro. 1, p. 27.
- o PEREZ R. y cols.:“Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo”.Revista de Obstetricia y Ginecología en Venezuela 2007, Vol. 67, Nro. 3, p. 188.
- o SIERRA, T, CARRO, J, LADRON L.: “Variables asociadas al riesgo del depresión postparto. Edinburg postnatal DepressionScale EPDS”. Revista Atención Primaria 2002, Vol. 30, Nro. 2, pp. 103-111.
- o SOLER-LÓPEZ M, REID M.:“Programa poblacional de detección de la depresión posnatal en Escocia”. Revista de Medicina Familiar y Comunitaria 2000, Vol. 10, Nro. 8, p. 105.
- o URDANETA, José y cols.: “Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo”. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología [online] 2011, Vol. 76, Nro. 2, pp. 102-112.
- o URDANETA, José y cols.: “Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo”. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología [online]2010, Vol. 75, Nro. 5, pp. 312-320.
- o VARGAS – MENDOZA JE y cols.:“Depresión postparto: Presencia y manejo psicológico”. Revista del Centro Regional de Investigación en Psicología 2009, Vol. 3. Nro. 1, p. 13.

SITOGRAFÍA

- o GARCÍA, Montserrat (2011). Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: factores psicosociales, predisponentes. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. pp. 4-50. Consultado el 21 de agosto de 2012. Página web conmemorativa de la biblioteca E-Prints Complutense: <http://eprints.ucm.es/12000/1/T32539.pdf>
- o J.L. Cox, J.M. Holden y cols. (2007). Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgh. Revista Británica de Psiquiatría, p. 1. Consultado el 01 de Marzo de 2013. http://www.state.nj.us/health/fhs/postpartumdepression/pdf/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf
- o PREVALENCIA (2012). Consultado el 14 de diciembre de 2012, Fundación Wikimedia, Inc. Enciclopedia web multilingüe de contenido libre basado en un modelo de edición abierta: <http://es.wikipedia.org/wiki/Prevalencia>



ANEXOS

ANEXO 1

HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACION EN ESTUDIO DE INVESTIGACION

NUMERO DE PROTOCOLO : Sin número
PATROCINADOR : Ninguno
INVESTIGADORES RESPONSABLES : Edgard Aguilar / Carla Medina
LUGAR : Hospital Regional Honorio Delgado
TELÉFONOS ASOCIADOS AL ESTUDIO: (054) 44 35 25 - (054) 50 12 71

Hola, somos estudiantes de la facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa y estamos llevando a cabo un estudio que tiene como propósito determinar los factores que influyen en la de depresión posparto, así como la tasa de prevalencia en primíparas y multíparas atendidas en el hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, de setiembre a noviembre de 2011.

La importancia de este estudio radica en que los resultados pudieran ser utilizados como sustento para mejorar la atención que se les brinda a las mujeres en el puerperio; así como también que pueda servir de base a futuras investigaciones relacionadas al tema.

Usted está invitado a participar de este proyecto de investigación. Su participación consistirá en emitir respuestas precisas y sinceras al cuestionario que se le entregará. Éstas serán recopiladas en hojas y archivadas para su posterior análisis y registro. Su participación en el estudio es libre y voluntaria. Esto significa que usted está en la libertad de participar o no en el mismo. Aunque aún no ha comenzado con el proceso de emisión de respuestas; puede cambiar de opinión y negar su participación en el estudio. Si esto ocurre déjele saber su decisión a las personas que está a cargo de la investigación.

La información que usted presente en las observaciones es anónima y confidencial. Esto quiere decir que ningún reporte escrito u oral llevará su nombre o información que lo identifique (ej. Nombre, DNI, dirección o teléfono) como individuo directamente a este estudio. La información que usted nos brinde se utilizará únicamente para propósitos del estudio. Su identidad no se divulgará en ninguna instancia sin su autorización escrita. Una vez se completen las observaciones, los documentos relacionados a esta se archivarán con la mayor seguridad posible.

Por su participación no se le ofrecerá ningún beneficio económico, salvo la satisfacción de colaborar con los objetivos planteados en el estudio. No se anticipa que usted sufra daños por participar en el proyecto, pero por el carácter del mismo, el riesgo es reducido. Si usted tiene alguna duda acerca del estudio puede aclararla ahora o en el momento que lo desee. Si no queda satisfecho con la información ofrecida o tiene algún comentario, favor comunicarlo en el instante o contactar a:

Edgard Aguilar Condori / Carla Medina Del Valle

Responsables de la investigación

Facultad de Obstetricia y Puericultura / Universidad Católica de Santa María

Tel. (054) 44 35 25 / (054) 501271 / e-mail: edaguilar50@hotmail.com-arianeli3@hotmail.com

CONSENTIMIENTO

He leído la información contenida en este documento y he escuchado la explicación dada por el investigador. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho con las respuestas obtenidas. He recibido copia de este formulario. Mi firma en este documento certifica mi consentimiento voluntario a participar de este estudio.

Firma del Participante _____ Fecha _____

Firma del Investigador _____ Fecha _____

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN PARA DEPRESIÓN POSTPARTO

DATOS GENERALES

EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____

VIVE CON:

FAMILIA NUCLEAR () PADRES ()

SOLA CON HIJOS () OTROS ()

OCUPACIÓN: _____

SATISFACCIÓN MARITAL: ADECUADA () INADECUADA ()

PLANIFICACIÓN DE EMBARAZO: SI () NO ()

VÍA DE PARTO: _____

CUIDADO DEL BEBÉ:

SOLA () AYUDA DE LA PAREJA () OTROS ()

AYUDA DE LA MADRE () AYUDA DE LOS DOS ()

AMAMANTAMIENTO: SI () NO ()

PARIDAD: _____

TIEMPO DE PUERPERIO: _____

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES: _____

DESEO DE MANTENER EL EMBARAZO

POR LA MADRE: SI () NO ()

POR EL PADRE: SI () NO ()

APOYO DE PAREJA: (I) (E) SI () NO ()

APOYO DE FAMILIA / PARIENTES: SI () NO ()

PERCEPCIÓN DE LA MADRE RESPECTO A SU EMBARAZO:

BUENA ()

MALA FÍSICAMENTE ()

MALA ANÍMICAMENTE ()

MALA FÍSICA Y ANÍMICAMENTE ()

ESCALA DE EDINBURGH: Marque con un (v) la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no sólo cómo se ha sentido hoy.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:

Tanto como siempre he podido hacerlo _____ 0

No tanto ahora _____ 1

Sin duda, mucho menos ahora _____ 2

No, en absoluto _____ 3

2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:

Tanto como siempre _____ 0

Algo menos de lo que solía hacerlo _____ 1

Definitivamente menos de lo que solía _____ 2

hacerlo _____ 2

Prácticamente nunca _____ 3

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:

Sí, casi siempre _____ 3

Sí, algunas veces _____ 2

No muy a menudo _____ 1

No, nunca _____ 0

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:

No, en absoluto _____ 0

Casi nada _____ 1

Sí, a veces _____ 2

Sí, muy a menudo _____ 3

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

Sí, bastante _____ 3

Sí, a veces _____ 2

No, no mucho _____ 1

No, en absoluto _____ 0

6. Las cosas me oprimen o agobian:

Sí, la mayor parte del tiempo no he podido _____ 3

sobrellevarlas _____ 3

Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de _____ 2

la mejor manera _____ 2

No, la mayoría de las veces he podido _____ 1

sobrellevarlas bastante bien _____ 1

No, he podido sobrellevarlas tan bien como _____ 0

lo hecho siempre _____ 0

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

Sí, casi siempre _____ 3

Sí, a veces _____ 2

No muy a menudo _____ 1

No, en absoluto _____ 0

8. Me he sentido triste y desgraciada:

Sí, casi siempre _____ 3

Sí, bastante a menudo _____ 2

No muy a menudo _____ 1

No, en absoluto _____ 0

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:

Sí, casi siempre _____ 3

Sí, bastante a menudo _____ 2

Ocasionalmente _____ 1

No, nunca _____ 0

10. He pensado en hacerme daño:

Sí, bastante a menudo _____ 3

A veces _____ 2

Casi nunca _____ 1

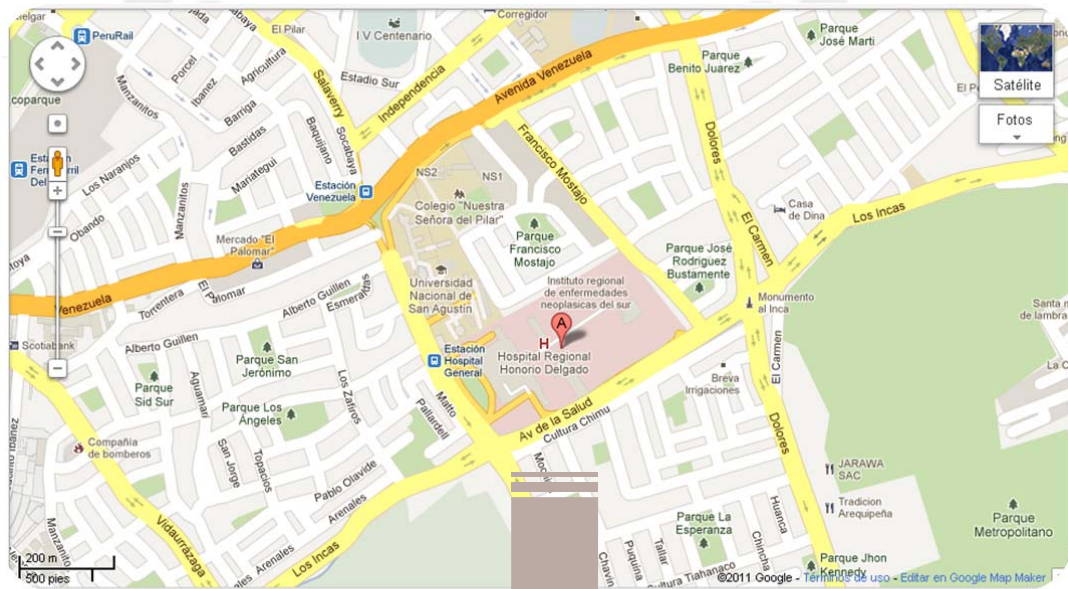
No, nunca _____ 0

PUNTAJE DE EDINBURGH OBSTENIDO SEGÚN CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Arequipa, ____ de _____ de 2013

ANEXO 3

DELIMITACIÓN GRÁFICA DEL LUGAR



ANEXO 4

MATRIZ DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

LEYENDA					
PUÉRPERA			N° DE PUERPERA		
PARIDAD	1: PRIMÍPARA 2: MULTÍPARA	SATISFACCIÓN MARITAL	1: ADECUADA 2: INADECUADA	TIEMPO DE PUERPERIO	N° DE MESES
ESTADO CIVIL	1: SOLTERA 2: CASADA 3: CONVIVIENTE	PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO	1: SI 2: NO	DESEO DE MANTENER EL EMBARAZO (MADRE)	1: SI 2: NO
GRADO DE INSTRUCCIÓN	1: PRIMARIA 2: SECUNDARIA 3: SUPERIOR TÉCNICA 4: SUPERIOR UNIVERSITARIA	VÍA DE PARTO	1: VAGINAL 2: CESÁREA	DESEO DE MANTENER EL EMBARAZO (PADRE)	1: SI 2: NO
VIVE CON	1: FAMILIANUCLEAR 2: CON PADRES 3: SOLA CON HIJOS 4: OTROS	CUIDADO DEL BEBÉ	1: SOLA 2: APOYO DE LA PAREJA 3: APOYO DE LA MADRE 4: LOS DOS 5: OTROS	APOYO DE LA PAREJA	1: SI 1: INTEGRO
					2: ECONÓMICAMENTE
OCUPACIÓN	1: AMA DE CASA 2: INDEPENDIENTE 3: DEPENDIENTE	AMAMANTAMIENTO	1: SI 2: NO	APOYO DE LA FAMILIA	1: SI 2: NO
				PERCEPCIÓN DEL EMBARAZO	1: BUENA 2: MALA FÍSICAMENTE 3: MALA ANIÍMICAMENTE 4: MALA FÍCA Y ANÍMICAMENTE

Fuente: Elaboración personal

PUÉRPERA	Edad	Paridad	Estado civil	Grado de instrucción	Vive con	Ocupación	Satisfacción Marital	Planificación del embarazo	Vía de Parto	Cuidado del bebé	Amamantamiento	Tiempo de Puerperio	Número de controle prenatales	Deseo de mantener el embarazo (madre)	Deseo de mantener el embarazo (padre)	Apoyo de la pareja	Forma de apoyo (anterior)	Apoyo de la familia	Percepción acerca del embarazo	PUNTAJE DE EDIMBURGO	ED1	ED2	ED3	ED4	ED5	ED6	ED7	ED8	ED9	ED10
1	18	1	3	2	1	1	1	1	2	3	1	4	6	1	1	1	1	1	1	8	0	1	2	2	0	1	1	1	0	0
2	19	1	2	2	1	2	1	2	1	3	1	6	8	1	1	1	1	1	2	13	1	0	2	2	1	1	1	2	1	2
3	31	1	3	2	1	1	1	2	2	2	1	1	5	1	1	1	1	1	10	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0
4	27	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	5	10	1	1	1	1	1	11	1	1	2	2	2	1	1	1	1	0	0
5	22	1	3	3	1	2	1	2	1	3	1	4	12	1	1	1	1	1	4	4	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0
6	23	1	2	3	1	1	1	2	1	2	1	5	11	1	1	1	1	1	5	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1	0
7	21	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	1	9	1	1	1	1	1	12	1	0	2	2	2	2	2	2	0	0	1
8	22	1	3	3	1	1	1	2	1	3	1	3	5	1	1	1	1	1	6	0	0	0	2	1	1	0	1	1	1	0
9	18	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	1	9	1	1	1	1	1	7	0	0	2	0	2	1	2	0	0	0	0
10	25	1	3	3	1	1	1	1	2	2	1	6	11	1	1	1	1	1	8	0	1	2	2	2	1	0	0	0	0	0
11	19	1	3	2	1	1	1	2	1	3	1	6	11	2	2	1	1	1	9	0	0	3	1	1	1	1	1	1	1	0
12	20	1	3	3	1	1	1	1	2	2	1	6	8	1	1	1	1	1	5	1	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0
13	20	1	3	3	1	1	1	1	2	3	1	2	9	1	1	1	1	1	6	1	1	0	2	0	0	2	0	0	0	0
14	21	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	6	8	1	1	1	1	2	19	1	1	0	2	3	2	2	3	3	2	
15	22	1	3	3	1	1	1	2	1	2	1	6	9	1	1	1	1	3	10	2	0	0	2	2	1	0	2	1	0	
16	21	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	2	0	1	1	1	1	1	8	0	1	1	0	1	2	1	2	0	0	
17	22	1	3	3	1	1	1	2	1	3	1	6	9	1	1	1	1	3	10	2	0	0	2	2	1	0	2	1	0	
18	20	1	2	4	1	2	1	2	1	2	1	4	8	1	1	1	1	1	8	1	0	2	0	2	2	0	0	0	1	0
19	26	1	3	3	1	1	1	2	1	1	1	4	8	1	1	1	1	1	7	2	0	2	0	2	0	0	0	1	0	0
20	24	1	2	3	1	3	1	1	1	3	1	4	9	1	1	1	1	1	6	0	0	2	2	0	2	0	0	0	0	0
21	35	1	2	4	1	1	1	1	2	1	1	2	6	1	1	1	1	1	11	1	2	1	0	1	2	1	2	1	0	
22	26	1	3	4	1	3	1	2	1	2	1	2	10	1	1	1	1	1	9	0	0	2	2	2	1	0	2	0	0	0

23	24	1	3	3	1	1	1	1	1	2	1	1	6	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	2	0	0	1	0	0
24	20	1	3	4	1	2	1	2	1	2	1	3	10	1	1	1	1	2	1	8	2	0	2	0	2	0	2	0	0
25	34	1	3	2	1	1	1	1	2	2	1	1	9	1	1	1	1	1	11	0	1	2	0	0	0	2	2	2	2
26	31	1	2	4	1	1	1	1	2	2	1	4	6	1	1	1	1	2	2	11	0	1	2	2	2	2	0	1	1
27	34	1	3	2	1	1	1	1	2	2	1	1	9	1	1	1	1	1	1	9	1	0	2	0	0	0	2	2	2
28	30	1	3	2	1	1	1	2	1	1	1	4	8	1	1	1	1	1	4	16	2	1	2	2	2	2	2	2	1
29	18	1	2	2	1	1	1	2	1	3	1	1	7	1	2	1	1	1	1	10	1	0	1	2	2	1	1	1	1
30	25	1	2	3	1	2	1	1	1	1	1	4	12	1	1	1	1	1	1	13	2	0	2	2	2	2	0	2	1
31	30	1	3	3	1	1	1	1	2	1	1	5	8	1	1	1	1	1	1	9	1	0	1	1	0	2	2	1	1
32	20	1	3	2	1	1	1	2	1	3	1	3	10	1	1	1	1	1	1	17	1	0	2	2	2	3	3	2	2
33	19	1	1	2	2	1	2	2	1	3	1	6	8	1	1	2	1	1	1	8	1	0	2	0	2	1	1	1	0
34	31	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	5	9	1	1	1	1	1	2	3	0	0	1	0	0	0	0	1	1
35	26	1	2	3	1	1	1	1	1	2	1	3	9	1	1	1	1	1	1	7	0	0	2	2	0	2	0	0	1
36	22	1	3	2	1	1	1	2	1	3	1	1	7	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	0	1	0	2	2	1
37	21	1	3	2	1	1	1	2	1	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	9	0	0	2	1	1	2	2	1	0
38	21	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	2	5	1	1	1	1	1	1	13	0	0	2	2	2	2	1	2	2
39	21	3	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	9	1	1	1	1	1	1	12	1	0	2	2	2	2	2	0	0
40	22	1	3	3	1	1	1	2	1	2	1	6	9	1	1	1	1	1	1	7	0	1	2	0	0	2	1	0	1
41	18	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	1	9	1	1	1	1	1	1	7	0	0	2	0	2	1	2	0	0
42	22	1	3	3	1	1	1	2	1	3	1	3	5	1	1	1	1	1	1	6	0	0	0	2	1	1	0	1	1
43	25	1	3	3	1	2	1	1	2	2	1	6	11	1	1	1	1	1	1	8	0	1	2	2	2	1	0	0	0
44	34	1	2	4	1	1	1	1	2	1	1	2	6	1	1	1	1	1	1	11	1	2	1	0	1	2	1	2	1
45	24	1	2	3	1	3	1	1	1	3	1	4	10	1	1	1	1	1	1	6	0	0	2	2	0	2	0	0	0
46	26	1	3	3	1	1	1	2	1	1	1	4	10	1	1	1	1	1	1	7	2	0	2	0	2	0	0	1	0
47	24	1	3	3	1	1	1	1	1	2	1	1	6	1	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	2	0	0	1	0
48	22	1	3	3	1	1	1	2	1	2	1	6	9	1	1	1	1	1	1	7	0	1	2	0	0	2	1	0	1
49	18	1	3	2	1	1	1	1	2	3	1	4	6	1	1	1	1	1	1	8	0	1	2	2	0	1	1	1	0
50	19	1	2	2	1	3	1	2	1	3	1	6	8	1	1	1	1	1	2	13	1	0	2	2	1	1	1	2	1
51	31	1	3	2	1	1	1	2	2	2	1	1	5	1	2	1	1	1	1	14	1	0	2	1	2	2	2	2	1
52	32	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	3	9	1	1	1	1	1	1	5	0	0	2	0	1	1	0	0	1
53	27	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	5	11	1	1	1	1	1	1	15	1	1	2	2	2	1	1	1	1
54	22	1	3	3	1	2	1	2	1	3	1	4	12	1	1	1	1	1	4	5	1	0	0	2	0	2	0	0	0
55	21	1	1	2	2	2	2	2	1	3	1	5	7	1	1	1	2	1	1	12	2	2	2	2	1	1	1	1	0

56	23	1	2	3	1	1	1	2	1	2	1	5	11	1	1	1	1	1	1	5	0	0	0	0	0	2	0	2	1	0
57	28	1	1	3	2	1	2	2	2	3	1	5	9	1	1	1	2	1	1	11	0	0	2	2	2	1	0	1	1	2
58	20	1	3	3	1	1	1	2	2	3	1	2	9	1	1	1	1	1	1	6	1	1	0	2	0	0	2	0	0	0
59	21	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	6	8	1	1	1	1	1	2	19	1	1	0	2	3	2	2	3	3	2
60	31	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	4	9	1	1	1	1	1	1	13	0	0	2	3	2	2	3	1	0	0
61	22	1	3	3	1	1	1	2	1	2	1	6	9	1	1	1	1	1	3	10	2	0	0	2	2	1	0	2	1	0
62	20	1	3	2	1	2	1	1	1	2	1	3	7	1	1	1	1	1	1	6	0	1	2	1	0	2	0	0	0	0
63	21	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	2	0	1	1	1	1	1	1	8	0	1	1	0	1	2	1	2	0	0
64	30	1	2	3	1	1	1	1	2	1	1	6	11	1	1	1	1	1	1	10	1	0	2	1	1	2	1	1	1	0
65	22	1	3	3	1	1	1	2	1	3	1	6	9	1	1	1	1	1	3	10	2	0	0	2	2	1	0	2	1	0
66	27	1	3	2	1	1	1	2	1	1	1	6	9	1	1	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0
67	20	1	2	4	1	2	1	2	1	2	1	4	7	1	1	1	1	1	1	8	1	0	2	0	2	2	0	0	1	0
68	26	1	3	3	1	1	1	2	1	1	1	4	9	1	1	1	1	1	1	7	2	0	2	0	2	0	0	1	0	0
69	24	1	2	3	1	3	1	1	1	3	1	4	10	1	1	1	1	1	1	6	0	0	2	2	0	2	0	0	0	0
70	35	1	2	4	1	1	1	1	2	1	1	2	6	1	1	1	1	1	1	11	1	2	1	0	1	2	1	2	1	0
71	26	1	3	4	1	3	1	2	1	2	1	2	10	1	1	1	1	1	1	9	0	0	2	2	2	1	0	2	0	0
72	24	1	3	3	1	1	1	1	1	2	1	1	6	1	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	2	0	0	1	0	0
73	20	1	3	4	1	2	1	2	1	2	1	3	10	1	1	1	1	2	1	8	2	0	2	0	2	0	2	0	0	0
74	34	1	3	2	1	1	1	1	2	2	1	1	9	1	1	1	1	1	1	9	1	0	0	0	0	0	2	2	2	2
75	31	1	2	4	1	1	1	1	2	2	1	4	6	1	1	1	1	2	2	11	0	1	2	2	2	2	0	1	1	0
76	34	1	3	2	1	1	1	1	2	2	1	1	9	1	1	1	1	1	1	9	1	0	2	0	0	0	2	2	2	0
77	21	1	1	2	2	1	2	2	2	3	1	4	6	1	1	1	2	1	1	14	1	1	2	1	2	2	2	2	1	0
78	18	1	3	2	1	1	1	1	2	2	1	4	6	1	1	1	1	1	1	8	0	1	2	2	0	1	1	1	0	0
79	30	1	3	3	1	1	1	2	2	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	10	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0
80	32	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	3	9	1	1	1	1	1	1	5	0	0	2	0	1	1	0	0	1	0
81	27	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	5	11	1	1	1	1	1	2	11	1	1	2	2	2	1	1	1	0	0
82	26	1	2	4	2	1	1	1	1	4	1	6	12	1	1	1	1	1	1	8	0	1	1	2	1	2	0	0	1	0
83	22	1	1	2	2	2	2	2	1	3	1	5	6	1	1	1	2	1	1	12	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0
84	20	1	3	2	1	2	1	1	1	2	1	3	7	1	1	1	1	1	1	6	0	1	2	1	0	2	0	0	0	0
85	22	1	3	3	1	1	1	2	1	2	1	6	9	1	1	1	1	1	3	10	2	0	0	2	2	1	0	2	1	0
86	21	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	6	8	1	1	1	1	1	2	19	1	1	0	2	3	2	2	3	3	2
87	20	1	3	3	1	1	1	2	2	3	1	2	9	1	1	1	1	1	1	6	1	1	0	2	0	0	2	0	0	0
88	27	1	1	3	2	1	2	2	2	3	1	5	9	1	1	1	2	1	1	11	0	0	2	2	2	1	0	1	1	2

89	22	1	3	3	1	1	1	2	1	3	1	6	9	1	1	1	1	1	3	10	2	0	0	2	2	1	0	2	1	0
90	32	1	3	3	1	1	1	1	1	2	1	4	12	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	2	1	1	1	0
91	27	1	3	3	1	1	1	2	1	2	1	6	10	1	1	1	1	1	1	7	0	0	2	2	1	0	0	1	1	0
92	27	1	2	3	1	1	1	1	2	1	2	4	10	1	1	1	1	1	1	12	1	0	2	2	2	1	1	1	2	0
93	19	1	3	4	1	2	1	2	2	2	1	6	10	1	1	1	1	1	1	3	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0
94	28	1	3	3	2	1	1	1	1	2	1	2	11	1	1	1	1	1	1	11	0	0	2	2	0	0	3	2	2	0
95	29	1	2	3	1	1	1	1	1	2	1	1	10	1	1	1	1	1	2	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
96	21	1	1	2	2	1	2	2	2	3	1	4	6	1	1	1	2	1	1	14	1	1	2	1	2	2	2	2	1	0
97	27	1	3	3	1	1	1	2	1	2	1	6	10	1	1	1	1	1	1	7	0	0	2	2	1	0	0	1	1	0
98	28	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	2	3	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0
99	26	1	2	4	2	1	1	1	1	4	1	6	12	1	1	1	1	1	1	8	0	1	1	2	1	2	0	0	1	0
100	29	1	2	3	1	1	1	1	1	2	1	1	8	1	1	1	1	1	1	5	0	0	0	1	2	0	0	0	1	1
101	25	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	6	9	1	1	1	1	1	3	7	0	0	2	2	1	0	0	1	1	0
102	19	1	1	2	2	1	2	2	1	3	1	6	8	1	1	2		1	1	8	1	0	2	0	2	1	1	1	0	0
103	31	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	5	9	1	1	1	1	1	2	3	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
104	26	1	2	3	1	1	1	1	1	2	1	3	9	1	1	1	1	1	1	7	0	0	2	2	0	2	0	0	1	0
105	22	1	3	2	1	1	1	2	1	3	1	1	7	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	0	1	0	2	2	1	0
106	21	1	3	2	1	1	1	2	1	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	9	0	0	2	1	1	2	2	1	0	0
107	21	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	2	5	1	1	1	1	1	1	13	0	0	2	2	2	2	1	2	2	0
108	30	1	3	2	1	1	1	2	1	1	1	4	8	1	1	1	1	1	4	16	2	1	2	2	2	2	2	2	1	0
109	18	1	2	2	1	1	1	2	1	3	1	1	7	1	2	1	1	1	1	10	1	0	1	2	2	1	1	1	1	0
110	25	1	2	3	1	2	1	1	1	1	1	4	12	1	1	1	1	1	1	13	2	0	2	2	2	2	0	2	1	0
111	20	1	3	2	1	1	1	2	1	3	1	3	10	1	1	1	1	1	1	15	1	0	2	2	2	3	2	2	1	0
112	30	1	3	3	1	1	1	1	2	1	1	5	8	1	1	1	1	1	1	9	1	0	1	1	0	2	2	1	1	0
113	20	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	6	12	1	1	1	1	1	1	15	0	0	2	1	3	1	3	3	1	1
114	26	1	3	4	1	1	1	2	2	2	1	5	7	1	1	1	1	1	2	8	0	0	2	1	1	2	1	0	1	0
115	26	1	2	4	2	1	1	1	1	4	1	6	12	1	1	1	1	1	1	8	0	1	1	2	1	2	0	0	1	0
116	28	1	1	3	2	1	2	2	2	3	1	5	9	1	1	1	2	1	1	9	0	0	2	2	2	1	0	1	1	0
117	20	1	3	3	1	1	1	2	2	3	1	2	9	1	1	1	1	1	1	6	1	1	0	2	0	0	2	0	0	0
118	32	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	4	9	1	1	1	1	1	1	13	0	0	2	3	2	2	3	1	0	0
119	20	1	3	2	1	2	1	1	1	2	1	3	7	1	1	1	1	1	1	6	0	1	2	1	0	2	0	0	0	0
120	22	1	3	3	1	1	1	2	1	3	1	6	9	1	1	1	1	1	3	10	2	0	0	2	2	1	0	2	1	0
121	21	1	1	2	2	1	2	2	2	3	1	4	6	1	1	1	2	1	1	14	1	1	2	1	2	2	2	2	1	0

122	23	1	3	3	1	2	1	1	2	2	1	2	10	1	1	1	1	1	1	9	1	0	2	0	2	2	2	0	0	0
123	27	1	3	2	1	1	1	2	2	2	1	1	6	1	1	1	1	1	1	5	0	0	2	1	0	1	0	0	1	0
124	29	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	6	12	1	1	1	1	1	1	6	0	0	1	2	2	0	0	0	1	0
125	26	1	3	4	1	1	1	2	2	2	1	5	7	1	1	1	1	1	2	8	0	0	2	1	1	2	1	0	1	0
126	21	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	6	11	1	1	1	1	1	1	13	0	0	2	1	3	1	2	2	1	1
127	25	1	1	2	3	2	2	2	1	3	1	6	2	1	2	2		1	1	14	2	1	2	2	2	1	2	1	1	0
128	20	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	6	13	1	1	1	1	1	1	13	0	0	2	1	3	1	2	2	1	1
129	26	1	3	4	1	1	1	2	2	2	1	5	7	1	1	1	1	1	2	9	0	0	2	1	1	2	1	0	1	1
130	28	1	3	2	1	1	1	2	1	1	1	6	10	1	1	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0
131	23	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	6	3	1	1	1	1	1	1	14	2	1	2	2	2	1	2	1	1	0
132	27	1	2	3	1	1	1	1	2	1	2	6	10	1	1	1	1	1	1	12	1	0	2	2	2	1	1	1	2	0
133	18	1	1	2	3	2	2	2	1	1	1	6	2	1	2	2		1	1	14	2	1	2	2	2	1	2	1	1	0
134	28	1	3	3	2	1	1	1	1	2	1	2	11	1	1	1	1	1	1	11	0	0	2	2	0	0	3	2	2	0
135	19	1	1	2	2	1	2	2	1	3	1	6	8	1	1	2	1	1	1	8	1	0	2	0	2	1	1	1	0	0
136	19	1	3	4	1	2	1	2	2	2	1	6	10	1	1	1	1	1	1	3	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0
137	31	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	5	9	1	1	1	1	1	2	3	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
138	26	1	2	3	1	1	1	1	1	2	1	3	9	1	1	1	1	1	1	7	0	0	2	2	0	2	0	0	1	0
139	28	1	3	3	2	1	1	1	1	2	1	2	11	1	1	1	1	1	1	11	0	0	2	2	0	0	3	2	2	0
140	22	1	3	2	1	1	1	2	1	3	1	1	7	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	0	1	0	2	2	1	0
141	21	1	3	2	1	1	1	2	1	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	9	0	0	2	1	1	2	2	1	0	0
142	31	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	2	5	1	1	1	1	1	1	13	0	0	2	2	2	2	1	2	2	0
143	30	1	3	2	1	1	1	2	1	1	1	4	8	1	1	1	1	1	4	16	2	1	2	2	2	2	2	2	1	0
144	18	1	2	2	1	1	1	2	1	3	1	1	7	1	2	1	1	1	1	10	1	0	1	2	2	1	1	1	1	0
145	25	1	2	3	1	2	1	1	1	1	1	4	12	1	1	1	1	1	1	13	2	0	2	2	2	2	0	2	1	0
146	20	1	3	2	1	1	1	2	1	3	1	3	10	1	1	1	1	1	1	11	1	0	2	1	1	2	2	1	1	0
147	29	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	5	8	1	1	1	1	1	1	9	1	0	1	1	0	2	2	1	1	0
148	19	1	3	4	1	2	1	2	2	2	1	6	10	1	1	1	1	1	1	3	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0
149	30	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	3	12	1	1	1	1	1	1	6	0	0	1	2	2	0	0	0	1	0
150	19	1	3	2	1	1	1	1	2	2	1	4	5	1	1	1	1	1	1	8	0	1	2	2	0	1	1	1	0	0
151	20	1	2	2	1	2	1	2	1	3	1	6	8	1	1	1	1	1	2	12	0	1	1	1	2	1	1	2	1	2
152	31	1	3	2	1	1	1	2	2	1	1	1	5	1	2	1	1	1	1	10	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0
153	31	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	3	9	1	1	1	1	1	1	5	0	0	2	0	1	1	0	0	1	0
154	22	1	3	3	1	2	1	2	1	3	1	4	12	1	1	1	1	1	4	4	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0

155	21	1	1	2	2	2	2	2	1	3	1	5	7	1	1	1	2	1	1	12	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0
156	27	1	3	2	1	1	2	2	1	1	1	6	10	1	1	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0
157	30	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	6	13	1	1	1	1	1	1	6	0	0	1	2	2	0	0	0	1	0
158	27	1	2	3	1	1	1	1	2	1	2	6	9	1	1	1	1	1	1	12	1	0	2	2	2	1	1	1	2	0
159	28	1	3	2	1	1	1	2	2	2	1	1	6	1	1	1	1	1	1	5	0	0	2	1	0	1	0	0	1	0
160	20	1	2	4	1	2	1	2	1	2	1	4	8	1	1	1	1	1	1	8	1	0	2	0	2	2	0	0	1	0
161	26	1	3	3	1	1	1	2	1	1	1	4	10	1	1	1	1	1	1	7	2	0	2	0	2	0	0	1	0	0
162	24	1	2	3	1	3	1	1	1	3	1	4	10	1	1	1	1	1	1	6	0	0	2	2	0	2	0	0	0	0
163	35	1	2	4	1	1	1	1	2	1	1	2	6	1	1	1	1	1	1	11	1	2	1	0	1	2	1	2	1	0
164	26	1	3	4	1	3	1	2	1	2	1	2	10	1	1	1	1	1	1	9	0	0	2	2	2	1	0	2	0	0
165	24	1	3	3	1	1	1	1	1	2	1	1	6	1	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	2	0	0	1	0	0
166	20	1	3	4	1	2	1	2	1	2	1	3	10	1	1	1	1	2	1	8	2	0	2	0	2	0	2	0	0	0
167	34	1	3	2	1	1	1	1	2	2	1	1	9	1	1	1	1	1	1	9	1	0	2	0	0	0	2	2	2	0
168	31	1	2	4	1	1	1	1	2	2	1	4	6	1	1	1	1	2	2	11	0	1	2	2	2	2	0	1	1	0
169	23	1	3	3	1	2	1	1	2	2	1	2	11	1	1	1	1	1	1	9	1	0	2	0	2	2	2	0	0	0
170	28	1	1	3	2	1	2	2	2	3	1	5	9	1	1	1	2	1	1	11	0	0	2	2	2	1	0	1	1	2
171	21	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	6	8	1	1	1	1	1	1	18	1	1	0	2	2	2	2	3	3	2
172	23	1	3	3	1	2	1	1	2	1	1	2	11	1	1	1	1	1	1	11	1	0	2	0	2	2	2	2	0	0
173	31	1	3	2	1	2	1	1	1	1	1	4	9	1	1	1	1	1	1	13	0	0	2	3	2	2	3	1	0	0
174	20	1	3	2	1	2	1	1	1	2	1	3	7	1	1	1	1	1	1	6	0	1	2	1	0	2	0	0	0	0
175	21	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	2	0	1	1	1	1	1	1	8	0	1	1	0	1	2	1	2	0	0
176	30	1	2	3	1	1	1	1	2	1	1	6	11	1	1	1	1	1	1	10	1	0	2	1	1	2	1	1	1	0
177	23	1	2	3	1	1	1	1	1	2	1	5	11	1	1	1	1	1	1	5	0	0	0	0	0	2	0	2	1	0
178	22	1	3	2	1	1	1	2	1	3	1	3	5	1	1	1	1	1	1	6	0	0	0	2	1	1	0	1	1	0
179	19	1	3	2	1	1	1	2	1	3	1	6	11	2	2	1	1	1	2	9	0	0	3	1	1	1	1	1	1	0
180	20	1	3	3	1	1	1	1	2	2	1	6	8	1	1	1	1	1	1	5	1	0	2	0	1	0	0	0	1	0
181	23	1	3	3	1	2	1	1	2	1	1	2	11	1	1	1	1	1	1	9	1	0	2	0	2	2	2	0	0	0
182	27	1	3	2	1	1	1	2	2	2	1	1	6	1	1	1	1	1	1	5	0	0	2	1	0	1	0	0	1	0
183	26	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	5	5	1	1	1	1	1	1	8	0	1	2	0	2	0	2	0	1	0
184	34	1	3	4	1	2	1	1	2	2	1	1	10	1	1	1	1	1	1	7	0	0	2	1	0	0	1	2	1	0
185	23	1	3	4	1	1	1	1	2	2	1	1	6	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
186	18	1	2	2	1	1	1	2	1	3	1	1	7	1	2	1	1	1	1	10	1	0	1	2	2	1	1	1	1	0
187	25	1	2	3	1	2	1	1	1	1	1	4	12	1	1	1	1	1	1	13	2	0	2	2	2	2	0	2	1	0

188	31	1	2	4	1	1	1	1	2	2	1	4	6	1	1	1	1	2	2	11	0	1	2	2	2	2	0	1	1	0
189	20	1	2	4	1	2	1	2	1	2	1	4	8	1	1	1	1	1	1	8	1	0	2	0	2	2	0	0	1	0
190	35	1	3	2	1	1	1	1	2	2	1	1	9	1	1	1	1	1	1	9	1	0	2	0	0	0	2	2	2	0
191	25	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	4	11	1	1	1	1	1	4	14	0	1	2	2	2	2	2	2	1	0
192	19	1	1	2	2	1	2	2	1	3	1	1	6	1	2	2		1	1	10	1	1	2	0	0	1	2	2	1	0
193	22	1	3	3	1	2	1	1	1	3	1	3	4	1	1	1	1	1	1	11	1	0	2	2	2	0	2	1	1	0
194	25	1	2	3	1	1	1	2	1	2	1	5	5	1	1	1	1	1	1	7	0	1	2	0	2	0	0	2	0	0
195	26	1	3	4	1	3	1	1	1	2	1	2	10	1	1	1	1	1	1	9	0	0	2	2	2	1	0	2	0	0
196	21	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	1	9	1	1	1	1	1	2	12	1	0	2	2	2	2	2	0	0	1
197	21	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	2	5	1	1	1	1	1	1	13	0	0	2	2	2	2	1	2	2	0
198	20	1	3	2	1	1	1	2	1	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	9	0	0	2	1	1	2	2	1	0	0
199	22	1	3	2	1	1	1	2	1	3	1	1	7	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	0	1	0	2	2	1	0
200	26	1	2	3	1	1	1	1	1	2	1	3	9	1	1	1	1	1	1	7	0	0	2	2	0	2	0	0	1	0
201	31	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	5	9	1	1	1	1	1	1	3	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
202	19	1	1	2	2	1	2	2	1	3	1	6	8	1	1	2		1	1	8	1	0	2	0	2	1	1	1	0	0
203	30	1	3	3	1	1	1	2	1	1	1	5	8	1	1	1	1	1	1	9	1	0	1	1	0	2	2	1	1	0
204	22	1	3	3	1	1	1	2	1	2	1	6	9	1	1	1	1	1	1	7	0	2	1	0	0	2	1	0	1	0
205	20	1	3	3	1	1	1	1	2	2	1	6	8	1	1	1	1	1	1	5	1	0	2	0	1	0	0	1	0	0
206	25	1	3	2	1	1	2	1	2	1	1	4	11	1	1	1	1	1	4	14	0	1	2	2	2	2	2	2	1	0
207	23	1	3	4	1	1	1	1	2	2	1	1	6	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
208	34	1	3	4	1	2	1	1	2	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1	6	0	0	2	1	0	0	1	2	0	0
209	19	1	1	2	2	1	2	2	1	3	1	1	6	1	2	2		1	1	8	1	1	2	1	0	0	0	2	1	0
210	22	1	3	3	1	2	1	1	1	3	1	3	4	1	1	1	1	1	1	11	1	0	2	2	2	2	0	1	1	0
211	25	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	5	5	1	1	1	1	1	1	7	0	1	2	0	2	0	0	2	0	0
212	26	1	3	2	1	1	2	1	2	1	1	5	6	1	1	1	1	1	1	8	0	1	2	0	2	0	2	0	1	0
213	23	1	2	3	1	1	1	2	1	2	1	5	10	1	1	1	1	1	1	5	0	0	0	0	0	2	0	2	1	0
214	22	1	3	3	1	1	1	2	1	3	1	3	5	1	1	1	1	1	1	6	0	0	0	2	1	1	0	1	1	0
215	18	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	1	9	1	1	1	1	1	1	7	0	0	2	0	2	1	2	0	0	0
216	19	1	2	2	1	2	1	2	1	3	1	6	8	1	1	1	1	1	1	11	0	0	1	2	1	1	1	2	1	2
217	32	1	3	2	1	1	1	2	2	1	2	1	6	1	2	1	1	1	1	14	1	0	2	1	2	2	2	2	1	1
218	33	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	3	9	1	1	1	1	1	1	5	0	0	2	0	1	1	0	0	1	0
219	27	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	5	11	1	1	1	1	1	1	11	1	1	2	2	2	1	1	1	0	0
220	22	1	3	3	1	1	1	2	1	3	1	4	11	1	1	1	1	1	4	4	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0

221	21	1	1	2	2	1	2	2	1	3	1	5	7	1	1	1	2	1	1	12	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0
222	23	1	3	4	1	1	1	1	2	2	1	1	6	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
223	25	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	5	5	1	1	1	1	1	1	7	0	1	2	0	2	0	0	2	0	0
224	23	1	3	4	1	1	1	1	1	2	1	1	6	1	1	1	1	1	1	4	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0
225	19	1	1	2	2	1	2	2	1	3	1	1	5	1	2	2		1	1	10	1	1	2	0	1	2	2	1	0	0
226	34	1	3	4	1	2	1	1	2	2	1	1	10	1	1	1	1	1	1	7	0	0	2	1	0	0	1	2	1	0
227	22	1	3	3	1	2	1	1	1	3	1	3	4	1	1	1	1	1	1	10	1	0	2	2	2	2	0	1	0	0
228	26	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	5	5	1	1	1	1	1	1	8	0	1	2	0	2	0	2	0	1	0
229	21	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	1	9	1	1	1	1	1	1	12	1	0	2	2	2	2	2	0	1	0
230	22	1	3	3	1	1	1	2	1	2	1	6	9	1	1	1	1	1	1	7	0	1	2	0	0	2	1	0	1	0
231	25	1	3	3	1	2	1	1	2	2	1	6	11	1	1	1	1	1	1	8	0	1	2	2	2	1	0	0	0	0
232	19	1	3	2	1	1	1	2	1	3	1	6	10	1	1	1	1	1	1	9	0	0	3	1	1	1	1	1	1	0
233	20	1	3	4	1	2	1	2	1	2	1	3	9	1	1	1	1	2	1	8	2	0	2	0	2	0	2	0	0	0
234	20	1	3	3	1	1	1	1	2	2	1	6	8	1	1	1	1	1	1	5	1	0	2	0	1	0	0	0	1	0
235	18	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	1	9	1	1	1	1	1	1	7	0	0	2	0	2	1	2	0	0	0
236	25	1	3	3	1	2	1	1	2	2	1	6	11	1	1	1	1	1	1	8	0	1	2	2	2	1	0	0	0	0
237	19	1	3	2	1	1	1	2	1	3	1	6	7	2	2	1	1	1	2	9	0	0	3	1	1	1	1	1	1	0
238	35	2	1	3	1	1	2	2	2	3	1	1	10	1	1	1	2	1	2	7	0	1	1	1	2	1	0	0	1	0
239	21	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	6	11	1	1	1	1	1	3	4	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0
240	34	2	3	3	2	3	1	1	2	1	1	2	8	1	1	1	1	1	2	12	0	0	2	2	2	2	2	1	1	0
241	31	2	3	3	1	1	1	1	2	1	1	1	8	1	1	1	1	1	2	9	1	0	2	1	2	2	0	0	1	0
242	28	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1	6	11	1	1	1	1	1	2	17	1	2	2	2	2	2	0	2	2	2
243	30	2	3	2	1	1	1	2	2	2	1	5	8	1	1	1	1	1	3	17	0	0	2	3	3	2	2	3	2	0
244	32	2	3	2	2	1	1	1	1	2	1	6	11	1	1	1	1	1	2	12	2	0	2	2	2	1	1	1	1	0
245	35	2	3	2	1	3	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	1	1	9	0	1	2	2	0	1	2	1	0	0
246	33	2	3	2	1	1	1	1	2	3	2	1	7	1	1	1	1	1	2	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
247	31	2	2	4	1	1	1	2	2	2	1	4	11	1	1	1	1	1	2	11	1	1	2	1	2	2	0	1	1	0
248	35	2	2	4	1	1	1	1	2	2	1	2	10	1	1	1	1	1	2	6	1	0	0	1	0	1	0	1	2	0
249	28	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	5	7	1	1	1	1	1	2	7	1	0	2	1	0	2	0	1	0	0
250	34	2	3	3	1	1	2	2	2	1	1	1	10	1	1	1	1	1	2	11	1	0	0	1	0	2	3	2	2	0
251	35	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	4	7	1	1	1	1	1	4	4	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0
252	25	2	3	3	1	1	2	1	1	2	1	1	7	1	1	1	1	1	1	6	1	1	2	1	0	0	0	1	0	0
253	23	2	1	1	2	2	2	2	2	3	1	2	11	1	2	1	2	1	1	12	0	1	2	1	1	2	2	2	1	0

254	28	2	3	2	1	1	2	2	2	2	1	1	10	1	1	1	1	1	2	12	1	1	2	2	1	1	2	1	1	0
255	35	2	3	1	1	1	2	2	2	3	1	4	1	1	1	1	1	1	1	16	0	1	2	2	2	2	2	2	3	0
256	28	2	3	2	1	1	1	2	2	2	1	4	3	1	1	1	1	1	2	12	1	1	3	2	0	2	1	1	1	0
257	30	2	3	2	1	1	1	2	1	1	1	3	10	1	1	1	1	1	2	9	0	0	2	2	0	1	2	1	1	0
258	34	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	6	9	1	1	1	1	1	1	5	0	0	1	1	1	2	0	0	0	0
259	28	2	3	2	1	1	2	1	1	3	1	5	6	1	1	1	1	1	1	18	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0
260	29	2	3	3	1	1	1	2	2	3	1	4	11	1	1	1	1	1	4	10	2	1	2	2	1	1	0	1	0	0
261	24	2	3	2	1	1	2	1	2	1	1	1	7	1	1	1	1	1	2	12	0	0	2	2	2	3	1	2	0	0
262	35	2	2	3	1	1	1	2	2	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	8	0	1	2	2	0	2	0	0	0	1
263	34	2	2	3	1	1	1	2	2	2	1	5	8	1	1	1	1	1	4	9	0	0	1	2	1	2	2	1	0	0
264	24	2	3	2	1	1	1	2	1	1	1	3	8	1	1	1	1	1	1	10	1	0	1	2	2	2	1	1	0	0
265	35	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2	5	11	1	1	1	1	1	2	11	0	0	2	1	2	2	1	2	1	0
266	33	2	3	2	1	1	1	2	1	2	1	4	9	1	1	1	1	1	4	9	1	0	2	0	0	2	1	3	0	0
267	23	2	1	2	2	1	2	2	2	3	1	1	7	2	2	2		1	4	15	1	1	2	3	2	2	2	2	0	0
268	33	2	3	4	1	1	1	1	1	2	1	6	7	1	1	1	1	1	4	7	0	0	0	2	0	2	0	2	1	0
269	25	2	3	2	1	1	1	2	1	1	1	6	10	1	1	1	1	1	4	5	0	0	2	2	0	0	0	1	0	0
270	26	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	6	7	1	1	1	1	1	1	3	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0
271	34	2	1	2	2	1	2	2	2	3	1	4	11	1	2	2		1	1	3	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0
272	29	2	3	3	1	1	1	1	1	2	1	1	10	1	1	1	1	1	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
273	32	2	1	2	3	2	2	2	2	1	1	5	6	1	2	2		1	1	12	0	1	2	1	2	2	1	2	1	0
274	29	2	2	3	1	2	1	1	2	2	1	1	11	1	1	1	1	1	1	3	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0
275	29	2	3	3	1	1	1	1	1	2	1	1	10	1	1	1	1	1	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
276	25	2	3	2	1	1	1	2	1	1	1	2	11	1	1	1	1	1	1	13	0	0	0	3	3	2	0	3	2	0
277	34	2	1	2	2	1	2	2	2	3	1	4	8	1	2	2		1	1	3	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0
278	35	2	1	2	3	2	2	2	2	1	1	5	7	1	2	1	2	1	1	11	1	1	2	1	2	2	1	1	0	0
279	33	2	3	4	1	1	1	1	1	2	1	6	7	1	1	1	1	1	4	7	0	0	0	2	0	2	0	2	1	0
280	29	2	2	3	1	2	1	1	2	2	1	1	9	1	1	1	1	1	1	4	0	0	2	0	0	1	0	0	1	0
281	35	2	1	3	1	1	2	2	2	3	1	1	10	1	1	1	2	1	2	7	0	1	1	1	2	1	0	0	1	0
282	21	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	6	11	1	1	1	1	1	3	4	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0
283	34	2	3	3	2	3	1	1	2	1	1	2	8	1	1	1	1	1	2	12	0	0	2	2	2	2	2	1	1	0
284	31	2	3	3	1	1	1	1	2	1	1	1	8	1	1	1	1	1	2	9	1	0	2	1	2	2	0	0	1	0
285	28	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1	6	11	1	1	1	1	1	2	17	1	2	2	2	2	2	0	2	2	2
286	34	2	3	3	1	1	2	2	2	1	1	1	10	1	1	1	1	1	2	11	1	0	0	1	0	2	3	2	2	0

287	35	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	4	7	1	1	1	1	1	4	4	1	0	2	1	0	0	0	0	0
288	25	2	3	3	1	1	2	1	1	2	1	1	7	1	1	1	1	1	6	1	1	2	1	0	0	0	1	0	0
289	23	2	1	1	2	2	2	2	2	3	1	2	11	1	2	1	2	1	12	0	1	2	1	1	2	2	2	1	0
290	28	2	3	2	1	1	2	2	2	2	1	1	10	1	1	1	1	1	12	1	1	2	2	1	1	2	1	1	0
291	35	2	3	1	1	1	2	2	2	3	1	4	1	1	1	1	1	1	16	0	1	2	2	2	2	2	2	3	0
292	28	2	3	2	1	1	1	2	2	2	1	4	3	1	1	1	1	1	12	1	1	3	2	0	2	1	1	1	0
293	30	2	3	2	1	1	1	2	1	1	1	3	10	1	1	1	1	1	9	0	0	2	2	0	1	2	1	1	0
294	34	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	6	9	1	1	1	1	1	5	0	0	1	1	1	2	0	0	0	0
295	28	2	3	2	1	1	2	1	1	3	1	5	6	1	1	1	1	1	18	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0
296	29	2	3	3	1	1	1	2	2	3	1	4	11	1	1	1	1	1	10	2	1	2	2	1	1	0	1	0	0
297	24	2	3	2	1	1	2	1	2	1	1	1	7	1	1	1	1	1	12	0	0	2	2	2	3	1	2	0	0
298	35	2	2	3	1	1	1	2	2	3	1	1	5	1	1	1	1	1	8	0	1	2	2	0	2	0	0	0	1
299	35	2	2	4	1	1	1	1	2	2	1	2	10	1	1	1	1	1	6	1	0	0	1	0	1	0	1	2	0
300	34	2	2	3	1	1	1	2	2	2	1	5	8	1	1	1	1	1	9	0	0	1	2	1	2	2	1	0	0
301	24	2	3	2	1	1	1	2	1	1	1	3	8	1	1	1	1	1	10	1	0	1	2	2	2	1	1	0	0
302	35	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2	5	11	1	1	1	1	1	11	0	0	2	1	2	2	1	2	1	0
303	33	2	3	2	1	1	1	2	1	2	1	4	9	1	1	1	1	1	9	1	0	2	0	0	2	1	3	0	0
304	23	2	1	2	2	1	2	2	2	3	1	1	7	2	2	2		1	15	1	1	2	3	2	2	2	2	0	0
305	30	2	3	2	1	1	1	2	2	2	1	5	8	1	1	1	1	1	17	0	0	2	3	3	2	2	3	2	0
306	32	2	3	2	2	1	1	1	1	2	1	6	11	1	1	1	1	1	12	2	0	2	2	2	1	1	1	1	0
307	35	2	3	2	1	3	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	1	9	0	1	2	2	0	1	2	1	0	0
308	33	2	3	2	1	1	1	1	2	3	2	1	7	1	1	1	1	1	2	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0
309	31	2	2	4	1	1	1	2	2	2	1	4	11	1	1	1	1	1	11	1	1	2	1	2	2	0	1	1	0
310	34	2	1	2	2	1	2	2	2	3	1	4	10	1	2	1	2	1	5	0	0	2	0	0	1	0	1	1	0
311	25	2	3	2	1	1	1	2	1	3	1	3	10	1	1	1	1	1	12	0	2	2	2	2	1	1	1	1	0
312	26	2	3	2	1	1	1	2	1	1	1	6	11	1	1	1	1	1	5	0	0	2	2	0	0	0	1	0	0
313	28	2	3	2	1	2	1	1	1	2	1	4	7	1	1	1	1	1	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
314	24	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	6	7	1	1	1	1	1	3	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0
315	29	2	2	4	1	1	1	1	1	2	2	4	12	1	1	1	1	1	7	1	0	2	0	0	1	1	1	1	0
316	31	2	2	3	1	3	1	2	2	3	1	6	10	1	1	1	1	1	6	0	0	2	2	0	2	0	0	0	0
317	35	2	2	4	1	1	1	2	1	2	1	3	6	1	1	1	1	1	9	0	0	2	2	1	2	1	0	1	0
318	33	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	10	1	1	1	1	1	15	1	0	2	3	2	2	2	2	1	0
319	30	2	3	4	1	1	1	2	2	2	1	4	5	1	1	1	1	1	14	1	0	2	2	2	2	2	1	1	1

320	34	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	5	10	1	1	1	1	1	3	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
321	27	2	2	4	1	1	1	1	2	3	2	6	6	1	1	1	1	1	4	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0
322	24	2	2	3	1	1	1	2	2	2	1	3	10	1	1	1	1	2	20	1	1	3	2	3	2	3	2	3	0
323	35	2	3	2	2	1	1	2	2	2	1	4	7	1	1	1	1	1	5	0	0	1	2	1	0	0	1	0	0
324	32	2	2	3	1	3	1	1	2	1	1	2	6	1	1	1	1	1	10	0	0	2	2	2	1	2	0	1	0
325	26	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	5	4	1	1	1	1	1	12	0	0	2	3	2	1	2	1	1	0
326	33	2	2	4	1	3	1	2	1	3	1	5	6	1	1	1	1	1	5	0	0	1	2	1	1	0	0	0	0
327	35	2	1	3	1	1	2	2	2	3	1	1	10	1	1	1	2	1	7	0	1	1	1	2	1	0	0	1	0
328	21	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	6	11	1	1	1	1	1	3	4	0	0	0	0	0	1	2	1	0
329	34	2	3	3	2	3	1	1	2	1	1	2	8	1	1	1	1	2	12	0	0	2	2	2	2	2	1	1	0
330	31	2	3	3	1	1	1	1	2	1	1	1	8	1	1	1	1	2	9	1	0	2	1	2	2	0	0	1	0
331	28	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1	6	11	1	1	1	1	2	17	1	2	2	2	2	2	0	2	2	2
332	34	2	2	3	1	1	1	2	2	2	1	5	8	1	1	1	1	4	9	0	0	1	2	1	2	2	1	0	0
333	24	2	3	2	1	1	1	2	1	1	1	3	8	1	1	1	1	1	10	1	0	1	2	2	2	1	1	0	0
334	35	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2	5	11	1	1	1	1	2	11	0	0	2	1	2	2	1	2	1	0
335	33	2	3	2	1	1	1	2	1	2	1	4	9	1	1	1	1	4	9	1	0	2	0	0	2	1	3	0	0
336	23	2	1	2	2	1	2	2	2	3	1	1	7	2	2	2	1	4	15	1	1	2	3	2	2	2	2	0	0
337	34	2	3	3	1	1	2	2	2	1	1	1	10	1	1	1	1	2	11	1	0	0	1	0	2	3	2	2	0
338	35	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	4	7	1	1	1	1	4	4	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0
339	25	2	3	3	1	1	2	1	1	2	1	1	7	1	1	1	1	1	6	1	1	2	1	0	0	0	1	0	0
340	23	2	1	1	2	2	2	2	2	3	1	2	11	1	2	1	2	1	12	0	1	2	1	1	2	2	2	1	0
341	28	2	3	2	1	1	2	2	2	2	1	1	10	1	1	1	1	2	12	1	1	2	2	1	1	2	1	1	0
342	35	2	3	1	1	1	2	2	2	3	1	4	1	1	1	1	1	1	16	0	1	2	2	2	2	2	2	3	0
343	28	2	3	2	1	1	1	2	2	2	1	4	3	1	1	1	1	2	12	1	1	3	2	0	2	1	1	1	0
344	30	2	3	2	1	1	1	2	1	1	1	3	10	1	1	1	1	2	9	0	0	2	2	0	1	2	1	1	0
345	34	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	6	9	1	1	1	1	1	5	0	0	1	1	1	2	0	0	0	0
346	28	2	3	2	1	1	2	1	1	3	1	5	6	1	1	1	1	1	18	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0
347	29	2	3	3	1	1	1	2	2	3	1	4	11	1	1	1	1	4	10	2	1	2	2	1	1	0	1	0	0
348	24	2	3	2	1	1	2	1	2	1	1	1	7	1	1	1	1	2	12	0	0	2	2	2	3	1	2	0	0
349	29	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1	3	11	1	1	1	1	1	6	0	0	1	1	0	2	0	1	1	0
350	28	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	5	7	1	1	1	1	2	7	1	0	2	1	0	2	0	1	0	0
351	35	2	2	4	1	1	1	1	2	2	1	2	10	1	1	1	1	2	6	1	0	0	1	0	1	0	1	2	0
352	30	2	3	2	1	1	1	2	2	2	1	5	8	1	1	1	1	3	17	0	0	2	3	3	2	2	3	2	0

353	32	2	3	2	2	1	1	1	1	2	1	6	11	1	1	1	1	1	2	12	2	0	2	2	2	1	1	1	1	0
354	35	2	3	2	1	3	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	1	1	9	0	1	2	2	0	1	2	1	0	0
355	33	2	3	2	1	1	1	1	2	3	2	1	7	1	1	1	1	1	2	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
356	31	2	2	4	1	1	1	2	2	2	1	4	11	1	1	1	1	1	2	11	1	1	2	1	2	2	0	1	1	0
357	30	2	2	4	1	1	1	1	1	2	1	6	12	1	1	1	1	1	1	9	0	0	2	2	1	1	0	0	1	2
358	32	2	2	3	1	3	1	2	2	1	1	4	5	1	1	1	1	1	1	8	0	0	2	2	0	1	2	0	1	0
359	34	2	2	4	1	1	1	2	1	2	1	6	6	1	1	1	1	1	2	9	0	0	2	2	1	2	1	0	1	0
360	35	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	6	10	1	1	1	1	1	4	15	0	1	2	3	2	1	2	1	1	2
361	33	2	2	3	1	3	1	1	2	1	1	2	6	1	1	1	1	1	2	10	0	0	2	2	2	1	2	0	1	0
362	26	2	3	2	1	1	1	2	2	2	1	5	4	1	1	1	1	1	1	11	0	0	2	2	2	1	2	1	1	0
363	36	2	3	2	2	3	1	1	2	1	1	5	6	1	1	1	1	1	2	4	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0
364	23	2	3	2	2	1	1	2	2	3	1	1	9	1	1	1	1	1	4	19	2	0	2	2	2	3	2	3	3	0
365	34	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	7	1	1	1	1	1	1	8	0	1	2	1	0	2	2	0	0	0
366	30	2	3	4	1	1	1	2	2	2	1	6	4	1	1	1	1	1	1	14	1	0	2	2	2	2	2	1	1	1
367	33	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	4	10	1	1	1	1	1	1	3	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
368	23	2	3	4	2	1	1	2	1	4	1	2	10	1	1	1	1	1	1	3	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
369	31	2	3	2	2	1	1	2	2	2	1	4	7	1	1	1	1	1	1	5	0	0	1	2	1	0	0	1	0	0
370	26	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	5	4	1	1	1	1	1	1	12	0	0	2	3	2	1	2	1	1	0
371	36	2	3	2	2	2	1	1	2	1	1	5	6	1	1	1	1	1	2	4	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0
372	24	2	3	2	1	1	1	1	2	3	1	6	4	1	1	1	1	1	2	12	1	0	2	0	2	0	2	1	2	2
373	35	2	2	4	1	3	1	2	1	3	1	5	7	1	1	1	1	1	1	5	0	0	1	2	1	1	0	0	0	0
374	24	2	3	2	1	1	1	1	2	3	1	6	4	1	1	1	1	1	2	12	1	0	2	0	2	0	2	1	2	2
375	31	2	2	3	1	2	1	2	2	3	1	6	8	1	1	1	1	1	1	6	0	0	2	2	0	2	0	0	0	0
376	35	2	2	4	1	3	1	1	2	1	1	3	8	1	1	1	1	1	2	10	0	0	2	2	2	1	2	0	1	0
377	34	2	3	2	2	1	1	2	2	2	1	4	7	1	1	1	1	1	1	5	0	0	1	2	1	0	0	1	0	0
378	36	2	3	2	2	2	1	1	2	1	1	5	6	1	1	1	1	1	2	4	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0
379	24	2	3	4	2	1	1	2	1	4	1	2	9	1	1	1	1	1	1	3	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
380	20	2	3	2	4	1	1	2	1	4	1	6	8	1	1	1	1	1	2	19	0	1	3	3	1	2	2	3	3	1
381	25	2	2	4	1	1	1	1	1	3	2	1	8	1	1	1	1	1	2	6	0	0	2	0	0	2	1	1	0	0
382	24	2	3	2	1	1	1	1	2	3	1	6	4	1	1	1	1	1	2	12	1	0	2	0	2	0	2	2	1	2
383	23	2	3	2	1	1	1	2	2	1	1	2	5	1	1	1	1	1	4	19	2	0	2	2	2	3	2	3	3	0
384	25	2	3	4	2	1	1	2	1	4	1	2	10	1	1	1	1	1	1	4	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0
385	22	2	2	4	1	1	1	1	1	3	2	1	6	1	1	1	1	1	2	6	0	0	2	0	0	2	1	1	0	0

386	21	2	3	2	1	1	1	2	1	2	1	1	4	1	1	1	1	1	13	0	1	2	3	2	3	0	0	1	1
387	32	2	2	3	1	3	1	2	2	1	1	3	7	1	1	1	1	1	8	0	0	2	2	0	1	2	0	1	0
388	20	2	3	2	4	1	1	2	1	4	1	6	7	1	1	1	1	2	19	0	1	3	3	1	2	2	3	3	1
389	34	2	1	2	2	2	2	2	2	3	1	5	7	1	2	2	1	1	13	1	1	2	1	2	2	1	2	1	0
390	29	2	3	3	1	1	1	1	1	2	1	1	10	1	1	1	1	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
391	33	2	3	4	1	1	1	1	1	2	1	6	6	1	1	1	1	4	7	0	0	0	2	0	2	0	2	1	0
392	26	2	3	2	1	1	1	2	1	3	1	3	10	1	1	1	1	4	12	0	2	2	2	2	1	1	1	1	0
393	25	2	3	2	1	2	1	1	1	2	1	4	7	1	1	1	1	1	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
394	26	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	6	7	1	1	1	1	1	3	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0
395	21	2	3	2	4	1	1	1	2	1	4	1	5	8	1	1	1	1	16	0	1	3	2	1	2	2	2	2	1
396	23	2	3	2	1	1	1	2	1	2	1	1	4	1	1	1	1	2	13	0	1	2	3	2	3	0	0	1	1
397	25	2	2	4	1	1	1	1	1	3	2	1	6	1	1	1	1	2	6	0	0	2	0	0	2	1	1	0	0
398	35	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1	5	12	1	1	1	1	1	7	0	0	2	2	2	1	0	0	0	0
399	21	2	3	2	1	1	1	2	1	2	1	1	4	1	1	1	1	1	13	0	1	2	3	2	3	0	0	1	1
400	34	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	6	1	1	1	1	1	8	0	1	2	1	0	2	2	0	0	0
401	24	2	2	3	1	1	1	2	2	2	1	3	10	1	1	1	1	2	16	1	1	3	2	2	1	2	2	2	0
402	33	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	7	1	1	1	1	1	8	0	1	2	1	0	2	2	0	0	0
403	31	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	9	1	1	1	1	2	15	0	1	2	3	2	1	2	1	1	2
404	30	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	11	1	1	1	1	1	15	1	0	2	3	2	2	2	2	1	0
405	35	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1	5	10	1	1	1	1	1	7	0	0	2	2	2	1	0	0	0	0
406	28	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1	6	12	1	1	1	1	1	8	0	2	0	2	2	0	1	0	1	0
407	30	2	2	4	1	1	1	1	1	2	1	5	11	1	1	1	1	1	9	0	0	2	2	1	1	0	0	1	2
408	29	2	2	3	1	1	1	1	1	2	2	6	8	1	1	1	1	2	7	1	0	2	0	0	1	1	1	1	0
409	32	2	2	4	1	1	1	1	1	2	3	2	6	5	1	1	1	1	4	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0
410	27	2	2	3	1	1	1	1	1	2	1	5	15	1	1	1	1	1	9	0	0	2	2	1	1	0	0	1	2
411	29	2	2	4	1	1	1	1	1	2	2	4	12	1	1	1	1	2	7	1	0	2	0	0	1	1	1	1	0
412	33	2	3	3	1	3	1	2	2	1	1	3	7	1	1	1	1	1	8	0	0	2	2	0	1	2	0	1	0
413	31	2	2	3	1	2	1	2	2	3	1	6	10	1	1	1	1	1	6	0	0	2	2	0	2	0	0	0	0
414	35	2	3	4	1	3	1	2	1	3	1	5	6	1	1	1	1	1	5	0	0	1	2	1	1	0	0	0	0
415	24	2	2	3	1	1	1	2	2	2	1	3	9	1	1	1	1	2	18	1	1	3	2	3	2	2	2	2	0
416	26	2	2	4	1	1	1	2	1	2	1	2	6	1	1	1	1	1	9	0	0	2	2	1	2	1	0	1	0
417	28	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	7	1	1	1	1	2	15	0	1	2	3	2	1	2	1	1	2
418	34	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	5	10	1	1	1	1	1	14	1	0	2	2	2	2	2	2	1	0

419	30	2	3	3	1	1	1	2	2	2	1	6	4	1	1	1	1	1	1	11	1	0	2	2	2	2	2	0	0	0
420	35	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	3	10	1	1	1	1	1	1	3	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
421	33	2	3	4	1	1	1	1	2	3	2	6	6	1	1	1	1	1	4	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	
422	23	2	3	2	1	1	1	2	2	3	1	1	9	1	1	1	1	1	18	2	0	2	2	2	3	2	0	3	2	
423	28	2	2	3	1	3	1	1	2	2	1	2	10	1	1	1	1	1	3	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	
424	29	2	3	3	1	1	1	1	1	2	1	1	4	1	1	1	1	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	
425	24	2	3	2	1	1	1	2	1	1	1	2	11	1	1	1	1	1	12	0	0	0	2	3	2	0	3	2	0	
426	33	2	1	2	2	1	2	2	2	3	1	4	11	1	2	1	2	1	3	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	
427	26	2	3	2	1	1	1	2	1	3	1	3	10	1	1	1	1	1	4	11	0	2	2	2	2	1	1	1	0	
428	25	2	3	2	1	1	1	12	1	1	1	5	11	1	1	1	1	1	5	0	0	2	2	0	0	0	1	0	0	
429	28	2	3	2	1	3	1	1	1	2	1	4	8	1	1	1	1	1	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	
430	35	2	2	2	1	1	1	1	2	4	1	5	9	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
431	32	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	4	4	1	1	1	1	1	10	1	0	1	3	2	2	0	1	0	0	
432	32	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	2	8	1	1	1	1	1	10	0	1	2	2	0	2	0	2	1	0	
433	30	2	1	2	3	3	2	2	1	1	1	5	4	1	1	1	2	2	15	0	1	2	2	3	0	2	1	2	2	
434	35	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	8	1	1	1	1	1	12	0	1	2	2	2	1	2	1	1	0	
435	34	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	5	3	1	1	1	1	1	11	0	1	2	2	2	1	2	1	0	0	
436	32	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	2	8	1	1	1	1	1	10	0	1	2	2	0	2	0	2	1	0	
437	32	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	4	5	1	1	1	1	1	9	1	0	0	3	2	2	0	1	0	0	
438	30	2	1	2	3	3	2	2	1	2	1	5	5	1	1	1	2	2	15	0	1	2	2	3	0	2	1	2	2	
439	35	2	3	2	1	1	1	1	2	4	1	5	11	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
440	31	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	5	8	1	1	1	1	1	11	0	1	2	2	2	1	2	0	1	0	
441	32	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1	2	8	1	1	1	1	1	10	0	1	2	2	0	2	0	2	1	0	
442	32	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	4	4	1	1	1	1	1	9	1	0	1	3	2	2	0	0	0	0	
443	35	2	1	3	1	1	2	2	2	3	1	1	10	1	1	1	2	1	7	0	1	1	1	2	1	0	0	1	0	
444	21	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	6	11	1	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	
445	34	2	3	3	2	3	1	1	2	1	1	2	8	1	1	1	1	1	12	0	0	2	2	2	2	2	1	1	0	
446	31	2	3	3	1	1	1	1	2	1	1	1	8	1	1	1	1	1	9	1	0	2	1	2	2	0	0	1	0	
447	28	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1	6	11	1	1	1	1	1	17	1	2	2	2	2	2	0	2	2	2	
448	34	2	2	3	1	1	1	2	2	2	1	5	8	1	1	1	1	1	9	0	0	1	2	1	2	2	1	0	0	
449	24	2	3	2	1	1	1	2	1	1	1	3	8	1	1	1	1	1	10	1	0	1	2	2	2	1	1	0	0	
450	35	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2	5	11	1	1	1	1	1	11	0	0	2	1	2	2	1	2	1	0	
451	33	2	3	2	1	1	1	2	1	2	1	4	9	1	1	1	1	1	9	1	0	2	0	0	2	1	3	0	0	

452	23	2	1	2	2	1	2	2	2	3	1	1	7	2	2	2		1	4	15	1	1	2	3	2	2	2	2	0	0
453	35	2	2	4	1	1	1	1	2	2	1	2	10	1	1	1	1	1	2	6	1	0	0	1	0	1	0	1	2	0
454	23	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	4	11	1	1	1	1	1	1	18	1	0	3	1	2	2	2	2	3	2
455	29	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1	3	11	1	1	1	1	1	1	6	0	0	1	1	0	2	0	1	1	0
456	28	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	5	7	1	1	1	1	1	2	7	1	0	2	1	0	2	0	1	0	0
457	35	2	2	3	1	1	1	2	2	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	8	0	1	2	2	0	2	0	0	0	1
458	34	2	2	3	1	3	1	1	1	2	1	5	10	1	1	1	1	1	2	14	2	2	2	2	2	0	2	1	1	0
459	29	2	3	2	1	1	1	1	2	2	1	1	6	1	1	1	1	1	3	17	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0
460	25	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	4	11	1	1	1	1	1	1	18	1	0	3	1	2	2	2	2	3	2
461	28	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	5	7	1	1	1	1	1	2	7	1	0	2	1	0	2	0	1	0	0
462	35	2	2	3	1	1	1	2	2	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	8	0	1	2	2	0	2	0	0	0	1
463	30	2	3	2	1	1	1	2	2	2	1	5	8	1	1	1	1	1	3	17	0	0	2	3	3	2	2	3	2	0
464	32	2	3	2	2	1	1	1	1	2	1	6	11	1	1	1	1	1	2	12	2	0	2	2	2	1	1	1	1	0
465	35	2	3	2	1	3	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	1	1	9	0	1	2	2	0	1	2	1	0	0
466	33	2	3	2	1	1	1	1	2	3	2	1	7	1	1	1	1	1	2	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
467	31	2	2	4	1	1	1	2	2	2	1	4	11	1	1	1	1	1	2	11	1	1	2	1	2	2	0	1	1	0
468	30	2	1	2	3	3	2	2	1	1	1	4	6	1	1	1	1	1	1	14	0	1	2	2	3	0	2	1	2	1
469	29	2	3	2	1	1	1	1	2	4	1	5	9	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
470	28	2	2	3	1	3	1	1	2	2	1	1	10	1	1	1	1	1	1	3	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0
471	25	2	3	2	1	1	1	2	1	1	1	2	11	1	1	1	1	1	1	10	0	0	0	3	3	2	0	0	2	0
472	32	2	3	4	1	1	1	1	1	2	1	6	7	1	1	1	1	1	4	7	0	0	2	0	2	0	2	0	1	0
473	33	2	1	2	2	1	2	2	2	3	1	5	7	1	2	1	2	1	13	1	1	2	1	2	2	1	2	1	0	
474	25	2	3	2	1	1	1	2	1	1	1	2	10	1	1	1	1	1	1	12	0	0	0	3	3	2	0	3	1	0