

**Universidad Católica de Santa María**

**Facultad de Medicina Humana**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**RIESGO DE DEPRESIÓN POST PARTO POR ESCALA DE EDIMBURGO Y  
FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS EN PUERPERAS  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE SEPTIEMBRE A  
NOVIEMBRE, AREQUIPA – 2017**

Tesis presentada por la bachiller:

**Catacora Valencia, Thaya Desireé**

Para optar el Título Profesional de:

**Médica Cirujana**

**Asesor:** Dr. Soto Romaní, Mario

**AREQUIPA - PERÚ**

**2018**



*Universidad Católica de Santa María*

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

AREQUIPA - PERÚ

**INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS**  
**DECRETO N° 220 - FMH-2017**

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**"RIESGO DE DEPRESIÓN POST PARTO POR ESCALA DE EDIMBURGO Y FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE, AREQUIPA – 2017"**

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

**THAYA DESIREE CATAORA VALENCIA**

Nuestro dictamen es:

*Favorable.*

OBSERVACIONES:


Arequipa, .....

  
.....  
**DR. JUSTO ENRIQUE TACO CORNEJO**

  
.....  
**DR. JUAN MANUEL ZEVALLOS RODRIGUEZ**

*Dr. J. Enrique Taco Cornejo*  
JEFE DEL OPTO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA  
C. M. P. 12797 - R. N. E. 5978  
Hosp. Nac. Carlos A. Segura Espinosa

EsSalud

  
.....  
**DR. GERMÁN VARGAS OLIVERA**

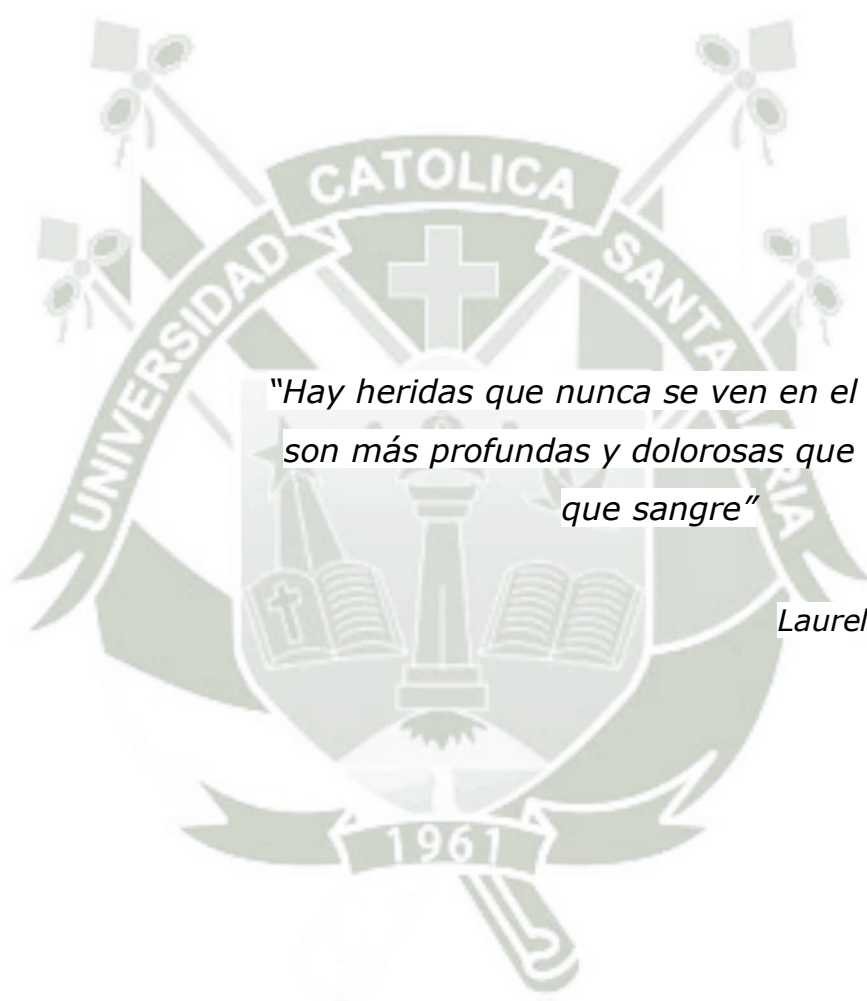
**Mgter. Germán Vargas Olivera**  
Director Académico (e)  
Universidad Católica de Santa María

## DEDICATORIA



A mis padres, María y Alcides, que sin su apoyo y amor incondicional ninguno de mis logros hubiesen sido posibles.

## EPÍGRAFE



*"Hay heridas que nunca se ven en el cuerpo que son más profundas y dolorosas que cualquiera que sangre"*

*Laurell K. Hamilton*

## ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN</b> .....	I
<b>ABSTRACT</b> .....	II
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	III
<b>CAPÍTULO I: Materiales y métodos</b> .....	4
<b>CAPÍTULO II: Resultados</b> .....	11
<b>CAPÍTULO III: Discusión y comentarios</b> .....	20
<b>CAPÍTULO IV: Conclusiones y recomendaciones</b> .....	30
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	32
<b>ANEXOS</b> .....	38
<b>ANEXO 1: Ficha de recolección de datos</b> .....	38
<b>ANEXO 2: Escala de Edimburgo</b> .....	40
<b>ANEXO 3: Figuras</b> .....	41
<b>ANEXO 4: Proyecto de investigación</b> .....	44
<b>ANEXO 5: Matriz de datos</b> .....	96

## RESUMEN

**Objetivos.** Determinar el riesgo de depresión y los factores de riesgo sociodemográficos asociados a esta según la escala de Edimburgo en puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche entre los meses de Setiembre a Noviembre del 2017.

**Materiales y métodos.** Este trabajo de investigación es de tipo descriptivo, relacional, de proyección prospectiva y de enfoque mixto. Se trabajó con una muestra de 200 puérperas que acudían a control posnatal entre los meses de Septiembre a Noviembre del año 2017. Se utilizó una encuesta de datos sociodemográficos y se aplicó la Escala de depresión post parto de Edimburgo (EPDS).

**Resultados.** De las 200 puérperas incluidas en este estudio se encontró una incidencia del 44.5% que correspondió a 89 de las encuestadas. Dentro de las características sociodemográficas se encontró que la edad media fue de 24 años, con una desviación estándar de  $\pm 4.51$  años, en un rango entre los 15 a los 35 años. Un 57.3% era conviviente, el 74.16% tenían como ocupación ser ama de casa, que 79.78% tenían educación secundaria, el 78.65% de las encuestadas tenían un ingreso económico entre los 800 a 1600 soles. Dentro de algunas características obstétricas se encontró que un 70.79% eran multíparas, el 78.65% no desearon y/o planearon su embarazo y que el 76.4% tuvo un labor de parto eutócico. Se obtuvo que la distribución de la puntuación total de la escala de Edimburgo con una media aritmética de 10.38, una mediana de 10.00, una DS de  $\pm 2.94$ , con un valor mínimo de 3 y valor máximo de 18.

**Conclusiones.** El riesgo de depresión posparto fue del 44.5%. Se encontró una elevada frecuencia de factores como ser conviviente, ser ama de casa, cursar con educación secundaria, multiparidad y parto eutócico. Se encontró que hubo una relación estadísticamente significativa entre la depresión posparto y las variables de edad, paridad, estado civil y ocupación.

**PALABRAS CLAVE:** Puérpera, Socio demografía, Escala de depresión posparto de Edimburgo.

## ABSTRACT

**Objectives:** To determine the risk of depression and the associated sociodemographic risk factors according to the Edinburgh scale in the puerperal women attended at the Goyeneche Hospital between the months of September to November 2017.

**Methods:** This research work is descriptive, relational, prospective and mixed approach. We worked with a sample of 200 puerperal women who attended postnatal control between the months of September to November of the year 2017. A survey of sociodemographic data was used and the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) was applied.

**Results:** Of the 200 puerperal women included in this study, a incidence of 44.5% was found, corresponding to 89 of the surveyed. Within the sociodemographic characteristics it was found that the mean age was 24 years, with a standard deviation of  $\pm 4.51$  years, ranging from 15 to 35 years. 57.3% were cohabiting, 74.16% were occupied as housewife, 79.78% had secondary education, 78.65% of the respondents had an income between 800 to 1600 soles. Within some obstetric characteristics, it was found that 70.79% were multiparous, 78.65% didn't want and / or planned their pregnancy and that 76.4% had euthocic labor. We obtained the distribution of the total score of the Edinburgh scale with an arithmetic mean of 10.38, a median of 10.00, a DS of + 2.94, with a minimum value of 3 and a maximum value of 18.

**Conclusions:** The risk of postpartum depression was high among the puerperal women studied. There was a high frequency of factors such as being a cohabiting, being a housewife, attending secondary education, multiparity and euthocic delivery in postpartum pregnant women according to the Edinburgh Scale.

It was found that it had a statistically significant relationship between postpartum depression and the variables of age, parity, marital status and occupation.

**KEY WORDS:** puerperal, sociodemographic risk, Scale of Postpartum Depression of Edinburgh.

## INTRODUCCIÓN

El aspecto psicológico de las mujeres gestantes es una dimensión por lo general ignorada en favor de aspectos considerados de mayor relevancia para el éxito del embarazo y para el bienestar físico de la madre. Durante el puerperio, esta dimensión no es sino puesta en última instancia por la misma madre y por los profesionales de salud, priorizando al recién nacido y las necesidades propias de aquella etapa de vida. Tal vacío, conlleva a que se minimicen y hasta se obvien problemas de salud mental que puede estar desarrollando la puérpera y que no solo va a tener repercusiones en su salud, sino también en su entorno social y familiar. Según la OMS, la salud se define como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Basados en este concepto, la presencia o ausencia de salud, en especial en una etapa de transición como es el puerperio, no solo vendría a ser dado por el bienestar físico de la mujer, sino que engloba también todas las esferas que componen a la persona y que le permiten desarrollarse con éxito en sociedad.

Ante lo expuesto, la importancia de la detección precoz y un correcto tratamiento de la depresión durante la etapa del puerperio resultan fundamentales. El Hospital Goyeneche pese a englobar una considerable población de puérperas, no cuenta con los suficientes estudios investigativos orientados a esta problemática

El presente trabajo de investigación se realizó en una muestra de 200 puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa entre los meses de Septiembre a Noviembre del año 2017. Se utilizó para esto una encuesta que recababa información sobre variables sociodemográficas de la encuestada, y además la escala de depresión post parto de Edimburgo. Dentro de los hallazgos se obtuvo que existe un alto riesgo de esta enfermedad en el Hospital Goyeneche, del mismo modo se encontró que existen factores como son la edad, paridad, estado civil y ocupación que se encuentran relacionados con la presencia de este trastorno.

## CAPÍTULO I MATERIALES Y MÉTODOS

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

#### 1.1 Técnicas e Instrumentos

**Técnicas.-** Se utilizó la técnica de la encuesta y la entrevista para la recolección de datos.

**Instrumentos.-** Se aplicó un cuestionario de variables socio demográficas (Anexo 1), y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (Anexo 2)

**Materiales:**

- Fichas de investigación o cuestionario: Cuestionario de factores sociodemográficos
- Cuestionario sobre Depresión Postnatal de Edimburgo.
- Historias Clínicas hospitalarias.
- Material de escritorio: Fichas, Statistica (paquete estadístico), bolígrafos, lápiz, borrador, etc.
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

#### 1.2 Prototipo de instrumentos

**Entrevista:** Técnica de estudio, entrevista estructurada, se utilizó con el fin de obtener información acerca de la depresión posparto en puérperas. Se aplicó la escala mediante entrevista en todas las puérperas que acudieron a control postnatal en el Hospital Goyeneche para detectar la aparición de casos nuevos de depresión por parto.

**Cuestionario:** En la presente investigación se aplicó la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS), la versión traducida al español por el Departamento de Psicología de la Universidad de Iowa (Moreno Zaconeta, Domínguez Casulari da Motta, Franco, 2004) (7). Este cuestionario proporcionó información acerca de cómo la madre se ha estado sintiendo durante la semana previa a la utilización de la escala (Anexo 02).

El instrumento contó de 10 ítems con preguntas cerradas y respuestas politómicas, a las categorías de las respuestas se les dio puntos de acuerdo a si se respondía nunca (=0), ocasionalmente (=1), a veces (=2), y siempre (=3) según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9,10 se anotó en orden inverso (por lo que el puntaje quedó como 3, 2, 1, 0). Se sumó todos los puntos para obtener la puntuación total. Una puntuación de +10 mostró la probabilidad de una depresión, pero no así su gravedad. (7)

También se incluyó una sección de datos para las características sociodemográficas de las puérperas: la edad, el grado de instrucción, el estado civil, la ocupación, ingreso económico, así como algunos datos obstétricos referentes a número de hijos, embarazo planificado y tipo de parto.

## 2. Campo de verificación

**2.1. Ubicación espacial:** El presente estudio tuvo lugar en el Hospital Goyeneche de Arequipa – Perú.

**2.2. Ubicación temporal:** Este estudio se ubicó entre los meses de Septiembre a Noviembre del año 2017.

### 2.3. Unidades de estudio:

La población de estudio fueron todas las puérperas que acudieron para control posnatal en el Hospital Goyeneche y que se encontraron en el periodo de puerperio tardío al momento de aplicar la encuesta previamente señalada.

## 2.4. Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = (NPQ) / [(N-1) D + (PQ)]$$

**En donde:**

- Población aproximada:

130 Partos mensuales en 3 meses = 390 (N)

- Nivel de confianza 95% (0.95) y por ende nivel de significación 5% (0.05 y  $Z_{1-\alpha}$  bilateral= 1.96)
- Error de estimación 5% (0.05)
- P: probabilidad del evento de interés 30% (0.3) (por aproximación a las referencias bibliográficas 3 y 5)
- Q: 1-P 70 % (0.7)

**Entonces:**

$$n = (NPQ) / [(N-1) D + (PQ)]$$

$$n = N \cdot p \cdot q / (N-1)(0.05/1.96)^2 + p \cdot q$$

Si N= 390, p= 0.3, q=0.7, error de muestreo= 0.05 y  $Z_{1-\alpha} = 1.96$

**Luego:**

$$n = (390 \times 0.3 \times 0.7) / [(390-1)(0.05/1.96)^2 + 0.3 \times 0.7]$$

$$n = 178$$

$n = 178 + 22 = 200$  puérperas sin depresión en el puerperio tardío

## 2.5. Criterios de selección

### 2.5.1. Criterios de Inclusión:

- Puérperas tardías que acudieron a control posnatal en el Hospital Goyeneche

### 2.5.2. Criterios de Exclusión:

- Puérperas con antecedentes de Depresión, o tratamiento psiquiátrico.

## 2.6. Tipo y nivel de investigación:

### 2.6.1. Tipo de investigación.-

De campo y documental

### 2.6.2. Nivel de investigación.-

- Descriptivo, relacional
- Proyección; Prospectivo
- Enfoque; mixto
- Medida de la variable; Transversal
- Control de la variable; observacional

## 3. Estrategia de Recolección de Datos

### 3.1 Organización.

Se solicitó a la Dirección con atención al jefe de unidad de Gineco-Obstetricia autorización para adquirir datos y aplicar la encuesta directa a pacientes que acudieron por consulta externa para control posnatal al establecimiento de salud, así como el acceso al archivo de historias clínicas del Hospital Goyeneche.

Se buscó a puérperas que se encontraron entre los 11 y 45 días a la fecha de parto y se les aplicó el cuestionario de variables sociodemográficas (Anexo 1), así como la escala de Depresión posparto de Edimburgo (Anexo 2).

Posterior a la recolección de datos se organizó en una matriz de datos (Anexo 4) para su interpretación.

### **3.2 Recursos.**

Recursos técnicos, económicos y logísticos, de responsabilidad del investigador.

### **3.3 Validación del Instrumento**

- Evaluado por Médico Gineco Obstetra
- Evaluado por Médico Psiquiatra

La escala de depresión posparto de Edimburgo ha sido utilizada en diferentes investigaciones en varios países y culturas, constituyendo una herramienta eficiente y valiosa de evaluar a pacientes en riesgo de depresión perinatal. En el trabajo de investigación se aplica la versión traducida al español por el Departamento de Psicología por la Universidad de Iowa (Moreno Zaconeta, Domínguez Casulari da Motta, Franco, 2004). (7)

- **Instrucciones de uso de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo:**

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. (7)

Tienen que responder las diez preguntas. (7)

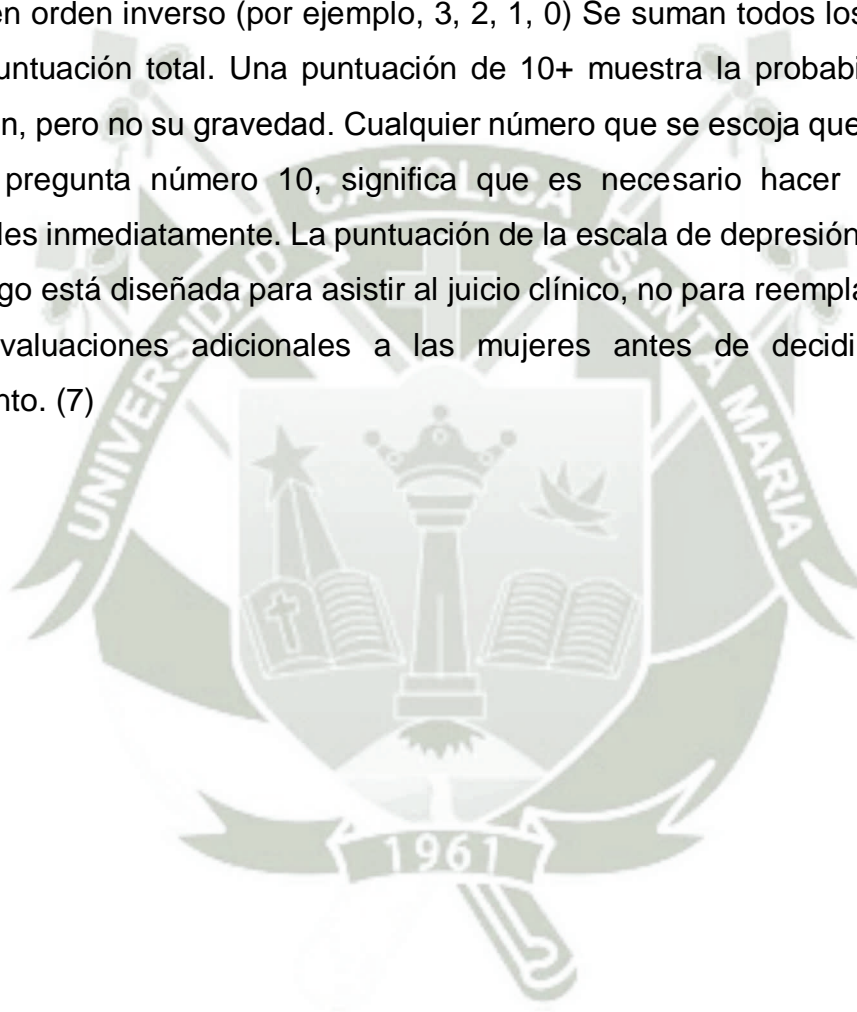
Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas. (7)

La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer. (7)

La escala de depresión posparto de Edimburgo se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de posparto. La clínica de pediatría, la cita de control de posparto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla. (7)

- **Pautas para la evaluación:**

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8,9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la escala de depresión posparto de Edimburgo 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. (7)



### 3.4 Criterios para el manejo de resultados.

Los datos de las variables cuantificadas y consignadas en las fichas de registro fueron transcritos a una hoja de cálculo (Excel 2007) y dicha base de datos fue analizada con el software STATISTICA 8.0.

Se emplearon técnicas de estadística descriptiva para calcular frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), valores de resumen de tendencia central y variabilidad (media, mediana y desviación estándar) según la naturaleza de cada variable descriptora.





**“RIESGO DE DEPRESION POST PARTO POR ESCALA DE EDIMBURGO Y  
FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS EN PUERPERAS  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE SEPTIEMBRE A  
NOVIEMBRE, AREQUIPA – 2017”**

**Tabla 1. Frecuencia de puérperas por grupos de edad**

<b>Características Demográfica</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b><i>Grupo de edad heterogéneos</i></b>		
<b>&lt; 20</b>	38	19.00
<b>20 - 30</b>	143	71.50
<b>&gt; 30</b>	19	9.50
<b><i>Grupos de edad homogéneos</i></b>		
<b>15 - 19</b>	28	14.00
<b>20 - 24</b>	74	37.00
<b>25 - 29</b>	60	30.00
<b>30 - 34</b>	37	18.50
<b>35</b>	1	0.50
<b><i>Valores de resumen</i></b>		
<b><i>Número</i></b>	200	
<b><i>Media aritmética</i></b>	24.44	
<b><i>Mediana</i></b>	24.00	
<b><i>Desviación estándar</i></b>	4.51	
<b><i>Rango (mínimo - máximo)</i></b>	15 - 35	

**Fuente:** Elaboración propia

**“RIESGO DE DEPRESION POST PARTO POR ESCALA DE EDIMBURGO Y  
FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS EN PUERPERAS  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE SEPTIEMBRE A  
NOVIEMBRE, AREQUIPA – 2017”**

**Tabla 2. Frecuencia de púerperas según características obstétricas.**

<b>Características Obstétricas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b><i>Paridad:</i></b>		
<i>Primípara</i>	46	23.00
<i>Multípara</i>	152	76.00
<i>Gran múltipara</i>	2	1.00
<b><i>Embarazo no deseado</i></b>		
<i>Si</i>	48	24.00
<i>No</i>	152	76.00
<b><i>Tipo de parto</i></b>		
<i>Eutócico</i>	162	81.00
<i>Cesárea</i>	38	19.00

**Fuente:** Elaboración propia

**“RIESGO DE DEPRESION POST PARTO POR ESCALA DE EDIMBURGO Y  
FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS EN PUERPERAS  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE SEPTIEMBRE A  
NOVIEMBRE, AREQUIPA – 2017”**

**Tabla 3. Frecuencia de puérperas según características socioeconómicas.**

<b>Características Socioeconómicas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b><i>Estado Civil</i></b>		
<i>Soltera</i>	35	17.50
<i>Conviviente</i>	120	60.00
<i>Casada</i>	43	21.50
<i>Divorciada</i>	2	1.00
<b><i>Ocupación</i></b>		
<i>Ama de casa</i>	128	64.00
<i>T. independiente</i>	36	18.00
<i>T. dependiente</i>	36	18.00
<b><i>Escolaridad</i></b>		
<i>Sin instrucción</i>	0	0
<i>Primaria</i>	6	3.00
<i>Secundaria</i>	159	79.50
<i>Superior</i>	35	17.50
<b><i>Ingreso económico mensual (S/.)</i></b>		
<i>&lt; 800</i>	24	12.00
<i>800 - 1600</i>	160	80.00
<i>&gt; 1600</i>	16	8.00

**Fuente:** Elaboración propia

**“RIESGO DE DEPRESION POST PARTO POR ESCALA DE EDIMBURGO Y  
FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS EN PUERPERAS  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE SEPTIEMBRE A  
NOVIEMBRE, AREQUIPA – 2017”**

**Tabla 4. Incidencia de depresión postparto en las puérperas.**

Depresión posparto según Escala de Edimburgo	N°	%
<i>SI</i>	89	44.50
<i>NO</i>	111	55.50

**Fuente:** Elaboración propia



**“RIESGO DE DEPRESION POST PARTO POR ESCALA DE EDIMBURGO Y  
FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS EN PUERPERAS  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE SEPTIEMBRE A  
NOVIEMBRE, AREQUIPA – 2017”**

**Tabla 5. Tiempo de aparición de la depresión postparto.**

Semanas	N°	%
<i>1ra.</i>	0	0.00
<i>2da</i>	0	0.00
<i>3ra.</i>	1	0.50
<i>4ta.</i>	99	49.50
<i>5ta.</i>	23	11.50
<i>6ta.</i>	77	38.50

**Fuente:** Elaboración propia




**“RIESGO DE DEPRESION POST PARTO POR ESCALA DE EDIMBURGO Y  
FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS EN PUERPERAS  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE SEPTIEMBRE A  
NOVIEMBRE, AREQUIPA – 2017”**

Tabla 6. Descripción de los indicadores (dimensiones) de la escala de Edimburgo.

Dimensiones de la escala	Puntuación de cada dimensión: N° y (%)			
	0	1	2	3
Reír	25 (12.5)	95 (47.5)	76 (38)	4 (2.0)
Disfrutar	50 (25.0)	49 (24.5)	66 (33.0)	35 (17.5)
Culpabilidad	62 (31.0)	47 (23.5)	79 (39.5)	12 (6.0)
Ansiedad	22 (11.0)	72 (36.0)	81 (40.5)	25 (12.5)
Pánico	55 (27.5)	91 (45.5)	54 (27.0)	
Desesperanza	65 (29.5)	73 (36.5)	56 (28)	6 (3.0)
Infelicidad	87 (43.5)	82 (41.0)	28 (14.0)	3 (1.5)
Tristeza	68 (34.0)	77 (38.5)	51 (25.5)	4 (2.0)
Llanto	71 (35.5)	87 (43.5)	41 (20.5)	1 (0.5)
Ideación suicida	138 (69.0)	57 (28.5)	5 (2.5)	

Fuente: Elaboración propia

Leyenda:

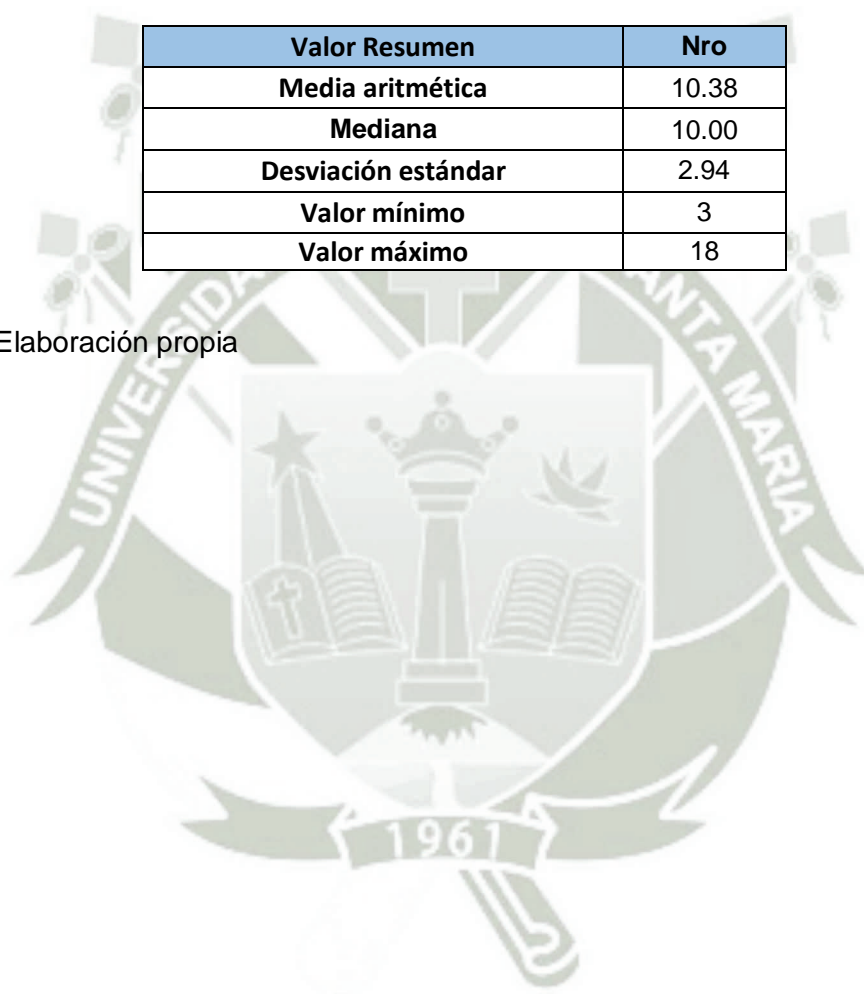
 Mayor frecuencia de cada dimensión

**“RIESGO DE DEPRESION POST PARTO POR ESCALA DE EDIMBURGO Y  
FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS EN PUERPERAS  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE SEPTIEMBRE A  
NOVIEMBRE, AREQUIPA – 2017”**

**Tabla 7. Valores resumen de la distribución de la puntuación total de la escala de Edimburgo**

Valor Resumen	Nro
Media aritmética	10.38
Mediana	10.00
Desviación estándar	2.94
Valor mínimo	3
Valor máximo	18

**Fuente:** Elaboración propia



**Tabla 8. Frecuencia de las características de las puérperas según la presencia / ausencia de Depresión posparto**

Características	Depresión posparto				Total	X <sup>2</sup> (P)
	SI (89)		NO (111)			
	N°	%	N°	%		
<b>Demográfica:</b>						
<i>Grupo de edad (años)</i>						
< 20	27	30.34	11	9.91	38	15.19 (0.0005)
20 - 30	52	58.43	91	81.98	143	
> 30	10	11.24	9	8.11	19	
<b>Obstétricas:</b>						
<i>Paridad</i>						
Primípara	25	28.09	21	18.92	46	12.48 (0.001)
Múltipara	63	70.79	89	80.18	152	
Gran múltipara	1	1.12	1	0.90	2	
<i>Embarazo no deseado</i>						
Si	70	78.65	82	73.87	152	0.61 (0.43)
No	19	21.35	29	26.13	48	
<i>Tipo de parto</i>						
Eutócico	68	76.40	94	84.68	162	0.000009 (0.99)
Cesárea	21	23.60	17	15.32	38	
<b>Socioeconómicas:</b>						
<i>Estado Civil</i>						
Soltera	23	25.84	12	10.81	35	12.61 (0.005)
Conviviente	51	57.30	69	62.16	120	
Casada	13	14.61	30	27.03	43	
Divorciada	2	2.25	0	0.00	2	
<i>Ocupación</i>						
Ama de casa	66	74.16	62	55.86	128	7.24 (0.026)
T. independiente	11	12.36	25	22.52	36	
T. dependiente	12	13.48	24	21.62	36	
<i>Escolaridad</i>						
Sin instrucción	0	0	0	0	0	1.48 (0.47)
Primaria	4	4.49	2	1.80	6	
Secundaria	71	79.78	88	79.28	159	
Superior	14	15.73	21	18.92	35	
<i>Ingreso económico mensual (S/.)</i>						
< 800	15	16.85	9	8.11	24	5.64 (0.059)
800 - 1600	70	78.65	90	81.08	160	
> 1600	4	4.49	12	10.81	0	



**CAPÍTULO III**  
**DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

## Discusión y comentarios

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar el riesgo de depresión en las puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa en el periodo comprendido entre los meses de Setiembre a Noviembre del año 2017, y como objetivos específicos se plantearon determinar los factores de riesgo sociodemográficos para la depresión post parto según la escala de Edimburgo en puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche y establecer la relación que existe entre la depresión posparto y los factores de riesgo de las pacientes en estudio. Para esto se tomó una muestra de 200 puérperas que cumplieran con el criterio de encontrarse dentro de los 11 a 45 días posteriores al parto, en los cuales se considera que se encuentra dentro de la etapa tardía del puerperio según la OMS (6). Se empleó un cuestionario en el que se investigaba factores sociodemográficos y algunos factores obstétricos (Anexo 1), del mismo modo también se empleó la Escala de depresión posparto de Edimburgo (Anexo 2) que consta de 10 categorías cuya puntuación se encuentra entre un rango de 0 a 3, y que tras sumar la totalidad de las categorías si se encuentra una puntuación mayor a 10 muestra la probabilidad de que la puérpera curse con depresión. (7)

**Tabla y figura 1** muestra la frecuencia de puérperas categorizadas por grupo de edad. Dentro del grupo de edad heterogéneo se pudo evidenciar que el rango de edad con mayor frecuencia entre las encuestadas (71.5%) se dio entre las edades de 20 a 30 años, correspondiendo a 143 puérperas; seguido del rango de edades comprendidos por debajo de los 20 años con un porcentaje de 19% correspondiente a 38 puérperas, y el rango de edad con menor frecuencia fue entre las edades comprendidas por encima de los 30 años, con un porcentaje 9.5% que corresponde a 19 puérperas. Dentro de los grupos de edades homogéneos se observó que la mayor frecuencia se dio entre las edades de 20 a 24 años con un porcentaje de 37% que corresponde a 74 encuestadas; cabe señalar que solo una puérpera tuvo una edad de 35 años, correspondiendo 0.5% del total de las encuestadas. Frente a estos datos se obtuvo que la media aritmética fue de 24.4 años y la mediana de 24 años, con una desviación estándar de 4.51 y un rango de edades comprendidos entre los 15 a los 35 años. Se realizó la categorización de los rangos de edad en base a trabajo de investigación nombrado “Relación entre

características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la clínica CORPOMEDIC Tarapoto Junio-Setiembre 2012” (Vasquez J., 2012)

En la **Tabla 2** se muestra la frecuencia de puérperas según características obstétricas. Según la paridad se evidenció que hubo una mayor frecuencia de puérperas multíparas (76%) que correspondió 152 de las encuestadas, seguido por las puérperas primíparas que fueron un 23% del total que correspondió 46 puérperas, en último lugar se tuvo a las gran multíparas que solo fueron 2 de las encuestadas que correspondió al 1%. Según si el embarazo fue deseado o no se obtuvo que un 76%, que corresponde a 152 encuestadas, respondió que su embarazo no fue deseado al momento de la concepción, por otra parte 48 puérperas (24%) respondió que su embarazo fue deseado y planificado antes de la concepción. Según el tipo de parto se encontró que 162 puérperas, que corresponde a 81% de las encuestadas, tuvieron un parto eutócico, por otra parte 38 puérperas, correspondiente al 19%, tuvieron un parto a través de cesárea. Si bien el presente trabajo se avoca fundamentalmente a las características sociodemográficas de la puérpera, se tuvo por conveniente incluir algunas características obstétricas importantes como son la paridad, si el embarazo fue deseado o no y el tipo de parto. Rondón (2005) describe dentro de los factores de riesgo para depresión post parto a la ambivalencia al embarazo y un mayor número de hijos. (23) Otros estudios como el titulado A review of post partum psychosis (Sit D., 2006) sugieren que la incidencia de estos trastornos es relativamente más alta en primíparas. (50)

En la **Tabla 3** se observó la frecuencia de las puérperas según características socioeconómicas. Se encontró que de acuerdo al estado civil la mayor frecuencia se encontraba en aquellas que convivían, que fueron 120 de las encuestadas, correspondientes al 60% del total, seguido de estas fueron las casadas con un 21.5% que correspondieron a 43 puérperas, en tercer lugar fueron las de estado civil de soltera que correspondieron al 17.5%, 35 de las encuestadas. Por último las que se encontraban en estado de divorcio, que correspondieron a solo 2 de las encuestadas, fue la de menor frecuencia con 1% de total. Según la ocupación se encontró que la mayor frecuencia fueron las amas de casa, 128 encuestadas que

correspondió al 64% del total; por otra parte se encontró que el porcentaje de mujeres trabajadoras independientes y dependientes fue igual, con un 18% del total, siendo en ambos 36 encuestadas por grupo. Según escolaridad se encontró que 159 puérperas tenían un grado de instrucción de secundaria, correspondiendo la mayor frecuencia con 79.5% de total, aquellas con grado educativo superior representó el 17.5%, siendo 35 de las encuestadas, por último aquellas con grado educativo de nivel primario correspondió a 6 encuestadas, siendo la menor frecuencia con solo 3% del total. Según el ingreso económico mensual se determinó que la mayoría de las puérperas encuestadas tenía un ingreso de entre 800 a 1600 soles, correspondiendo a 160 encuestadas, 80% del total; aquellas con un ingreso económico menor a 800 soles representó el 12% siendo este 24 de las encuestadas; para finalizar se encontró que aquellas que tenía un ingreso mayor a 1600 soles fueron también las de menor frecuencia con un 8% de total, siendo 16 de las encuestadas.

La **Tabla 4** muestra la incidencia de depresión posparto en las puérperas incluidas en el estudio según la Escala de Depresión posparto de Edimburgo. Se evidenció que aquellas que obtuvieron un puntaje mayor a 10 sumando todas las categorías (7), resultó en una incidencia del 44.5% correspondiendo 89 de la totalidad de las encuestadas, frente a las 111 puérperas que dieron un resultado negativo a la escala, correspondiendo a una incidencia del 55.5%. Ante los datos ya expuestos se pudo inferir que la incidencia de depresión posparto fue menor que aquellas que tuvieron un resultado negativo. Este hallazgo difiere de diferentes estudios a nivel nacional cuya incidencia encontrada en cada una de ellas es menor al que se expone en el presente trabajo, Aramburú P. (2004) encontraron en una investigación titulada “Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004” un riesgo estadístico del 24% (42), Almaza C. (2013) en su trabajo “Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013” un resultado del 43.9% (43). Por otra parte Urdaneta M. (2011) en su investigación “Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de

Edimburgo” menciona una incidencia hallada en 91% (47) que es mayor de la encontrada.

En la **Tabla 5** se presenta el tiempo de aparición de la depresión posparto en las puérperas estudiadas. Se encontró la mayor frecuencia durante la 4ta semana del puerperio, siendo esta el 49.5% de total, 99 de las encuestadas, seguido de aquellas cuya aparición se detectó a la 6ta semana con un 38.5% del total, 77 de las encuestadas. La detección de la depresión posparto durante la 5ta semana representó el 11.5% del total, siendo esto 23 de las puérperas encuestadas. Por último solo en una de las encuestadas se detectó a la 3ra semana del puerperio, representando el 0.5% del total. Hay que tener en consideración que la encuesta se realizó a aquellas puérperas que acudían al control posnatal de su bebé al mes de nacimiento en consultorio externo por lo que los datos recolectados se aproximan en mayor medida a las 4 semanas posteriores al parto. Ante los datos y aclaraciones ya expuestas se obtuvo que la mayor frecuencia de aparición de depresión posparto en las encuestadas se dio durante la 4ta semana posterior al parto, este hallazgo concuerda con la curva teórica normal esperada expuesta en la **Figura 2**, aunque con diferencia en los resultados de la 5ta y 6ta semana en la que teóricamente la frecuencia debería de disminuir con relación a la semana anterior, siendo la 6ta semana en el caso del presente trabajo la segunda con mayor frecuencia. Gabbe y Niebyl (2004) describieron que los síntomas de la depresión posparto inician en la mayoría de los casos en las primeras cuatro a seis semanas después del parto (51), por lo que los hallazgos concuerdan con los encontrados.

En la **Tabla 6** se presenta la descripción de los indicadores de la escala de Edimburgo y las dimensiones asociadas a estas. Es pertinente aclarar que a cada respuesta se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma, pero que estos se invierten para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8,9, 10 respectivamente (7). En el primer ítem, cuyo enunciado se presenta como “He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas” se evalúa la dimensión de Reír en la paciente, en el cual se encontró que la puntuación elegida con mayor frecuencia fue la 1 que responde como “A veces” en la escala de Edimburgo, siendo esta el 47.5%; cabe resaltar que solo 4 puérpera contestaron como “Nunca” al

enunciado expuesto, siendo este el que se presenta con la máxima puntuación de 3, correspondiendo al 8% de total. En el segundo ítem, que se enuncia como “He mirado el futuro positivamente.”, se evalúa la dimensión de Disfrutar de la paciente, en este se encontró que la puntuación más frecuentemente elegida fue la 2 que responde como “Ocasionalmente” siendo un 33% del total de encuestadas, la respuesta con menor frecuencia de ser elegida fue “Nunca” con una puntuación de 3 representando el 17.5% del total. El tercer ítem que se enuncia como “Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma”, evalúa la dimensión de Culpabilidad de la paciente, en esta se encontró que un 39.5% de encuestadas respondieron como “A veces” teniendo esta una puntuación de 2, la respuesta “Siempre” fue la menos elegida con un frecuencia del 6%. El cuarto ítem, cuyo enunciado responde a “He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.”, evalúa la dimensión de la Ansiedad de la encuestada, y se encontró que el 40.5% de las puérperas respondieron como “Ocasionalmente”, por el contrario el 11% eligió la respuesta “Siempre” teniendo esta una puntuación de 0. El quinto ítem, cuyo enunciado es “He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo”, representa a la dimensión de Pánico de la paciente, en este se encontró que un 45.5% de las encuestadas eligió la respuesta “Ocasionalmente” que brinda la puntuación de 1; la menor frecuencia se encontró en la respuesta “A veces” con un porcentaje de 27% del total de los encuestados; cabe resaltar que ninguna puérpera escogió la respuesta “Siempre” que asemejaba a la puntuación 3 en la escala. El sexto ítem enunciado como “Los problemas diarios me causan preocupación y gran sufrimiento”, que evalúa la dimensión de Desesperanza en la puérpera, se encontró que un 36.5% escogió la respuesta “Ocasionalmente” siendo esta la de mayor frecuencia y que por el contrario la de menor fue “Siempre”, que brindaba una puntuación de 3, con un 3%. El séptimo ítem que se enuncia como “Me he sentido tan infeliz que he llegado a tener dificultad para dormir.”, evalúa la dimensión de Infelicidad de la paciente y se encontró que 43.5% escogió la respuesta “Nunca” que da una puntuación de 0 a la escala siendo esta la de mayor frecuencia en la categoría, la respuesta “Siempre” por el contrario fue la de menor con un 3%, dando la puntuación máxima de 3. El octavo ítem enunciado como “Me he sentido triste o desgraciada sin motivo.” Evalúa la dimensión de la Tristeza en la paciente, en ella se encontró que un 38.5% escogió la puntuación 1 que da la respuesta “Ocasionalmente”, la respuesta “Siempre” en contraste fue escogida por un 2%

siendo la de menor frecuencia. El noveno ítem enunciado “He sido tan infeliz que he estado llorando con frecuencia.” Evalúa la dimensión de Llanto en la paciente, en esta se encontró que un 43.5% escogió la opción correspondiente a “Ocasionalmente”, y solo una encuestada escogió como respuesta “Siempre” correspondiendo al 0.5%. El décimo ítem, cuyo enunciado es “Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.” Evalúa la dimensión de Ideación suicida en la encuestada, y se encontró que la mayor frecuencia de respuesta fue “Nunca” con un 69% del total. Cabe resaltar que en este último ítem cualquier número que se escoja que no sea la puntuación de 0 para la pregunta se debe considerar realizar evaluaciones adicionales según se vea pertinente (7).

En la **Figura 3** se presenta la distribución de frecuencias de los valores totales anteriormente expuestos, no siendo estos coincidentes en su mayoría con la curva teórica normal esperada.

La **Tabla 7** menciona la distribución de la puntuación total de la escala de Edimburgo en las 200 puérperas incluidas en el estudio es asimétrica con sesgo negativo (Kolmogorov Smirnov = 0.01 y Shapiro Wilk W = 0.002), con una media aritmética de 10.38, una mediana de 10.00, una DS de  $\pm 2.94$ , con un valor mínimo de 3 y valor máximo de 18. Sologuren G. (2009) en su estudio “Depresión Post Parto: Prevalencia de Test de Rastreo positivo en Puérperas. Tacna” concluye que la puntuación de la escala de Edimburgo debe de ser tomada como referencia y no como un reemplazo al juicio clínico, considera que sus resultados deben ser tomados como un signo de alerta que permitirá reconocer a las puérperas que necesitan ser derivadas para valoración especializada (42).

En la **Tabla 8** se presenta la frecuencia de las características de las puérperas según la presencia / ausencia de la depresión posparto. De acuerdo a las características demográficas se encontró que el grupo etario predominante en aquellas puérperas que resultaron positivo para la depresión posparto según la Escala de Edimburgo se encontró entre los rangos de 20 a 30 años, siendo estas el 58.43% del total, seguido de aquellas que tiene edades comprendidas por debajo de los 20 años con un porcentaje de 30.34%, y las edades comprendidas por encima de los 30 años correspondieron al 11.24%. Se halló a través de la prueba  $X^2$  un resultado de 15.19 ( $p=0.0005$ ) lo que sugiere que la variable de edad es

significativa estadísticamente y está relacionada con la depresión posparto. Estos resultados concuerdan con respecto a los encontrados por Romero M. (2017) que encontró que el mayor porcentaje de puérperas 29% oscilaba entre las edades de 26 a 30 años (49). Del mismo modo Almanza C. (2013) encontró en su trabajo de investigación realizado en el Hospital Honorio Delgado encontró que el grupo etario más frecuente fue entre 23 a 30 años (46,94%) (43). Cabe mencionar que el grupo de puérperas sin depresión el mayor grupo etario fue también el perteneciente entre el rango de 20 a 30 años, siendo este el 81.98%, seguido de aquellas con edades menores de 20 años que correspondieron al 9.91% y aquellas con edades mayores de 30 años que correspondieron al 8.11%.

Dentro de los factores obstétricos que se evaluaron, se pudo observar que en la paridad de las puérperas con depresión posparto según la Escala de Edimburgo predominó las múltiparas con un 70.79%, seguidas de las primíparas con un 28.09%. En aquellas puérperas sin depresión posparto se encontró que 80.18% se encontraban dentro del grupo de múltiparas, seguidas de igual forma por la primíparas con un 18.92%. Cabe señalar que en ambos grupos solo una puérpera se identificó como gran múltipara respectivamente representando el 1.12% en el caso de las que tuvieron depresión posparto y 0.9% en las que no. A través de la prueba  $X^2$  se obtuvo un resultado de 12.48 ( $p=0.001$ ) lo que sugiere que la paridad es significativa estadísticamente y está relacionada con la depresión posparto. Los resultados difieren de los encontrados por Sit D. (2006) que sugirió en su investigación que la incidencia de este trastorno es más alta en primíparas (50).

De acuerdo a si el embarazo fue deseado o no se encontró similitud entre ambos grupos estudiados, predominando en ambos la no planificación ni el deseo de aquel embarazo al momento de su concepción, siendo la frecuencia de un 78.65% en puérperas con depresión posparto y un 73.87% en las que no. La prueba  $X^2$  presentó un resultado de 0.61 ( $p=0.43$ ) lo que sugiere que el deseo o la planificación de aquel embarazo no es significativo estadísticamente y no está relacionada con la depresión posparto.

En relación al tipo de parto se obtuvo tanto en el grupo de puérperas con depresión posparto así como las que no lo tenían un predominio franco a favor de parto eutócico, representando un 76.4% y un 84.68% respectivamente frente al parto vía

cesárea que obtuvo un 23.6% y un 15.32% respectivamente. Al realizar la prueba  $X^2$  se obtuvo un resultado de 0.000009 ( $p=0.99$ ) lo que sugiere que el tipo de parto no fue significativo estadísticamente y no está relacionado con la depresión posparto. Este resultado difiere de los datos por Rojas y Gómez (2016), que encuentra diferencias significativas en relación al tipo de parto, donde predomina la cesárea. (20)

Dentro de los factores socioeconómicos se evidenció que el estado civil en el grupo de puérperas con depresión posparto estaba predominado por aquellas que convivían, siendo estas un 57.3% del total, seguidas de aquellas solteras con un porcentaje de 25.84% y por último las casadas y las divorciadas con 14.61% y 2.25% respectivamente. Dentro del grupo de aquellas sin depresión posparto se evidenció que si bien el grupo predominante eran aquellas que convivían con un porcentaje de 62.16%, el siguiente, a diferencias de aquellas con depresión posparto, eran las pertenecientes al estado civil de casada con un 27.03%, seguidas de las solteras con un 10.81%, no hubo encuestadas que se identificaron como divorciadas en este grupo. Se halló que la prueba  $X^2$  obtuvo un resultado de 12.61 ( $p=0.005$ ) lo que sugiere que el estado civil fue significativo estadísticamente y está relacionado con la depresión posparto. Los resultados obtenidos son similares a los obtenidos en el estudio de Romero M.(2016), en el que la mayoría de sus unidades de estudio fueron convivientes, representando un 53% del total. (49)

Con respecto a la ocupación de las encuestadas se encontró tanto en el grupo de puérperas con depresión posparto como aquellas que no tenía depresión, que predominaba las que tenía por ocupación ser amas de casa con una frecuencia de 74.16% y 55.86% respectivamente. En el primero grupo con depresión se evidenció que la segunda mayor frecuencia estaba dada por las trabajadoras dependientes con un 13.48% y las trabajadoras independientes con un 12.36%. Con respecto al segundo grupo sin depresión, se encontró que la segunda mayor frecuencia fueron aquellas trabajadoras independientes con una frecuencia de 22.52%, seguidas por las trabajadoras dependientes con 21.62%. Se obtuvo a través de la prueba  $X^2$  un resultado de 7.24 ( $p=0.026$ ) lo que sugiere que el estado civil fue significativo estadísticamente y está relacionado con la depresión posparto.

La escolaridad en el grupo de puérperas con depresión posparto fue mayor en aquellas que había culminado sus estudios secundarios representando el 79.78% y como menor frecuencia aquellas que habían culminado solo hasta los estudios primarios, representando el 4.49%. El grupo de puérperas sin depresión tuvo resultados similares encontrándose un predominio en aquellas que había culminado sus estudios secundario con 79.28% como mayor incidencia y como menor aquellas que solo había culminado sus estudios primarios con 1.8%. En ambos grupos no se encontró encuestadas que se identificaron como de grado de instrucción analfabeta. Se obtuvo por la prueba  $X^2$  un resultado de 1.48 ( $p=0.47$ ) lo que sugiere que el estado civil no fue significativo estadísticamente y no está relacionado con la depresión posparto.

Finalmente en relación al ingreso económico se encontró que en ambos grupos predominaba un ingreso comprendido entre los 800 a 1600 soles, siendo su frecuencia en el grupo con depresión de 78.65% y en los que no presentaba depresión de 81.08%. La prueba  $X^2$  precisó un resultado de 5.64 ( $p=0.059$ ) lo que sugiere que el estado civil no fue significativo estadísticamente y no está relacionado con la depresión posparto.

Josefsson A. refiere que la incidencia de DPP es predominante en los niveles socioeconómicos más bajos (38,2%) (34). Del mismo modo Rojas y cols. en su estudio denominado “Caracterización de madres deprimidas en el postparto”, concluyeron que la situación económica baja es un factor que influye en la DPP. (52)

## CAPÍTULO IV

### CONCLUSIONES

**PRIMERA.** Se concluyó que el riesgo de depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche entre los meses de Septiembre a Noviembre del año 2017 fue del 44.5% que correspondió a 89 de las encuestadas.

**SEGUNDA.** Se encontró que las características demográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche fueron de una edad media de 24 años, con una desviación estándar de  $\pm 4.51$  años, en un rango comprendido entre los 15 a los 35 años. Dentro de las características socioeconómicas encontró que un 57.3% tenían un estado civil de conviviente, que el 74.16% tenían como ocupación ser ama de casa, que 79.78% cursaban o había culminado la educación secundaria y que el 78.65% de las encuestadas tenían un ingreso económico comprendido entre los 800 a 1600 soles. Se vio por conveniente incluir algunas características obstétricas dentro de las cuales se obtuvo que un 70.79% eran multíparas, el 78.65% no desearon y/o planearon su embarazo al momento de la concepción y que el 76.4% tuvo un labor de parto eutócico.

**TERCERA.** Se encontró que hubo una relación estadísticamente significativa entre la depresión posparto y las variables de edad, paridad, estado civil y ocupación.

## RECOMENDACIONES

1. Debido a la alta incidencia de depresión posparto que se encontró en las púerperas atendidas en el Hospital Goyeneche se recomienda al departamento de Gineco-Obstetricia la implementación de nuevos proyectos orientados a la detección precoz y tratamiento oportuno.
2. La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo es una herramienta validada internacionalmente, de fácil aplicación y con una alta sensibilidad para la identificación de probables casos de depresión posparto, por lo que se debería de aplicar en todos los consultorios que se encuentren relacionados a la gestación y el puerperio, recomendación que se hace al jefe del departamento de Gineco-Obstetricia.
3. Al jefe del servicio de Gineco-Obstetricia se recomienda la necesidad de brindar charlas informativas al público en general pero con especial atención en gestantes, púerperas y familiares allegados a estas, sobre la importancia de una detección precoz de la depresión posparto y cómo puede esto afectar la vida familiar si es que no se recibe un tratamiento oportuno y adecuado.
4. Teniendo conocimiento que la población más vulnerable entro de las púerperas son aquellas que cumplen con ciertos factores de riesgo sociodemográficos, económicos y gineco-obstétricos ampliamente demostrados por la literatura internacional, se debería redoblar los esfuerzos para identificar probables casos de depresión posparto desde los niveles de atención primarios a través de las Gerencias de Redes de Salud.
5. La Oficina de Capacitación del Hospital Goyeneche deber brindar capacitación continua a los profesionales de salud sobre temas relacionados a salud mental y las patologías derivadas de esta con especial énfasis durante las etapas de la gestación y el puerperio.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Celio y Galeno, Pergamo actual Turquía, 129 – id., 216) Medico y filósofo, siglo XVII. (Autor de 300 obras)
2. Medina SE, Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la Tristeza postparto. *Perinatol ReprodHum*. 2013; 27 (3): 185-193.
3. Urdaneta M José, Rivera S Ana, García I José, Guerra V Mery, Baabel Z Nasser, Contreras B Alfi. Prevalencia de Depresión Posparto en Primigestas y Múltiparas Valoradas por la Escala de Edimburgo. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. [Revista en la Internet]. 2010 [citado 2012 Mayo 29]; 75(5): 312-320.
4. Secretaria de Salud. Programa Específico de depresión 2001 - 2006. México; 2002.
5. Barra F., Barra L., Solis G. (2009). Depresión Posparto Hacia un Tratamiento Integral. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa* Vol. I, 77 – 88. [cited 11 March 2018]. Available from: <http://www.unjbg.edu.pe/coin2/pdf/19-2011.pdf>
6. Organización Mundial de la salud. Depresión postparto [Versión Electrónica].2013. [cited 11 March 2018].
7. State of New Jersey, Department of Health [Internet]. Nj.gov. 2007 [cited 11 March 2018]. Available from: [http://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale\\_sp.pdf](http://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf)
8. Kraepelin E. *Ein Lehrhuchfür Studien un Artze*. 2018;6(1):167-214.
9. Jadresic M E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* [Internet]. 2010 [cited 10 March 2018];48(4):269-278. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272010000500003](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003)
10. Vasquez Julcahuanga E, Sangama Mori R. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la clínica CORPOMEDIC Tarapoto Junio-Setiembre 2012 [Licenciatura]. Universidad Nacional de San Martín; 2012.
11. Comino Delgado R, López García G. *Obstetricia y ginecología*. Ariel; 2004.

12. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean Postpartum Women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1995;16(4):187-191.
13. Botero JU. *Obstetricia y Ginecología. Texto integrado*. 8ava ed. Bogotá-Colombia: Ediciones Tinta Fresca. 2008: Pag: 173-9.
14. Espíndola J, Morales F. Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edinburgo, en pacientes obstétricas del instituto nacional de perinatología. *Perinatol Reprod Hum [Internet]*. 2004 [cited 11 March 2018];18(3):179-186. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372004000300004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372004000300004)
15. Cabada-Ramos E, Rincón-Cabada F, García-Cabrera K, Munguía-Alamilla E, Torres-Iglesias E, Montoya-Rodríguez M. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. *Rev Esp Med Quir [Internet]*. 2015 [cited 11 March 2018];20:18-23. Available from: [http://nietoeditores.com.mx/nieto/EMQ/2015/ene-mar/art.original\\_prevalencia.pdf](http://nietoeditores.com.mx/nieto/EMQ/2015/ene-mar/art.original_prevalencia.pdf)
16. Ministerio de Salud. *Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento*. Chile: MINSAL; 2014.
17. Molero K, Urdaneta J, Sanabria C, Baabel N, Contreras A, Azuaje E. Prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2014; 79(4).
18. Díaz S. *El Periodo Postparto*. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. *rev. chil. obstet. [Internet]*. Chile: 2006.
19. Maradiegue Montero S. *Evolución diagnóstica y manejo terapéutico de la depresión y psicosis posparto de las pacientes egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre el 2000-2007 [Posgrado]*. Universidad de Costa Rica; 2009.
20. Rojas Gómez, M. A. (2016). *Depresión postparto según la escala de Edimburgo en pacientes puérperas*. Hospital Central de Maracay febrero– agosto 2016
21. Rosas N. *Depresión postparto en adolescentes [Tesis]*. Maracaibo: Universidad de Zulia. Facultad de Medicina; 2014.

22. Delgado J. Factores de riesgo asociado a depresión postparto en adolescentes [Tesis]. Maracaibo: Universidad de Zulia. Facultad de Medicina; 2013.
23. Rondón RM. Trastornos depresivos del embarazo y puerperio. [Revista en internet]. Acta Médica Peruana. Perú. 2005. [Visitado el día 20 de setiembre del 2013 a horas: 10: 00]
24. Vargas MJ, García JM. Depresión postparto presencia y manejo psicológico. rev. mex. obstet [Revista en internet]. Mexico. 2009. [Visitado el día 28 de Setiembre del 2013 a horas: 15: 30]
25. Simón Lorda D, Gómez-Reino Rodríguez I. Psicosis puerperal: aspectos clínicos y asistenciales. Psiquiatría Pública [Internet]. 1999 [cited 11 March 2018];11(3):7. Available from: <https://udocentepsiquiou.files.wordpress.com/2017/01/psicosis-puerperal.pdf>
26. Medina S. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis y la tristeza postparto. Universidad Anahuac del norte. Maestría en psicología clínica y psicoterapia. rev per. rep hum. Vol 27, n.3 [Revista en Internet]. Mexico. 2013.
27. Lipa Tudela F. Depresión postparto en puérperas primíparas y múltíparas del Establecimiento de Salud I-3 José Antonio Encinas, Puno 2014 [Licenciatura]. Universidad Nacional del Altiplano; 2014.
28. Robinson GE. El tratamiento de los trastornos psiquiátricos postparto. International Psychiatry Today. [Revista en internet]. Traducida al Español. 1995;4(4):6-8.
29. Vasquez Julcahuanga E, Sangama Mori R. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la clínica CORPOMEDIC Tarapoto Junio-Setiembre 2012 [Licenciatura]. Universidad Nacional de San Martín; 2012.
30. José Urdaneta M. MSc , Ana Rivera S, José García I. PhD, Mery Guerra V. PhD, Nasser Baabel Z. PhD, Alfi Contreras B Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.76 no.2 [Internet] Santiago 2011.
31. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en

- establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana. Rev. Perú. epidemiol.2008; 12(3): 1-5.
32. Maroto NG, García CM, Fernández PA. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la escala de depresión postnatal de Edimburgo. Escuela Andaluza de Salud Pública [Revista en Internet]. España- Granada. Noviembre-2004. [Visitado el día 27 de Diciembre del 2013 a horas: 20: 18]. Disponible en web:
33. Dois CA. Actualizaciones en depresión postparto. Escuela de Enfermería, facultad de medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile [Revista en Internet]. SantiagoChile.2009. [Visitado el día 16 de agosto del 2013 a horas:19:18].Disponible en web: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2012000400016&script=sci\\_ar\\_text](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2012000400016&script=sci_ar_text)
34. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80 (3): 251-5.
35. Pérez Villegas R, Sáez Carrillo K, Alarcón Barra L, Avilés Acosta V. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. RevObstetGinecolVenez. 2007;67(3).
36. Toro M. Supere la depresión posparto [Internet]. [cited 11 March 2018]. Available from: <https://es.scribd.com/document/103385297/Depresion-post2>
37. Vasquez Julcahuanga E, Sangama Mori R. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la clínica CORPOMEDIC Tarapoto Junio-Setiembre 2012 [Licenciatura]. Universidad Nacional de San Martín; 2012.
38. Molero K, Urdaneta J, Sanabria C, Baabel N, Contreras A, Azuaje E. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. Rev. chil. obstet. ginecol. 2014; 79(4).
39. María del Pilar Bao-Alonso, Johann M. Vega-Dienstmaier, Pedro Saona-Ugarte. Prevalencia de depresión durante la gestación. (RevNeuropsiquiatr 2010; 73:95-103 [Internet] 2010. Disponible en: <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&es>
40. Bustos Rementería S, Jiménez Ponce N. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria

- en la ciudad de Arica - Chile. *Psiquiatría y salud mental* [Internet]. 2013 [cited 17 January 2018];30(1):38-49. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835215?lang=es>
41. Lopes M. Frecuencia de la depresión puerperal en la maternidad de un hospital universitario de la Región del Sur. *Enferm. glob. (online)*. vol.11, n.27 rev. esp. obstet. [Revista en internet]. Murcia-España. 2012. [Visitado el 27 de Diciembre del 2013 a horas 20:50].
42. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Epidemiología*, [Internet]. 2008 [cited 17 January 2018];12(3):1-5. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203120335006>
43. Almanza Cáceres L. Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en púerperas del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013” [Licenciatura]. Universidad Católica De Santa María; 2014.
44. Manrique Sila F. Frecuencia y factores de riesgo asociados a la depresión postparto en pacientes atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique Arequipa, Octubre - Diciembre 2016 [Licenciatura]. Universidad Católica De Santa María; 2017.
45. Secco M, Profit S, Kennedy E, Walsh A, Letourneau N, Stewart M. Factors affecting postpartum depressive symptoms of adolescent mothers. *J ObstetGynecol Neonatal Nurs*. 2007 Jan-Feb; 36(1):47-54.
46. Rubén Alvarado, Marcela Rojas, Jorge Monardes, Ernesto Perucca, Emilio Neves, Eugenio Olea, Aldo Vera. Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. v.38 n.2 [Internet] Santiago abr. 2000 [Citado el 06/11/2016]: Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272000000200003&script=sci\\_arttext&tlng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272000000200003&script=sci_arttext&tlng=e)
47. Urdaneta M J, Rivera S A, García I J, Guerra V M, Baabel Z N, Contreras B A. Factores de riesgo de depresión posparto en púerperas venezolanas

- valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2011;76(2):102-112.
48. Dras. Johalys Karina Fernández Vera, Alejandra Teresa IturrizaNatale, Judith Toro Merlo, Rosalba Valbuena. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. RevObstetGinecolVenez vol.74 no.4 [Internet] Caracas dic. 2014 [Citado el 06/11/2016]
49. Romero M. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la clínica good hope noviembre de 2015 [Licenciatura]. Universidad Ricardo Palma; 2018.
50. Sit D, Rothschild A, Wisner K. A Review of Postpartum Psychosis. Journal of Women's Health. 2006;15(4):352-368.
51. Gabbe S, Niebyl J, Simpson J. Obstetricia. Ed. Marban, España, 2007. 1231-53
52. ROJAS G, FRITSCH R, GUAJARDO V, ROJAS F, BARROILHET S, JADRESIC E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Revista médica de Chile. 2010;138(5).



## ANEXOS

### ANEXO 1: Ficha de recolección de datos

#### I. DATOS GENERALES

1. Edad: .....
2. Grado de instrucción: Sin estudios ( ) primaria ( ) secundaria ( ) superior ( )
3. Estado civil: soltera ( ) casada ( ) conviviente ( ) divorciada ( )
4. Ocupación: ama de casa ( ) trabajadora contratada ( ) independiente ( )
5. Ingreso económico: menos de 800 soles ( ) 800 – 1600 ( ) más 1600 soles ( )
6. Fecha de alumbramiento: .....

#### II. DATOS OBSTÉTRICOS

6. N° de hijos: .....
7. ¿Embarazo planificado? : Si ( ) no ( )
8. Tipo de parto: Natural ( ) Cesárea ( )

#### III. CUESTIONARIO SOBRE DEPRESION POSTNATAL EDIMBURGO (EPDS)

Como hace poco usted tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque con una cruz el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días

Nº	ITEMS	RESPUERTAS
01	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
02	He mirado el futuro positivamente.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
03	Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
04	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
05	He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
06	Los problemas diarios me causan preocupación y gran sufrimiento.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
07	Me he sentido tan infeliz que he llegado a tener dificultad para dormir.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
08	Me he sentido triste o desgraciada sin motivo.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
09	He sido tan infeliz que he estado llorando con frecuencia.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca

## ANEXO 2: Escala de Edimburgo

### Cuestionario sobre Depresión Postparto Edimburgo EPDS

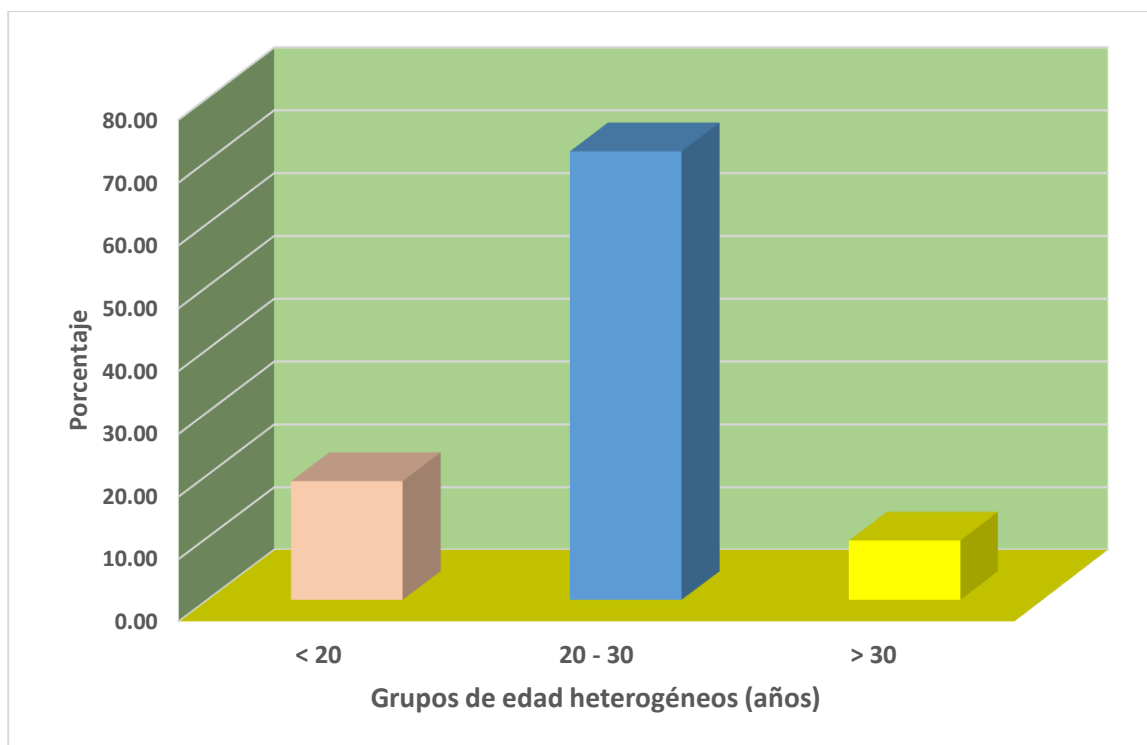
Características de Depresión postparto en gestantes que se atendieron en el Hospital Goyeneche Arequipa septiembre – noviembre 2017.

Nº de puérperas: Responde las siguientes preguntas. En los últimos 7 días como Ud. Se ha sentido.			
Nº	ITEMS	RESPUERTAS	CALIFICACIÓN
01	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.	<input type="radio"/> Siempre	= 0
		<input type="radio"/> A veces	= 1
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 2
		<input type="radio"/> Nunca	= 3
02	He mirado el futuro positivamente.	<input type="radio"/> Siempre	= 0
		<input type="radio"/> A veces	= 1
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 2
		<input type="radio"/> Nunca	= 3
03	Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma	<input type="radio"/> Siempre	= 3
		<input type="radio"/> A veces	= 2
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 1
		<input type="radio"/> Nunca	= 0
04	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.	<input type="radio"/> Siempre	= 0
		<input type="radio"/> A veces	= 1
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 2
		<input type="radio"/> Nunca	= 3
05	He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo	<input type="radio"/> Siempre	= 3
		<input type="radio"/> A veces	= 2
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 1
		<input type="radio"/> Nunca	= 0
06	Los problemas diarios me causan preocupación y gran sufrimiento.	<input type="radio"/> Siempre	= 3
		<input type="radio"/> A veces	= 2
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 1
		<input type="radio"/> Nunca	= 0
07	Me he sentido tan infeliz que he llegado a tener dificultad para dormir.	<input type="radio"/> Siempre	= 3
		<input type="radio"/> A veces	= 2
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 1
		<input type="radio"/> Nunca	= 0
08	Me he sentido triste o desgraciada sin motivo.	<input type="radio"/> Siempre	= 3
		<input type="radio"/> A veces	= 2
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 1
		<input type="radio"/> Nunca	= 0
09	He sido tan infeliz que he estado llorando con frecuencia.	<input type="radio"/> Siempre	= 3
		<input type="radio"/> A veces	= 2
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 1
		<input type="radio"/> Nunca	= 0
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.	<input type="radio"/> Siempre	= 3
		<input type="radio"/> A veces	= 2
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 1
		<input type="radio"/> Nunca	= 0

ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO:  
Puntuación:  
<10: Sin depresión postparto  
>10: Con depresión postparto

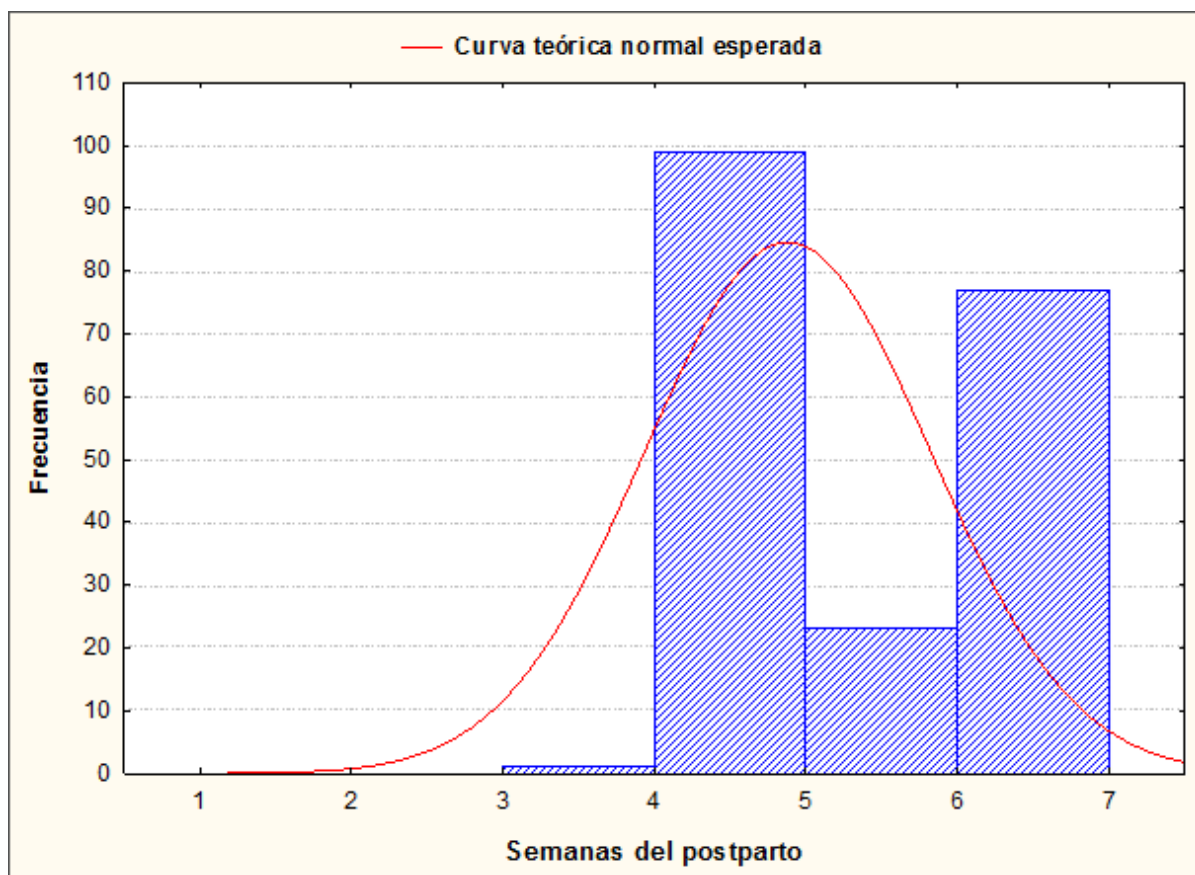
### ANEXO 3: Figuras

Figura 1. Frecuencia porcentual de puérperas según grupos heterogéneos de edad.



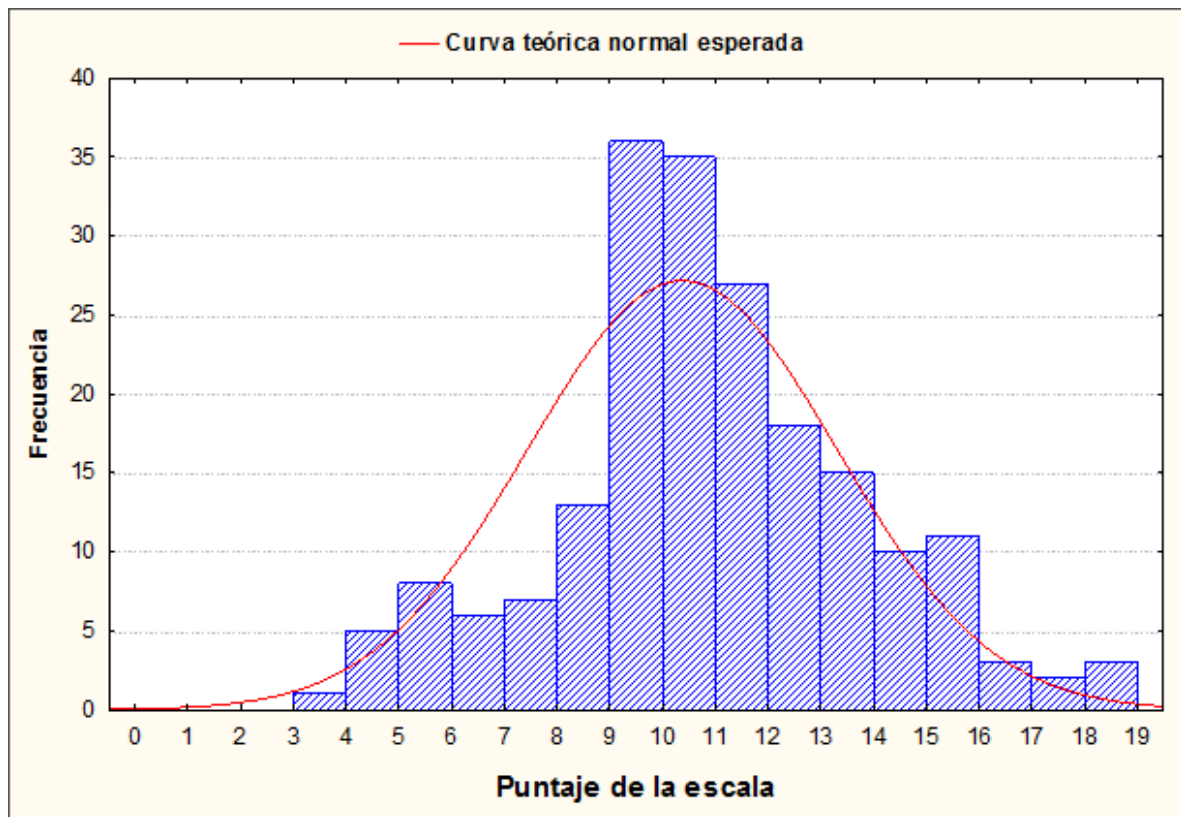
Fuente: Elaboración propia

Figura 2. Tiempo del puerperio en el que aparecen los indicios de depresión.



Fuente: Elaboración propia

Figura 3. Distribución de frecuencias de los valores totales de la escala de Edimburgo.



Fuente: Elaboración propia

**ANEXO 4: Proyecto de investigación**



**Universidad Católica de Santa María**

**Facultad de Medicina Humana**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**RIESGO DE DEPRESIÓN POST PARTO POR ESCALA DE EDIMBURGO Y  
FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS EN PUERPERAS  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE SEPTIEMBRE A  
NOVIEMBRE, AREQUIPA – 2017**

Proyecto de tesis presentado por la bachiller:

**Catacora Valencia, Thaya Desireé**

Para optar el Título Profesional de:

**Médica Cirujana**

**Asesor:** Dr. Soto Romaní, Mario

**AREQUIPA - PERÚ**

**2017**

## I PREAMBULO

Los trastornos depresivos son ya un problema importante de salud pública, estos problemas emocionales durante el puerperio son conocidos desde la antigüedad (Hipócrates) 700 AC (1) Celcio y Galeno.

Con mayor frecuencia se aprecia en la población de mujeres que en el de los hombres, este trastorno es mayor durante el embarazo y el puerperio (2)

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 (3). Dentro de los trastornos mentales del posparto se deben considerar tres cuadros bien definidos: el primero de ellos denominado:

“Baby Blues” o Melancolía: se presenta en un 50 a 70 % de las mujeres, es transitorio, auto limitadas, se inicia entre el tercero y noveno día del puerperio, con síntomas depresivos menores (llanto, insomnio, agotamiento) con pronóstico favorable y no requiere tratamiento farmacológico.

La Depresión Mayor Posparto: tiene una prevalencia del 10 a 20%, se inicia entre la primera y la cuarta semana posparto con síntomas depresivos severos (aislamiento, irritabilidad, comportamiento antisocial). Es un trastorno de alto riesgo con potencial descompensación psicótica.

Psicosis Puerperal: tiene una prevalencia del 2%, considerada una emergencia psiquiátrica con alto riesgo de suicidio-infanticidio. Se inicia entre la primera y segunda semana posparto con alucinaciones, delirios y desorganización del pensamiento.

La DPP 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. (47)

Algunas investigaciones, que han estudiado variables socio demográficas, obstétricas y perinatales asociadas al riesgo de depresión posparto han encontrado resultados contrarios a estos; en este sentido se ha señalado que variables como escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, patologías del embarazo, tipo de parto, no resultaron estadísticamente diferentes (47).

Revisando algunos estudios de investigación, la prevalencia real de la depresión posparto es difícil determinar, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las puérperas según algunos autores, o de un 10 a 15% según otros; con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35% (5)

Este trabajo de investigación se realizó, en puérperas que fueron atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, y determine cómo segunda variable las características socio demográficas, teniendo en cuenta las dimensiones: edad, estado civil, ocupación, paridad, nivel de instrucción, nivel socioeconómico, tipo de parto y embarazo. Realizando este estudio de Septiembre a Noviembre 2017.

## II PLANTEAMIENTO TEORICO

### 1. Problema de investigación

#### 1.1 Enunciado del trabajo o problema

Incidencia y factores de riesgo sociodemográficos para Depresión por escala de Edimburgo, en puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2017.

#### 1.2 Descripción del problema

¿Cuál es la incidencia y factores de riesgo sociodemográficos para la Depresión Posparto según la escala de Edimburgo, en el Hospital Goyeneche 2017?

##### 1.2.1 Campo, área y línea de acción

- a. **Campo:** Medicina Humana
- b. **Área :** Psiquiatría
- c. **Línea :** Psiquiatría peri gestacional

### 1.2.2 OPERACIONALIZAION DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	SUB INDICADOR
<p><b>Variables Independientes</b></p> <p>Factores de riesgo sociodemográficos</p>	Edad	Adolescentes < 19 años
		Jóvenes 20 a 30
		Adultas 31 >
	Estado Civil	Solteras
		Convivientes
		Casadas
		Divorciadas
	Ocupación	Ama de casa
		Trabajador: -dependiente -independiente
	Paridad	Primípara
Múltipara		
Gran múltipara		
Nivel de educación	Sin estudios	
	Primaria	
	Secundaria	
	superior	
Ingreso económico	< de 800	
	> de 1600	
	Deseado	

		No deseado
	Embarazo	- Eutócico - Cesárea Segmentaría
<b>Variables Dependientes</b>	Tipo de parto	
	Depresión Post Parto según Escala de Edimburgo	<p>Capacidad de reír ver el lado divertido de las cosas</p> <p>Disfrutar, mirar el futuro hacia delante</p> <p>Culpabilidad sin necesidad cuando las cosas no salían bien.</p> <p>Nerviosismo o inquietud sin razón alguna</p> <p>Miedo asustadiza sin motivo alguno</p> <p>Problemas diarios que causan preocupaciones y gran sufrimiento</p>
		<p>1- &lt;= de 10 No DPP</p> <p>2- &gt; de 10 DPP</p>

<p><b>Incidencia</b></p>	<p>Infelicidad que causa dificultad para dormir</p> <p>Sentimiento de tristeza y desgracia sin motivo</p> $\frac{\text{Nro de casos de gestantes con depresión postparto}}{\text{Nro total de gestantes atendidas en Hospital Goyeneche}} \times 100$	
--------------------------	---	--

### 1.2.3 Interrogantes básicas

- 1.- ¿Cuál es el riesgo de depresión post parto en las puérperas que recibieron atención en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2017?
- 2.- ¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos que tienen mayor importancia para la Depresión Post Parto?
- 3.- ¿Cuál es la relación que existe entre los factores de riesgo sociodemográficos y la depresión post parto?

#### 1.2.4 Tipo y nivel de investigación:

##### 1. Tipo de investigación.-

De campo y documental

##### 2. Nivel de investigación.-

Descriptivo, relacional

Proyección; Prospectivo,

Enfoque; mixto

Medida de la variable; Transversal

Control de la variable; observacional

#### 1.3. Justificación del problema

La Depresión post parto es un problema de salud mental con gran prevalencia en nuestro medio.

El trabajo de campo lo realizare con la aplicación de la escala de depresión posparto de Edimburgo, siendo este el método confiable de evaluación,

- a) **Relevancia Médica.-** Nos permitirá detectar a tiempo, y prevenir las consecuencias que puede producir la Depresión Post Parto en la salud de la madre y tomar decisiones, es posible incluir dentro de los exámenes de rutina durante el Control Prenatal.
- b) **Relevancia Científica.-**La aplicación del test es sencillo, práctico y comprensible, se puede modificar de acuerdo a nuestra realidad. A nivel mundial su frecuencia oscila entre el 10 y 15%, siendo esta hasta tres veces mayor en países en vías de desarrollo. Los desórdenes depresivos afectan al menos al 20% del sexo femenino y 12% de los hombres en algún momento durante su vida, siendo las mujeres doblemente susceptibles a

sufrir depresión, y los síntomas generalmente se incrementan con la edad.(5)

- c) **Relevancia Humana.**- A pesar de su alta prevalencia, la depresión postparto es una enfermedad a menudo infra valorado e inadecuadamente diagnosticada. Es por tal motivo, que las repercusiones sociales y psicológicas, en las mujeres puérperas, especialmente aquellas de estrato social económico bajo, las mismas que se ven altamente afectadas. Las cifras de incidencia de depresión en el posparto son variables entre el 8 al 12% pero, en algunas comunidades latinoamericanas, se han informado valores superiores al 20%. Se ha reportado incremento de la incidencia durante la adolescencia. Si bien los trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales en todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para la tercera década de este milenio será la segunda causa general de discapacidad (6).
- d) **Relevancia Contemporánea.**- La importancia del diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad es evidente, razón por el cual, el conocimiento de estos factores de riesgo asociados a la depresión postparto es de gran importancia para lograr un actuar oportuno y adecuado por parte del personal de salud. El puerperio constituye entonces, una época en la cual estos trastornos son comunes, pero algunos, como la depresión postparto son poco reconocidos. La depresión, más frecuente en la mujer, es un problema mundial, cuyas probabilidades de padecerla aumentan durante el puerperio. (16)

Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo.

Se sabe entonces que las mujeres presentan con más frecuencia trastornos del estado de ánimo, principalmente en la edad reproductiva, pudiendo ser la gestación y el posparto momentos de relevancia para su desarrollo debido a cambios fisiológicos, hormonales y psicológicos importantes. Los trastornos afectivos, sobre todo la depresión, figuran entre los trastornos

psiquiátricos más prevalentes en los adultos. La prevalencia de depresión mayor en mujeres en algún momento de su vida oscila entre 14 y 21 % (5).

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo y/o el posparto 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. Al respecto, se han diseñado varias escalas para el tamizaje de esta patología, entre las cuales se encuentra la escala de depresión posparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) (7); es importante tener presente que la EPDS es un método de pesquisa para la depresión posparto, siendo el DSM-IV el método más exacto para el diagnóstico de esta entidad clínica. Según este último, el especificador de inicio en el posparto debe ser realizado a los trastornos que se inicien durante las cuatro semanas posteriores al parto y puede realizarse a episodios depresivos mayor, maniaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve. (7)

A pesar de que existen en nuestros centros asistenciales áreas destinadas a la atención de madres adolescentes, la depresión post-parto es un problema al cual no se le ha dado seguimiento adecuado, motivado a la ausencia de personal calificado en salud mental, lo que aunado al subregistro de casos de depresión post-parto han hecho que a esta entidad no se le dé la importancia que realmente posee. Las devastadoras consecuencias familiares de la Depresión Posparto han llamado la atención de los medios sobre casos de algunas mujeres que llegaron a matar a sus hijos mientras estaban deprimidas. Toda esa atención puesta sobre el tema ha logrado que parezca que la prevalencia del problema estuviera en ascenso. No se puede asegurar que esto así sea, pero sí sabemos que la depresión postparto es un problema sub diagnosticado (16).

Por esta razón creo conveniente detectar esta patología en nuestras púerperas que acudieron al Hospital Goyeneche Arequipa, este trabajo permitirá identificar a aquellas madres con necesidad de una evaluación

diagnóstica más completa y trascender nuestro trabajo a las demás entidades de salud y con más razón hacia los centros de salud y hospitales públicos donde la atención primaria.

La información que se recolectó será entregada a las autoridades del Hospital Goyeneche, así como al servicio de psicología y se tomen medidas con respecto a esta problemática y se continúe el seguimiento, tratamiento de las pacientes en las que se detectó este trastorno depresivo, e intervenga también en la creación de programas destinados a encontrar estos cuadros psiquiátricos en forma precoz según el contexto de cada familia en la que está inserta la puérpera. (16)

Las teorías sobre las variables de estudio fueron de fácil ubicación, se contó con amplia bibliografía al respecto a nivel internacional más no local en vista que en la localidad no se han registrado estudios similares. Otro factor limitante fue la ubicación de las puérperas para el recojo de información. Sin embargo es menester hacer de conocimiento que contamos con el material tecnológico necesario para la obtención de las teorías en las cuales se sustenta la presente investigación.

El tiempo que se empleó en el desarrollo de esta investigación es de cuatro meses, tomando en cuenta que se trató de un proyecto de investigación de enfoque cuantitativo con la aplicación de un diseño correlacional que fue aplicado a las puérperas que fueron encuestadas.

El presente trabajo aborda el tema en cuestión, debido a su gran relevancia en nuestro medio y su importancia en la Salud Pública de nuestro país, del mismo modo ahondo en el tema debido al interés, despertado en mi persona a lo largo de mis años de estudio.

## 2. MARCO CONCEPTUAL.

El posparto es un periodo de gran vulnerabilidad para el inicio o recidiva de diversos trastornos emocionales como la depresión, por lo que es fundamental detectar este tipo de padecimiento. (15)

Este trastorno depresivo se inicia posterior al parto y puede permanecer después del mismo, presentando compromiso de la salud mental de la paciente, con mayor incidencia en madres adolescentes. (5)

### 2.1 PUERPERIO:

Se llama puerperio al tiempo que se extiende desde la terminación del parto hasta la completa normalización del organismo femenino. El retorno a la normalidad de los cambios gravídicos recibe el nombre de involución puerperal. El periodo de puerperio se divide según sea inmediato durante las primeras 24 horas, mediato abarcando del segundo al séptimo día y tardío del octavo hasta el día 42. (15)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como período puerperal hasta seis semanas del post parto. El post parto o puerperio, es definido, como el periodo de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto. Durante el mismo, las modificaciones gravídicas de los órganos y sistemas maternos retornan al estado previo del embarazo. Se acepta que tiene un periodo de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento. Sin embargo en un estudio de investigación en Perú sobre “Trastorno Depresivos del Embarazo y Puerperio” Rondón (2005) (28).

Esta entidad constituye un problema de salud pública en varios países, con una prevalencia mundial que fluctúa entre un 10% a 15%, tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, siendo mayor en las mujeres de nivel socioeconómico bajo. En Latinoamérica se ha reportado una alta prevalencia de DPP: Chile 50,7%, Colombia 32,8%, México 32,6%, Perú 24,1% y Venezuela 22%. Sin embargo, es difícil determinar la prevalencia real de este trastorno, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a

metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que 10 a 20% de las púerperas son afectadas por esta entidad. (17)

**2.1.1 ETAPAS DEL PUERPERIO:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Este periodo se divide en tres:

**a.- Puerperio inmediato:** Abarca las primeras 24 horas luego del parto y en este periodo actúan los mecanismos hemostáticos para controlar el sangrado uterino.

**b.- Puerperio mediato:** Comprende desde el segundo día hasta el décimo, en este inicia la lactancia propiamente dicha.

**c.- Puerperio tardío:** Del día 11 al 45 y se considera que este aumento puede retornar la ovulación. (16, 28)

**2.1.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS QUE OCURREN DURANTE EL PUERPERIO:**

**a.- INVOLUCIÓN UTERINA:** el útero involucrena rápidamente en volumen y peso, disminuye de 32 a 30 cm. que mide al final de la gestación a unos 7 a 8 cm. y mide de 150gr. a 60-80gr. de peso. las fibras musculares hipertrofiadas del miometrio comienza a recobrar su longitud normal y desaparecen también numerosas fibras neoformadas en la gestación, este fenómeno se produce exagerado y así el número de fibras musculares que desaparecen es mayor a la neo formadas, esto explica la tendencia a predominio del tejido conjuntivo en el útero de grandes multíparas. (28)

**b.- NORMALIZACIÓN HORMONAL:** En cuanto a los estrógenos cuya concentración plasmática había aumentado unas mil veces en la gestación, se normalizan a los 3 a 4 días del parto, la progesterona a los 10 días, la gonadotropina y el lactógeno placentario son indetectables a los 8 a 10 días. La hormona tiroidea y el cortisol se vuelven normal a los 6 a 8 días (28).

**c.- LOQUIOS:** pérdidas que fluyen por los genitales externos durante el puerperio, es la suma de exudado producido en la regeneración endometrial, las secreciones cervicales y el exudado de los desgarros en fase de cicatrización. Los loquios tienen un olor característico, pero en condiciones normales no son fétidos, si así lo fueran indicarían un proceso inflamatorio en el canal del parto. (28)

### **2.1.3. CAMBIOS PSICOLÓGICOS QUE OCURREN DURANTE EL PUERPERIO:**

En esta etapa de post parto los requerimientos del recién nacido junto con los cambios endocrinos se asocian con un periodo de estrés; la latencia del sueño y el número de despertares esta aumentado. El deseo sexual esta disminuido y puede tardar meses para reaparecer; esto se asocia con la fatiga, el tiempo de dedicación al bebé, la depresión y otros factores. Se recomienda el inicio de la actividad sexual una vez que la pareja se sienta lista (28).

En el puerperio la mujer experimenta muchos cambios que aunque son normales, no por ello dejan de ser en algunos casos estados físicos y psicológicos potencialmente peligrosos. Los reajustes psicológicos, pueden amenazar la salud mental y la estabilidad familiar. (28).

#### **2.1.3.1. RESPUESTAS EMOCIONALES:**

Las reacciones psicológicas experimentadas tras un parto incluyen un cuadro frecuente, relativamente leve, fisiológico y transitorio denominado "tristeza de la maternidad"(50% a 70 % de mujeres) Gabe y Niebyl (2004). (28)

La verdadera depresión se da en un 80% a un 20%, y la psicosis puerperal franca en un 0.14% a un 0.26%. Aunque la etiología específica de estas alteraciones psicológicas es desconocida, no se trata de manifestaciones de distinta severidad de un único trastorno de base. (28).

Las reacciones emocionales es un término utilizado para describir los cambios en el estado de ánimo y los estados depresivos que ocurren en la madre después del nacimiento. (28) La mujer muestra diversas respuestas emocionales durante el

puerperio que pueden fluctuar de una sensación melancólica hasta una depresión más profunda que incapacita a la madre e incluso le produce reacciones psicóticas, por ejemplo podemos mencionar: (28)

**a.- REÍR:** Manifestación de alegría con ciertos movimientos del rostro; la risa es una respuesta biológica producida por el organismo como respuesta a determinados estímulos. La sonrisa se considera una forma suave y silenciosa de risa. Los estudios más recientes, realizados Robert Provine, neurobiólogo del comportamiento de la Universidad de Maryland, quien sostiene que la risa es un «balbuceolúdico, instintivo, contagioso, estereotipado y de control subconsciente involuntario que raramente se produce en soledad». (28)

**b.- LLORAR:** Derramar lágrimas. Sentir en lo vivo. El acto de llorar es uno de los más comunes que puede llevar a cabo el ser humano y en la mayoría de las ocasiones el llanto, el producto de llorar, surge de manera natural y espontánea como respuesta consciente o inconsciente ante determinadas circunstancias, eventos o situaciones. Normalmente, sin embargo, se relaciona al llanto con emociones de tristeza y angustia. El llorar es un acto difícil de delimitar. (28)

**c.- CULPABLE:** Se define como el proceso psicológico que se da ante la experiencia subjetiva de la culpabilidad. Supone un estado afectivo consciente o inconsciente ante la creencia de haber infringido alguna ley, principio ético o norma, sean estas reales o imaginarias, y que produce malestar continuado. La función del sentimiento de culpa es la expresión del miedo de ser censurado o desaprobado, la defensa contra ese miedo y la defensa contra el impulso de acusar a los demás. (28)

**d.- ANSIEDAD:** Se define como codicioso, ávido, inquietud violenta. Es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La ansiedad

normal se presenta en episodios poco frecuentes, con intensidad leve o media y de duración limitada, ante estímulos previsibles y comunes y con un grado de sufrimiento y limitación en la vida cotidiana acotada. (28)

**e.- PREOCUPACIÓN:** Se define como una ocupación anticipada ofuscación del entendimiento. Esta está vinculada a generar zozobra o nerviosismo, o a ocuparse con antelación de algo. Otras pueden persistir en el tiempo y derivar en problemas psicológicos como trastornos de ansiedad o incluso depresión. (28)

**f.- MIEDO:** Se define como inquietud, temor de un peligro, angustia. Es una reacción emocional radical ante lo que la mente considera, en una circunstancia determinada, como un peligro para su integridad. La situación puede ser real o imaginaria, en virtud de que tanto lo real, como lo imaginario, producen el mismo efecto mental. El miedo, ante un peligro real, es sano porque sirve de base para desencadenar, casi espontáneamente, los mecanismos esenciales de defensa, más apropiados para la supervivencia en condiciones críticas. Sin embargo, el miedo, ante una situación de peligro imaginaria, desencadena los mecanismos de defensa, sin necesidad, en virtud de una falta de realismo objetivo en el análisis de la apreciación de un problema (28).

**g.- PÁNICO:** Se define al miedo grande e inmotivado. Un ataque de pánico consiste en un periodo discreto de intenso miedo, aprensión, terror o malestar que va acompañado frecuentemente de una sensación de peligro o catástrofe inminente y de un impulso a escapar y durante el cual cuatro o más de los siguientes trece síntomas aparecen de repente y alcanzan su máximo en 10 minutos o menos: palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado; sudoración; temblores o sacudidas; sensaciones de falta de aire o ahogo; sensación de atragantamiento; dolor o malestar en el pecho; náusea o malestar abdominal sensación de mareo, de inestabilidad o de desmayo; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control o a volverse loco; miedo a morir; parestesias (entumecimiento o sensaciones de hormigueo); ráfagas de calor o escalofríos (28).

**h.- TRISTEZA:** Se define como apresumbrado, afligido, deplorable. Es un estado anímico o afectivo, de contenido negativo, donde la persona siente abatimiento, deseos de llorar, expresado o no, y baja su autoestima. Estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral. Es una emoción frecuente, motivada por las contrariedades de la vida, que nos quitan la alegría por un período de tiempo, más o menos prolongado, como la enfermedad o muerte de un ser querido, la reprobación de un examen, la pérdida del empleo, una pelea con familiares o amigos, la enfermedad propia, etcétera. La tristeza cuando se prolonga en el tiempo, e impide realizar las tareas cotidianas, puede convertirse en depresión, que se caracteriza, entre otras cosas (abatimiento general de la persona, descenso de la autoestima y sentimientos de pesimismo, desesperanza y desamparo), por una tristeza profunda y crónica. En psiquiatría se habla de tristeza patológica cuando hay una alteración de la afectividad en que se produce un descenso del estado de ánimo, que puede incluir también pesimismo, desesperanza y disminución de la motivación. (28)

## 2.2 ESTADO DE DEPRESIÓN:

Los desórdenes depresivos afectan al menos al 20% del sexo femenino y 12% de los hombres en algún momento durante su vida, siendo las mujeres doblemente susceptibles a sufrir depresión, y los síntomas generalmente se incrementan con la edad. Si bien los trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales en todo el mundo, estimando la Organización Mundial de la Salud (OMS) que para la tercera década de este milenio sean la segunda causa general de discapacidad. El puerperio constituye entonces, una época en la cual estos trastornos son comunes, pero algunos, como la depresión posparto son poco reconocidos. (3)

Dentro de la clasificación de los trastornos mentales, la depresión se ubica como una alteración del estado de ánimo o un trastorno afectivo. El manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su versión IV, considera varios tipos de depresión, en función de la gravedad y cronicidad de sus manifestaciones sintomáticas (episodio depresivo, trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos depresivos no especificados). En el rubro de trastornos adaptativos, se

consideran los "trastornos adaptativos" (agudos o crónicos) con estado de ánimo depresivo o mixto. Dicha entidad diagnóstica es claramente diferenciable de las otras entidades depresivas por su carácter de respuesta emocional a un factor estresante psicosocial, claramente identificable. (14) Celso y Galeno también dejaron constancia en sus escritos de observación es propias de alteraciones mentales postparto. (19) (1) El cambio conceptual lo proporciona el psiquiatra alemán Kraepelin a finales del siglo XIX; cuando habló entre el vínculo existente entre algunos trastornos mentales y la maternidad. El término de psicosis puerperal apareció por primera vez en Fürstner en 1875. Comprendía el 14% de los ingresos femeninos en clínicas psiquiátricas, en aquella época. (19)

Según la Organización Mundial de la Salud (2013); define la depresión como una alteración patológica del estado del ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diverso síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos de 2 semanas). Con frecuencia tiende manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso básico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos. La depresión es la principal causa de discapacidad. (19)

### **2.3 DEPRESIÓN POSTPARTO:**

Se considera depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las cuatro y las seis semanas posparto (28).

Gabbe y Niebyl (2004); refiere que la incidencia de depresión posparto mayor varía del 8% al 20%. Este trastorno afectivo se produce después de embarazos de diferentes duraciones, desde abortos espontáneos a partos a término. La depresión varía de leve a una depresión suicida. Puede producirse en cualquier momento hasta un año posparto. Los síntomas inician en la mayoría de los casos en las primeras cuatro a seis semanas después del parto. Pitt fue el primero en documentar la incidencia de depresión neurótica en el puerperio. Este autor encontró que los 11% de los pacientes estudiadas a las 28 semanas de gestación

y seis semanas después del parto desarrollaron nuevos casos de depresión durante el periodo post parto. Se ha investigado mucho en un esfuerzo por clasificar la etiología de la depresión post parto. Los niveles de estrógenos, progesterona, prolactina y cortisol no son diferentes en mujeres que padecen depresión con respecto a controles. Sin embargo, en mujeres con depresión posparto pueden producirse cambios en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, incluyendo la hormona liberadora corticotropina (28).

Botero (2008); define la depresión post parto como una depresión mayor con inicio postparto que requiere de un comienzo en las cuatro semanas subsiguientes (28). Es una condición que contiene una amplia gama de cambios emocionales y físicos entre ellos, tristeza, desesperanza, ansiedad, angustia, irritabilidad, anergia (falta de energía vital), dolores musculares inespecíficos, y cefaleas; todos estos síntomas se presentan con una intensidad variable. Durante este periodo se llevan a cabo cambios hormonales rápidos que contribuyen a precipitar la depresión en personas que tienen la vulnerabilidad a ella. Sin embargo, los factores socio-sociales siguen jugando un papel importante en desencadenar y/o precipitar el trastorno. (28)

Reeder y Col (1995); refiere que la mujer muestra diversas respuestas emocionales durante el puerperio que pueden fluctuar de una sensación melancólica hasta una depresión más profunda que incapacita a la madre e incluso le produce reacciones psicóticas, puede suscitarse a los pocos días del parto o tal vez que no se determine como tal durante varios meses. La mujer sufre una sensación profunda y persistente de pérdida y tristeza aunada a angustia, irritabilidad, dificultades para dormir, falta de apetito, culpa, hipocondría y en ocasiones fobias. Este tipo de depresión persiste alrededor de un año después del parto. Las mujeres pueden presentar muchos de los síntomas mencionados pero además tienen sentimientos de impotencia, futilidad, vacío y soledad después del parto. (28)

Es importante diferenciar la reacción depresiva puerperal de la depresión posparto. La reacción depresiva puerperal, conocida también como baby blues es común y afecta del 30 al 75% de las mujeres que acaban de tener un hijo (28). La disforia posparto es un trastorno transitorio que aparece los primeros días posparto, típicamente alrededor del tercer día, durando sólo algunas horas y, a lo más, un

día o dos. Se trata de un estado en que sobresalen la ansiedad, la labilidad emotiva y, a veces, el ánimo depresivo, síntomas todos muy pasajeros, por lo que no se requiere de tratamiento. Es muy común, presentándose en alrededor del 60% de las puérperas. (9)

La psicosis posparto, tiene una incidencia del 0,1 al 0,2%. El cuadro representa una emergencia psiquiátrica. Por lo general comienza durante las primeras dos semanas posparto, a veces a las 48 ó 72 horas después del parto. Se presenta con síntomas tales como inquietud, irritabilidad y trastornos del sueño. Habitualmente la psicosis puerperal evoluciona rápido, destacando entre los síntomas el ánimo deprimido o exaltado, el desajuste conductual, la labilidad emocional, como también los delirios y las alucinaciones. Aún se debate si la psicosis posparto es una entidad diagnóstica independiente o si se trata de una psicosis afectiva (trastorno del ánimo) de evolución rápida. (16)

El embarazo y el nacimiento son grandes transiciones del ciclo vital que afectan a la mujer, al bebé y al resto de la familia. Es un periodo de adaptaciones, de cambios emocionales y psicológicos. Así como el embarazo y el parto son acontecimientos vitales de gran importancia en el desarrollo de los núcleos familiares, pueden ser una etapa de enorme estrés y desequilibrio en algunos casos. Aunque el período de posparto es el de mayor riesgo para desarrollar trastornos emocionales, estos problemas a menudo no se detectan. (28) Considerándose tanto el embarazo adolescente como la DPP problemas de salud pública, es conveniente detectar estos casos en las puérperas adolescentes, para lo cual pudiesen aplicarse diversas técnicas de tamizaje que permitan identificar a aquellas madres con mayor necesidad de una evaluación diagnóstica más completa. (17)

La depresión posparto no debe ser considerada únicamente como un abatimiento o disminución en la energía o del estado de ánimo, sino que se trata, en gran medida, de una entidad diagnóstica claramente identificable que responde a diversos diagnósticos diferenciales y que debe ser atendida por los servicios de salud. La confusión diagnóstica de dicha entidad patógena puede traer consecuencias considerables a la madre y al hijo. (14)

### 2.3.1 ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO:

Botero (2008), define que la etiología es multicausal y comprende una vulnerabilidad genética, asociada a los cambios hormonales durante el embarazo, la cantidad de estrógenos y progéstágenos desciende rápidamente y esto afectaría de manera clara los circuitos de neurotransmisores de serotonina y noradrenalina. De igual forma, la producción de la tiroides también pueden disminuir bruscamente después del parto, los bajos niveles de hormonas tiroideas producen síntomas similares a los del trastorno depresivo, con cambios en el estado de ánimo, fatiga, agitación, insomnio, ansiedad. (28) En algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una vida nueva pueden ser la causa. Puede tratarse de mujeres que vienen de familias estables, sin antecedentes de problemas mentales o mujeres con familias disfuncionales que tuvieron episodios de depresión. (15)

#### 2.3.1.1 FACTORES BIOLÓGICOS:

Entre los aspectos hormonales, se debe resaltar que el período postparto se caracteriza por un rápido cambio en los niveles circulantes de diferentes hormonas. Durante el embarazo, los niveles de estrógenos (estradiol, estriol y estroma) y de progesterona presentan un aumento constante que, en parte, es el resultado de la producción placentaria de estas hormonas. Con la pérdida de la placenta durante el parto, los niveles de progesterona y estrógenos caen de manera abrupta y alcanzan los niveles previos al embarazo hasta el quinto día del postparto. (Miller LJ, 2002). (28)

**a.- ESTEROIDES GONADALES:** La síntesis del estriol resulta de la actividad metabólica del hígado fetal; éste se produce en altas concentraciones durante el embarazo. Los estudios en animales han demostrado que el estradiol incrementa la acción neurotransmisora de la serotonina, al aumentar su síntesis y disminuir su recaptación. La brusca disminución en los niveles de estradiol posterior al postparto, podría explicar teóricamente la depresión postparto. (28)

**b.- HORMONAS TIROIDEAS:** La incidencia de la función tiroidea anormal aumenta levemente después del parto. En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23 %

comparado con un 3 a 4% en la población general. Aunque la disfunción tiroidea no ha sido identificada como un factor determinante en la mayoría de mujeres que desarrollan depresión posparto sin psicosis, puede jugar un papel importante en un subgrupo de mujeres. Un estudio prospectivo de 303 mujeres embarazadas, eutiroides, muestra que 21 mujeres (7%) desarrolló trastornos tiroideos postparto. La depresión posparto sin psicosis se identificó en 38% de esas mujeres y se resolvió con posterioridad al tratamiento. (28)

**c.- CORTISOL:** Algunos autores sugieren que los altos niveles de cortisol que se registran durante el embarazo, como resultado de la producción de CRH, después del parto producen supresión en la glándula suprarrenal y si ésta es demasiado sostenida y grave, puede contribuir a los cambios en el estado de ánimo. Para SitD y cols; 2006 existen además de las alteraciones hormonales, otras condiciones médicas relacionadas con el puerperio: infecciones, fármacos (escopolamina, meperidina), toxemia pérdidas de sangre, etc., que pueden tener un papel en el desarrollo tanto de la depresión como la psicosis posparto. (28)

**d.- FACTORES PSICODINÁMICOS:** La mayoría de los autores hacen intervenir el rechazo del niño como uno de los factores esenciales de las melancolías puerperales: rechazo consciente (niño no deseado) o, más a menudo, inconsciente que emana de la ambivalencia profunda que marca la relación madre e hijo, “rechazo combatido tanto por la culpabilidad como por el amor maternal”. Se puede pensar, que estas depresión es están unidas a la reactivación masiva del conflicto oral, revivido por la madre en doble identificación simbiótica con su propia madre y con su hijo; está a favor de la identificación simbiótica de la madre con su hijo el que la rabia melancólica pueda conducir al dramático hecho de un suicidio e infanticidio. (28)

**e.- FACTORES PSICOSOCIALES:** Madres solteras y primíparas (mayor riesgo), reducción del apoyo socio familiar en el período perinatal, la relación con la pareja y con la propia madre. (28)

Según la Rondón (2005); “Desafortunadamente, hay estudios que señalan que los médicos no diagnostican adecuadamente los trastornos emocionales en la gestación y que las propias familias niegan la existencia de un trastorno,

atribuyéndolo a cambios normales”. (28) Lo que sabemos actualmente es que el bienestar emocional durante la gestación es un asunto bastante habitual que no se presta a generalizaciones derivadas de las teorías psicodinámicas clásicas, sino que más bien se relaciona con: (28)

- Estabilidad emocional previa
- Actitudes hacia la feminidad
- La relación con la madre
- La relación con el esposo
- La preparación para las tareas de la crianza
- Enfermedad mental previa
- Presencia de otros niños
- Apoyo práctico
- Aborto inducido previo (28)

Vargas (2009) afirma que la mayor parte de la investigación sobre la depresión postparto ha buscado causas biológicas o psicosociales de ella, tales como cambios hormonales, edad maternal y número de alumbramientos, historia psiquiátrica, atmósfera marital, etc. (28) Si revisamos la literatura antropológica sobre los nacimientos encontraríamos que existen elementos comunes en la estructuración social del periodo posparto en diferentes culturas. Esto nos permite suponer que la experiencia de la depresión posparto se exagera y se potencializa por factores socioculturales. Aunque la depresión postparto es un trastorno tratable, muchas mujeres que lo padecen no reconocen tener este problema. (28)

La depresión puede ocurrir en cualquier momento después del parto, frecuentemente luego que la mujer ha regresado a su hogar desde el hospital. Los síntomas pueden durar desde unas pocas semanas hasta varios meses: cerca del 4% de los casos persisten por un año. Las mujeres con los decrementos más bruscos tienen más probabilidades de reportarse como deprimidas durante los

primeros 10 días después del parto. No obstante esto, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en afirmar que las hormonas no están directamente relacionadas con la depresión postparto (28).

Un campo de investigación más reciente se refiere a la actividad de la prolactina durante el puerperio. (28) Los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo posparto, por lo que razonablemente se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés y producen un rápido declive en su prolactina, podrían tener una depresión posparto. También ha sugerido que el número de partos es un factor asociado a la depresión postnatal. Diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto (Kruckman & Smith, 2008). (28)

### **2.3.2 CUADRO CLÍNICO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO:**

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. Al respecto, se han diseñado varias escalas para el tamizaje de esta patología, entre las cuales se encuentra la escala de depresión posparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS); es importante tener presente que la EPDS es un método de pesquisa para la depresión posparto, siendo el DSM-IV el método más exacto para el diagnóstico de esta entidad clínica. Según este último, el especificador de inicio en el posparto debe ser realizado a los trastornos que se inicien durante las cuatro semanas posteriores al parto y puede realizarse a episodios depresivos mayor, maniaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve. (3)

La presentación sintomática de la depresión posparto es similar a aquella depresión no vinculada al embarazo, exceptuando que el contenido puede estar centrado en el hecho de haber tenido un hijo. (16)

Según (Buist, 2006) En la depresión posparto los síntomas que presentan son: (19)

**a.- ALTERACIONES EMOCIONALES:** Son las más significativas, tristeza, anhedonía, astenia, adinamia, llanto fácil, progresiva del rendimiento y al abandono de las actividades habituales, sobre todo aquellas que requieren una iniciativa personal. (19)

**b.- ALTERACIONES SOMÁTICAS:** Son múltiples, siendo las más habituales las alteraciones del sueño (más superficial, con dificultades para su conciliación incluso aunque alguien esté cuidando al bebé, y con despertares frecuentes) y alteraciones del apetito. (19)

**c.- IRRITABILIDAD:** La irritabilidad con frecuencia acompaña a la sensación de tristeza. La paciente puede estar irritable con sus otros hijos y ocasionalmente incluso con el recién nacido, aunque la mayoría de las veces lo está con su marido quien no suele comprender qué es lo que está pasando. (28)

**d.- TRISTEZA:** La tristeza es desde luego el síntoma más frecuente de la depresión posparto. Las pacientes se sienten bajas de ánimo, infelices y desgraciadas la mayor parte del tiempo aunque estos síntomas pueden empeorar en algún momento particular del día, como por las mañanas o por las tardes. En ocasiones, las pacientes pasan días malos y días buenos, siendo estos últimos realmente frustrantes ya que el día bueno previo hizo que se albergaran esperanzas de mejorar. (28)

**e.- FATIGA:** Todas las nuevas madres se sienten un poco abrumadas y fatigadas, pero la madre con depresión posparto se siente tan agotada que llega a pensar que padece alguna enfermedad física. (28)

**f.- PÉRDIDA DE APETITO:** Las madres deprimidas generalmente no tienen ni tiempo ni ganas de comer lo cual contribuye a que se sientan malhumoradas y agotadas. Algunas madres deprimidas comen en exceso para aliviar su malestar psicológico y luego se sienten culpables y molestas con su gordura. (28)

**g.- INCAPACIDAD PARA DISFRUTAR:** Lo que antes era un placer ahora no apetece y lo que antes interesaba ahora se convierte en aburrido. Esto

es especialmente cierto en el caso de las relaciones sexuales. Algunas mujeres recuperan el interés por el sexo (si es que en algún momento lo perdieron) antes de que transcurran 6 semanas del parto, pero las madres con depresión posparto suelen rechazar cualquier contacto sexual lo cual puede generar tensión en la pareja. (28)

**h.- ANSIEDAD:** Suele ser aguda y se puede presentar en forma de temor a quedarse sola con el bebé por miedo a que este grite, no quiera comer, se ahogue, se caiga o se haga daño de cualquier otra forma. Algunas madres deprimidas perciben a su bebé como un objeto. En vez de sentir que han dado a luz a la criatura más cariñosa y adorable del mundo se sienten distantes de su hijo, al cual perciben como un pequeño ser misterioso y extraño, cuyos pensamientos (de tener alguno) son insondables y cuyas necesidades y emociones deben ser en algún modo satisfechas. (28)

### **2.3.2 FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO:**

Botero (2008); define la prevalencia cambia de acuerdo a las culturas y parece ser más baja en culturas con soportes sociales más fuertes (ayudan al cuidado del bebe, alimentación, presencia de rituales que liberan ansiedad, culturalmente acostumbran retornar a la familia de origen durante el periodo postparto). (28)

El aborto es un riesgo para la depresión mayor, sobre todo en mujeres con vulnerabilidad a sufrir una depresión el riesgo es dos veces el de un embarazo normal. Para ambos, aborto y mortinato, el riesgo es más alto en los primeros seis meses después de la pérdida del embarazo, en los nacimientos pre termino no se ha demostrado que la madre tenga un mayor riesgo para desarrollar una depresión posparto, pero si una mayor probabilidad de presentar un síndrome de estrés post-traumático. (28)

En cuanto a los factores de riesgo para el desarrollo de depresión posparto, revisiones sistemáticas han encontrado asociaciones fuertes y consistentes entre el desarrollo de depresión posparto: (16)

- Depresión durante el embarazo
- Ansiedad durante el embarazo
- Acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo o el inicio de puerperio.
- Bajos niveles de apoyo social
- Antecedentes personales de depresión. (16)

Rondón (2005); refiere que los factores de riesgo que se describen para la depresión prenatal son: (28)

- Antecedente personal o familiar de depresión, por lo que debemos preguntar minuciosamente, sobre todo respecto de los parientes mujeres. (28)
- Corta edad, tanto por la interrupción del crecimiento personal, como por la falta de experiencia que permita afrontar las nuevas demandas del rol. (28)
- Evento vital estresante reciente en los últimos doce meses, ya sea negativo o positivo. (28)
- Conflicto conyugal
- Ambivalencia o rechazo frente al embarazo, siendo la ambivalencia más difícil de abordar en el manejo psicoterapéutico.
- Falta de apoyo de cónyuge o familiares.
- Mayor número de hijos. (28)

Es importante señalar, que algunos estudios (A review of postpartum psychosis, 2006) sugieren que la incidencia de estos trastornos es relativamente más alta en la población adolescente y en primíparas. (19)

Otros estudios (Obstetric factors associated with bipolar affective puerperal psychosis, 2006), han evidenciado cierta relación entre el estos trastornos e historias de complicaciones obstétricas, tales como cesáreas, o muerte fetal. (19)

Los estudios (A follow-up study of post partum psychosis: prognosis and risk factors for re admission, 1999) para identificar trastornos de personalidad asociados con estas entidades tampoco han arrojado resultados consistentes. Sin embargo, la insatisfacción material, y la carencia de soporte social adecuado, han sido consistentemente identificadas como factores de riesgo (19).

Respecto de la gravedad del cuadro depresivo, los autores señalan que las mujeres separadas o divorciadas tienen una probabilidad cuatro veces mayor que las solteras de tener una DPP más severa, mientras que aquellas que tienen más de un hijo tienen una probabilidad dos veces mayor que las primíparas de tener un episodio más severo. (16)

Pantoja (1995); estudió los factores de riesgo en la psicosis postparto, encontró que “la psicosis postparto era más frecuente en mujeres jóvenes entre los 15 a los 30 años, que eran solteras, con baja escolaridad, amas de casa en su mayoría, primíparas, y con antecedentes heredofamiliares de trastornos afectivos.” (19)

La Dra. Navarro Carvajal, Jennifer (2003) concluye en su tesis de grado titulada “estudio de las evaluaciones médicas utilizadas para identificar a las mujeres con diagnóstico de depresión postparto en las publicaciones presentadas desde 1998 a 2003”, que las mujeres que presentan depresión posparto cuentan con antecedentes personales de trastornos afectivos. Añade que esta condición afecta al 10-15% de las madres primíparas y suelen durar meses en remitir, por lo cual cuentan con un mayor riesgo de episodios depresivos recurrentes o eventualmente de una psicosis (19).

### **2.3.3 CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO:**

En la actualidad se cuenta con más de una veintena de estudios en los que se han documentado los numerosos efectos adversos asociados a la depresión posparto. Estas investigaciones han encontrado consecuencias negativas a nivel del vínculo madre-hijo (a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales

como cognitivos. Hall y Cols, por ejemplo, encontraron que los preadolescentes cuyas madres presentaron una depresión a los tres meses de tenerlos; es decir, sufrieron de depresión posparto, tuvieron coeficientes intelectuales significativamente más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron en ese período. En otro estudio, este grupo de investigadores dio a conocer una asociación entre depresión posparto materna y violencia en los hijos (as), aun considerando la depresión durante la gestación, su historia de depresión y las características de la familia. Los hijos (as) se mostraron más violento (a) si las madres habían estado deprimidas al tercer mes posparto y al menos en una ocasión más durante el seguimiento, el cual se extendió hasta 11 años después del parto. Pero la depresión puerperal no solo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo sino también la manera como lo percibe. Se ha visto que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres controles no deprimidas (9).

Un estado depresivo de meses o de años puede llegar incluso a ser incapacitante para la mujer. Si una mujer ha sufrido antes de depresión posparto, tiene un 70% de probabilidades de sufrirla de nuevo (Cárdenas, 2009). Para Verdugo (2008) cuando hay un parto la mujer puede tener sentimientos de pérdida, sentimientos asociados a un duelo, como pena, rabia, miedo, etc.; porque cuando el bebé estaba dentro del útero, no había que hacer nada, y todos estaban felices, en cambio, cuando ahora que ya se dio a luz, la situación no es tan simple, ya que el bebé demanda tiempo y energía. (9)

Entre las principales consecuencias de la depresión posparto, tenemos: (Cárdenas, 2009; Verdugo, 2008) (9)

**a.- RECHAZO POR SU PROPIO HIJO:** Si empieza a pasar el tiempo, donde el sentimiento es de mucha inestabilidad emocional, de mucho sentimiento de rechazo del bebé, eso puede producir una alteración en el vínculo madre hijo. Puede que le falte energía, tenga problemas para concentrarse, sea irritable, y no pueda llenar la necesidad de amor y afecto del bebé. (9)

**b.- DESEO DE HOMICIDA:** Esto vendría siendo el caso extremo y patológico del rechazo de una madre hacia su hijo. (9)

**c.- SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD:** Por otra parte es importante aclarar que acá no solo corre peligro el hijo, sino que la misma madre que también puede atentar contra su vida al sentir sentimientos de culpa por no ser capaz de cuidar a su propio hijo. Incluso se ha llegado a establecer que a pesar de que existen unas tasas bajas de suicidio de mujeres en el periodo postnatal, aquellas que desarrollan una depresión grave, sobre todo en el primer año tras el parto, están en un riesgo elevado de cometer suicidio (Appleby, Mortensen y Faragher, 1998, citados por Martínez et.al, 2001). (9)

**d.- ALTERACIÓN EN LA VIDA DEL BEBÈ:** Se altera la calidad del vínculo de la madre con su hijo. Eso implica que el bebé tenga una privación de la disposición de la madre hacia él, por ende, va a existir una alteración de la vida de ese ser humano. Afecta al bebé causando retrasos en el desarrollo del habla, problemas emocionales, problemas de comportamiento, nivel de actividad bajo, problemas para dormir, y angustia o sufrimiento. Ayuda si el padre o alguna otra persona llenan las necesidades emocionales del bebé mientras la madre está deprimida. Una mujer deprimida definitivamente no va a poder ser feliz y funcionalmente va a estar muy por debajo de las necesidades que está requiriendo su familia, ya que debe atender al bebé, a su esposo, a sus otros hijos si los hay, y muchas otras cosas en las cuales necesita entusiasmo (Cárdenas, 2009). (9)

De acuerdo con este concepto clásico de psicosis puerperales (y haciendo referencia a que existen cuadros de esquizofrenia, manía y depresión de presentación en el postparto), un autor holandés actual, Klompenhouwer, las define como: cuadro de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres sanas en un período de dos semanas después del parto. Dicho cuadro clínico se caracteriza por: (25)

- Rápidos cambios del nivel de conciencia, oscilando entre la perplejidad, la confusión y la desorientación, con intervalos lúcidos ocasionales. (25)
- Trastornos de la psicomotricidad (desde la agitación hasta el estupor), acompañados de alteraciones de la comunicación verbal (de asociaciones sonoras rápidas se puede pasar hasta el mutismo). (25)

- Oscilaciones de la afectividad (ansiedad alternando con felicidad estática), o trastornos afectivos más estables (depresión-manía). (25)
- Alucinaciones y pseudoalucinaciones, tanto auditivas como visuales, con percepciones anómalas que llevan a malas identificaciones e ilusiones. (25)
- Delirios y elaboraciones delirantes con un contenido típico, referido principalmente a la maternidad, el parto, el niño, la muerte, la destrucción. (25)
- Gran variabilidad y cambio del cuadro clínico a lo largo del tiempo: se ha denominado “caleidoscópico”. (25)

Para Klompenhouwer, la psicosis posparto tiene tres grupos fundamentales de manifestaciones fenomenológicas: afectivo, esquizoafectivo y psicosis funcional inespecífica. (25)

En cuanto a las consecuencias de la DPP, Barnet y col., mostraron que las jóvenes adolescentes con depresión posparto, tenían un riesgo relativo de 1,44 en relación a las no deprimidas de presentar un segundo embarazo entre los 12 y 24 meses posparto. Según algunos autores, respecto a la relación madre-hijo, reportaron una asociación estadísticamente significativa entre síntomas depresivos y peor interacción de las madres adolescentes con sus hijos(as) al momento de alimentarlo, concluyeron que hijos(as) de adolescentes deprimidas, mostraban menor talla, menor circunferencia craneana y mayor morbilidad entre los 3 y 6 meses de edad. (16)

#### **2.3.4 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO:**

Gabbe y Niebyl (2004); menciona que el tratamiento de la depresión posparto debe comenzarse precozmente. El tratamiento óptimo incluye tanto una serie de recomendaciones a la paciente como el uso de medicación. En el pasado se ha descrito la utilización de los antidepresivos triciclos (nortriptilina o dispramida), pero estudios recientes sugieren que los inhibidores de la recaptación de la serotonina (fluoxetina, paroxetina o sertralina) son igualmente eficaces y tienen menos efectos colaterales. Estos agentes son considerados seguros para la lactancia. Otros

tratamientos incluyen sustitutos de los estrógenos. En mujeres con un episodio anterior de depresión posparto, se ha sugerido comenzar tratamiento profiláctico o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) a dos a tres semanas antes del parto este esquema permite que los fármacos logren un nivel eficaz en el periodo posparto si no hay ninguna respuesta rápida a las medidas generales de soporte y la medicación inicial, se recomienda una consulta al psiquiatra el pronóstico de la depresión posparto tratada es bueno, aunque los síntomas pueden persistir durante un año. (28)

Los limitados datos disponibles sobre los antidepresivos atípicos, que no son ISRS ni tricíclicos (entre los que se incluyen bupropion, duloxetina, mirtazapina y venlafaxina), no sugieren, por el momento, un aumento del riesgo de teratogénesis o efectos obstétricos o neonatales adversos asociados a su uso. (9)

Vandenberg (2004); pone en énfasis en la importancia de la familia en la terapia de la depresión posparto. Estando física y emocionalmente agotada de las tensiones de embarazo y el parto, y sobre cargada por las demandas incesantes de su niño, la paciente púérpera puede ser incapaz de satisfacer las demandas de su marido y los otros niños. Esto reforzara su sentimiento de auto culpabilidad. La ayuda al marido y otros miembros de la familia a entender la naturaleza de la enfermedad de la paciente y la movilización de los recursos necesarios para proporcionar ayuda a la paciente en sus quehaceres domésticos y al cuidado de los otros niños ayudaran a revenir su sentimiento de atrapamiento y aislamiento. (28)

Si una paciente tiene alto riesgo de depresión posparto o si aparecen en el posparto inmediato signos o síntomas sospechosos de su desarrollo, es obligatorio fijar la visita posparto antes de las seis semanas tradicionales. Una madre ligeramente deprimida experimentara a menudo tal culpa y turbación secundaria a su sentido de fracaso en su papel de madre que será incapaz de llamar a su médico o admitir los síntomas de su depresión. Por lo tanto debe programarse tiempo suficiente para explorar a fondo incluso los signos o síntomas más ligeros de depresión la visita domiciliaria en esta situación puede ser apropiada para evaluar al paciente. (28)

#### 2.3.4.1. INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS:

Para las mujeres en riesgo pero que permanecen asintomáticas, o aquellas con síntomas leves de depresión posparto, se recomiendan medidas de orden general, como la psicoeducación. Básicamente, consiste en explicarle a la madre y a la familia, la naturaleza del trastorno que aqueja a la paciente, haciendo hincapié en que se trata de una enfermedad y no de derrota o fracaso personal, modo de conceptualizar el trastorno que uno a menudo encuentra en la práctica clínica. Es aconsejable descartar alteraciones de las hormonas tiroideas. Asimismo, resulta fundamental perturbar lo menos posible los ritmos circadianos. El tratamiento oportuno de los problemas del sueño con frecuencia logra evitar el desarrollo de trastornos depresivos puerperales en mujeres de alto riesgo. De ser posible, se debe asistir (o relevar) a la madre en el cuidado nocturno del niño ya que ello puede ser muy beneficioso a través de favorecer el descanso. Las psicoterapias avaladas por la investigación científica, para ser usadas en esta etapa de la vida, son la cognitivo-conductual y la interpersonal. Esta última se focaliza en la transición de roles y en la adquisición de nuevas destrezas vinculadas a la maternidad. (9)

La psicoterapia cognitiva conductual e interpersonal ha demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión posparto. Las intervenciones en la pareja han demostrado mejorar la salud mental de la paciente y de su compañero, con el consiguiente beneficio para el grupo familiar. Para las mujeres en las que la depresión ha interferido en el desarrollo de la relación con el hijo, el rol de la pareja acompañándola, la implementación de masajes al niño y otros ejercicios de acercamiento pueden mejorar la interacción de la díada. (Kisa, C y cols; 2007) (19) Pero es importante agregar que la terapia no farmacológica, aunque es eficaz, no se recomienda como monoterapia ya que se ha evidenciado el alto riesgo de recaídas, lo ideal es acompañar esta tipo de terapia junto con tratamiento farmacológico. (Pfuhmann B, 2002) (19) Estudios indican que mantener la separación madre-hijo hasta la curación de la madre es crear el riesgo de estancarse. El niño no es un compañero indiferente, y si es separado largo tiempo de la madre presentará las mismas reacciones de rechazo que complicarían el reinicio de las relaciones; al mismo tiempo, esta medida confirmará a la madre que no es capaz de amarlo. Las relaciones madre-hijo deben ser restablecidas con

cuidado. El reinicio de los contactos y la participación en los cuidados del niño se harán progresivamente, para evitar los gestos agresivos y para respetar la justa medida en el acercamiento a su hijo que la madre sea capaz de soportar sin angustia. (Guscott, 1991) (19)

#### **2.3.4.2. FARMACOTERAPIA:**

La literatura consultada indica en que cada caso debe considerarse de forma individual, valorando riesgos y beneficios. En general, se recomienda evitar la lactancia en pacientes que tomen psicótopos hasta que los riesgos sobre el recién nacido se estudien más a fondo. Los psicofármacos (neurolepticos, benzodiazepinas, litio, antidepresivos, antiepilépticos, opiáceos) se secretan en la leche materna. Las concentraciones de psicótopos varían enormemente y dependen de cada fármaco y del metabolismo materno. (25)

En los estudios realizados en puérperas con la misma dosificación que para otros tipos de depresión se han visto bien tolerados. Todas las mujeres deberán ser informadas de que el fármaco se excreta en pequeñas cantidades en la leche materna. Pero la exposición neonatal parece tener una tasa baja de efectos adversos, sin embargo, los efectos a largo plazo sobre el desarrollo cerebral son todavía poco conocidos. (36)

Se cuenta con una extensa información sobre la utilización de antidepresivos tricíclicos durante el embarazo, los cuales parecen ser seguros y no asociarse con la aparición de malformaciones congénitas (ni siquiera administrados en el primer trimestre). Aparecen en la leche materna en concentraciones similares a las del plasma. Pero sus efectos colaterales de índole anticolinérgico limitan su uso. (19)

Con respecto a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina repetidos estudios han demostrado seguridad de uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina incluyendo sertralina, paroxetina y venlafaxina en la lactancia. (19) La fluoxetina es la que cuenta con un número de datos más abundantes. No se puede concluir que exista un riesgo más elevado de malformaciones congénitas y tampoco puede concluirse que la exposición produzca alteraciones posteriores en los niños relativas a la conducta o coeficiente intelectual. Ciertos estudios han concluido la asociación con irritabilidad o

alteraciones del sueño en el lactante. Al igual que con el Citalopram. Sin embargo se hace la aclaración que esto ocurre de forma anecdótica. (Green, J; 2004). (19) El único inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina que no induce valores detectables en el neonato parece ser la sertralina. (Busko M, 2008). (19)

Para Whittington y Cols; (2004), en su estudio, los medicamentos más indicados son los inhibidores de la recaptación de la serotonina selectivos, en vista de su aparente superior eficacia en mujeres, su efecto ansiolítico, poco efecto sedante y por ser muy bien tolerados. (19)

La terapia hormonal puede ser una modalidad interesante en el manejo de estos casos. Sin embargo, los estudios son aún preliminares. Específicamente el uso de estrógenos mejoraron el estado afectivo y mental de las pacientes diagnosticadas con depresión y psicosis posparto; con el empleo de esta terapéutica hubo mejoría significativa a partir de la primera semana y un aumento de los niveles de estradiol en plasma. (19) En el caso de los antipsicóticos se considera más seguros a los de segunda generación, éstos no han sido asociados con un riesgo significativo de toxicidad neonatal; sin embargo no hay estudios suficientes que aseguren su uso durante la lactancia, por lo que es preferible suspender la misma (Burt, V; 2001). (19)

El tratamiento con litio debe ser iniciado antes del parto, después de las 36 semanas, y antes de las 48 horas posparto. Pacientes con alto riesgo incluyen aquellas historias de depresión posparto más trastorno depresivo mayor recurrente, o aquellas con historia de trastorno depresivo mayor severo recurrente que requirieron durante el embarazo de tratamiento para mantenerse eutímicas. En estos casos se debe considerar fuertemente la profilaxis con antidepresivos, y por supuesto en el último caso, continuar con el tratamiento que recibió durante el embarazo (Fisher, S; 2005). (19)

#### **2.4. ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO:**

La escala de depresión posparto de Edimburgo publicada por Cox, Holden y Sabovsky en 1987, que ha sido utilizada en diferentes investigaciones en varios países y culturas, constituyendo una herramienta eficiente y valiosa de evaluar a pacientes en riesgo de depresión perinatal. En el trabajo de investigación se aplica

la versión traducida al español por el Departamento de Psicología por la Universidad de Iowa (Moreno Zaconeta, Domínguez Casulari da Motta, Franco, 2004). Se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de posparto; una afección alarmante más prolongada que la “melancolía de la maternidad” (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 postparto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. (7)

La escala de depresión postparto de Edimburgo se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la escala de depresión postparto de Edimburgo 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. (7)

#### **2.4.1. INSTRUCCIONES DE USO DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE POSTPARTO DE EDIMBURGO:**

- 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. (7)
- Tienen que responder las diez preguntas. (7)

- Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas. (7)
- La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer. (7)
- La escala de depresión posparto de Edimburgo se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de posparto. La clínica de pediatría, la cita de control de posparto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla. (7)

#### **2.4.2. PAUTAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE POSTPARTO DE EDIMBURGO:**

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8,9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la escala de depresión posparto de Edimburgo 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. (7)

### **3. Antecedentes investigativos.**

#### **3.1 En el ámbito nacional**

**3.1.1. Autor:** María del Pilar Bao-Alonso, Johann M. Vega-Dienstmaier ,  
Pedro Saona-Ugarte

**Título:** Prevalencia de depresión durante la gestación

**Resumen:** Objetivos: Estimar la prevalencia de depresión durante la gestación y estudiar posibles factores asociados a ésta. Material y Métodos: Entre los meses de marzo y julio del 2004, se incluyeron 203 pacientes embarazadas que acudían

al Consultorio Externo de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima, Perú. Se registraron los datos personales, obstétricos, socioeconómicos y psiquiátricos de las gestantes, y se les aplicó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). Resultados: Un 34,7% de las embarazadas tuvo puntajes de la EPDS  $> 13,5$ . La prevalencia estimada de depresión mayor en las pacientes gestantes, tomando en cuenta la sensibilidad y especificidad de la EPDS para el punto de corte 13,5, fue 22,25%. Se obtuvieron puntajes totales de EPDS con una media de 11,3 y una desviación estándar de 6,2. Los factores asociados a mayores niveles de depresión medidos con la EPDS fueron: ser soltera. Conclusión: La prevalencia estimada de depresión durante la gestación en las pacientes ambulatorias de nuestro estudio es más elevada que la encontrada en la literatura mundial en mujeres embarazadas y posparto, sin embargo, similar a la hallada en otro estudio realizado en el Perú con gestantes (39).

Esta realidad no es ajena al Hospital Goyeneche considerando que del total de 160 partos mensuales se estima que el 30% oscilan entre las edades de 12 a 19 años, presentándose en la mayoría de ellas sintomatología que nos indican una posible depresión posparto, sin embargo, no se ha realizado algún estudio que demuestre esta reflexión, puesto que no existen registros en el Hospital que sustenten lo observado en la práctica clínica. El no tomar este trastorno con la debida seriedad y no diagnosticarlo a tiempo podría hacer que el síntoma se intensifique convirtiéndose en un padecimiento crónico, con posterior consecuencia de mala calidad de vida de la mujer la pareja, la familia y el recién nacido.

**3.1.2. Autor:** Bach. Elen Rosa Vásquez, Julcahuanga, Bach. Roni Sangama Mori

**Título:** Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la Clínica Corpomedic Tarapoto, Junio-setiembre 2012

**Resumen:** La presente investigación fue planteada como descriptivo correlacional de corte transversal, con enfoque cuantitativo, el mismo tuvo como objetivo determinar la relación entre las características socio demográfico y la depresión posparto en las puérperas que consultaron en la clínica Corpomedic Tarapoto.(37)

Las situaciones dentro de las pacientes gestantes en el Hospital Goyeneche casi son similares en los diferentes lugares del Perú, no dista la diferencia en nuestra población adscrita a los hospitales del estado y las condiciones socio-demografía de nuestra paciente.

**3.1.3. Autor:** Gema Sologuren García, Carmen Linares Torres, Paul E. Vega Adrianzen

**Título:** Depresión Post Parto: Prevalencia de Test de Rastreo positivo en Puérperas. Tacna 2009

**Resumen:** El objetivo de la presente investigación es determinar la prevalencia del test positivo para la depresión posparto según la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna (Consultorio de Obstetricia, Consultorio de Crecimiento y Desarrollo, Vacunación, Consultorio de Pediatría). Se trata de un estudio descriptivo transversal cuya muestra está formada por 480 puérperas. Los resultados indican que la prevalencia de la depresión post parto es de 37.5% en las puérperas sujeto de estudio durante el periodo de julio a diciembre del 2009. Asimismo, debemos referir que la presente investigación responde a las puntuaciones de la Escala de Edimburgo y no reemplaza al juicio clínico, considerando sus resultados como un signo de alerta que permitirá reconocer a las puérperas que necesitan ser derivadas para valoración especializada (10).

Es importante que esta evaluación se pudiera aplicar como parte del Control Prenatal, se pudiera encontrar a tiempo algún riesgo de depresión en nuestras pacientes gestante y fortalecer con apoyo de psicología en esta área, y lo más importante conocer el riesgo que puede cursar la paciente.

**3.1.4. Autor:** Pilar Aramburú, Rosalyn Arellano, Sandra Jáuregui, Lizbeth Pari, Pablo Salazar, Oswaldo Sierra

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

**Resumen:** Objetivos: Determinar la tasa de prevalencia de depresión posparto en madres de uno a seis meses de periodo posparto atendidas en establecimientos de salud del primer nivel del MINSA en Lima Metropolitana; determinar además los factores socio demográficos y gineco-obstétricos asociados a ésta. Material y Métodos: Se seleccionaron mujeres en edad fértil, puérperas de Lima Metropolitana que acudían para control postnatal durante el mes de junio del 2004 a los puestos y centros de salud del MINSA. Se utilizó el inventario de predictores de Depresión Posparto (DPP) y la Escala de Depresión Posparto Post natal de Edinburg (EPDS) como herramientas de tamizaje. Si el puntaje obtenido era mayor de diez se procedía a la entrevista clínica estructurada de DSM IV para desórdenes de depresión posparto con el objetivo de confirmar el diagnóstico. Resultados: Se entrevistaron a 261 madres, con un promedio de edad de 27 años. La prevalencia de depresión posparto diagnosticada por medio del test de Edinburg fue de 33% y con la entrevista semi-estructurada de DSM IV se confirmó una prevalencia de 24.1%. Se encontró además que el 60.9% presentaron factores estresantes, el 8.4% tenían baja autoestima, 23.8% no percibían apoyo social y 50% tuvieron blues posparto. Conclusiones: Se encontró una tasa de prevalencia de depresión posparto en Lima Metropolitana de 24%. Los factores gineco-obstétricos y el estatus socioeconómico son factores de riesgo moderado para el desarrollo de depresión posparto. Es de importancia reconocer los factores relacionales/ satisfacción marital y psicosociales como factores de alto riesgo para el desarrollo de depresión posparto en mujeres dentro de los primeros meses. (31)

**3.1.5. Autor:** Juan Escobar, Percy Pacora, Nilton Custodio, Walter Villar

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

**Resumen:** Introducción: La depresión posparto y la violencia basada en género son patologías muy frecuentes en la mujer; la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno radica en evitar las consecuencias a futuro en la mujer, el recién nacido y la familia en general. Objetivos: Determinar la asociación entre

depresión posparto y la violencia basada en género. Diseño: Exploratorio, de corte transversal. Lugar: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú. Participantes: Mujeres puérperas. Intervenciones: Se aplicó una ficha de datos sociodemográficos y del parto, la escala de Edimburgo, el inventario revisado de factores predictores de depresión posparto y el instrumento de detección de violencia basada en género a 100 mujeres, de 1 a 12 meses de tiempo puerperal. Principales medidas de resultados: Asociación entre depresión posparto y violencia basada en género. Resultados: La tasa de depresión posparto fue 17%, encontrando diferencias estadísticas al compararla con autoestima, depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación. El 51% fue víctima de violencia basada en género, siendo la más frecuente la forma psicológica. Se halló diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia basada en género ( $p=0,001$ ), así como, diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia durante la gestación, encontrando un OR de 5,5 (IC:  $< 5,5; 16,7>$ ). Conclusiones: Las mujeres víctimas de violencia tienen riesgo elevado de sufrir depresión posparto (29).

**3.1.6. Autor:** Almanza Cáceres, Luís Carlos

**Título:** Frecuencia y Características Socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de GinecoObstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013

**Resumen:** Objetivos. Determinar la frecuencia y las características socio-demográficas del Trastorno de Depresión Post-Parto en puérperas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013. Métodos. Estudio descriptivo transversal de asociación simple. Se analizaron 196 gestantes de 14 a 39 años de edad que fueron atendidas durante el mes de diciembre del 2013 en Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, entre el 2 y 31 de enero, a cada puérpera se le aplicó un cuestionario de datos socio demográficos y la escala de Depresión de Edimburgo. Se determinó la frecuencia del trastorno así como la relación entre las variables de estudio según presencia de Depresión Post Parto mediante la prueba de  $X^2$  y  $P < 0.05$ . Resultados. De las 196 puérperas, 90 (45.9%) presentaron Depresión Post Parto, las mujeres jóvenes (14-22 años) tienden a deprimirse más. Las que planificaron su embarazo, bajo grado de instrucción, tuvieron abuso físico

por la pareja y cuidan solas a sus hijos tendían a deprimirse más que sus pares, los antecedentes de mala relación con los padres, número de controles prenatales, tipo de parto y procedencia no influyeron en la presencia de Depresión Post Parto. Conclusiones. Debido a que las variables: grado de instrucción, estado civil, edad, abuso físico por parte de la pareja, planificación del embarazo y relación con la pareja son variables que guardan relación directa con la presencia de Depresión Post Parto, se deberían de establecer como factores de riesgo para la sospecha de este diagnóstico. (43)

### 3.1.7. Autor: Fátima Zhenia Manrique Sila

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

**Resumen:** Antecedentes: La depresión postparto es un trastorno subdiagnosticado, que afecta a las mujeres en el puerperio y puede tener factores desencadenantes los cuales pueden ser prevenidos. Objetivo: Establecer la frecuencia y los factores de riesgo asociados a la presentación de depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique de Arequipa, en el periodo Octubre-Diciembre 2016. Métodos: Encuesta a las puérperas que dieron a luz durante el 2016 aplicando la Escala de Edimburgo a aquellas que cumplieron criterios de selección. Se comparan variables mediante prueba chi cuadrado. Resultados: De un total de 119 casos, 48 (40.34%) presentaron síntomas de depresión posparto. El tiempo transcurrido desde el parto hasta el diagnóstico fue de  $4.69 \pm 1.97$  meses. La edad promedio de madres con depresión fue  $28.21 \pm 6.09$  años y para mujeres sin depresión fue  $26.93 \pm 4.72$  años ( $p > 0.05$ ). El estado civil y la ocupación de las madres fue similar entre ambos grupos ( $p > 0.05$ ), pero en mujeres con depresión el 10.42% tuvo violencia familiar, mientras que se presentó en 1.41% en mujeres sin depresión ( $p < 0.05$ ). El apoyo familiar de las mujeres con depresión fue regular en 25% y malo en 8.33%, y fue bueno en 90% de mujeres sin depresión ( $p < 0.05$ ). La comunicación con la pareja fue buena en 68.75% de mujeres con depresión, regular en 12.50% y mala en 4.17%, mientras que en aquellas sin depresión el 90.14% tuvo buena relación y 2.82% regular ( $p < 0.05$ ). No hubo diferencias en la paridad, el número de controles prenatales, la presencia de trastornos del embarazo o el tipo de parto ( $p > 0.05$ ).

La mayoría de neonatos fueron varones, 52.08% en mujeres con depresión y 57.75% sin depresión ( $p > 0.05$ ), con similares proporciones de edad gestacional y peso al nacer, así como de patologías neonatales ( $p > 0.05$ ). Conclusiones: Se encontró una frecuencia elevada de depresión posparto en el Hospital Julio Pinto Manrique, influido de manera significativa por factores socioculturales como la violencia familiar, el apoyo familiar y la comunicación con la pareja. (44)

### 3.2 En el ámbito Internacional:

**3.2.1. Autor:** Rubén Alvarado, Marcela Rojas, Jorge Monardes, Ernesto Perucca, Emilio Neves, Eugenio Olea, Aldo Vera

**Título:** Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal

**Resumen:** Se estudia una cohorte de 125 embarazadas, que fueron seguidas hasta los 2 meses del posparto, encontrándose una incidencia de 22,4% de cuadros depresivos en el puerperio. Se realizó un análisis de regresión logística múltiple, cuya ecuación final incluyó una variable aislada (insatisfacción con la relación de pareja) y dos parejas de variables en interacción (bajo apoyo social con bajo nivel socio-económico y embarazada de edad adolescente con depresión durante su gestación). El modelo construido presenta una buena eficiencia global (84,0%), destacando su especificidad (94,9%) por sobre su sensibilidad (46,4%). (46)

**3.2.2. Autor:** José Urdaneta M. MSc, Ana Rivera S, José García I. PhD, Mery Guerra V. PhD, Nasser Baabel Z. PhD, Alfi Contreras B.

**Título:** Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo

**Resumen:** 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 Posparto 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 cesáreo 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. (47)

**3.2.3. Autor:** Dras. Johalys Karina Fernández Vera, Alejandra Teresa IturrizaNatale, Judith Toro Merlo, Rosalba Valbuena

**Título:** Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo

**Resumen:** Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión posparto en puérperas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” de Caracas, durante el período comprendido entre junio y septiembre de 2013. Métodos: Se realizó una investigación de tipo descriptiva y prospectiva, con una muestra de 249 puérperas, aplicando la escala de depresión posparto de Edimburgo para detectar depresión posparto. Resultados: En el puerperio mediano hubo una prevalencia de depresión posparto de 84,2 % en las adolescentes y de 81,5 % en las adultas sin diferencia significativa entre ambos grupos. Conclusión: La prevalencia de depresión posparto fue elevada en adolescentes y en adultas, predominando la depresión posparto de grado moderada. (48)

**3.2.4. Autor:** Drs. Ruth Pérez Villegas, Katia Sáez Carrillo, Lorena Alarcón Barra, Vanesa Avilés Acosta, Isabel Braganza Ulloa, Jocelyn Coleman Reyes

**Título:** Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo

**Resumen:** Objetivo: Analizar algunas variables sociodemográficas, obstétricas y perinatales asociadas al riesgo de depresión posparto, según escala de Edimburgo.

Ambiente: Departamento de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción y Hospital de Coronel, Chile.

Métodos: Estudio analítico, observacional en 50 puérperas que asistieron a control a la 6° semanas posparto en el 2006. Se les aplicó la escala de Edimburgo, escala de Graffar y un instrumento de variables obstétricas y perinatales. Para el análisis estadístico se aplicó las pruebas Fisher y Chicuadrado.

Resultados: La frecuencia de test positivo según escala de Edimburgo, fue de 22 %. La edad, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, paridad, patologías del embarazo, tipo de parto, hospitalización del recién nacido, no resultaron estadísticamente diferentes para riesgo de depresión posparto.

Conclusión: Es necesario realizar un tamizaje universal para la pesquisa precoz de depresión posparto y realizar nuevos estudios considerando otros factores asociados. (35)

**3.2.5. Autor:** Stephanie Bustos Rementería ,Nataly Jiménez Ponce

**Título:** Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica - Chile

**Resumen:** El propósito de este estudio fue investigar los factores de riesgo asociados a la Depresión Post Parto en puérperas inscritas en Centros de Atención Primaria de la ciudad de Arica. Este estudio corresponde a un diseño no experimental correlacional ex post-facto. Los Instrumentos utilizados fueron: Edinbrough que mide síntomas depresivos, Cuestionario de Satisfacción con la Pareja y una encuesta para recabar antecedentes Sociodemográficos y Anamnéscos. Los resultados indicaron que las variables asociadas de manera estadísticamente significativa con la Depresión Post Parto guardan relación con factores anamnéscos, específicamente con el deseo del embarazo, diagnóstico previo de depresión, intento de aborto del hijo recién nacido y método utilizado para la nutrición. A diferencia de otras investigaciones no resultaron significativos los antecedentes Sociodemográficos y la Satisfacción con la Pareja. Finalmente, los resultados permiten establecer que existen factores de riesgo relacionados con la historia personal de las madres que inciden en el surgimiento de la Depresión Post

Parto. Esto da cuenta de la importancia de desarrollar actividades que permitan un seguimiento eficaz y estrategias de prevención de trastornos depresivos asociados a la maternidad. (40)

#### 4. Objetivos

##### 1. Objetivo general

Determinar el riesgo de depresión en las puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche Arequipa de Setiembre a Noviembre 2017

##### 2. Objetivos específicos

- Determinar los factores de riesgo sociodemográficos para la depresión post parto según la escala de Edimburgo en puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche.
- Establecer relación que existe entre la depresión posparto y los factores de riesgo de las pacientes en estudio.

#### 5. Hipótesis:

1. La depresión post parto está ampliamente demostrada por numerosos estudios a nivel mundial por las características de la puérpera.
2. Es probable que exista relación significativa entre las características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en el Hospital Goyeneche de Setiembre a Noviembre 2017.

### III PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 4. Técnicas, instrumentos de verificación

##### 1.3 Técnicas e Instrumentos

**Técnicas.-** Encuestas, entrevistas

**Instrumentos.-** Cuestionario, cédulas de entrevistas.

**Materiales:**

- Fichas de investigación o cuestionario: Cuestionario de Graffar-Méndez Castellano (determinación de nivel socio-económico)
- Cuestionario sobre Depresión Postnatal de Edimburgo.
- Historias Clínicas hospitalarias.
- Material de escritorio: Fichas, SPS (paquete estadístico), bolígrafos, lápiz, borrador, etc.
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

**1.4 Prototipo de instrumentos**

**Entrevista:** Técnica de estudio, entrevista estructurada, con el fin de obtener información acerca de la depresión posparto en puérperas. La aplicación de la escala mediante entrevista, se realizará a toda la gestante que acuda al hospital Goyeneche, para detectar la aparición de casos nuevos de depresión por parto.

**Cuestionario:** En la presente investigación se aplicó la escala de depresión posparto de Edimburgo–EPDS, la versión traducida al español por el Departamento de Psicología por la Universidad de Iowa (Moreno Zaconeta, DomínguesCasulari da Motta, Franco, 2004). Este cuestionario proporciona información de cómo la madre se ha sentido durante la semana previa a la administración de la escala de depresión posparto de Edimburgo. Consta de las siguientes partes: (Anexo 02):

El instrumento tiene por 10 ítems con preguntas cerradas y respuestas poltómicas, a las categorías de las respuestas se les dan puntos de nunca (=0), ocasionalmente (=1), a veces (=2), y siempre (=3) según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9,10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.

También se incluyó una sección de datos para las características personales de las puérperas: la edad, la procedencia, el idioma, el grado de instrucción, el estado civil, la ocupación y la atención prenatal.

## 5. Campo de verificación

**2.1. Ubicación espacial:** Hospital Goyeneche, Arequipa – Perú.

**2.2. Ubicación temporal:** septiembre a noviembre 2017

**2.3. Unidades de estudio:**

La población de estudio son todas las mujeres atendidas gestantes en el servicio de Obstetricia del Hospital Goyeneche y que en el puerperio inmediato no presentaron depresión posparto según el instrumento seleccionado. (Escala de Edimburgo -EPDS).

**2.4. Tamaño de la muestra**

- Población aproximada:  
130 Partos mensuales en 3 meses = 390 (N)
- Muestreo 50 puérperas.
- Nivel de confianza 95% (0.95) y por ende nivel de significación 5% (0.05 y  $Z_{1-\alpha}$  bilateral= 1.96)
- Error de estimación 5% (0.05)
- P: probabilidad del evento de interés 30% (0.3) (por aproximación a las referencias bibliográficas 3 y 5)

Q: 1-P 70 % (0.7)

**Entonces:**

$$n = N * p * q / (N-1)(0.05/1.96)^2 + p * q$$

Si N= 390, p= 0.3, q=0.7, error de muestreo= 0.05 y  $Z_{1-\alpha}$  =1.96

**Luego:**

$$n = (390 \times 0.3 \times 0.7) / [(360 - 1)(0.05 / 1.96)^2 + 0.3 \times 0.7]$$

$$n = 178$$

$n = 178 + 22 = 200$  puérperas sin depresión en el puerperio inmediato

## **2.5. Criterios de selección**

### **Criterios de Inclusión:**

- Puérperas tardías atendidas en el Hospital Goyeneche

### **Criterios de Exclusión:**

- Puérperas con antecedentes de Depresión, o tratamiento psiquiátrico.

## **6. Estrategia de Recolección de Datos**

### **6.1. Organización.**

Se solicitó a la Dirección con atención al jefe de unidad de Gineco-Obstetricia autorización para adquirir datos y aplicar la encuesta directa desde que ingresa la gestante al establecimiento de salud hasta su alta, así como el acceso al archivo de historias clínicas del Hospital Goyeneche.

### **6.2. Recursos.**

Recursos técnicos, económicos y logísticos, de responsabilidad del investigador.

### **6.3. Validación del Instrumento**

Evaluado por Médico Gineco Obstetra

Evaluado por Médico Psiquiatra

### **6.4. Criterios para el manejo de resultados.**

Los datos de las variables cuantificadas y consignadas en las fichas de registro serán transcritos a una hoja de cálculo (Excel 2007) y dicha base de datos será analizada con el software STATISTICA 8.0 y adicionalmente el SPSS 18.0

Se emplearán técnicas de estadística descriptiva para calcular frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), valores de resumen de tendencia central y variabilidad (media, mediana y desviación estándar) según la naturaleza de cada variable descriptora.

Se estimará la densidad de incidencia y la tasa de incidencia acumulada de Se estimará el intervalo de confianza de la tasa de incidencia acumulada (IC) al 95 %.



#### IV CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES PROGRAMADAS	Duración						
	Juli	Agos	Setiem	Octub	Noviem	Diciem	Enero
Revisión Bibliográfica	x	x					
Diseño del Proyecto de investigación			x	x			
Aprobación del Proyecto de investigación					x		
Ejecución y Recolección de información			x	x	x	x	
Procesamiento de los datos						x	
Análisis de los datos						x	
Interpretación de los resultados						x	
Presentación de tesis							x

### ANEXO 5: Matriz de datos

N°	Puntaje Total de la escala Edimb.	Depresión posparto	Tiempo de debut (sem)	Edad (años)	Grupo de edad	Estado civil	Ocupación	Paridad
		1: No 2: Sí			1: <20 2: 20 a 30	1: soltera 2: conviviente	1: ama de casa 2: trab. Independ.	1: primipara 2: múltipara
1	11	2	4	34	3	2	3	2
2	18	2	5	15	1	1	1	1
3	11	2	4	26	2	3	2	2
4	3	1	6	35	3	2	3	1
5	11	2	4	23	2	3	1	2
6	8	1	4	19	1	1	2	2
7	9	1	5	30	2	1	3	1
8	12	2	4	18	1	3	1	2
9	12	2	6	32	3	1	1	2
10	11	2	4	18	1	1	1	1
11	17	2	4	21	2	1	1	2
12	13	2	6	31	3	1	3	1
13	5	1	4	30	2	3	3	2
14	6	1	6	29	2	3	1	2
15	12	2	5	19	1	2	1	1
16	12	2	4	23	1	1	1	1
17	11	2	4	28	2	2	3	1
18	11	2	4	24	2	2	3	1

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

48	9	1	4	32	3	2	3	2
49	6	1	6	28	2	3	1	2
50	12	2	6	30	2	2	1	2
51	9	1	4	29	2	3	3	2
52	9	1	4	27	2	3	1	2
53	10	1	4	26	2	2	1	2
54	10	1	6	26	2	1	1	2
55	14	2	4	20	2	2	1	2
56	14	2	4	25	2	2	1	2
57	9	1	4	29	2	2	3	2
58	15	2	6	18	1	1	1	1
59	9	1	4	19	1	2	1	2
60	16	2	5	20	2	1	1	2
61	8	1	4	20	2	2	2	1
62	8	1	6	22	2	2	2	2
63	6	1	6	30	2	2	1	2
64	9	1	6	21	2	2	1	2
65	12	2	4	25	2	2	1	1
66	11	2	4	28	2	3	3	2
67	5	1	6	23	2	1	1	2
68	13	2	4	24	2	2	1	2
69	10	1	5	24	2	2	1	2
70	13	2	4	32	3	2	1	2
71	10	1	4	28	2	2	2	2
72	4	1	4	29	2	2	1	2
73	6	1	4	30	2	2	2	2
74	18	2	6	34	3	4	3	2
75	9	1	6	26	2	3	3	2
76	4	1	5	25	2	2	1	2

77	9	1	4	20	2	2	1	2
78	13	2	4	18	1	1	1	1
79	10	1	6	20	2	2	2	2
80	10	1	4	25	2	3	1	2
81	13	2	6	23	2	2	1	2
82	11	2	5	23	2	2	1	2
83	7	1	4	28	2	2	1	2
84	9	1	4	32	3	2	2	2
85	10	1	5	30	2	2	1	2
86	13	2	6	28	2	3	1	2
87	15	2	5	26	2	2	1	2
88	8	1	4	25	2	2	1	1
89	14	2	6	25	2	1	3	2
90	14	2	4	18	1	1	2	2
91	9	1	4	22	1	2	1	1
92	7	1	6	20	2	2	1	2
93	15	2	6	16	1	1	1	1
94	8	1	6	20	2	2	1	2
95	12	2	6	25	2	3	3	2
96	10	1	4	20	1	1	1	1
97	10	1	6	23	2	2	1	2
98	11	2	4	29	2	2	1	2
99	14	2	4	32	3	2	2	2
100	5	1	4	30	2	3	1	2
101	11	2	6	25	2	1	1	2
102	9	1	5	26	2	3	1	2
103	17	2	6	30	2	2	3	2
104	13	2	4	25	1	1	1	1
105	9	1	6	19	1	2	2	1

106	15	2	6	18	1	1	1	2
107	11	2	6	23	2	2	1	2
108	10	1	4	25	2	2	1	2
109	9	1	6	24	2	2	3	2
110	9	1	5	23	2	3	3	1
111	5	1	6	22	2	1	2	2
112	10	1	6	21	2	2	1	2
113	5	1	4	30	2	3	2	2
114	14	2	6	29	2	2	1	2
115	16	2	4	18	1	1	1	1
116	7	1	6	33	3	2	1	3
117	10	1	4	25	2	2	1	2
118	9	1	4	22	2	2	1	2
119	11	2	6	19	1	2	1	2
120	10	1	6	20	2	2	2	2
121	10	1	4	23	2	2	2	2
122	13	2	4	21	1	1	1	1
123	6	1	4	25	2	3	1	2
124	12	2	5	23	2	2	1	2
125	9	1	6	28	2	2	3	2
126	9	1	5	30	2	2	1	2
127	11	2	6	19	1	1	1	2
128	15	2	6	31	3	2	1	2
129	8	1	4	23	2	2	2	2
130	8	1	5	22	2	3	1	1
131	13	2	6	25	2	3	1	2
132	13	2	4	20	1	2	1	1
133	9	1	4	21	2	2	1	1
134	10	1	6	26	2	3	3	2

135	10	1	4	25	2	3	1	2
136	12	2	4	21	2	2	2	2
137	9	1	6	18	1	2	1	2
138	11	2	4	20	2	2	1	2
139	8	1	4	30	2	2	1	2
140	10	1	6	18	1	1	1	1
141	9	1	4	23	2	2	3	2
142	13	2	6	25	2	2	2	2
143	4	1	6	29	2	2	3	2
144	7	1	4	33	3	3	2	2
145	14	2	6	27	1	2	1	1
146	11	2	4	24	2	2	1	2
147	10	1	4	22	2	2	1	2
148	9	1	6	26	2	2	3	2
149	12	2	4	20	2	2	1	2
150	9	1	4	20	2	2	1	1
151	11	2	4	18	1	1	1	2
152	10	1	6	19	1	2	1	2
153	10	1	6	20	2	2	1	2
154	15	2	4	25	2	2	2	2
155	12	2	5	24	2	2	1	1
156	13	2	4	28	2	2	1	2
157	10	1	4	28	2	3	1	2
158	9	1	6	32	3	2	3	2
159	9	1	4	20	2	2	1	2
160	11	2	4	25	2	3	1	2
161	12	2	4	23	2	2	1	1
162	11	2	4	26	2	3	2	2
163	5	1	4	20	2	2	1	2

164	15	2	6	30	2	4	2	2
165	10	1	4	18	1	2	1	1
166	10	1	6	21	1	1	1	1
167	11	2	4	24	2	2	3	2
168	11	2	6	22	2	2	1	2
169	10	1	4	20	2	2	1	2
170	9	1	4	23	1	1	1	1
171	10	1	5	25	2	3	2	2
172	13	2	4	23	2	2	1	2
173	12	2	6	30	2	2	1	2
174	10	1	6	24	2	3	1	2
175	11	2	4	24	2	3	1	2
176	8	1	6	30	2	2	2	2
177	11	2	6	31	3	3	3	2
178	15	2	4	19	1	2	1	2
179	7	1	4	26	2	3	1	2
180	7	1	6	22	2	2	1	2
181	16	2	6	18	1	2	1	2
182	13	2	5	20	2	2	2	1
183	8	1	5	24	2	3	3	1
184	11	2	4	30	2	2	3	2
185	10	1	4	20	2	2	1	2
186	12	2	6	19	1	1	1	2
187	14	2	4	25	2	2	1	2
188	9	1	4	25	2	2	1	2
189	10	1	6	23	2	3	3	2
190	8	1	4	21	2	2	1	2
191	12	2	4	20	2	2	1	1
192	9	1	6	30	2	2	1	2

193	10	1	6	29	2	3	2	2
194	11	2	5	27	2	3	1	2
195	10	1	6	27	2	2	2	2
196	11	2	4	31	3	2	2	3
197	9	1	5	26	2	2	1	2
198	9	1	6	24	2	2	3	2
199	15	2	4	20	2	2	2	1
200	10	1	6	26	2	3	2	2

