



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**RELACIÓN ENTRE DEPRESION POST PARTO Y LA ACTITUD HACIA EL
AUTOCUIDADO EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA - 2017**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

**PRESENTADO POR
DINOS CCANTO HEIDY KARINA**

**ASESOR
MG. IDALIA MARIA CONDOR CRISOSTOMO**

AREQUIPA- PERÚ, 2017

**RELACIÓN ENTRE DEPRESION POST PARTO Y LA ACTITUD HACIA EL
AUTOCUIDADO EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA - 2017**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Establecer la relación entre depresión post parto y la actitud hacia el autocuidado en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa de junio a noviembre de 2017. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 379 puérperas, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert , la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,816; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,931, la prueba de hipótesis se realizó mediante la R de Pearson con un valor de 0,933 y un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

Las puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, quienes tienen probable depresión post parto, tienen a su vez una mala actitud hacia el Autocuidado, las puérperas Riesgo de depresión post parto, tienen a su vez una Regular Actitud hacia el Autocuidado y las puérperas sin Riesgo de depresión, tienen a su vez una Buena Actitud hacia el Autocuidado. Existe una relación significativa entre la depresión post parto y la actitud de autocuidado, pero de manera inversa, es decir, a probable depresión son bajas o malas las actitudes de las puérperas, asimismo, sin riesgo a depresión se tiene buenas o mejores actitudes de autocuidado de las puérperas.

PALABRAS CLAVES: *Depresión post parto, actitud hacia el autocuidado, puérperas.*

ABSTRACT

The objective of this research was to establish the relationship between postpartum depression and the attitude towards self-care in postpartum women attended at the Honorio Delgado Regional Hospital in Arequipa from June to November 2017. It is a cross-sectional descriptive investigation, with a sample of 379 puerperal women, for the collection of the information a Likert type questionnaire was used, the validity of the instrument was made by means of the test of concordance of the judgment of experts obtaining a value of 0.816; the reliability was carried out using Cronbach's alpha with a value of 0.931, the hypothesis test was carried out using Pearson's R with a value of 0.933 and a level of significance of value $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

The puerperal women treated at the Honorio Delgado Regional Hospital in Arequipa, who have probable postpartum depression, have a bad attitude toward self-care, the puerperal ones. Risk of postpartum depression, they have a Regular Attitude towards Self-care and the puerperal women without risk of depression, have a good attitude towards self-care. There is a significant relationship between postpartum depression and the attitude of self-care, but inversely, that is, depression is likely to be low or bad postpartum attitudes, also, no risk of depression is good or better attitudes of self-care of the puerperal women.

KEYWORDS: Postpartum depression, attitude towards self-care,

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESÚMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

2

1.3. Objetivos de la investigación

3

1.3.1. Objetivo general

3

1.3.2. Objetivos específicos

3

1.4. Justificación del estudios

3

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

5

2.2. Base teórica

15

2.3. Definición de términos

31

2.4. Hipótesis

34

2.5. Variables

35

2.5.1. Definición conceptual de las variables

35

2.5.2. Definición operacional de la ariable

36

2.5.3. Operacionalización de la variable

37

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	45
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	45
3.3. Población y muestra	46
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	47
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	58
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	59
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	60
CAPÍTULO V: DISCUSION	64
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En nuestro país se aprecia que las mujeres tienen una carga traumática y la ansiedad asociada a la cercana interacción con otros factores que inciden sobre su vida familiar y sus actividades personales, puede desembocar en determinadas conductas y respuestas emocionales que pueden tener implicaciones que repercute en el bienestar emocional y su vida particular. (1)

Es fuente de tensión, que puede desembocar en un estrés, éste es un fenómeno universal que ha tomado importancia en las últimas décadas, y se considera factor determinante en el cual cada individuo presenta respuestas muy personalizadas, originando diversas patologías físicas y mentales. Particularmente en el ámbito de las mujeres que están en el periodo de puerperio y esto implica riesgos para la salud de la mujer que se encuentra en dicho estado.

Las complicaciones en el puerperio inmediato es una de las principales cinco causas de mortalidad materna, tanto en los países desarrollados, como en vías de desarrollo. La muerte por hemorragia postparto es fundamentalmente prevenible. Es sumamente importante que el

personal sanitario que tiende la urgencia obstétrica esté capacitado para prevenir, hacer un diagnóstico precoz y llevar a cabo un rápido manejo de las complicaciones puerperales.

Durante el embarazo y el puerperio se presentan cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición de trastornos psíquicos. En la actualidad vemos casos en donde las madres no muestran el interés necesario por su recién nacido, últimamente se presente un gran número de recién nacidos abandonados, por su propia progenitora.

Se debe tener en cuenta que cerca del 80% de las mujeres sufren algún tipo de alteración durante estas etapas, las cuales pueden ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, incluyendo síntomas como la angustia y la dificultad de vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas. (2)

El puerperio inmediato (24 primeras horas desde que ocurre el alumbramiento) se constituye en un período crítico e importante, con un alto riesgo de complicaciones que pueden tener consecuencias fatales para la mujer puérpera y su hijo o hija. (3)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación entre depresión post parto y la actitud hacia el autocuidado en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa de junio a noviembre de 2017?

1.2.2. Problemas Específico

¿Cuáles son algunas de las características generales de las puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa de junio a noviembre de 2017?

¿Cuál es el nivel de depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa de junio a noviembre de 2017?

¿Cuál es el tipo de actitud hacia el autocuidado en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa de junio a noviembre de 2017?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación entre depresión post parto y la actitud hacia el autocuidado en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa de junio a noviembre de 2017.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir algunas de las características generales de las puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa de junio a noviembre de 2017.

Determinar el nivel de depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa de junio a noviembre de 2017.

Identificar el tipo de actitud hacia el autocuidado en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa de junio a noviembre de 2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Es pertinente esta investigación porque los factores y el nivel de estrés en el puerperio inmediato y tardío uterino es un problema de salud pública. Las madres experimentan numerosos cambios en el estilo de vida al que llevaban, y al cual tendrán que adaptarse, por la variedad de cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos que atraviesan y que resultan

difíciles de comprender, lo que puede llevarlas a padecer de estrés posparto.

Es trascendente este trabajo porque va servir para analizar la problemática que se manifiesta en puérperas y que si no es tratada a tiempo pueden ocasionar daños tanto a la madre como el recién nacido.

Es útil porque radica en los resultados obtenidos que permitirán diseñar estrategias que ayuden a solucionar la problemática o mejorar los aspectos positivos encontrados dando una alternativa de solución a la problemática.

El aporte científico permite que esta investigación nos permita poner énfasis en el conocimiento de este tema y sobre todo en tener en cuenta a los factores de riesgo a los que estamos expuestos, siendo nosotros los que tomamos la decisión en nuestras vidas.

La originalidad se aprecia porque en este trabajo permite la percepción como futuro profesional de enfermería dedicado al cuidado y la preservación de la salud, evidencie todos los conocimientos posibles sobre la depresión post parto y la actitud hacia el autocuidado de las pacientes en puerperio.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

Cox *et al*, crearon la “**Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS)**”. (4) En su artículo expresan los resultados de su investigación: La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS 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 EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

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

Pautas para la evaluación: A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+

muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

Vega-Dienstmaier *et al*, en su artículo publicado "**Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo**" (5); los autores realizaron esta importantísima investigación para el Perú. Se propusieron como el objetivo validar una traducción al español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en mujeres peruanas que han dado a luz hace menos de un año. Metodología. Se aplicó la EPDS y la sección del SCID para diagnosticar depresión mayor según criterios del DSM-IV a 321 mujeres que estaban dentro del primer año postparto. Resultados. Se encontró que el punto de corte óptimo de la EPDS para la población estudiada era 13,5; con este valor se obtuvo una sensibilidad de 84,21% y una especificidad de 79,47% para el diagnóstico de depresión mayor. Ninguna mujer con puntuación menor de 7,5 tuvo depresión mayor (sensibilidad y valor predictivo negativo 100%). Se halló un coeficiente de correlación de 0,4478 entre la puntuación de la EPDS y el número de síntomas del criterio A de depresión mayor del DSM-IV. El coeficiente alfa de Cronbach fue 0,7043. Los ítems que tuvieron mayor poder predictivo para depresión postparto fueron los referidos a preocupación, capacidad para afrontar problemas, pánico, llanto y optimismo. Conclusiones. La versión

en español de la EPDS funciona adecuadamente en mujeres peruanas.

Urdaneta *et al*, en su artículo de investigación **“Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la Escala de Edimburgo”**. (6) Los autores señalan que los trastornos depresivos representan un importante problema de salud pública, siendo más frecuente en las mujeres y con mayor riesgo durante el embarazo y puerperio. Se plantean como objetivo: comparar la prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas atendidas en la División de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela. Realizaron una investigación comparativa con diseño no experimental, que incluyó una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío, divididas en dos grupos pares de 50 sujetos según paridad, evaluadas mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. Resultados: reportaron los siguientes resultados: demostraron una prevalencia del test positivo en el 91% de la muestra, con una prevalencia de depresión posparto confirmada por medio del DSM-IV del 22%, presentando mayor frecuencia de ideación suicida las multíparas ($p < 0,05$). No hubo una asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión posparto. Conclusión: La población estudiada presenta una alta prevalencia de depresión postparto, sin diferencias en cuanto a su paridad.

Prado *et al*, en su artículo de revisión **“La teoría de Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención”**. (7) Señalan que la enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida,

identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero. El propósito del artículo fue valorar una de las grandes teorías de la enfermería contemporánea abordando de forma integral, la influencia que ejerce esta teoría en el desarrollo del ejercicio de la profesión en Cuba, para ello se realizó una revisión de las fuentes de Literatura básica, como Modelos y Teorías en Enfermería, Bases conceptuales de la Enfermería Profesional, la teoría de Dorotea Orem sobre autocuidados, utilizando métodos teóricos para propiciar la comprensión y análisis de los componentes de la teoría de Déficit de autocuidado, generalizaciones y relaciones entre el sustento teórico y la aplicación en la praxis del trabajo cotidiano del método científico en el desarrollo de una vida satisfactoria.

Vilouta *et al*, en su artículo original “Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo”. (8) Los autores, señalan que la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) puede usarse para detectar madres con depresión posnatal. La prueba se aplica 3-4 días después del parto y tiene un alto valor predictivo positivo y una sensibilidad del 80%. Los pacientes con una puntuación EPDS positiva en el inmediato posparto debe someterse a una evaluación posterior establecer un diagnóstico precoz de la depresión posnatal. En nuestro estudio, las mujeres con mayor probabilidad de desarrollar depresión posnatal fueron los que envejecieron más de 35 años que se sometieron a cesárea y cuyos bebés requieren ingreso a la unidad neonatal. Estas mujeres tenían un riesgo relativo 6 veces mayor que la de otras mujeres En consecuencia, estos pacientes deben ser reevaluado en el período posparto tardío.

Secco *et al*, en su investigación publicada **“Factores que afectan los síntomas depresivos posparto de madres adolescentes”**.

(9) En su trabajo se plantearon evaluar el grado de anticipación de las emociones maternas en respuesta al cuidado infantil (emocionalidad o frustración e insatisfacción con el llanto o alboroto infantil), varias formas de apoyo social y estado socioeconómico explican los síntomas depresivos posparto de cuarta semana de las madres adolescentes. Realizaron un trabajo de análisis secundario de regresión múltiple de un subconjunto de variables de un estudio longitudinal más grande que examinó madres adolescentes y bebés en dos hospitales docentes universitarios en el oeste de Canadá. La muestra fue por conveniencia de 78 madres adolescentes sanas. Se midió emocionalidad anticipada del cuidado infantil prenatal, apoyo social percibido por la familia y amigos, estado socioeconómico, apoyo social aprobado y síntomas depresivos posparto. Llegaron a los siguientes resultados: La emocionalidad anticipada del cuidado del bebé ($R^2 = .19$) y el estado socioeconómico ($R^2 = .07$) predijeron significativamente los síntomas depresivos posparto. El apoyo familiar, el apoyo de amigos y el apoyo social aprobado no fueron predictores significativos de los síntomas depresivos posparto. Concluyeron que las enfermeras en diversos entornos pueden evaluar la emocionalidad del cuidado infantil anticipado y el estado socioeconómico de la adolescente embarazada para determinar su riesgo potencial o vulnerabilidad a los síntomas depresivos posparto. La emocionalidad del cuidado infantil prenatal más negativa fue el predictor más fuerte de los síntomas depresivos posparto. Se recomienda la validación de los hallazgos del estudio con una muestra más grande y más representativa.

Alvarado, en su investigación “Epidemiología de la depresión post natal”. (10) El autor realizó con la finalidad de revisar resultados importantes de estudios epidemiológicos acerca de la depresión

posnatal en un número de pacientes reportados recientemente. Incluyo información relevante acerca de la prevalencia, factores de riesgo, diagnóstico, prevención y tratamiento de la depresión posnatal. La depresión posnatal afecta directamente a la madre, pero también puede afectar indirectamente a familiares cercanos. La depresión posnatal puede comprometer el desarrollo infantil. La prevalencia de depresión posnatal en diversos pacientes varía entre 6% y 43%. Los factores de riesgo para la adquisición de depresión posnatal varían sustancialmente entre los pacientes. Esto significa que los factores de riesgo considerados importantes en una población de mujeres en un país pueden no tener influencia en mujeres de otros países. Se ha reportado un número de factores de riesgo, y estos se relacionan con diversos aspectos culturales, sociales, financieros, psicológicos, de salud, y conductuales. El diagnóstico de depresión posnatal puede hacerse fácilmente con pruebas de escrutinio validadas y puede confirmarse con una consulta psiquiátrica. Las medidas preventivas óptimas contra la depresión posnatal son las que están basadas en el conocimiento de los factores de riesgo prevalentes en mujeres de la región. Para el tratamiento de las mujeres con depresión posnatal, el médico debe considerar, en primer lugar, la intervención psicológica a través de una psicoterapia individual o de grupo e, idealmente, con el cónyuge de la mujer enferma. Aunque el tratamiento farmacológico es eficaz, solo se puede administrar a mujeres que no estén en período de lactancia.

Molero *et al*, en su artículo científico **publicado “Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas”** (11); se plantearon comparar la prevalencia de depresión postparto (DPP) entre puérperas adolescentes y adultas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital “Dr. Manuel Noriega Trigo”, en San Francisco, Estado Zulia, Venezuela. Realizaron una investigación comparativa con diseño

no experimental, transeccional, de casos y controles, que incluyó una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío, divididas en dos grupos pareados de 50 adolescentes (casos) y 50 adultas (controles); las que fueron evaluadas mediante la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS) y por un guión de entrevista para identificar los factores de riesgos asociados a esta patología. Encontraron los siguientes resultados: al comparar las puntuaciones totales en la EDPS las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas ($5,88 \pm 1,96$ vs. $11,58 \pm 2,9$; $p < 0,001$), mostrando significativamente una mayor frecuencia de ansiedad ($p < 0,05$), sentimiento de culpa ($p < 0,001$) y dificultad para la concentración ($p < 0,001$), que es indicativo de un mayor riesgo de presentar DPP. Traduciéndose en 4% de puérperas adolescentes y 72% de las adultas con probable DPP, que al confirmarse mediante la entrevista del DSM IV mostró una prevalencia de 2% y 38%, en adolescentes y adultas respectivamente. En las adultas predominó como factores de riesgo significativos el bajo nivel educativo ($p < 0,05$), las dificultades con la lactancia ($p < 0,001$) y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo ($p < 0,001$). Concluyeron que la DPP fue más prevalente en las madres adultas que en las adolescentes.

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

Gonzales M., en su tesis **“Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo 2016”** (12); realizó un trabajo de tipo descriptivo, de corte transversal. De 485 puérperas atendidas, determinó por conveniencia una muestra de 350 mujeres adultas y 35 adolescentes. Utilizaron la “Escala de Depresión Postparto de Edimburgo” (EDPE) y preguntas orientadas a determinar factores de riesgo para depresión posparto. Para el análisis de confiabilidad del instrumento de investigación se utilizó el

programa estadístico SPSS versión 23 para Windows y Ms Excel 2013. Logro los siguientes resultados: existe una prevalencia de 34,29% de las adolescentes y 46,67% para las mujeres adultas con depresión posparto. En las puérperas adolescentes el 88,57% tiene pareja, el 77,14% secundaria incompleta, el 82,86% son amas de casa y el 71,43% proviene de zonas rurales. Las características obstétricas son: el 80,00% son primigestas, tan solo el 60,00% tuvo los seis controles prenatales mínimos, solo el 57,14% fueron atendidas por parto vaginal. Las características reproductivas son: el 22,86% refirió iniciado las relaciones sexuales antes de los 15 años; el 60,00% refiere solo haber tenido una pareja sexual hasta el momento de la encuesta y el 88,57% refiere no haber planificado su embarazo. En las puérperas adultas el 87,78% tiene pareja el 79,56% secundaria incompleta, el 95,11% son amas de casa y el 84,44% provienen de zonas rurales. Las características obstétricas son: el 90,22% son multigestas, tan solo el 60,22% completo sus controles prenatales, el 51,11% fueron atendidas por cesárea. Las características reproductivas son: el 54,22% refiere haber iniciado las relaciones sexuales antes de los 15 años; el 51,11% refiere solo haber tenido una pareja sexual hasta el momento de la encuesta y el 56,00% refiere no haber planificado su embarazo. Concluyo que la depresión posparto es más prevalente en las puérperas adultas que en las adolescentes, que se atendieron el parto en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo de 2016.

Aramburu et al, en su artículo original publicado **“Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004”** (13); seleccionaron mujeres en edad fértil, puérperas durante el mes de junio del 2004. Usaron el inventario de predictores de Depresión Posparto (DPP) y la Escala de Depresión Posparto Post natal de Edinburgh (EPDS) como herramientas de tamizaje. Si el

puntaje obtenido era mayor de diez se procedía a la entrevista clínica estructurada de DSM IV para desórdenes de depresión posparto con el objetivo de confirmar el diagnóstico. Resultados: Se entrevistaron a 261 madres, con un promedio de edad de 27 años. La prevalencia de depresión posparto diagnosticada por medio del test de Edinburgh fue de 33% y con la entrevista semi-estructurada de DSM IV se confirmó una prevalencia de 24.1%. Se encontró además que el 60.9% presentaron factores estresantes, el 8.4% tenían baja autoestima, 23.8% no percibían apoyo social y 50% tuvieron blues posparto. 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.

Zúñiga B, en su investigación “Los factores familiares y el autocuidado prenatal en gestantes del Hospital Goyeneche, Arequipa 2011”; se estableció como objetivo es: determinar los factores familiares en el autocuidado prenatal en gestantes del Hospital Goyeneche. Los resultados permitieron conocer que existe factores familiares como el vínculo del esposo o de algún familiar, repercute positivamente en el aspecto afectivo de las mujeres y esto contribuye en su autocuidado prenatal. Concluyo que estos trabajos permiten conocer que los factores familiares, así como el evitar conflictos contribuyen con la salud de la gestante. En cuanto al autocuidado prenatal se debe tener en cuenta básicamente la adecuada nutrición y los hábitos de higiene para no generar daños en el bebé que está por nacer.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. TEORÍA DE DOROTHEA OREM

Orem formuló su concepto de enfermería en relación al auto cuidado como parte de un estudio sobre la organización y administración de los hospitales. (14)

Orem identificó dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativas: la ciencia de la práctica enfermeras y las ciencias que sirven de fundamento. La ciencia de las prácticas de enfermería incluye las ciencias de enfermería completamente compensatoria, enfermería parcialmente compensatoria y la de apoyo educativo o desarrollo de enfermería. Las ciencias enfermeras que sirven de fundamentos incluyen las ciencias del auto cuidado, agencias de auto cuidado y la asistencia humana. Además, propone el desarrollo de la ciencia enfermera aplicada y de las ciencias básicas no enfermeras, como parte de la evidencia empírica asociada con la práctica de enfermera.

Los supuestos básicos de la teoría general identifican las cinco premisas subyacentes e la teoría general de la enfermería. (14)

- 1) Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
- 2) La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
- 3) El ser humano maduro experimenta privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los

demás haciendo de la sostenibilidad debía los estímulos reguladores de las funciones.

- 4) La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.
- 5) Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidados a los miembros del grupo que experimentan las privaciones con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás

2.2.2. MODELO DE SISTEMAS BETTY NEUWMAN

“El modelo de Estrés Salud” de Betty Newman señala como principales supuestos que la persona es un ser multidimensional que se compone de 5 variables de personas o subsistemas: Física /fisiológica, De desarrollo, Psicológica, Espiritual y sociocultural. La persona puede ser en realidad una familia, grupo o comunidad en el modelo de Newman, que, con su núcleo de estructuras básicas, se considera que está en constante y dinámica interacción con el medio ambiente. (15)

Según el modelo de Neuwman con referencia al entorno señala que el medio ambiente se considera como la totalidad de las fuerzas internas y externas que rodean a una persona y con las que interactúan en un momento dado, estas pueden ser intrapersonales, interpersonales y extra personales. El ambiente interno, existente en el sistema cliente, en cambio el ambiente externo, existente fuera del sistema cliente.

En cuanto a salud Neuwman lo considera como sinónimo de bienestar. Define la salud /bienestar como “la condición en la cual

todas las partes y sub partes (variables) están en armonía con los pacientes”. Como la persona se encuentra en una constante interacción con el medio ambiente, el estado de bienestar (y por implicación cualquier otro estado) se encuentran en equilibrio dinámico.

Neuwmán define las acciones de enfermería como la ayuda a individuos, familias y grupos para mantener un nivel máximo de bienestar, ya que el objetivo principal es la estabilidad del paciente, a través de intervenciones de enfermería para reducir el estrés. La persona es considerada como un todo, y es la tarea de la enfermería cuidar este todo. (16)

En suma, este modelo tiene como objetivo integrar tanto a la enfermera como a la persona respecto a las conductas que promueva el bienestar humano, tanto físico, como mental y social ya que el profesional de enfermería ya que el objetivo principal es la estabilidad del paciente, a través de intervenciones de enfermería para reducir el estrés. La persona es considerada como un todo, y es la tarea de la enfermería cuidar este todo. Según Neuwmán ve la salud como sinónimo de bienestar

2.2.3. TRASTORNOS AFECTIVOS POST PARTO

Nosológicamente, los trastornos afectivos post parto se clasifican en tres categorías clínicas: la disforia post parto, **la depresión post parto** y la psicosis post parto. (17)

La disforia posparto o **maternity blues** afecta entre el 50% y 80% de las puérperas y es el menos grave de los trastornos del humor del periodo posparto. Suele comenzar durante el segundo o tercer día del puerperio, su duración no sobrepasa los quince días y en muchos casos se resuelve de forma espontánea en la primera semana. Aproximadamente 20% de las mujeres que

experimentan disforia posparto pueden desarrollar cuadros de depresión posparto y en algunos casos pueden llegar hasta la psicosis. (17)

La depresión posparto afecta a 10% a 25% de las puérperas. La historia familiar y personal de enfermedades psiquiátricas es un factor de riesgo importante de presentación y recurrencia. En la población general, la probabilidad de desarrollar depresión posparto es de 10%; si existe antecedente personal o familiar de depresión mayor, la probabilidad alcanza 25% y se incrementa a 50% si la mujer tiene antecedente de depresión posparto. (17)

La psicosis posparto, es una entidad que ocurre en 1 a 2 mujeres por 1000, en un periodo variable, que comprende el primer año. Los estudios epidemiológicos muestran un pico para la iniciación de los síntomas entre la segunda y tercera semana después del alumbramiento, con una mayor incidencia de trastornos bipolares (70% a 80% de los casos). El riesgo de recurrencia se calcula en 30% a 50%. (17)

2.2.4. CONCEPTO DE DEPRESION

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (18)

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter

moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

2.2.5. DEPRESION POST PARTO

La depresión posparto es una entidad frecuente que cursa con llanto persistente, sentimiento de agobio, falta de lazos de afecto con el bebé. Se presenta después del parto. La principal manera de solucionarlo es pidiendo ayuda. (19)

Es una depresión de moderada a intensa en una mujer después de que ha dado a luz y se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde. La mayor parte del tiempo ocurre dentro de los primeros tres meses después del parto. (20)

La depresión posparto (también conocida como depresión posnatal, DPP) es una forma de depresión que puede afectar a las mujeres hasta el año después del parto, siendo su presentación más característica antes de los 3 meses después del nacimiento. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (5.º ed.) -DSM-V- se agregó además el concepto de inicio en el periparto, considerando el desarrollo de esta etiología durante el embarazo. Se manifiesta por síntomas depresivos como son ánimo bajo, anhedonia, disminución de la energía y alteración de ciclos vitales como son el apetito y el sueño, siendo una entidad que requiere tratamiento,⁴ a diferencia del Baby Blues, donde existen reacciones anímicas relacionadas con el parto y los cambios hormonales fisiológicos asociados a este, y por lo general remite de forma espontánea. (21)

2.2.6. SINTOMAS DE DEPRESION POSPARTO

Además, las personas con depresión suelen presentar varios de los siguientes síntomas: pérdida de energía; cambios en el apetito; necesidad de dormir más o menos de lo normal; ansiedad; disminución de la concentración; indecisión; inquietud; sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza; y pensamientos de autolesión o suicidio. (22)

Los síntomas de depresión postparto también incluyen: sentimiento de agobio; llanto persistente sin razón aparente; falta de lazos de afecto con el bebé; y dudas sobre la propia capacidad de cuidar de una misma y del bebé. (22)

La depresión postparto puede tratarse con ayuda profesional. Las terapias de conversación y los medicamentos pueden ayudar. Algunos medicamentos son seguros durante la lactancia materna.

Sin tratamiento, la depresión postparto puede durar meses o incluso años. Puede afectar a su salud y al desarrollo del recién nacido.

(22)

2.2.7. FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESION POSPARTO

Algunas mujeres tienen más posibilidades que otras de desarrollar depresión postparto. Los factores de riesgo más importantes son: (21)

- Crisis frecuentes de ansiedad o depresión durante el embarazo, particularmente durante el tercer trimestre.
- Haber sufrido de depresión o ansiedad previamente.
- Historial de depresión o ansiedad en la familia.
- Estrés causado por el cuidado infantil.

- Falta de apoyo social.
- Dificultades en el matrimonio/la pareja.
- Estrés por eventos externos como problemas financieros o la pérdida de un trabajo.
- Cuidar a un niño con un temperamento difícil.
- Una baja autoestima.

Otros factores de riesgo menos predecibles, incluyen:

- Un embarazo no deseado o planeado.
- Bajos recursos financieros.

2.2.8. EL EMBARAZO

El embarazo es el periodo que pasa desde la concepción hasta el nacimiento del bebé. Abarca aproximadamente 9 meses, aunque los especialistas prefieren contabilizar la gestación por semanas. (23)

Puesto que se desconoce el momento exacto de la implantación del embrión en el útero, se considera que el embarazo se inicia con la última menstruación de la mujer. A partir de este momento, pasarán 40 semanas de desarrollo fetal hasta el parto.

Durante todo este tiempo, la mujer experimentará numerosos cambios físicos y emocionales como consecuencia de las variaciones hormonales. Estos cambios darán lugar a diferentes síntomas en función de la etapa del embarazo. (23)

Para la definición del parto a término, se tiene la siguiente clasificación: (24)

- A término temprano: 37 0/7 semanas a 38 6/7 semanas.
- A término: 39 0/7 semanas hasta 40 6/7 semanas.
- A término tardío: 41 0/7 semanas hasta 41 6/7 semanas.
-

2.2.9. ETAPAS DEL EMBARAZO

Primer trimestre (de la semana 1 a la 12)

Durante el primer trimestre, el cuerpo pasa por muchos cambios. Los cambios hormonales afectan prácticamente a todos los sistemas de órganos. Estos cambios pueden manifestar síntomas incluso en las primeras semanas de embarazo. El retraso menstrual es un signo evidente de embarazo. Otros cambios pueden incluir:

- Agotamiento.
- Senos sensibles e inflamados. Los pezones también se pueden volver protuberantes.
- Malestar estomacal; pueden presentarse vómitos (malestar matutino).
- Deseo hacia o desagrado ante ciertos alimentos.
- Cambios de humor.
- Estreñimiento (dificultad para eliminar las heces).
- Necesidad de orinar con mayor frecuencia.
- Dolor de cabeza.
- Acidez.
- Aumento o pérdida de peso

A medida que el cuerpo cambia, probablemente necesites hacer cambios en tu rutina diaria; por ejemplo, acostarte más temprano o comer más frecuentemente, pero en pequeñas cantidades. Afortunadamente, la mayoría de estos malestares desaparecerán con el tiempo. Y algunas mujeres no sienten nada en absoluto. Si ya has estado embarazada anteriormente, quizás lo sientas diferente esta vez. Todas las mujeres son diferentes; lo mismo pasa con los embarazos. (25)

Segundo trimestre (de la semana 13 a la 28)

La gran parte de las mujeres siente que el segundo trimestre de gestación es más fácil de llevar que el primero. De todas maneras, es igual de importante mantenerse informada sobre el embarazo durante estos meses.

Notarás que algunos síntomas, como las náuseas y la fatiga, desaparecerán. Pero ahora se presentarán nuevos cambios en el cuerpo que serán más evidentes. El abdomen se expandirá de acuerdo con el crecimiento del bebé. Y antes de que termine este trimestre, sentirás que el bebé comienza a moverse.

A medida que tu cuerpo cambia para hacer espacio para el bebé, es probable que tengas:

- Estrías en el abdomen, senos, muslos o nalgas.
- Oscurecimiento de las areolas.
- Una línea en la piel que se extiende desde el ombligo hasta el vello púbico.
- Manchas oscuras en la piel, particularmente en las mejillas, la frente, la nariz o el labio superior. Generalmente se presentan en ambos lados de la cara. Se lo conoce como la máscara del embarazo.
- Entumecimiento u hormigueo en las manos, llamado síndrome del túnel carpiano.
- Comezón en el abdomen, las palmas de las manos y las plantas de los pies. (Comunícate con tu médico si tienes náuseas, pérdida del apetito, vómitos, ictericia o fatiga junto con picazón. Esto puede indicar problemas hepáticos graves).
- Inflamación en los tobillos, dedos y rostro. (Si notas alguna inflamación repentina o extrema o si aumentas de peso rápidamente, comunícate con el médico de inmediato. Esto puede ser un signo de pre eclampsia.) (25)

Tercer trimestre (de la semana 29 a la 40)

Algunas de las molestias propias del segundo trimestre continuarán. Además, muchas mujeres sienten dificultad para respirar y necesitan ir al baño con mayor frecuencia. Esto se debe a que el bebé está creciendo más y más y ejerce más presión sobre los órganos. No te preocupes, el bebé está bien y estos problemas se aliviarán una vez que la mujer da a luz.

Entre los cambios corporales en el tercer trimestre se incluyen:

- Falta de aire.
- Acidez.
- Inflamación en los tobillos, dedos y rostro. (Si notas alguna inflamación repentina o extrema o si aumentas de peso rápidamente, comunícate con el médico de inmediato. Esto puede ser un signo de pre eclampsia).
- Hemorroides.
- Sensibilidad en los senos; pueden secretar una sustancia acuosa que es el líquido precursor de la leche llamado calostro
- Ombligo abultado.
- Dificultades para conciliar el sueño.
- El desplazamiento del bebé hacia la parte inferior de tu abdomen
- Contracciones, que puede indicar un trabajo de parto real o una falsa alarma.

Cuanto más se aproxima la fecha de parto, el cuello uterino se vuelve más delgado y suave (a este proceso se lo conoce como borramiento). Este es un proceso normal y natural que ayuda a que el canal de parto (vagina) se abra durante el trabajo de parto. El médico controlará el progreso con un examen vaginal a medida que se aproxima la fecha estipulada de parto.

2.2.10. EL PARTO

Parto Normal: Conjunto de actividades destinadas a la atención de la mujer al final de la gestación, durante las tres fases que comprende. Está referido a partos no complicados vía vaginal, e incluye episiotomía e internamiento para la puérpera. (26)

2.2.11. CONCEPTO DE PUERPERIO

Puerperio es la etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días. (27)

Puerperio normal es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta casi regresarlas a su estado inicial. Sólo la glándula mamaria es la excepción pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad. (28)

Atendiendo al tipo de evolución que puede tener el puerperio, debemos clasificarlo en:

- Puerperio Fisiológico: Cuando no se encuentran signos de peligro y su evolución es normal.
- Puerperio Patológico: Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia con la consecuente anemia, pero cualquier enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa pueden provocar una evolución patológica del puerperio. Entre sus principales síntomas se encuentran el sangrado anormal, fetidez, fiebre o dolor en bajo vientre.

La atención del puerperio es el conjunto de actividades sistematizado, intervenciones y procedimientos hospitalarios y ambulatorios que se brinda a la mujer durante el periodo puerperal, con la finalidad de prevenir o detectar complicaciones. (27)

2.2.12. ETAPAS DEL PUERPERIO

Puerperio inmediato

Comprende las primeras dos horas post parto la realiza el medico gineco obstetra, médico cirujano o profesional de obstetricia y en puerperio post quirúrgico por médico anesthesiólogo, médico gineco obstetra, médico cirujano y profesional de enfermería. (27)

Puerperio mediato

Este periodo comprende desde las 24 horas hasta los 7 días posparto. Posterior al alta de la puérpera, esta atención se realiza en consulta externa por profesional competente. (27)

Puerperio tardío

Este periodo comprende después de los 7 días hasta los 42 días posparto. La atención se realiza en consulta externa por medico gineco obstetra, médico cirujano o profesional de obstetricia, según nivel de atención; para reforzar las buenas prácticas de higiene, alimentación, lactancia materna y seguimiento del método de planificación familiar. (27)

2.2.13. COMPLICACIONES DEL PUERPERIO

Se pueden suceder una serie de complicaciones en el puerperio: (29)

- 1) Fiebre: cuando una puérpera tiene fiebre de 38 grados o más, es porque tiene un proceso infeccioso, que puede estar localizado en la episiotomía o en la cicatriz de la cesárea. La fiebre también puede producirla una infección en la mama (mastitis), en el útero (endometritis), en los miembros inferiores (tromboflebitis). Generalmente a las 48 horas después del parto la mujer tiene un pico de fiebre, que no suele ser mayor de 38 grados y dura sólo 24 horas, y se origina porque el calostro de las primeras horas es reemplazado por la leche; en este caso no hay ninguna infección.
- 2) Hemorragias: la pérdida excesiva de sangre que se origina después de las 24 horas del parto hasta la primera semana después del mismo corresponden al puerperio mediato o precoz, y cuando se producen más tarde se incluyen en el puerperio tardío. Pueden estar causadas por inercia uterina (el útero no se contrae), retención de restos placentarios, endometritis, desgarros del cuello del útero, miomas submucosos (tumores benignos, es decir no cancerosos, que se originan en la capa muscular del útero).
- 3) Dolores en la parte baja del abdomen: generalmente producidos por una endometritis (inflamación de la capa interna del útero).
- 4) Endurecimiento de una o de las dos mamas: puede presentarse con fiebre, y es causado por una mastitis (proceso infeccioso de las mamas) o por una galactoforitis (inflamación de los conductos galactóforos). Cuando no hay fiebre puede

ser que se trate de una retención de leche en uno o varios acínos mamarios.

- 5) Dolor en las pantorrillas: generalmente va acompañado de enrojecimiento de la zona dolorosa, y hay que pensar en una tromboflebitis.
- 6) Trastornos en el sueño y cambios de humor: la mujer puede estar pasando por una depresión transitoria (tristeza puerperal o Baby Blue).
- 7) Ardor al orinar: hay que consultar con el obstetra, especialmente aquellas pacientes a las que se les ha colocado una sonda vesical porque se le practicó una cesárea o durante el período expulsivo de un parto espontáneo.
- 8) Loquios fétidos y abundantes: son signo de infección del útero (endometritis).
- 9) Grietas del pezón: son pequeñas erosiones producidas en el pezón por el bebé cuando succiona.

2.2.14. CUIDADOS EN EL PUERPERIO

Partimos de la concepción de que el parto es un fenómeno frío, razón por la cual el puerperio se relaciona con el equilibrio térmico del organismo. La dieta se considera un periodo caliente que casi siempre dura 40 días, tiempo en el cual la madre permanece resguardada dentro de su hogar, preferiblemente en su cuarto y recibiendo los cuidados de una figura femenina, por lo general su madre, suegra o hermana, evitando exponerse a situaciones que resulten perjudiciales para su salud. El reposo que deben tener las madres luego del parto en algunas mujeres es absoluto y en otras relativo. Las actividades físicas durante este tiempo son limitadas, como, por ejemplo, caminar, bañarse y tener relaciones

sexuales. Todo está encaminado a su propio cuidado y al de su bebé.

En relación con el concepto de dieta, las participantes la definieron como un periodo de cuidado tanto para la madre como para el recién nacido, con énfasis en una alimentación adecuada, cuidados especiales para evitar perjuicios en la salud materna y un tiempo de reposo prudente en el que se espera que los órganos que participaron en la gestación retornen a su estado previo. Al respecto expresan: “Es que cuando uno está embarazada la matriz se estira mucho y después de que uno tiene al bebé ella tiene que regresar a como estaba antes” El periodo de dieta es un tiempo regido por diferentes costumbres y creencias, transmitidas de generación en generación con el fin de preservar la salud materna y la del bebé. En la información aportada por las madres se conocieron las creencias con respecto a los cuidados del cuerpo y las explicaciones sobre por qué se deben realizar estas prácticas durante el puerperio.

Hay que tener precauciones con la cabeza, los ojos y oídos, bañarse con agua tibia, no exponerse a corrientes fuertes de aire, evitar el frío, el sereno y el sol, porque el contacto con la naturaleza produce efectos físicos como escasez de la leche materna, dolor de cabeza, escalofríos, pasma, fiebre, dolor en los huesos, cólicos menstruales de por vida, enfriamiento de la matriz en el menor de los casos y efectos mentales como la locura en casos extremos. Las formas de protección incluyen cubrirse la cabeza con un gorro, usar tapones de algodón en los conductos auditivos externos y ropa holgada y abrigada como las sudaderas y sacos, para evitar que entre el frío al cuerpo por diferentes vías. Las madres manifestaron que después del parto quedan los “poros abiertos”, por donde entra el frío, causante de muchas enfermedades que se adquieren durante este periodo, y que aun cuando no sean inmediatas no tendrán curación ni a corto ni a

largo plazo. El frío puede penetrar no sólo por el contacto directo de la mujer, sino a través de objetos expuestos a los efectos de la naturaleza. En estas creencias, relatadas por las madres, se identifica la existencia del pensamiento mágico, en el que hay una causa que produce un daño en el organismo, de forma que la mujer se ve en la necesidad de cuidarse con dedicación, para protegerse. Por tanto, durante la dieta es indispensable mantener un balance entre el frío y el calor del cuerpo, así como con el ambiente, y, dependiendo de estos cuidados, el cuerpo obtendrá un ajuste completo.

2.2.15. EL AUTOCUIDADO EN EL PUERPERIO

El Autocuidado es asumir voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de la salud. También implica el conocer y cuidar el estado de salud para prevenir enfermedades o evitar complicaciones cuando se manifiesten. El autocuidado es asumir un estilo de vida saludable en beneficio de uno mismo, la familia, la comunidad y el estado. (30)

Después del nacimiento, las mujeres están especialmente sensibles y sufren de frecuentes cambios emocionales. Es importante que la familia se reorganice para liberar por un tiempo a la mamá de algunas tareas, con el fin de que ella pueda descansar y dedicarse a su bebé. (31)

2.2.15. LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA PUÉRPERA

Debe ser esencial, para la colaboración tanto a la madre, pareja y familiares; se trabaja en conjunto hasta que transcurra este periodo la puérpera. (32)

No hay consenso entre los y las profesionales de salud en cuanto a la duración del postparto y lo que implica este período para la madre. Se define de diferentes maneras, basadas en razones biológicas o administrativas según los servicios que se prestan en esta etapa. Para las mujeres no está claro cuánto dura esta etapa de su vida reproductiva, por la influencia de los servicios de salud, algunas creen que termina cuando les dicen en el control de puerperio que todo está normal. (32)

La participación de enfermería es muy importante para el autocuidado de la puérpera al egresar de la unidad de salud, se debe aclarar las dudas y brindar las orientaciones necesarias, comenzando en explicar que la etapa postparto es todo el período que la madre necesita para recuperar la condición endocrina y nutricional que tenía antes de embarazarse y toda la etapa de transición en que el niño o niña es dependiente de la madre. Este período es variable y puede durar algunos meses y aún más de un año si la lactancia es prolongada. (32)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Embarazo: periodo comprendido desde la fecundación del óvulo (evidencia por cualquier signo o sintoma presuntivo de embarazo, como suspensión de menstruación o prueba positiva de embarazo medicamente aceptada) hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

Puerperio: periodo comprendido desde la expulsión o extracción del feto y sus anexos hasta lograr la involución de los cambios gestacionales.

Ansiedad: Preocupación o inquietud causadas por la inseguridad o el temor, que puede llevar a la angustia.

Angustia: Sufrimiento y preocupación intensos provocados por un peligro o una amenaza.

Depresión: Estado psíquico que se caracteriza por una gran tristeza sin motivo aparente, decaimiento anímico y pérdida de interés por todo.

Trastornos: Cambio o alteración en el orden que mantenían ciertas cosas o en el desarrollo normal de algo.

Mortalidad perinatal: Se refiere a las definiciones que ocurren después de las veintiocho semanas de embarazo y durante los primeros siete días de nacidos por mil partos de embargo viables.

Embarazo: Según la O.M.S. el embarazo comienza cuando el óvulo fecundado se implanta en la pared del útero, al final de la primera semana después de la concepción y finaliza con el parto.

Gestación: Es el proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los períodos embrionarios y fetal, dura 280 días (40 semanas) tomando como partida el primer día del comienzo de la última menstruación.

Embarazo de Bajo Riesgo: Es el que ocurre en una mujer que no tiene factores de riesgo reproductivo y que transcurre únicamente con los cambios habituales de ese estado y por lo tanto no compromete la salud de la madre la de su hija o hijo.

Embarazo de Alto Riesgo: Es el que ocurre en una mujer que tiene factores de riesgo reproductivo durante el cual alguna patología que lo complica y que por lo tanto puede comprometer la salud de la madre y la de su recién nacido.

Parto: Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto y la placenta por vía vaginal, en condiciones óptimas. En condiciones normales el parto ocurre cuando el feto ha cumplido el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha alcanzado el término de su gestación (37 – 40 semanas). Se denomina parto de alto riesgo aquel en el cual ocurren hechos o circunstancias que amenazan la salud de la madre y su recién nacido.

Loquios: Secreción vaginal que aparece después del parto. Durante 3-4 días que siguen al parto los loquios son rojos. Sobre el tercer día disminuye la cantidad de sangre y se hacen más oscuros y menos espesos, pasando a ser más serosos. En la segunda semana se hacen más amarillentos por el número elevado de glóbulos blancos y bacterias junto con un material mucinoso decidual.

Mastitis: Trastorno inflamatorio de las mamas producido habitualmente por una infección estreptocócica o estafilocócica. Se caracteriza por dolor, tumefacción, enrojecimiento, linfadenopatía axilar, fiebre y malestar general.

Calostro. - Secreción expulsada a través del pezón rica en minerales, proteínas e inmunoglobulinas y pobre en lactosa y ácidos grasos, dura aproximadamente los cinco primeros días.

Periné. - Parte del cuerpo situado por detrás del arco púbico y el ligamento supra pubiano inferior, por delante del extremo superior del coxis y por fuera de las ramas inferiores del pubis.

Puerperio Inmediato. - El puerperio inmediato queda circunscrito a las primeras 24 horas tras el alumbramiento, y durante éste se ponen en marcha los mecanismos que cohiben la hemorragia uterina.

Puerperio Mediato. - Corresponde a los primeros 10 días después del parto, y se extiende prácticamente hasta la aparición de la primera menstruación.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

La depresión post parto está relacionado con la actitud hacia el autocuidado en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa de junio a noviembre de 2017.

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- 1) El comportamiento de algunas de las características generales de las puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa de junio a noviembre de 2017, tales como: sociales (nivel de instrucción, tipo de vivienda), económicos (ocupación, pérdida de empleo en el último año, ingreso promedio mensual familiar), demográficos (edad, estado civil), familiares (muerte de un familiar directo en el último año, percepción de violencia familiar durante el último año, falta de apoyo de la pareja), obstétricas (embarazo planificado, control pre natal, psicoprofilaxis obstétrica, numero de gestaciones, paridad, número de hijos vivos, complicaciones durante el parto), y médicas (padecimiento de enfermedad durante el último año, antecedente de uso de alcohol o drogas), difieren entre adolescentes, jóvenes y adultas.

- 2) El nivel de depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa de junio a noviembre de 2017 es alto en un porcentaje mayor al 10%.

- 3) El tipo de actitud hacia el autocuidado en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa de junio a noviembre de 2017 es favorable en un porcentaje mayor al 50%.

2.5. VARIABLES

2.5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

VARIABLE X: depresión post parto

Dentro de la nomenclatura psiquiátrica, la DPP es definida rigurosamente como un trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto. (33)

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR),¹⁹ la clasificación es la siguiente:

- F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x). (4)

Mientras que en el CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento,²⁰ la categorización aparece como:

- F32 Episodio depresivo leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos.
- F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como leves (depresión postnatal/postparto NOS). (4)

VARIABLE Y: actitud hacia el autocuidado

Es la realización de actividades que las personas ejecutan libre y voluntariamente con el fin de mantener la vida, salud y bienestar. (34) (7) En ese sentido, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo. (35) (33)

2.5.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE X: depresión post parto

La depresión postparto es una forma de depresión que la madre experimenta después del nacimiento de su hijo hasta un año, en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, producto de una combinación compleja de cambios físicos, emocionales y conductuales. (36)

VARIABLE Y: actitud hacia el autocuidado

Es la realización de actividades que las puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa ejecutan libre y voluntariamente con el fin de mantener la vida, salud y bienestar de ellas y de sus bebés. (33)

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable independiente: depresión post parto

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE VALORIZACIÓN		ESCALA	INTERPRETACION
Depresión post parto	La depresión post parto es definido rigurosamente como un trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto. En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR),19 la clasificación es la siguiente: F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x). Mientras	La depresión postparto es una forma de depresión que la madre experimenta después del nacimiento de su hijo hasta un año, en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, producto de una combinación compleja de	Disforia	Capacidad de reír	1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	a) Tanto como siempre	0	Ordinal	* 0 a 9 puntos: sin riesgo de depresión post parto. * 10 a 12 puntos: puntaje límite para depresión post parto. * mayor o igual a 13: puntaje indicador de probable depresión. * Cualquier número que se
						b) No tanto ahora	1		
						c) Mucho menos	2		
						d) No, no he podido	3		
				Anhedonia	2. He disfrutado mirar hacia adelante	a) Tanto como siempre	0	Ordinal	
						b) No tanto ahora	1		
						c) Mucho menos	2		
						d) No, no he podido	3		
				Trastornos del sueño	7. Me sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	a) Si, casi siempre	3	Ordinal	
						b) Si, a menudo	2		
						c) No, muy a menudo	1		
						d) No, nada	0		
				Tristeza	8. Me sentido triste o desgraciada	a) Si, casi siempre	3	Ordinal	
						b) Si, bastante a menudo	2		
						c) No, muy a menudo	1		
						d) No, nada	0		
Llanto	9. Me he sentido tan desdichada	a) Si, casi siempre	3	Ordinal					
		b) Si, bastante a menudo	2						

que en el CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento, la categorización aparece como: F32 Episodio depresivo leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos; y F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como leves (depresión postnatal/postparto NOS).	cambios físicos, emocionales y conductuales.			que he estado llorando	c) Sólo ocasionalmente	1	Ordinal	escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente con la participación de un especialista.	
					d) No, nunca	0			
		Ansiedad	Ansiedad	4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	a) No, nada	0			Ordinal
					b) Casi nada	1			
					c) Si, a veces	2			
					d) Si, a menudo	3			
			Ataques de pánico	5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	a) Si, bastante	3			Ordinal
					b) Si, a veces	2			
					c) No, no mucho	1			
					d) No, nada	0			
		Sentimiento de culpa	Culpabilidad	3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente	a) Si, casi siempre	3			Ordinal
					b) Si, algunas veces	2			
					c) No muy a menudo	1			
					d) No, nunca	0			
		Dificultad de concentración	Angustia (abrumado)	6. Las cosas me han estado abrumando	a) Si, casi siempre	3			Ordinal
					b) Si, a veces	2			
					c) No, casi nunca	1			
					d) No, nada	0			
		Ideación suicida	Ideas suicidas	10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	a) Si, bastante a menudo	3			Ordinal
					b) Si, a menudo	2			
c) Casi nunca	1								
d) No, nunca	0								

Variable dependiente: actitud hacia el autocuidado

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE VALORIZACION		ESCALA	INTERPRETACION
Actitud hacia el autocuidado	Es la realización de actividades que las personas ejecutan libre y voluntariamente con el fin de mantener la vida, salud y bienestar. En ese sentido, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que	Es la realización de actividades que las púerperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa ejecutan libre y voluntariamente con el fin de mantener la vida, salud y bienestar de ellas y de sus bebés.	Cuidado corporal	Cuidado del periné	1. La higiene genital se debe realizar con agua y jabón	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal	* Muy buena actitud: 127 a 140.
						De acuerdo	4		
						Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3		
						En desacuerdo	2		
						Totalmente en desacuerdo	1		
					2. La higiene genital se debe realizar de adelante hacia atrás y mantener seco las partes genitales si se tiene herida por el corte en el parto	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal	* Buena actitud: 112 a 126.
						De acuerdo	4		
						Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3		
						En desacuerdo	2		
					3. La higiene genital se debe realizar mínimo dos veces al día	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal	* Regular actitud: 84 a 111.
						De acuerdo	4		
						Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3		
						En desacuerdo	2		
					4. Se debe ingresar los dedos a la vagina para hacer su aseo después del parto	Totalmente de acuerdo	1	Ordinal	* Mala actitud: 56 a 83.
						De acuerdo	2		
						Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3		
						En desacuerdo	4		
					5. No es necesario regresar al hospital para el retiro de los puntos ya que estos se absorben solos	Totalmente de acuerdo	1	Ordinal	* Muy mala actitud: 28 a 55.
						De acuerdo	2		
						Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3		
						En desacuerdo	4		
					6. La ropa interior debe ser de preferencia de licras	Totalmente de acuerdo	1	Ordinal	
						De acuerdo	2		
						Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3		
En desacuerdo	4								

afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.			Totalmente en desacuerdo	1		
		7. Se debe acudir a la semana de parto para el control y cuidado al establecimiento de salud	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal	
			De acuerdo	4		
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3		
			En desacuerdo	2		
			Totalmente en desacuerdo	1		
		Control uterino	8. El masaje al útero después del parto debe realizarse constantemente para evitar hemorragias	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal
				De acuerdo	4	
				Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	
				En desacuerdo	2	
				Totalmente en desacuerdo	1	
		Cuidado de las mamas	9. Se debe lavar las manos antes y después de dar de lactar al bebé	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal
				De acuerdo	4	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo			3		
	En desacuerdo			2		
	Totalmente en desacuerdo			1		
		10. Se realiza el aseo de las mamas antes y después de dar de lactar al bebé	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal	
			De acuerdo	4		
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3		
			En desacuerdo	2		
			Totalmente en desacuerdo	1		
		11. Es necesario lactar en forma continua y adecuada al bebé para evitar grietas o que se congestionan (hinchon) los pezones	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal	
			De acuerdo	4		
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3		
			En desacuerdo	2		
			Totalmente en desacuerdo	1		
	Vigilancia de señales de alarma	12. El dolor intenso y pérdida de secreciones o flujos blanquecinos (pus) en la zona de los puntos no son señales de alarma	Totalmente de acuerdo	1	Ordinal	
			De acuerdo	2		
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3		
			En desacuerdo	4		
			Totalmente en desacuerdo	5		
		13. La fiebre, escalofrío y el dolor de cabeza no son señales de alarma	Totalmente de acuerdo	1	Ordinal	
			De acuerdo	2		
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3		

				En desacuerdo	4	
				Totalmente en desacuerdo	5	
			14. Mamas de color rojo, hinchado y dolor al tocar es una señal de alarma	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal
				De acuerdo	4	
				Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	
				En desacuerdo	2	
				Totalmente en desacuerdo	1	
			15. El sangrado normal después del parto es semejante a la menstruación, y no tiene mal olor	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal
				De acuerdo	4	
				Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	
				En desacuerdo	2	
				Totalmente en desacuerdo	1	
			16. Cuando hay dolor leve tipo cólicos después del parto no necesita medicamentos es algo normal	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal
				De acuerdo	4	
				Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	
				En desacuerdo	2	
				Totalmente en desacuerdo	1	
		Deambulación	17. La deambulación o el caminar después de un parto sin complicaciones ayuda a la recuperación	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal
				De acuerdo	4	
				Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	
				En desacuerdo	2	
				Totalmente en desacuerdo	1	
			18. Se necesita estar en reposos continuo y no hacer nada después del parto	Totalmente de acuerdo	1	Ordinal
				De acuerdo	2	
				Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	
				En desacuerdo	4	
				Totalmente en desacuerdo	5	
	Cuidado en la salud sexual y reproductiva	Reinicio de las relaciones sexuales	19. Para el reinicio de las relaciones sexuales se debe espera como mínimo 42 días después del parto	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal
				De acuerdo	4	
				Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	
				En desacuerdo	2	
				Totalmente en desacuerdo	1	
	Anticoncepción		20. Se puede usar la ampolla de 3	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal
				De acuerdo	4	

		en el puerperio	meses como método anticonceptivo después del parto	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3			
				En desacuerdo	2			
				Totalmente en desacuerdo	1			
			21. No se debe usar los anticonceptivos orales combinados (pastillas) como método anticonceptivo después del parto	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal		
				De acuerdo	4			
				Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3			
				En desacuerdo	2			
				Totalmente en desacuerdo	1			
	Cuidado nutricional	Consumo de líquidos	22. Se debe tomar abundante líquido después del parto	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal		
					De acuerdo		4	
					Ni de acuerdo ni en desacuerdo		3	
					En desacuerdo		2	
					Totalmente en desacuerdo		1	
			Consumo de menestras	23. Se debe consumir menestras después del parto	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal	
						De acuerdo		4
						Ni de acuerdo ni en desacuerdo		3
						En desacuerdo		2
						Totalmente en desacuerdo		1
			Consumo de sulfato ferroso hasta después de 2 meses	24. Se debe consumir a diario suplementación de sulfato ferroso hasta los 2 meses después del parto acompañado de líquidos con cítricos (limonada, naranjada...) como mínimo, pero puede prolongarse hasta los seis meses según mi hemoglobina	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal	
						De acuerdo		4
						Ni de acuerdo ni en desacuerdo		3
						En desacuerdo		2
						Totalmente en desacuerdo		1
			Consumo de calcio	25. Se debe consumir leche, queso y yogurt ricos en calcio después del parto	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal	
						De acuerdo		4
						Ni de acuerdo ni en desacuerdo		3
						En desacuerdo		2
						Totalmente en desacuerdo		1
		Consumo de	26. La sangrecita de pollo, bazo e	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal		
					De acuerdo		4	

			hierro	hígado de pollo y res cocido son ricos en hierro y se deben consumir después del parto	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	
					En desacuerdo	2	
					Totalmente en desacuerdo	1	
				27. Los alimentos con alto contenido de hierro pueden tomarse con cualquier liquido: café, leche, te	Totalmente de acuerdo	1	Ordinal
					De acuerdo	2	
					Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	
					En desacuerdo	4	
					Totalmente en desacuerdo	5	
			Consumo de 5 comidas al día	28. Se debe comer después del parto 3 comidas principales y 2 refrigerios	Totalmente de acuerdo	5	Ordinal
					De acuerdo	4	
					Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	
					En desacuerdo	2	
					Totalmente en desacuerdo	1	

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 Tipo

Observacional, prospectivo, transversal, analítico.

3.1.2 Nivel

Relacional.

3.1.3 Diseño

Epidemiológico analítico.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 Ubicación espacial

La ubicación espacial del proyecto de investigación corresponde al Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

3.2.2 Ubicación temporal

La ubicación temporal del proyecto de investigación corresponde a los meses comprendidos entre junio y noviembre de 2017.

3.2.3 Unidades de estudio

La constituyen las pacientes puérperas atendidas por parto vía vaginal y/o cesárea en la ubicación espacial y temporal señalada que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población

Para el año 2015 se registraron 6620 partos: 3176 cesáreas y 3444 vía vaginal. Para efectos del presente estudio se considera como referencia el año 2015 y solo el 50% de partos, puesto que el estudio corresponde a 6 meses calendarios, es decir, la población se considera en 3310 partos (vaginales y por cesárea). (37)

3.3.2 Muestra

Para el cálculo de la muestra, se considera la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

N	=	3310	Población o universo
Z	=	1,96	Nivel de confianza
p	=	0,5	Probabilidad a favor

q	=	0,5	Probabilidad en contra
d	=	0,05	error muestral

reemplazando:

n	=	344,30
n	=	344
n + 10%	=	378,73
n	=	379

la muestra final, considerando un margen de 10% de unidades de estudio para garantizar la representatividad, resulto en 379 unidades de estudio.

3.3.3 Criterios de Inclusión

- Puérperas adolescentes, jóvenes y adultas que atendieron su parto en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa por vía vaginal o cesárea.
- Puérperas residentes en la ciudad de Arequipa.
- Puérperas que realizaron control prenatal.
- Puérperas que dieron parto a partir de mayo de 2017.

3.3.4 Criterios de exclusión

- Puérperas con problemas psiquiátricos.
- Puérperas que no colaboran en el estudio.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

3.4.1 Técnicas

- Variable independiente depresión post parto: Entrevista.
- Variable dependiente actitud hacia el autocuidado: Entrevista.

3.4.2 Instrumentos

Variable independiente depresión post parto: Cuestionario

Ficha técnica del instrumento:

- 1) Nombre: Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS). (38) (36) (12) (6) (8) (11)
- 2) Objetivo: Identificación de casos de depresión post parto, es una herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos en el embarazo.
- 3) Características: Tiene una especificidad del 99% y una sensibilidad del 78% a nivel internacional. A nivel nacional, esta prueba ha sido validada por Mazzotti en 2002, quien encontró una sensibilidad de 84.21% y una especificidad de 79.47%, el punto de corte óptimo de la EPDS para la población estudiada fue de 13,5; el coeficiente alfa de Cronbach fue 0,7043. (18)
- 4) Administración: Auto administrado, en un tiempo promedio de 5 minutos.
- 5) Estructura: Este instrumento consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos. (6)
- 6) Momento de aplicación: El momento de aplicación debería tener una función de detección temprana, en ese sentido, el momento de administrar la escala correspondería aproximadamente al momento en que esta aparece. El Maestro peruano Pacheco Romero señala sobre la depresión post parto: *“comienza insidiosamente en el primer mes del posparto, se desarrolla lentamente por semanas o meses y hace eclosión antes de los seis meses después del parto, aunque se ha observado que los cuadros más graves tienen un comienzo más precoz”*. (25) De igual forma, otro autor de la región (Chile), señala *“el mejor*

momento para aplicar la escala es a las ocho semanas de ocurrido el nacimiento del hijo, ya que coincide con el periodo de máxima prevalencia de la DPP y, además, ya han disminuido los síntomas atribuibles a un periodo adaptativo normal". (34)

Para efectos de la presente investigación se aplicará a las 8 semanas post parto.

7) Valoración o interpretación: (38)

- EPDS menor que 10: sin riesgo de depresión posparto.
- EPDS 10 - 12: puntaje límite para riesgo de depresión.
- EPDS mayor o igual a 13: puntaje indicador de probable depresión.
- *"Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente". (12)*

8) Ítems:

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas
 - a) Tanto como siempre 0
 - b) No tanto ahora 1
 - c) Mucho menos 2
 - d) No, no he podido 3
2. He disfrutado mirar hacia adelante
 - a) Tanto como siempre 0
 - b) No tanto ahora 1
 - c) Mucho menos 2
 - d) No, no he podido 3
3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente
 - a) Si, casi siempre 3
 - b) Si, algunas veces 2
 - c) No muy a menudo 1
 - d) No, nunca 0
4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo
 - a) No, nada 0

- b) Casi nada 1
 - c) Si, a veces 2
 - d) Si, a menudo 3
5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo
- a) Si, bastante 3
 - b) Si, a veces 2
 - c) No, no mucho 1
 - d) No, nada 0
6. Las cosas me han estado abrumando
- a) Si, casi siempre 3
 - b) Si, a veces 2
 - c) No, casi nunca 1
 - d) No, nada 0
7. Me sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir
- a) Si, casi siempre 3
 - b) Si, a menudo 2
 - c) No, muy a menudo 1
 - d) No, nada 0
8. Me sentido triste o desgraciada
- a) Si, casi siempre 3
 - b) Si, bastante a menudo 2
 - c) No, muy a menudo 1
 - d) No, nada 0
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando
- a) Si, casi siempre 3
 - b) Si, bastante a menudo 2
 - c) Sólo ocasionalmente 1
 - d) No, nunca 0
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño
- a) Si, bastante a menudo 3
 - b) Si, a menudo 2
 - c) Casi nunca 1
 - d) No, nunca 0

Variable dependiente actitud hacia el autocuidado: Cuestionario

Ficha técnica del instrumento:

- 1) Nombre: “Actitud hacia el autocuidado del puerperio”. Se trata de un instrumento ya validado en la tesis denominada “Nivel de conocimientos sobre autocuidado en el puerperio en mujeres atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho entre noviembre – noviembre del 2017”. (33) Se ha realizado la adaptación del mismo quedando con la denominación de instrumento “Actitud hacia el autocuidado del puerperio”.
- 2) Objetivo: Medir la intensidad de la dirección de la actitud hacia el autocuidado en el puerperio.
- 3) Características: Para la validez del instrumento original se utilizó el coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson (KR-20) resultando un instrumento confiable > 0.74 ; y por jueces experto =1. (33)
- 4) Administración: Auto administrado, en un tiempo promedio de 10 minutos.
- 5) Estructura: Consta de 28 afirmaciones o proposiciones, agrupados en tres dimensiones: cuidado corporal (18), cuidado en la salud sexual y reproductiva (3) y cuidado nutricional (7). Estas afirmaciones o proposiciones son sometidas a una escala de Likert (intensidad de la afirmación o proposición) donde cada unidad de análisis elige la posición de la categoría de respuesta que más se identifica con ella misma, estos valores van del 1 al 5.
- 6) Momento de aplicación: Por tratarse de actitudes hacia el cuidado del puerperio, debe aplicarse en primer día post parto en el establecimiento de salud en que se atendió el parto.
- 7) Valoración o interpretación: La valoración del instrumento de agrupa en 5 escalas de actitud, las dos primeras se consideran favorables y las tres últimas como desfavorables.

- Muy buena actitud: 127 a 140 Favorable.
- Buena actitud: 112 a 126 Favorable.
- Regular actitud: 84 a 111 Desfavorable.
- Mala actitud: 56 a 83 Desfavorable.
- Muy mala actitud: 28 a 55 Desfavorable.

8) Ítems:

1. La higiene genital se debe realizar con agua y jabón

- a) Totalmente de acuerdo 5
- b) De acuerdo 4
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
- d) En desacuerdo 2
- e) Totalmente en desacuerdo 1

2. La higiene genital se debe realizar de adelante hacia atrás y mantener seco las partes genitales si se tiene herida por el corte en el parto

- a) Totalmente de acuerdo 5
- b) De acuerdo 4
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
- d) En desacuerdo 2
- e) Totalmente en desacuerdo 1

3. La higiene genital se debe realizar mínimo dos veces al día

- a) Totalmente de acuerdo 5
- b) De acuerdo 4
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
- d) En desacuerdo 2
- e) Totalmente en desacuerdo 1

4. Se debe ingresar los dedos a la vagina para hacer su aseo después del parto

- a) Totalmente de acuerdo 1
- b) De acuerdo 2
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
- d) En desacuerdo 4
- e) Totalmente en desacuerdo 5

5. No es necesario regresar al hospital para el retiro de los puntos ya que estos se absorben solos
- a) Totalmente de acuerdo 1
 - b) De acuerdo 2
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
 - d) En desacuerdo 4
 - e) Totalmente en desacuerdo 5
6. La ropa interior debe ser de preferencia de licras
- a) Totalmente de acuerdo 1
 - b) De acuerdo 2
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
 - d) En desacuerdo 4
 - e) Totalmente en desacuerdo 1
7. Se debe acudir a la semana de parto para el control y cuidado al establecimiento de salud
- a) Totalmente de acuerdo 5
 - b) De acuerdo 4
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
 - d) En desacuerdo 2
 - e) Totalmente en desacuerdo 1
8. El masaje al útero después del parto debe realizarse constantemente para evitar hemorragias
- a) Totalmente de acuerdo 5
 - b) De acuerdo 4
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
 - d) En desacuerdo 2
 - e) Totalmente en desacuerdo 1
9. Se debe lavar las manos antes y después de dar de lactar al bebé
- a) Totalmente de acuerdo 5
 - b) De acuerdo 4
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
 - d) En desacuerdo 2
 - e) Totalmente en desacuerdo 1

10. Se realiza el aseo de las mamas antes y después de dar de lactar al bebé

- a) Totalmente de acuerdo 5
- b) De acuerdo 4
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
- d) En desacuerdo 2
- e) Totalmente en desacuerdo 1

11. Es necesario lactar en forma continua y adecuada al bebé para evitar grietas o que se congestionan (hinchan) los pezones

- a) Totalmente de acuerdo 5
- b) De acuerdo 4
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
- d) En desacuerdo 2
- e) Totalmente en desacuerdo 1

12. El dolor intenso y pérdida de secreciones o flujos blanquecinos (pus) en la zona de los puntos no son señales de alarma

- a) Totalmente de acuerdo 1
- b) De acuerdo 2
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
- d) En desacuerdo 4
- e) Totalmente en desacuerdo 5

13. La fiebre, escalofrío y el dolor de cabeza no son señales de alarma

- a) Totalmente de acuerdo 1
- b) De acuerdo 2
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
- d) En desacuerdo 4
- e) Totalmente en desacuerdo 5

14. Mamas de color rojo, hinchado y dolor al tocar es una señal de alarma

- a) Totalmente de acuerdo 5
- b) De acuerdo 4

- | | |
|-----------------------------------|---|
| c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 3 |
| d) En desacuerdo | 2 |
| e) Totalmente en desacuerdo | 1 |
15. El sangrado normal después del parto es semejante a la menstruación, y no tiene mal olor
- | | |
|-----------------------------------|---|
| a) Totalmente de acuerdo | 5 |
| b) De acuerdo | 4 |
| c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 3 |
| d) En desacuerdo | 2 |
| e) Totalmente en desacuerdo | 1 |
16. Cuando hay dolor leve tipo cólicos después del parto no necesita medicamentos es algo normal
- | | |
|-----------------------------------|---|
| a) Totalmente de acuerdo | 5 |
| b) De acuerdo | 4 |
| c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 3 |
| d) En desacuerdo | 2 |
| e) Totalmente en desacuerdo | 1 |
17. La deambulación o el caminar después de un parto sin complicaciones ayuda a la recuperación
- | | |
|-----------------------------------|---|
| a) Totalmente de acuerdo | 5 |
| b) De acuerdo | 4 |
| c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 3 |
| d) En desacuerdo | 2 |
| e) Totalmente en desacuerdo | 1 |
18. Se necesita estar en reposos continuo y no hacer nada después del parto
- | | |
|-----------------------------------|---|
| a) Totalmente de acuerdo | 1 |
| b) De acuerdo | 2 |
| c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 3 |
| d) En desacuerdo | 4 |
| e) Totalmente en desacuerdo | 5 |
19. Para el reinicio de las relaciones sexuales se debe esperar como mínimo 42 días después del parto
- | | |
|--------------------------|---|
| a) Totalmente de acuerdo | 5 |
|--------------------------|---|

- b) De acuerdo 4
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
- d) En desacuerdo 2
- e) Totalmente en desacuerdo 1

20. Se puede usar la ampolla de 3 meses como método anticonceptivo después del parto

- a) Totalmente de acuerdo 5
- b) De acuerdo 4
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
- d) En desacuerdo 2
- e) Totalmente en desacuerdo 1

21. No se debe usar los anticonceptivos orales combinados (pastillas) como método anticonceptivo después del parto

- a) Totalmente de acuerdo 5
- b) De acuerdo 4
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
- d) En desacuerdo 2
- e) Totalmente en desacuerdo 1

22. Se debe tomar abundante líquido después del parto

- a) Totalmente de acuerdo 5
- b) De acuerdo 4
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
- d) En desacuerdo 2
- e) Totalmente en desacuerdo 1

23. Se debe consumir menestras después del parto

- a) Totalmente de acuerdo 5
- b) De acuerdo 4
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
- d) En desacuerdo 2
- e) Totalmente en desacuerdo 1

24. Se debe consumir a diario suplementación de sulfato ferroso hasta los 2 meses después del parto acompañado de líquidos con cítricos (limonada, naranjada...) como

mínimo, pero puede prolongarse hasta los seis meses según mi hemoglobina

- a) Totalmente de acuerdo 5
- b) De acuerdo 4
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
- d) En desacuerdo 2
- e) Totalmente en desacuerdo 1

25. Se debe consumir leche, queso y yogurt ricos en calcio después del parto

- a) Totalmente de acuerdo 5
- b) De acuerdo 4
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
- d) En desacuerdo 2
- e) Totalmente en desacuerdo 1

26. La sangrecita de pollo, bazo e hígado de pollo y res cocido son ricos en hierro y se deben consumir después del parto

- a) Totalmente de acuerdo 5
- b) De acuerdo 4
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
- d) En desacuerdo 2
- e) Totalmente en desacuerdo 1

27. Los alimentos con alto contenido de hierro pueden tomarse con cualquier líquido: café, leche, te.

- a) Totalmente de acuerdo 1
- b) De acuerdo 2
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3
- d) En desacuerdo 4
- e) Totalmente en desacuerdo 5

28. Se debe comer después del parto 3 comidas principales y 2 refrigerios

- a) Totalmente de acuerdo 5
- b) De acuerdo 4
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

d) En desacuerdo	2
e) Totalmente en desacuerdo	1

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS). (9) (7) (10) (11) (12) (13), identifica casos de depresión post parto. Tiene una especificidad del 99% y una sensibilidad del 78% a nivel internacional. A nivel nacional, sensibilidad de 84.21% y una especificidad de 79.47%, el punto de corte óptimo de la EPDS para la población peruana es 13,5. El coeficiente alfa de Cronbach fue 0,7043. (14) Es un instrumento auto administrado en un tiempo promedio de 5 minutos. Consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno (opciones con puntaje entre 0 a 3 puntos), de acuerdo a la severidad de los síntomas el puntaje varía entre 0 a 30 puntos. (11) Para efectos de la presente investigación se aplicará a las 8 semanas post parto. Los resultados del instrumento serán: sin riesgo de depresión posparto (EPDS < 10), límite para riesgo de depresión (EPDS 10-12), o probable depresión (EPDS > o = 13); en caso de puntaje > 0 en la pregunta 10, la paciente debe ser derivada a un especialista. (10)

La escala “Actitud hacia el autocuidado del puerperio”, se ha adaptado del original validado para trabajo de tesis en 2017. (6) tiene por objetivo medir la intensidad de dirección de actitud hacia el autocuidado en el puerperio por parte de las pacientes puérperas. El instrumento original fue validado por el autor con el coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson (KR-20) resultando un instrumento confiable > 0.74; y por jueces experto =1. (6) Es un cuestionario auto administrado, en un tiempo promedio de 10 minutos. Consta de 28 proposiciones agrupadas en tres dimensiones: cuidado corporal (18), cuidado en la salud sexual y reproductiva (3) y cuidado nutricional (7). Se usa la escala de intensidad de Likert con 5 opciones de categoría de respuesta. Para esta investigación se debe aplicar el primer día post parto en el establecimiento de salud en que se atendió el parto. Los resultados se agruparán en actitudes favorables (muy buena actitud y buena actitud) y desfavorables (regular actitud, mala actitud o muy mala

actitud).

3.6. PLAN DE PROCESO Y ANÁLISIS DE DATOS

Las acciones necesarias para la realización de la presente investigación se enumeran en orden lógico:

1. Solicitar permiso al Director de la Escuela de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas- Filial Arequipa, para el correspondiente registro.
2. Solicitar permiso al Director del Hospital Regional Honorio Delgado. Además de entrevistarme con él para sensibilizarlo respecto a la presente investigación.
3. Posteriormente se realizará una prueba piloto a las unidades de estudio en número de 20.
4. Levantamiento de observaciones producto de la prueba piloto.
5. Aplicación de instrumentos a las unidades de estudio según el cálculo de muestra con margen de garantía.
6. Para el procesamiento de datos, previamente se trabajará en un procesador de texto y una hoja de cálculo (elaboración de matriz de datos), con un equipo adecuado.
7. Se exportará la base de datos al programa estadístico SPSS V21 en español para la generación de tablas y gráficos.
8. El análisis de datos se realizará en función de las tablas y gráficos generados del programa estadístico.
9. El análisis servirá para la elaboración del informe final de investigación.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

DEPRESIÓN POST PARTO Y LA ACTITUD HACIA EL AUTOCUIDADO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA DE JUNIO A NOVIEMBRE DE 2017.

Actitud hacia el Autocuidado	DEPRESIÓN POST PARTO							
	Probable		Riesgo		Sin Riesgo		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mala	84	22%	19	5%	3	1%	106	28%
Regular	11	3%	174	46%	27	7%	212	56%
Buena	11	3%	8	2%	42	11%	61	16%
Total	106	28%	201	53%	72	19%	379	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 1:

Las puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, que tienen probable depresión post parto, tienen a su vez una mala actitud hacia el Autocuidado en un 22%(84), las puérperas Riesgo de depresión post parto, tienen a su vez una Regular Actitud hacia el Autocuidado en un 46%(174) y las puérperas sin Riesgo de depresión, tienen a su vez una Buena Actitud hacia el Autocuidado en un 11%(42). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Depresión post parto y Actitud hacia el Autocuidado.

TABLA 2
DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA DE JUNIO A NOVIEMBRE
DE 2017.

Depresión post parto	N°	Porcentaje
Probable	106	28%
Riesgo	201	53%
Sin Riesgo	72	19%
Total	379	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 2:

Las puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, tienen probable depresión post parto, en un 28%(106), con Riesgo de depresión post parto en un 53%(201) y las puérperas sin Riesgo de depresión, en un 19%(72).

TABLA 3
ACTITUD HACIA EL AUTOCUIDADO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA DE JUNIO A
NOVIEMBRE DE 2017.

Actitud hacia el Autocuidado	N°	Porcentaje
Mala	106	28%
Regular	212	56%
Buena	61	16%
Total	379	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 3:

Las puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, tienen Regular Actitud hacia el Autocuidado en un 56%(212), Mala Actitud en un 28%(106) y Buena Actitud en un 16%(61).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Ha: Existe una relación significativa entre la depresión post parto y la actitud hacia el autocuidado en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa de junio a noviembre de 2017.

Ho: No existe una relación significativa entre la depresión post parto y la actitud hacia el autocuidado en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa de junio a noviembre de 2017.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 2: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Depresión	Actitudes
	Correlación de Pearson	1	,933**
Depresión	Sig. (bilateral)		,000
	N	379	379
	Correlación de Pearson	,933**	1
Actitudes	Sig. (bilateral)	,000	
	N	379	379

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 4:

Aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.22, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,933, lo cual nos indica que existe una relación significativa con un valor $p<0,05$.

Siendo cierto que: Existe una relación significativa entre la depresión post parto y la actitud hacia el autocuidado en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa de junio a noviembre de 2017.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

La depresión post parto, es definido rigurosamente como un trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto. De acuerdo con los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), señala que la depresión son: Reacciones de inadaptación a estresores psicosociales identificables que ocurren dentro de un corto tiempo después de la aparición del estresor. Ellas se manifiestan a través de daño en el funcionamiento social y ocupacional o a través de síntomas (depresión, ansiedad, etc.) que son en excesivos comparados con una reacción normal y esperada al estresor. La actitud, es la realización de actividades que las personas ejecutan libre y voluntariamente con el fin de mantener la vida, salud y bienestar. En ese sentido, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo. Estando de acuerdo con los señalado por Alvarado, (2015) El diagnóstico de depresión posnatal puede hacerse fácilmente con pruebas de escrutinio validadas y puede confirmarse con una consulta psiquiátrica. Las medidas preventivas óptimas contra la depresión posnatal son las que están basadas en el conocimiento de los factores de riesgo prevalentes en mujeres de la región. Para el tratamiento de las mujeres con depresión posnatal, el médico debe considerar, en primer lugar, la intervención psicológica a través de una psicoterapia individual o de grupo e, idealmente, con el cónyuge de la mujer enferma. Aunque el tratamiento farmacológico es eficaz, solo se puede administrar a mujeres que no estén en período de lactancia.

Entre nuestros hallazgos en la presente investigación, hemos encontrado que las puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, que tienen probable depresión post parto, tienen a su vez una mala actitud hacia el Autocuidado en un 22%(84), las puérperas Riesgo de depresión post parto, tienen a su vez una Regular Actitud hacia el Autocuidado en un 46%(174) y las puérperas sin Riesgo de depresión, tienen a su vez una Buena Actitud hacia el

Autocuidado en un 11%(42). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Depresión post parto y Actitud hacia el Autocuidado. (Ver Tabla 1)

OBJETIVO ESPECIFICO 1

En cuanto a la depresión post parto, hemos encontrado que las puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, tienen probable depresión post parto, en un 28%(106), con Riesgo de depresión post parto en un 53%(201) y las puérperas sin Riesgo de depresión, en un 19%(72). (Ver Tabla 2). Coincidiendo con Urdaneta *et al*, (2012) quienes concluyen: La población estudiada presenta una alta prevalencia de depresión postparto, sin diferencias en cuanto a su paridad. Coincidiendo Además con Vega *et al*, (2000) Los ítems que tuvieron mayor poder predictivo para depresión postparto fueron los referidos a preocupación, capacidad para afrontar problemas, pánico, llanto y optimismo. Conclusiones. La versión en español de la EPDS funciona adecuadamente en mujeres peruanas. Coincidiendo además con Vilouta *et al*, (2013) Los autores, señalan que la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) puede usarse para detectar madres con depresión posnatal. La prueba se aplica 3-4 días después del parto y tiene un alto valor predictivo positivo y una sensibilidad del 80%. Los pacientes con una puntuación EPDS positiva en el inmediato posparto debe someterse a una evaluación posterior establecer un diagnóstico precoz de la depresión posnatal. En nuestro estudio, las mujeres con mayor probabilidad de desarrollar depresión posnatal fueron los que envejecieron más de 35 años que se sometieron a cesárea y cuyos bebés requieren ingreso a la unidad neonatal. Estas mujeres tenían un riesgo relativo 6 veces mayor que la de otras mujeres En consecuencia, estos pacientes deben ser reevaluado en el período posparto tardío.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

En las Actitudes de Autocuidado, hemos encontrado, que las puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, tienen Regular Actitud hacia el Autocuidado en un 56%(212), Mala Actitud en un 28%(106) y Buena Actitud en un 16%(61). (Ver Tabla 3). Coincidiendo con Molero *et al*, (2016)

Encontraron los siguientes resultados: al comparar las puntuaciones totales en la EDPS las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas ($5,88 \pm 1,96$ vs. $11,58 \pm 2,9$; $p < 0,001$), mostrando significativamente una mayor frecuencia de ansiedad ($p < 0,05$), sentimiento de culpa ($p < 0,001$) y dificultad para la concentración ($p < 0,001$), que es indicativo de un mayor riesgo de presentar DPP. Traduciéndose en 4% de puérperas adolescentes y 72% de las adultas con probable DPP, que al confirmarse mediante la entrevista del DSM IV mostró una prevalencia de 2% y 38%, en adolescentes y adultas respectivamente. En las adultas predominó como factores de riesgo significativos el bajo nivel educativo ($p < 0,05$), las dificultades con la lactancia ($p < 0,001$) y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo ($p < 0,001$). Concluyeron que la DPP fue más prevalente en las madres adultas que en las adolescentes.

CONCLUSIONES

PRIMERO

En la presente investigación: Relación significativa entre la depresión post parto y la actitud hacia el autocuidado en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa de junio a noviembre de 2017, se ha encontrado que

Las puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, quienes tienen probable depresión post parto, tienen a su vez una mala actitud hacia el Autocuidado, las puérperas Riesgo de depresión post parto, tienen a su vez una Regular Actitud hacia el Autocuidado y las puérperas sin Riesgo de depresión, tienen a su vez una Buena Actitud hacia el Autocuidado.

Con respecto a la Relación entre las variables se ha comprobado estadísticamente mediante la R de Pearson con un valor de 0,933 y con un nivel de significancia de valor ($p < 0,05$) (Ver Tabla 4), que existe una relación significativa entre la depresión post parto y la actitud de autocuidado, pero de manera inversa, es decir, a probable depresión son bajas o malas las actitudes de las puérperas, asimismo, sin riesgo a depresión se tiene buenas o mejores actitudes de autocuidado de las puérperas.

SEGUNDO

Con respecto a la depresión post parto de las puérperas, se encontró que cuentan con Riesgo de Depresión. Debiendo poner incidencia en la ansiedad, angustia, tristeza y el pánico que pueda sentir la puérpera en esta etapa de su vida, la cual debe estar acompañada en todo este proceso de su familia, esposo, amigos.

TERCERO

Con respecto a la actitud hacia el autocuidado, se encontró que las puérperas tienen Regular Actitud hacia el Autocuidado, poniendo énfasis en la higiene, lavado de manos, lavado vaginal, leves caminatas, descanso continuo, alimentación nutritiva en base a Calcio: leche. huevo, queso. Cuidado de los pezones, ropa adecuada, retraso del reinicio de las relaciones sexuales.

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Realizar intervenciones de enfermería que permita la prevención de la depresión post parto de la puérpera en el Hospital Regional Honorio de Delgado de Arequipa, asimismo, mejorar sus actitudes de autocuidado, contando con el apoyo de su entorno familiar.

SEGUNDO

Promover políticas y estrategias que permitan al personal de enfermería del Hospital Regional Honorio Delgado, en contacto con las puérperas, asegurar una atención integral que permitan la prevención de episodios depresivos, así como la angustia, ansiedad y pánico, adversos a su salud emocional.

TERCERO

Orientar a las puérperas en los autocuidados en el post parto, como la constante higiene personal, lavado de manos, higiene vaginal y de los pezones, alimentación nutritiva, caminatas leves, amamantar en forma continua, el descanso continuo y postergando el reinicio de las relaciones sexuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pantoja M. Nivel de estrés laboral en el profesional de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2010 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3823/1/Pantoja_Reyes_Magda_2010.pdf
2. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. PRH www.medigraphic.org.mx. enero de 2013;27(3):185-93.
3. Naula D. Factores de riesgo obstétrico en patologías puerperales frecuentes en madres adolescentes versus madres adultas del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Quito - Ecuador. Enero - junio 2013. [Internet]. 2013 [citado 2 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/122/1/UNACH-EC-MEDI-2013-00018.pdf.pdf>
4. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo [Internet]. [citado 29 de abril de 2017]. Disponible en: http://nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf
5. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti Suárez G, Campos Sánchez M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2002;30(2):106-11.
6. Urdaneta M J, Rivera S A, García I J, Guerra V M, Baabel Z N, Contreras B A. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la Escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2010;75(5):312-20.
7. Prado L, Gonzáles M, Paz N, Romero N. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*. diciembre de 2014;36(6):835-45.

8. Vilouta M, Álvarez Silvares E, Borrajo E, González-González A. Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo. Clin Invest Ginecol Obstet. :208-11.
9. Secco ML, Profit S, Kennedy E, Walsh A, Letourneau N, Stewart M. Factors affecting postpartum depressive symptoms of adolescent mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. febrero de 2007;36(1):47-54.
10. Alvarado C. Epidemiología de la depresión post natal [Internet]. Sociedad Iberoamericana de de Información Científica. 2014 [citado 2 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/experto.php/128759>
11. Molero KL, Urdaneta Machado JR, V C, Baabel Zambrano N, Contreras Benítez A, Azuaje Quiroz E, et al. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2014;79(4):294-304.
12. Gonzáles M. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo 2016 [Internet]. 2017 [citado 2 de mayo de 2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5685/Gonzales_a_m.pdf?sequence=3
13. 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, junio 2004 [Internet]. 2004 [citado 1 de mayo de 2017]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/epidemiologia/v12_n3/pdf/a06v12n3.pdf
14. Orem D. Modelos y Teorías en Enfermería: Dorothea E. Orem [Internet]. 2017 [citado 2 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://teoriasalud.blogspot.pe/p/dorothea-e-orem.html>
15. Neuman B. MODELO DE SISTEMAS: Betty Neuman [Internet]. 2017 [citado 2 de mayo de 2017]. Disponible en:

<http://modelosenfermeros2013.blogspot.com/2013/06/modelo-de-sistemas-betty-neuman.html>

16. Neuman B. Modelo de sistemas [Internet]. 2016 [citado 2 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/2013/12/modelo-de-sistemas.html>
17. Pacheco Romero J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. 2da Edición. Vol. II. Lima, Peru: Revistas Especializadas Peruanas SAC; 2014. 1471 p.
18. OMS. Depresión [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citado 2 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
19. OPS-OMS O. Depresión posparto [Internet]. @OPSOMSMexico. 2017 [citado 2 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://twitter.com/OPSOMSMexico/status/850132774086475776>
20. Medline P. Depresión posparto [Internet]. Información de salud para ustedes. 2017 [citado 2 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007215.htm>
21. Seyfreid M. Depresión posparto. En: La enciclopedia libre [Internet]. 2017 [citado 2 de mayo de 2017]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Depresi%C3%B3n_posparto&oldid=106448524
22. OMS. ¿Se pregunta por qué no está contenta tras el nacimiento de su hijo? [Internet]. WHO. 2016 [citado 2 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/postnatal/es/>
23. Salvador Z. El embarazo: síntomas, cuidados y etapas del desarrollo fetal [Internet]. Reproducción Asistida ORG. 2017 [citado 2 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/embarazo-sintomas-etapas-del-desarrollo-fetal/>

24. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Definición de embarazo a término [Internet]. [citado 2 de mayo de 2017]. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Xv0EY3zgG_0J:www.scielo.org.ve/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0048-77322013000400010+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pe
25. WomensHealth. Etapas del embarazo [Internet]. womenshealth.gov. 2017 [citado 2 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/pregnancy/youre-pregnant-now-what/stages-pregnancy>
26. MINSA. Definiciones operacionales de actividades protegidas y componentes relacionados. 2006;4.
27. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de la salud materna [Internet]. Ministerio de Salud; 2013. Disponible en: <https://es.slideshare.net/magnate1/rm827-2013-minsa>
28. MINSA. Protocolo de atención del puerperio fisiológico [Internet]. 2015 [citado 2 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=171-iv-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-y-puerperio&category_slug=publicaciones-antteriores&Itemid=235
29. Camero M. Complicaciones del Puerperio [Internet]. 2015 [citado 2 de mayo de 2017]. Disponible en: https://salud-mujer.idoneos.com/puerperio/complicaciones_del_puerperio/
30. Mendoza M. Nivel de conocimiento sobre autocuidado en el puerperio en mujeres atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho entre noviembre – diciembre del 2017 [Internet]. [Lima, Peru]: Universidad Nacional Federico Villareal; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1874?show=full>
31. Ministerio de Desarrollo Social. Autocuidado y puerperio | Chile Crece Contigo [Internet]. 2017 [citado 2 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/columna/autocuidado-y-puerperio/>

32. Aburto KBR, Maradiaga JIM. Autocuidado de las puérperas que asisten al Centro de Salud El Rosario- Carazo. 2015;112.
33. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 1 de abril de 2009;200(4):357-64.
34. Lucchini C, Márquez F. Lactancia materna: Un círculo virtuoso de vida. Ediciones UC; 2015. 305 p.
35. Espino M, Paula M, Tizón Bouza E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. Gerokomos. diciembre de 2013;24(4):168-77.
36. Atencia S. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Dani el Alcides Carrion durante abril – junio, 2015 [Internet]. 2015 [citado 30 de abril de 2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4355/Atencia_os.pdf;jsessionid=6331363892F8DE5BFFE7B1A211DE6A23?sequence=1
37. Condori Fernández I. Frecuencia e Indicación de Cesárea en Gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza - Arequipa Enero – Diciembre 2015. 2017.
38. Alvarado DR, Guajardo DV, Rojas DG, Jadresic DE. INFORME FINAL VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EDIMBURGO PARA EMBARAZADAS. :36.

ANEXOS



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ANEXO 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificada(do) con
DNI..... manifiesto que he recibido información suficiente sobre la
investigación: RELACIÓN ENTRE DEPRESION POST PARTO Y LA ACTITUD
HACIA EL AUTOCUIDADO EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA DE JUNIO A NOVIEMBRE DE
2017; para lo cual su autor ha solicitado mi participación. Se me ha dado la debida
información sobre las actividades a realizarse para dicha investigación, el tiempo
durante el cual se aplicará, manifestando mi conformidad y colaboración total.

Arequipade.....del.....

Firma: _____

DNI:

CUESTIONARIO SOBRE CARACTERISTICAS GENERALES

Responda de la manera más sincera, la información tiene un carácter anónimo.
Marque una "X" o escriba lo que se le solicita. Gracias.

Ficha N°: _____

1) Nivel de instrucción

- a) Analfabeto.
- b) Primaria incompleta o completa.
- c) Secundaria incompleta o completa.
- d) Superior técnico incompleta o completa.
- e) Superior universitaria incompleta o completa.

2) Tipo de vivienda

- a) Propia.
- b) Alquilada.
- c) Alojada en casa de familiares sin pagar renta o alquiler.

3) Ocupación

- a)

4) Pérdida de empleo en el último año

- a) Si.
- b) No.
- c) Nunca he trabajado.

5) Ingreso promedio mensual familiar

- a)

6) Edad

- a) años.

7) Estado civil

- a) Madre soltera.

- b) Conviviente.
- c) Casada.
- d) Separada.
- e) Viuda.

8) Muerte de un familiar directo en el último año

- a) Si.
- b) No.

9) Percepción de violencia familiar durante el último año

- a) Si.
- b) No.

10) Falta de apoyo de la pareja

- a) Si.
- b) No.

11) Embarazo planificado

- a) Si.
- b) No.

12) Control pre natal

- a) Si, ¿Cuántos?
- b) No.

13) Psicoprofilaxis obstétrica

- a) Si, ¿Cuántos?
- b) No.

14) Numero de gestaciones

- a)

15) Paridad (número de partos que ha tenido)

- a)

16) Número de hijos vivos:

a) hijos vivos.

17) Complicaciones durante el parto

a) Si, ¿Cuál?

b) No.

18) Padecimiento de enfermedad durante el último año

a) Si, ¿Cuál?

b) No.

19) Antecedente de uso de alcohol o drogas

a) Si, ¿Cuál?

b) No.

CUESTIONARIO SOBRE EL DEPRESION POST PARTO

Anexo: Usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor MARQUE con una "X" dentro del paréntesis la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas

- a) Tanto como siempre (.....)
- b) No tanto ahora (.....)
- c) Mucho menos (.....)
- d) No, no he podido (.....)

2. He disfrutado mirar hacia adelante

- a) Tanto como siempre (.....)
- b) No tanto ahora (.....)
- c) Mucho menos (.....)
- d) No, no he podido (.....)

3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente

- a) Si, casi siempre (.....)
- b) Si, algunas veces (.....)
- c) No muy a menudo (.....)
- d) No, nunca (.....)

4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo

- a) No, nada (.....)
- b) Casi nada (.....)
- c) Si, a veces (.....)
- d) Si, a menudo (.....)

5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo

- a) Si, bastante (.....)
- b) Si, a veces (.....)
- c) No, no mucho (.....)
- d) No, nada (.....)

6. Las cosas me han estado abrumando

- a) Si, casi siempre (.....)
- b) Si, a veces (.....)
- c) No, casi nunca (.....)
- d) No, nada (.....)

7. Me siento tan desdichada que he tenido dificultades para dormir

- a) Si, casi siempre (.....)
- b) Si, a menudo (.....)
- c) No, muy a menudo (.....)
- d) No, nada (.....)

8. Me siento triste o desgraciada

- a) Si, casi siempre (.....)
- b) Si, bastante a menudo (.....)
- c) No, muy a menudo (.....)
- d) No, nada (.....)

9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando

- a) Si, casi siempre (.....)
- b) Si, bastante a menudo (.....)
- c) Sólo ocasionalmente (.....)
- d) No, nunca (.....)

10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño

- a) Si, bastante a menudo (.....)
- b) Si, a menudo (.....)
- c) Casi nunca (.....)
- d) No, nunca (.....)

CUESTIONARIO SOBRE PUERPERIO

Instructivo: Coloque una X en el casillero que considere su respuesta, debe marcar un solo casillero. Desde ya le agradezco su participación.

Fecha: _____ Ficha N°: _____

PROPOSICIONES O AFIRMACIONES		OJO: MARCAR CON UNA "X" SOLAMENTE LA RESPUESTA EN LA QUE USTED SE SIENTA IDENTIFICADO O CREA EN ELLA				
		Totalmente en desacuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	La higiene genital se debe realizar con agua y jabón					
2	La higiene genital se debe realizar de adelante hacia atrás y mantener seco las partes genitales si se tiene herida por el corte en el parto					
3	La higiene genital se debe realizar mínimo dos veces al día					
4	Se debe ingresar los dedos a la vagina para hacer su aseo después del parto					
5	No es necesario regresar al hospital para el retiro de los puntos ya que estos se absorben solos					
6	La ropa interior debe ser de preferencia de licras					
7	Se debe acudir a la semana de parto para el control y cuidado al establecimiento de salud					

8	El masaje al útero después del parto debe realizarse constantemente para evitar hemorragias					
9	Se debe lavar las manos antes y después de dar de lactar al bebé					
10	Se realiza el aseo de las mamas antes y después de dar de lactar al bebé					
11	Es necesario lactar en forma continua y adecuada al bebé para evitar grietas o que se congestionan (hinchan) los pezones					
12	El dolor intenso y pérdida de secreciones o flujos blanquecinos (pus) en la zona de los puntos no son señales de alarma					
13	La fiebre, escalofrío y el dolor de cabeza no son señales de alarma					
14	Mamas de color rojo, hinchado y dolor al tocar es una señal de alarma					
15	El sangrado normal después del parto es semejante a la menstruación, y no tiene mal olor					
16	Cuando hay dolor leve tipo cólicos después del parto no necesita medicamentos es algo normal					
17	La deambulación o el caminar después de un parto sin complicaciones ayuda a la recuperación					
18	Se necesita estar en reposos continuo y no hacer nada después del parto					

19	Para el reinicio de las relaciones sexuales se debe espera como mínimo 42 días después del parto					
20	Se puede usar la ampolla de 3 meses como método anticonceptivo después del parto					
21	No se debe usar los anticonceptivos orales combinados (pastillas) como método anticonceptivo después del parto					
22	Se debe tomar abundante líquido después del parto					
23	Se debe consumir menestras después del parto					
24	Se debe consumir a diario suplementación de sulfato ferroso hasta los 2 meses después del parto acompañado de líquidos con cítricos (limonada, naranjada...) como mínimo, pero puede prolongarse hasta los seis meses según mi hemoglobina					
25	Se debe consumir leche, queso y yogurt ricos en calcio después del parto					
26	La sangrecita de pollo, bazo e hígado de pollo y res cocido son ricos en hierro y se deben consumir después del parto					
27	Los alimentos con alto contenido de hierro pueden tomarse con cualquier liquido: café, leche, te					

28	Se debe comer después del parto 3 comidas principales y 2 refrigerios					
----	---	--	--	--	--	--