



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA
PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TITULO

**PREVALENCIA DE LA DEPRESION POSTPARTO EN PUERPERAS
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV
AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA DE ESSALUD
ICA –2016**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

AUTORA: ALVITES PEVE, YRMA VICTORIA

ICA- PERU

2016

DEDICADO A:

A mi Familia por su aprecio y su apoyo en tiempos difíciles, cuyo afecto resulta invaluable por la situación misma de la primacía de la Unidad Familiar.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer de manera muy especial a todas aquellas Personas que nos ayudan en el caminar del día a día y en especial a los Guías que tenemos como docentes los cuales nos proporcionan los ideales del amanecer, gracias a sus enseñanzas, su tiempo y dedicación para nuestra formación.

Agradezco de manera incondicional a mis padres quienes siempre estuvieron apoyándome y brindándome las fuerzas necesarias para continuar y no rendirme, a mis hermanos que son mis guías y que gracias a sus consejos todo era más fácil.

A mi hijo quien es mi fortaleza día a día para no rendirme a pesar de las adversidades que se puedan presentar, por ser mi apoyo y mi fortaleza para continuar con nuestras metas trazadas, a mi esposo por su comprensión y ayuda incondicional.

Agradezco también de manera especial a la institución Hospitalaria en forma particular al área de Obstetricia y sus miembros por brindarme su apoyo de manera incondicional y consejos en todo momento, porque sin su ayuda no hubiese podido concluir con mi investigación de manera satisfactoria.

Agradezco a la Divinidad por brindarme la sabiduría y salud necesaria para poder continuar con mis metas trazadas y así poder cosechar los frutos sembrados, al lado de mis seres queridos que son los seres que más amo en ésta existencia.

RESUMEN

El presente estudio se realizó en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza y tiene como Título Prevalencia de la Depresión Postparto en Puérperas Atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de EsSalud Ica –2016.

Objetivo: Determinar la Prevalencia de la Depresión Post Parto en las Puérperas Atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de EsSalud Ica en el año 2016.

- **Material y Método:** Estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra de 110 Puérperas, los datos se obtuvieron a través de una encuesta, la cual fue aplicada en forma personal a cada puérpera. Los criterios de Exclusión Fueron: Puérperas con Dx. de Depresión Crónica, con Óbito Fetal, o Embarazo por Violación.
- **Resultados:** Según las encuestas realizadas a las puérperas existe un 54% de puérperas con Depresión Post Parto, mientras que un 46% no lo manifiestan, hay un 86% de puérperas que sufren Violencia de Género, un 68% que pasan por Situaciones Estresantes, un 51% que no Planificaron su Embarazo, un 52% que tienen Grado de Instrucción Superior, un 48% que tienen como Ingreso Económico menos de 500 Soles, un 50% son Primigestas, un 51% de las Puérperas que son Convivientes, un 57% son del Cercado de Ica, y un 29% que comprenden entre 27 a 32 años.

Palabras Claves: Depresión, puérperas, post parto.

ABSTRACT

This study was conducted at the Service of Obstetrics Gynecology Hospital IV Augusto Hernandez Mendoza and is entitled Prevalence of Postpartum Depression in puerperal women attended the service in Obstetrics Gynecology Hospital IV Augusto Mendoza Hernandez Ica EsSalud -2016.

Objective: To determine the prevalence of Post Partum Depression Postpartum women in the Addressed in Obstetrics Gynecology Service Augusto Hernández Mendoza IV Hospital EsSalud Ica in 2016.

- Material and Methods: A descriptive cross-sectional study with a sample of 110 postpartum women, data were obtained through a survey, which was applied personally to each puerperal.

Exclusion criteria were: Postpartum women with Dx. Chronic Depression with Fetal Deaths, or for Rape Pregnancy.

- Results: According to surveys conducted by the puerperal there is a 54% of postpartum women with Post Partum Depression, while 46% do not manifest, there is a 86% of postpartum women who suffer gender violence, 68% passing through stressful situations 51% that unplanned pregnancies, 52% with level of education Superior, 48% whose income less than 500 Soles, 50% were primiparous, 51% of postpartum women who are cohabiting a 57% are of Cercado of Ica, and 29% comprising between 27 to 32 years.

Keywords: Depression, Postpartum Women, Post Partum.

INDICE

CARATULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INDICE	vi

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO METODOLOGICO

INTRODUCCION	1
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	3
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL	4
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS	5
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	5
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	5
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	6

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	7
2.2. BASES TEÓRICAS	15
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	52

CAPITULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1	HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	54
3.2	VARIABLES	54
3.2.1	VARIABLE INTERVINIENTES	54

CAPITULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	57
4.1.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	57
4.1.2.	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	57
4.1.3.	MÉTODO	57
4.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	57
4.2.1.	POBLACIÓN	57
4.2.2.	MUESTRA	58
	CRITERIOS DE INCLUSION	58
	CRITERIOS DE EXCLUSION	59
4.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	59
4.3.1.	TÉCNICAS	59
4.3.2.	INSTRUMENTOS	60
	ETICA DE LA INVESTIGACION	60

CAPITULO V

PRESENTACION ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	
DISCUSION	72
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75
FUENTES DE INFORMACIÓN	76

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA	80
MODELO DE FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	83
MODELO DE LA ENCUESTA	87

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA Y GRAFICO N°1

ESCALA DE DEPRESION POST PARTO DE LA ESCLA DE EDIMBURG 62

TABLA Y GRAFICO N°2

VIOLENCIA DE GÉNERO 63

TABLA Y GRAFICO N°3

SITUACIONES ESTRESANTES 64

TABLA Y GRAFICO N°4

TIPO DE EMBARZO 65

TABLA Y GRAFICO N°5

GRADO DE INSTRUCCIÓN 66

TABLA Y GRAFICO N°6

NIVEL ECONÓMICO 67

TABLA Y GRAFICO N°7

PARIDAD 68

TABLA Y GRAFICO N°8

ESTADO CIVIL 69

TABLA Y GRAFICO N°9

LUGAR DE PROCEDENCIA 70

TABLA Y GRAFICO N°10

EDAD

71

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina y parece ser sustancialmente mayor durante el embarazo y el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital. Durante el embarazo y el puerperio suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el periodo postparto es un periodo de vulnerabilidad emocional y de alto riesgo para desarrollar desórdenes emocionales, así del 50 al 90% de las mujeres experimentan en el postparto diferentes grados de desórdenes afectivos, entre los que incluye la depresión postparto. Esta última es la complicación psiquiátrica más común de la maternidad, ocurre en el 13% de mujeres después del parto.

Los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina y parece ser sustancialmente mayor durante el embarazo y el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital, especialmente en las embarazadas de bajos ingresos económicos.

De los trastornos del estado de ánimo, el trastorno depresivo mayor tiene la más alta prevalencia a lo largo de la vida de entre todos los trastornos psiquiátricos, afectando hasta al 17% de personas y su prevalencia es del doble en las mujeres que en los varones.

La depresión posparto (DPP) es un trastorno depresivo mayor grave que aparece a las 4 semanas después del parto, produciendo alteración de la esfera afectiva presentándose en forma de: Tristeza exagerada,

decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar, incapacidad para enfrentar los problemas de la vida diaria, insomnio intenso, labilidad, fatiga y hasta el suicidio.

Puede representar una urgencia psiquiátrica por el riesgo que tiene la madre y el niño, debido a ideas delirantes que tiene la madre con Depresión Posparto

La Depresión Posparto que se da entre el 10-15% de las puérperas, mantiene los mismos criterios diagnósticos de depresión mayor.

Es un cuadro que puede iniciarse en la 3^{ra} a 4^{ta} semana postparto hasta un año después, la cual requiere tratamiento y puede cursar con síntomas severos en una de cada 10 puérperas.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO METODOLOGICO:

1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

A nivel mundial, la Depresión Post Parto es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en subdesarrollo que en los países desarrollados, siendo más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo.¹

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo para desarrollar desórdenes del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del ánimo durante el posparto. Algunas experimentan síntomas transitorios y leves, sin embargo pueden ser incapacitantes y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos.

La Prevalencia de la Depresión Post Parto se encuentra entre 8% y 30% siendo tres veces más elevada en los países subdesarrollados que en los países desarrollados. En Chile se reporta una incidencia de 8% - 9,2% de DPP y una prevalencia desde 10,2% hasta el 20,5%. En Brasil en un estudio realizado la prevalencia de depresión posparto se aproxima al 16,5%. De acuerdo a un estudio realizado en el año 2014 en Colombia al menos el 10% de las personas presentaron algún episodio depresivo durante los últimos doce meses previos al estudio. En Estados Unidos la prevalencia se presenta del 10% al 15% de los nacimientos.

¹Almanza J. Prevalencia de Depresión posparto y factores Asociados, en pacientes Puérperas de la Clínica de Especialidades de la mujer 2014.

Además es importante citar que de 1 a 6 madres con Depresión Post Parto severa de cada 10.000 nacimientos en Estados Unidos llega al suicidio cada año y que 1 de cada 3 a 4 madres presentan DPP si no reciben tratamiento adecuado y oportuno.²

A nivel nacional y regional hay pocos registros o estudios enfocados a estas patologías psíquicas en el puerperio, lo cual hace que estén pasando inadvertidas, ignorándose que la valoración de las madres debe ser integral, involucrando el estudio y control de la esfera psicológica con el seguimiento de los cambios fisiológicos propios de la etapa del puerperio, lo que permitiría contribuir a garantizar la evolución favorable y satisfactoria de la madre y el niño.

1.2. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

El estudio se realizó en el ámbito del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza del departamento de Ica del Servicio de Gineco Obstetricia, se realizó en un periodo de seis meses del 01 de Enero hasta el 30 de Junio del presente año 2016.

El presente estudio se aplicará a Puérperas que acuden al servicio de Gineco Obstetricia mediante un Test para determinar la Prevalencia de Depresión Post Parto.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema General

¿Cuál es la Prevalencia de la Depresión Post Parto de las Puérperas que Fueron Atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de EsSalud Ica – 2016?

²Catalogación por la Biblioteca de la OMS: Estadísticas sanitarias mundiales 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.

1.3.2 Problemas Específicos

- ¿Cuáles son las Características Sociodemográficas de las Puérperas que fueron Atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de EsSalud Ica – 2016?
- ¿Cuál es la Relación que Existe entre la Depresión Post Parto y las Características Sociodemográficas de las Puérperas que Fueron Atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de EsSalud Ica. – 2016?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

- Determinar la Prevalencia de Depresión Post Parto y las Características Sociodemográficas de las Puérperas que Fueron Atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de EsSalud Ica – 2016

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar las Características Sociodemográficas de las Puérperas que fueron Atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de EsSalud Ica – 2016.
- Identificar la Relación que Existe entre la Depresión Post Parto y las Características Sociodemográficas de las Puérperas que Fueron Atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de EsSalud Ica.

1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Considerando la elevada frecuencia de Depresión Post Parto (DPP) reportada a nivel mundial, la mayor tasa de afección de DPP en países subdesarrollados, el desconocimiento, la falta de información y de datos estadísticos sobre DPP en Perú, así como la falta de interés prestado por los médicos a esta patología; es importante determinar cuál es el nivel de depresión que presentan las puérperas del Hospital IV Augusto Hernández EsSalud de Ica.

Este estudio es encaminado a determinar el nivel de Depresión, con la finalidad de generar consciencia sobre la importancia de esta patología y así evitar las repercusiones tanto en la madre como en el niño, tales sean diagnosticados a tiempo para evitar situaciones desagradables, ya que ello podría llevar a tomar una mala decisión e incluso atentando contra sus propias vidas o volviéndose dependientes de los fármacos, de algo o de alguien, lo cual sería en el desarrollo de la mujer y sobre todo que estos cambios también podrían estar afectando al nuevo ser que se viene desarrollando en el vientre materno.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Internacionales

Santacruz María, Serrano Francisco. Depresión Posparto. Prevalencia y Factores de Riesgo en Madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca. España 2014, Tiene como Objetivo: Determinar prevalencia y factores de riesgo de depresión posparto en las madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, en la ciudad de Cuenca en el año 2014. Materiales y métodos: Estudio cuantitativo de prevalencia, analítico y transversal. Universo: 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de Cuenca. Muestra: no probabilística consecutiva. Recolección de datos: empleamos como instrumento un formulario con la “Escala de Depresión Posparto de Edimburgo” (EDPE) y preguntas orientadas a determinar factores de riesgo para depresión posparto (DPP). Procesamiento: empleamos el software SPSS 15.00 versión evaluación. Análisis: empleamos frecuencias, porcentajes, razón de prevalencia, chi cuadrado y el valor de p para determinar asociación estadística. Resultados: De acuerdo a la EDPE existe una prevalencia de 34,3% de Depresión Posparto. Los factores de riesgo encontrados fueron: no encontrarse en edad reproductiva ideal: RP: 2,53 Valor de p: 0,022, falta de apoyo familiar durante el embarazo: RP: 7,25 Valor de p: 0,0008 y violencia intrafamiliar: RP: 3,75 Valor de p: 0,0003 Conclusiones: Las madres con mayor riesgo de DPP en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga son aquellas madres que: no se encuentran en edad reproductiva ideal, no

recibieron apoyo familiar durante su embarazo y sufrieron violencia intrafamiliar durante el mismo.³

Fernández Karina, Iturriza Alejandra, Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Caracas, Venezuela 2013. El Objetivo es Determinar la prevalencia de depresión posparto en púerperas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital General del Oeste de Caracas, durante el período comprendido entre junio y septiembre de 2013. Métodos: Se realizó una investigación de tipo descriptiva y prospectiva, con una muestra de 249 púerperas, aplicando la escala de depresión posparto de Edimburgo para detectar depresión posparto. Resultados: En el puerperio mediato hubo una prevalencia de depresión posparto de 84,2 % en las adolescentes y de 81,5 % en las adultas sin diferencia significativa entre ambos grupos. Conclusión: La prevalencia de depresión posparto fue elevada en adolescentes y en adultas, predominando la depresión posparto de grado moderada.⁴

Paiz Villela Dulce, Estudio descriptivo sobre el riesgo de depresión posparto evaluado mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo en pacientes de 15 a 40 años ingresadas al servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa durante el período comprendido entre el 10 de agosto al 14 de septiembre de 2012. Guatemala.

Tiene como objetivo Determinar el riesgo de depresión posparto en las mujeres entre las edades de 15 a 40 años ingresadas para control del puerperio en el servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa mediante la aplicación de La Escala de Depresión posnatal de Edimburgo durante el período comprendido entre el 10 de agosto al 14

³ Santacruz María, Serrano Francisco. Depresión Posparto. Prevalencia y Factores de Riesgo en Madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca. España 2014.

⁴Fernández Karina, Iturriza Alejandra, Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Caracas, Venezuela 2013.

de septiembre de 2012. Utilizando como instrumentos: La Escala de depresión posnatal de Edimburgo y una boleta de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados: el riesgo de depresión posparto en la población estudiada fue de 36%; la población con mayor riesgo de este desorden se encuentra comprendida entre las edades de 15 a 25 años; las pacientes que se encontraban en el puerperio del primer o segundo hijo presentaron un riesgo mayor. Se observó que la diferencia entre vía de resolución del embarazo de las pacientes que presentaron riesgo de depresión posparto no fue mayor al 10% entre cesárea y parto. Se determinó que el 69% de las pacientes con riesgo de depresión posparto no tenían planeado el embarazo, además de que el nivel de escolaridad se encontraba entre primaria y secundaria. Existe una alta prevalencia de este desorden, con diversos factores de riesgo que de ser evaluados a tiempo evitarán el progreso de esta patología a estadios más severos y difíciles de tratar.⁵

López Menezes F; Netto de Oliveira. Frecuencia de la Depresión Puerperal en la Maternidad de un Hospital Universitario de la Región del Sur. Brazil 2012. Este estudio tuvo como objetivo identificar la frecuencia de riesgo para desencadenar la depresión posparto, en puérperas internadas en la maternidad de un Hospital Universitario, a través de la aplicación de la escala Edinburgh Post-Natal Depresión Scale (EPDS). Se trata de un estudio cuantitativo, exploratorio descriptivo. Participaron del estudio 53 puérperas en posparto inmediato en el período de abril a mayo de 2012. Fue aplicado un cuestionario elaborado con base en la escala EPDS. Los datos obtenidos a través de la aplicación de la escala fueron analizados e interpretados, a través

⁵Paiz Villela Dulce, Estudio descriptivo sobre el riesgo de depresión posparto evaluado mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo en pacientes de 15 a 40 años ingresadas al servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa durante el período comprendido entre el 10 de agosto al 14 de septiembre de 2012. Guatemala.

de la estadística descriptiva. Se respetaron todas las determinaciones de la 196/96 de estudio con seres humanos.

Los resultados señalaron que el riesgo de depresión posparto fue encontrado en seis puérperas (11%), lo que demuestra la importancia de los profesionales de la universidad teniendo como ayuda la escala EPDS, por la eficacia y practicidad de su aplicación.⁶

Nacionales

Lipa Frida. Depresión Postparto en Puérperas Primíparas y Multíparas del Establecimiento de Salud I – 3 José Antonio Encinas, Puno 2014. La investigación se realizó en la ciudad de Puno en el Establecimiento de Salud I-3 José Antonio Encinas. Con el objetivo de determinar la depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas. El estudio fue descriptivo de corte transversal, tomándose una muestra de 69 puérperas primíparas y multíparas; el muestreo fue no probabilístico por cuota; para la obtención de datos se utilizó la entrevista estructurada y el instrumento de investigación el test de la escala de depresión postparto de Edimburgo modificada. Los resultados muestran: las puérperas primíparas y multíparas que presentaron depresión postparto obtuvieron una puntuación mayor de 10 puntos, representan el 21.7% oscila en las edades de 16 a 19 años, 27.5% procedentes de la zona urbana, 24.6% hablantes del idioma castellano, 18.8% con grado de instrucción secundaria completa, 31.9% de estado civil conviviente, 21.7% de ocupación su casa y el 18.8% recibieron seis controles prenatales antes de las 31 semanas de gestación. Se concluye que más de la mitad de puérperas primíparas presentaron depresión postparto en el rango de edad de 16 a 19 años (adolescentes), porque

⁶López Menezes F; Netto de Oliveira. Frecuencia de la Depresión Puerperal en la Maternidad de un Hospital Universitario de la Región del Sur. Brazil 2012.

es un periodo en que las puérperas atraviesan por una condición que contiene grandes cambios emocionales, físicos y psicosociales que aportan a la tendencia del abandono de los estudios, dedicándose a los quehaceres del hogar y asumir el rol de madre a una edad prematura que contribuyen a precipitar a una depresión postparto.⁷

Castañón Carla, Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. Chile 2013. Su Objetivo: Evaluar la eficacia de la EPDS en las tasas de detección de síntomas depresivos en el puerperio. Para evaluar la viabilidad de la utilización esta escala de cribado en un Centro de Medicina Familiar. Material y métodos: Las historias clínicas de mujeres atendidas durante el año 2013, fueron revisados para detectar el registro de los síntomas depresivos o solicitud de consultas psiquiátricas para la depresión. Durante el año 2003, la EPDS se aplicó a una muestra de 110 mujeres. Para confirmar el diagnóstico de la depresión posparto de utilizar el instrumento, una entrevista psiquiátrica estructurada se administró a estas mujeres. Resultados: Los registros médicos de 110 mujeres con edades de 24 ± 7 años fueron revisados y el instrumento se aplicó a 110 mujeres de entre 26 ± 7 años. En el FirstGroup, la tasa de detección espontánea de los síntomas depresivos fue del 4,6% (5/110). En el 26,4% de las mujeres en las que se aplicó el instrumento, se encontró que los síntomas depresivos y el 15% tenían una depresión posparto. La tasa de aplicación de la escala fue de 88% y la tasa de aceptación por parte de las madres fue de 100%. Conclusiones: La EPDS mejora significativamente las tasas de detección de síntomas de depresión post-parto, y es bien aceptado por los profesionales de la salud⁸

⁷Lipa Frida. Depresión Postparto en Puérperas Primíparas y Multiparas del Establecimiento de Salud I – 3 José Antonio Encinas, Puno 2014.

⁸Castañón Carla Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. Chile 2013.

Vásquez Ellen, Sangama Mori. Relación entre Características Sociodemográficas y Riesgo de Depresión Posparto en Púérperas que consultan en la Clínica Corpo medico Tarapoto Junio-Setiembre 2012. El objetivo fue, determinar la relación entre las características socio demográfico y la depresión posparto en las púérperas que consultaron en la Clínica CORPOMEDIC Tarapoto.

La muestra estuvo representada por 30 púérperas que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la recolección de la información se utilizó como técnica el cuestionario y dos instrumentos: la entrevista estructurada, para identificar las características sociodemográficas de las púérperas y el test de preguntas cerradas estandarizadas; la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) que fue previamente solicitada al autor para identificar el riesgo de depresión en las púérperas. Los datos obtenidos fueron sistematizados usando el paquete estadístico Microsoft Excel 2007 y SPSS VERSIÓN 17.0. Los hallazgos encontrados fueron: El mayor riesgo de depresión posparto en las púérperas fue 66,7% y 33,3% no presentaron riesgo de depresión. El 73,3 % de jóvenes tuvieron entre 20 a 30 años de edad, 80% tuvieron unión estable, el 36,7% fue ama de casa, 50,0% primíparas; el 46,7% refirió tener un solo hijo, el 30,0% poseía estudios de secundaria completa, el 40,0% tuvo ingresos entre 100 a 500 nuevos soles, el 60,0% manifestó embarazo deseado y el 56,7% refirió parto por cesárea.

No existió una asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y las Características Socio demográficas: Edad, Estado Civil, Ocupación, Paridad, Número de Hijos Vivos, Nivel Educativo y Nivel de Ingreso, pero se encontró una asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y el Tipo de Embarazo y asociación significativa

entre Riesgo de Depresión Posparto y el Tipo de Parto, en puérperas de la clínica CORPOMEDIC Tarapoto.⁹

Paima Rosario, Vásquez Ruth. Prevalencia y Asociación entre la Cesárea no Programada y la Depresión Postparto en Post Césareadas Adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2012. Tuvo como objetivo Determinar la prevalencia de la depresión postparto y la asociación que existe entre la cesárea no programada con la depresión postparto en Post Césareadas adolescentes en el Inst. Nacional Materno Perinatal durante el periodo de Marzo 2010-Marzo 2011. **Material y Método:** Se realizó un estudio observacional, transversal. La muestra estuvo constituido por 503 mujeres adolescentes Post Césareadas que fueron atendidas en el INMP, de las cuales 216 adolescentes tienen un riesgo de depresión postparto y 196 presentan una probable depresión.

En el análisis se incluyó el promedio, desviación estándar, las frecuencias y la asociación entre el tipo de cesárea y la depresión postparto, se realizó mediante la Escala Edinburgh para la Depresión Postparto. **Resultados:** Se incluyó 503 adolescentes Post Césareadas, cuyas edades fluctuaban entre los 15 y 19 años, siendo el promedio 17,6 años \pm 1,05 años. 4%(20/503) eran casadas, 47% (238/503) convivientes y 49% (245/503) solteras. 5% (27/503) tenían un grado de instrucción Primaria, 89% (444/503) Secundaria y 6% (32/503) Superior. 97% (489/503) presentaba una condición familiar dependiente, 3% (14/503) era Independiente. 95% (478/503) tuvieron controles prenatales y un 3% (25/503) no. El 54% (271/503) fueron cesáreas no programadas y el 46% (232/503) programadas. Se

⁹VasquezElen,SangamaMori. Relación entre Características Sociodemograficas y Riesgo de Depresión Posparto en Puérperas que consultan en la Clínica CorpomedicoTarapoto Junio-Setiembre 2012.

encontró asociación significativa entre la cesárea no programada con el riesgo y/o probable depresión postparto.

Conclusiones: La Prevalencia de la Depresión Post Parto en adolescentes Post Césareadas de INMP fue del 39%. 54% fueron cesáreas no programadas, de las adolescente con “Riesgo de Depresión Post Parto”, el 62% fueron cesáreas no programadas y de las que tuvieron “probable depresión postparto”, el 54 % fueron no programadas. Existe asociación entre las cesáreas no programadas con el riesgo y/o probable depresión postparto en las adolescentes Post Césareadas.¹⁰

Local

Hernández Astrid, Parto Prematuro y su Relación con la Ansiedad y Depresión de las Puérperas Atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Enero a Julio 2015. El Objetivo fue Determinar la Relación que existe entre la Ansiedad y la Depresión de las Puérperas Atendidas en el Hospital Santa María de Socorro del Ica, Enero a Julio 2015. El Material y Método fue Descriptivo Correlacional, la Muestra estuvo constituida por 55 Puérperas de Parto Prematuro Atendidas en el Hospital santa María del Socorro de Ica. Como conclusión se evidenció que existe una Relación Estrecha entre la Ansiedad y la Depresión de las Puérperas Atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica. La edad materna con mayor porcentaje de Ansiedad y de Depresión está entre los 25 – 34 años. Las Puérperas Primigestas tienen mayor porcentaje de Ansiedad y de Depresión. La Depresión Leve tiene mayor porcentaje en las puérperas que tuvieron partos prematuros atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica³².

¹⁰Paima Rosario, Vásquez Ruth. Prevalencia y Asociación entre la Cesárea no Programada y la Depresión Postparto en Post cesareadas Adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2012.

³² Hernández Astrid, Parto Prematuro y su Relación con la Ansiedad y la Depresión de las Puérperas Atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Enero a Julio 2015 pág. 52 – 54.

2.2 BASES TEORICAS

Aspectos de Depresión:

En la vida cotidiana, existen cambios naturales en los estados de ánimo; los problemas diarios que pueden producirse por dificultades familiares, económicas o laborales, son sorteados por las personas de acuerdo a sus capacidades individuales para enfrentar los conflictos. En ocasiones una persona puede experimentar estados pasajeros de tristeza cuando sus expectativas no son satisfechas o cuando enfrentan dilemas o contrariedades: decepciones amorosas, separaciones familiares, desempleo, desajustes conyugales, u otros.

Sin embargo, algunas personas comienzan a tener un cambio sostenido del estado de ánimo que interfiere con su acostumbrado rendimiento social. Cuando esto ocurre, y de acuerdo a las características que presentan las personas, es posible que ya no se trate de una simple variación del estado anímico, sino de un episodio depresivo.

Los trastornos depresivos causan dolor y sufrimiento en la vida de muchas personas lamentablemente, la gran mayoría de las personas afectadas por la depresión no buscan ayuda porque ellas mismas desconocen que gran parte de ese sufrimiento podría ser evitado.

Hoy se sabe que el apoyo psicoterapéutico y algunos medicamentos pueden ser sumamente eficaces para tratar la depresión.¹¹

Depresión:

La depresión es una alteración del estado del ánimo caracterizado por una sensación de tristeza exagerada, anhedonia, abatimiento prolongado, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar, que dependiendo de la

¹¹Canaval G, Gonzales M, Martínez L; "Depresión Posparto, Apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali Colombia 2013.

intensidad de la sintomatología, puede impedir el cumplimiento de las actividades cotidianas. Además se presentan alteraciones de las esferas cognitiva somática y volitivo como alteraciones del apetito, sueño, impulsos, pensamientos, deterioro de la apariencia y aspecto personal.

Dentro de los trastornos del estado de ánimo encontramos dos grandes grupos.

Los trastornos bipolares y el trastorno depresivo mayor.¹²

Trastorno Depresivo Mayor:

Es el trastorno del estado de ánimo en que los síntomas se presentan durante por lo menos dos semanas afectando la capacidad de efectuar las actividades cotidianas previas; es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres y en el 25% de los casos se conoce el acontecimiento precipitante.

Existe variación diurna con acentuación de los síntomas en la mañana, existe retraso o agitación psicomotora y síntomas vegetativos asociados. Puede aparecer a cualquier edad pero la media es de 40 años. Existen antecedentes familiares y se puede presentar como un único episodio o ser recidivante, además se describen un conjunto de trastornos depresivos mayores con ciertos rasgos que los vuelven únicos entre los cuales podemos citar al melancólico, crónico, con patrón estacional, con síntomas atípicos, catatónica, pseudodemencia, depresión infantil, doble depresión, trastorno depresivo no especificado, con síntomas psicóticos y el trastorno depresivo mayor de inicio luego del parto.

El trastorno depresivo mayor es muy frecuente, afecta aproximadamente del 5% al 12% de hombres y del 10% al 25% de las mujeres a lo largo de su vida independientemente de las edades.

¹²Poo A. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el sur de Chile.2013

Se presenta con mayor frecuencia en personas solteras y divorciadas que en las casadas y no se ha encontrado correlación con el estado socioeconómico ni entre las razas o grupos religiosos. Además representa la principal causa mundial de discapacidad y contribuye enormemente a la carga mundial de morbilidad.¹³

Trastorno Depresivo Mayor de Inicio Después del Parto: Durante el embarazo y el puerperio se producen cambios biológicos, psicológicos y sociales que hacen más vulnerable a la mujer para aparición de trastornos del estado del ánimo.

Existen tres tipos de alteraciones que pueden presentarse en el Posparto: Disforia, Depresión y Psicosis.

Cuadro N° 1 Trastornos del Estado del Animo Asociados al Post Parto				
Desorden	Prevalencia	Aparición	Duración	Tratamiento
Baby Blues (Tristeza Post Parto)	30 – 75%	3 – 4 Dias	Horas o Dias	No Requiere Tratamiento
Depresión Post Parto	10 – 15%	1 ^{er} Año	Meses	Requiere Tratamiento (Farmacológico o Terapia Cognitiva)
Psicosis Puerperal	0,1 – 0,2%	2 Semanas	Semanas a Meses	Hospitalización Obligatoria

¹³Rojas G. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Artículo de Investigación RevMed Chile 138 (5): 536 – 542. 2012

- **La Disforia Posparto:** Es un cuadro leve y auto limitado (50-75%), aparece más tempranamente que la depresión, entre la 1^{ra} y la 2^{da} semana, su duración habitual va de horas hasta 10 días.

Es un cuadro de alta frecuencia, que afecta a cerca del 60 % de mujeres en puerperio, caracterizado por labilidad Emocional, angustia, alteraciones del sueño, irritabilidad y fatigabilidad. Requiere fundamental manejo ambiental, psicoeducación a la paciente y familia; generalmente no requiere tratamiento farmacológico.

Si este cuadro se prolonga por más de 2 semanas hay que sospechar y evaluar el desarrollo de un Episodio Depresivo Posparto.

- **La Psicosis Posparto:** Es un cuadro severo, poco frecuente (0,1 a 0,2%) y dramático, aparece en las primeras 48 horas hasta la 2^{da} semana postparto y presenta riesgo de suicidio e infanticidio. Requiere hospitalización y manejo de especialidad a la brevedad y se le considera un indicador pronóstico de patología mental severa.
- **La Depresión Posparto:** La (DPP) es de 10-15% y mantiene los mismos criterios diagnósticos de depresión mayor, es un cuadro que puede iniciarse en la 3^{ra} a 4^{ta} semana postparto hasta un año después, encontrándose un peak de presentación en las semanas 8 a 12 post parto. Requiere tratamiento y puede cursar con síntomas severos en una de cada 10 puerperal.

Desde los tiempos de Hipócrates, los clínicos notaron una asociación entre los trastornos del humor y el período posterior al parto. Este vínculo entró oficialmente en la nomenclatura psiquiátrica cuando el DSM IV definió a la depresión mayor con comienzo en el postparto como episodios de depresión que comienzan hasta la 4^{ta} semana luego del mismo.

Este período corresponde con rápidos cambios hormonales, postulando la idea que estos contribuyen a la vulnerabilidad de la depresión. Sin embargo, debido a que los factores psicosociales tienen una relevancia mayor como desencadenantes de la depresión puerperal, muchos investigadores usan una definición operativa del período en cuestión de hasta 6 meses luego del parto.¹⁴

Los tipos de depresión que consideramos como riesgo a presentarse en la etapa del puerperio son:

Tristeza Postparto o “Postpartum Blues” (TP)

La tristeza Post Parto se presenta entre el 50 y 80% de las madres quienes manifiestan síntomas de ansiedad, irritabilidad, llanto fácil, y labilidad emocional, que desaparece en dos semanas luego del parto y no requiere tratamiento. Se le considera normal y se relaciona con el desequilibrio hormonal de estrógenos y progesterona tras la salida de la placenta, incremento de responsabilidades, alteración del ritmo de sueño, alteración de la rutina, impacto del parto.

La psicosis puerperal por su parte representa el más severo e inusual cuadro de los trastornos del estado del ánimo en el posparto. Se caracteriza por: aparición antes de las dos semanas, depresión grave y delirios. Se presenta en uno o dos partos de cada 1000 afectando principalmente a las primíparas.

Debido a los síntomas psicóticos, las madres tienen riesgo de dañar a sus hijos debido a cuidados maternos negligentes, incompetencia al realizarlo o alucinaciones que llevan a hacer daño al niño. Cuando el cuadro depresivo se prolonga, es muy intenso o aparece un cuadro depresivo

¹⁴Lara M. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México, Salud Mental; 29(4):55.2013

después del mes del posparto se debería considerar la presencia de depresión posparto.

Las mujeres con TP lloran con más facilidad que lo usual, están más irritables, y tienen una labilidad emocional mayor que lo habitual para cada una. El pico de "Tristeza" se observa usualmente cerca de los 3 a 5 días luego del parto, en general coincidiendo con el inicio de la lactancia, y dura de varios días a semanas. La propensión a desarrollar TP no parece relacionarse con su historia psiquiátrica, factores estresantes del medio, contexto cultural, alimentación o cantidad de hijos. Sin embargo estos factores pueden contribuir al desarrollo de una Depresión Mayor.

Existen dos hipótesis que lideran la explicación de la aparición de la TP. La primera es que los cambios en el ánimo están ligados a cambios bruscos de los niveles hormonales. Hay evidencia que muestra que los niveles absolutos de estrógenos y progesterona no desencadenan episodios de TP, pero los cambios bruscos entre los niveles durante el embarazo y los que se registran luego del parto, parecen estar asociados a una mayor probabilidad de desarrollar TP.

Del mismo modo, un metabolito de la progesterona, la alopregnanolona, con efecto ansiolítico agonista GABA, es significativamente menor en mujeres con TP.

Una segunda hipótesis sostiene que se inicia por la activación de un sistema relacionado con las conductas madre-hijo de los mamíferos, y que estaría regulado en forma primaria por la Oxitocina. Hay evidencia directa de este fenómeno en mamíferos no primates: Madres roedoras a las que se les extrajeron las células productoras de oxitocina exhibieron conductas con menos rasgos maternos que aquellos roedores que no tuvieron cirugía. Evidencias indirectas sugieren que mecanismos similares, pero más versátiles, pueden existir en humanos y primates.

Bajo condiciones de adecuada contención y bajo estrés, esos cambios neurofisiológicos promueven las conductas de acercamiento entre madre e hijo. Sin embargo, bajo condiciones de alto estrés y soporte inadecuado, esta reactividad emocional puede incrementar la vulnerabilidad a la depresión, al tornarse la mujer más susceptible al efecto de estos factores.

Depresión Postparto sin Psicosis

La Prevalencia es de 10-20% de las mujeres, en el lapso de 6 meses después del parto, los factores de riesgo incluyen la historia personal de depresión mayor, historia de desórdenes disfórico premenstruales (pero no necesariamente el síndrome premenstrual leve o moderado), estrés psicosocial, historia de trastornos de la alimentación y el inadecuado soporte psicosocial.

Los síntomas pueden incluir sentimientos de infelicidad, de no ser apta como madre, trastornos del sueño y el apetito y dificultad en la concentración, los trastornos del sueño son habitualmente caracterizados por dificultad para dormir incluso cuando alguien este cuidando al bebé.

El término Ego-Distónico refiere a pensamientos que están caracterizados por la diferencia entre su contenido y lo que la persona desea o cree en la actualidad. Esos pensamientos tienen rasgos de posesividad, pero raramente llegan al acto, en ausencia de psicosis.

Sin embargo, cuando una mujer con Depresión Post Parto sin psicosis severa llega a conductas suicidas, puede considerar también matar a su hijo, e incluso a sus hijos más pequeños, muchas veces siguiendo el deseo de no abandonarlos.

No hay evidencia directa de que el desbalance hormonal cause depresión Post Parto, los cambios biológicos subyacentes en la TP pueden llevar a la

Depresión Post Parto en presencia de un contexto vulnerabilidad genética, estrés en el entorno o insuficiente soporte social.

Hay evidencia indirecta que soporta esta idea; simulando el estado Post Parto mediante la administración de hormonas que luego son retiradas repentinamente es significativamente más probable producir Depresión en mujeres con historia de Depresión Post Parto que en mujeres sin antecedentes al respecto.

Hay diferencias aparentemente significativas entre diferentes culturas en cuanto a la Prevalencia de Depresión Post Parto, existen trabajos de campo que muestran que las culturas donde aparentemente hay una baja Prevalencia de Depresión Post Parto están caracterizadas por un fuerte soporte a nivel social para las nuevas madres, como por ejemplo, sistemas de ayuda en el cuidado del niño, alimentación especial, baños rituales, o el mismo retorno a su hogar de origen.

La Depresión Post Parto que no es tratada puede tener consecuencias a largo plazo para la madre, el episodio puede ser el precursor de una depresión recurrente, para los hijos, una madre deprimida puede contribuir a problemas a nivel emocional, cognitivo o conductual en el futuro.

Depresión Postparto con Psicosis

En estos casos se observan cuadros de psicosis, con alucinaciones y/o delirio dentro de la 3^{ra} semanas luego del parto, puede ser un episodio que se registre por primera vez en la vida de la paciente, o bien como parte de un problema recurrente, en su inicio suele aparecer más frecuentemente con rasgos de trastorno bipolar, que como trastornos del ánimo.

Comparando estos episodios con los trastornos psicóticos no asociados al postparto, se observa más desorientación y labilidad en forma característica.

Las mujeres con Depresión Post Parto con psicosis pueden tener mejorías temporarias en apariencia, despistando a pacientes y cuidadores, haciéndoles pensar que se han recuperado, pero al poco tiempo empeoran sus síntomas depresivos y psicóticos.

Comparando con episodios de Depresión sin psicosis, las mujeres con psicosis puerperal tienen más probabilidades de terminar haciendo daño a sus hijos, al pasar al acto con mayor facilidad.

Si bien en los casos en donde se ha implementado un tratamiento exitoso no se ha visto aumentado el riesgo de daño para los hijos, la Depresión Post Parto con psicosis tiene una alta probabilidad de recurrencia, tanto durante el período del Post Parto, como fuera de él, si no se realiza tratamiento de mantenimiento.

Un aspecto relevante en relación a la DPP es que suele presentar dificultades para su diagnóstico por una baja de reporte de síntomas emocionales, la atribución de sintomatología a una reacción “normal” ante el embarazo y por el hecho que las atenciones de salud para la madre, en el sistema público, se establecen solo en primer mes Post Parto.

Es por ello que es importante contar con instrumentos de apoyo en el diagnóstico, uno de ellos es el Screening Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (Anexo) empleada y validada en varios países y culturas, y traducida al menos a 23 idiomas diferentes, este es un instrumento auto aplicado que hace referencia a los 7 días previos.

Se deben responder todas las preguntas y se aplica 6 a 8 semanas posparto.¹⁵

¹⁵Ortega L. Prevalencia de Depresión a través de la EDPS, en muestras de mujeres mejicanas embarazadas. PerinatolReprodHum 15: 11-20. 2014.

Generalidades

La Depresión Post Parto es la complicación del parto más frecuente presentándose desde el 10% hasta el 25% de las mujeres, se presenta generalmente durante las primeras cuatro semanas del Post Parto, sin embargo podría iniciar hasta un año después del parto; la mayoría requiere tratamiento médico profesional.

Esta patología debería ser considerada como una prioridad en salud pública debido al gran impacto que tiene sobre el desarrollo del círculo familiar, afectando no únicamente la calidad de vida de la madre, sino también la relación marital, y la calidad de vida del niño.

Se ha demostrado que genera efectos adversos a largo plazo observándose mayor riesgo de depresión recurrente en la madre y alteraciones emocionales, conductuales, cognitivas e interpersonales en la vida de los hijos.

El cuadro clínico de una madre con depresión posparto es muy similar al que presenta una madre que normalmente atraviesa por esta etapa de transición, entre los que encontramos alteraciones del apetito y del sueño, cansancio o fatiga, entre otros, es entonces importante aprender a diferenciar la sintomatología del “Baby Blues” que se considera normal.¹⁶

Depresión Post Parto

Es definida como alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor y tristeza producida durante el Post Parto. Según la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), cuyo puntaje oscila entre 0 y 30 puntos, se consideró: depresión posparto: 12 puntos o más, sin depresión:

¹⁶Ruth, M. Depresión posparto y características socio demográficas en mujeres que consultan en el hospital san José de Medinas. Hospital Nicolás Avellaneda – Catamarca. San Miguel de Tucumán.2013

11 puntos o menos. La depresión posparto es el desarrollo de depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo.

Se caracteriza por llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas. Son frecuentes también los sentimientos de culpa y autocensura por no estar amando o cuidando su hijo lo suficiente, y casi siempre están presentes síntomas de ansiedad acompañando o inclusive superando a los síntomas de depresión del humor, su duración suele variar entre 6 a 8 semanas, aunque puede llegar hasta el primer año de postparto.

La DPP también se define como un trastorno depresivo mayor grave del estado de ánimo que aparece a las 4^{ta} semana del parto, pudiendo llegar hasta el año.

En la actual clasificación del DSMV lo define como trastorno depresivo mayor de inicio en el peri parto, debido a que se ha demostrado que aproximadamente en el 50% de casos la depresión comienza realmente antes del parto.¹⁷

Epidemiología

La Depresión Post Parto es el trastorno del ánimo asociado al nacimiento más prevalente puesto que se presenta hasta en el 25% de las madres. Remite luego de tres a seis meses, sin embargo tiene un riesgo de recidiva estimado en 1 de cada tres o cuatro madres si estas no reciben tratamiento adecuado.

En estudios realizados en los países vecinos encontramos datos que difieren dependiendo del método empleado para el diagnóstico o la definición de caso. Así encontramos: En Chile se reporta una incidencia de

¹⁷Juan Escobar, Percy Pacora, Nilton Custodio, Walter Villar. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?. AnFacmed. 2012;70(2):115-8

8% - 9,2% de DPP y una prevalencia desde 10,2% hasta el 20,5%. Hubo una prevalencia de DPP del 22% en Venezuela.

En Brasil en un estudio realizado la prevalencia de depresión posparto se aproxima al 16,5%. De acuerdo a un estudio realizado en Lima- Perú la prevalencia de DPP con el EDPE se encuentra en el 33% de las puérperas. A su vez en México encontramos un reporte de una incidencia del 18%.¹⁸

Etiología

Aunque no se ha determinado exactamente la causa de Depresión Post Parto, se la asocia a los cambios tanto fisiológicos como sociales que ocurren después del parto, entre estos encontramos: Cambios físicos corporales, cambios laborales, en las relaciones sociales, reducción del tiempo, sobrecarga de responsabilidades, alteración del sueño y el temor acerca de una buena maternidad.

Se define que la etiología es multi casual y comprende una vulnerabilidad genética, asociada a los cambios hormonales durante el embarazo, la cantidad de estrógenos y progestágenos desciende rápidamente y esto afectaría de manera clara los circuitos de neurotransmisores de serotonina y noradrenalina. De igual forma, la producción de la tiroides también pueden disminuir bruscamente después del parto, los bajos niveles de hormonas tiroideas producen síntomas similares a los del trastorno depresivo, con cambios en el estado de ánimo, fatiga, agitación, insomnio, ansiedad.

A estos factores se suman otros de orden psicosocial como el estrés medio ambiental por los cambios en las rutinas de trabajo y del hogar, pérdidas de control, pérdida de la figura y el hecho de sentirse menos atractiva, la percepción de estar abrumada con un nuevo bebe a quien cuidar y las

¹⁸Aramburú P. Prevalencia y Factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, Junio 2014. RevPeruEpidemiologica.

dudas sobre su capacidad de ser buena madre, además de un deficiente soporte social.¹⁹

Factores Biológicos

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

Esteroides Gonadales

El estradiol y el estriol son las formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos en la placenta y aumentan durante el embarazo entre 100 y 1000 veces, respectivamente.

La síntesis del estriol resulta de la actividad metabólica del hígado fetal; éste se produce en altas concentraciones durante el embarazo; los estudios en animales han demostrado que el estradiol incrementa la acción neurotransmisora de la serotonina, al aumentar su síntesis y disminuir su recaptación. La brusca disminución en los niveles de estradiol posterior al Post Parto, podría explicar teóricamente la Depresión Post Parto, sin embargo, si se comparan las mujeres con depresión con aquéllas sin depresión, algunos estudios no han mostrado una asociación significativa

¹⁹Urdaneta J. Factores de Riesgo de Depresión Posparto en Púerperas venezolanas valoradas por medio de la Escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol Sciolo 2013

entre los niveles de estradiol total y estriol libre entre el final del embarazo y el puerperio.²⁰

Los niveles de B endorfina, hormona gonadotropina coriónica humana y cortisol también aumentan durante el embarazo y alcanzan su pico máximo cerca al término del embarazo y declinan en el postparto. Los niveles elevados de estrógenos durante el embarazo estimulan la producción de la globulina fijadora de hormona tiroidea, lo que conduce a un aumento en la fijación de T3 (triyodotironina) y T4 (tiroxina), así como a una caída simultánea de T3 y T4 libre. En consecuencia, la hormona estimulante de la tiroides (TSH) aumenta para compensar la baja cantidad de hormonas tiroideas libres.

Hormonas Tiroideas

La incidencia de la función tiroidea anormal aumenta levemente después del parto. En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23 % comparado con un 3 a 4% en la población general. Aunque la disfunción tiroidea no ha sido identificada como un factor determinante en la mayoría de mujeres que desarrollan depresión postparto sin psicosis, puede jugar un papel importante en un subgrupo de mujeres. Un estudio prospectivo de 303 mujeres embarazadas, eutiroideas, muestra que 21 mujeres (7%) desarrolló trastornos tiroideos postparto.

La Depresión Post Parto sin psicosis se identificó en 38% de esas mujeres y se resolvió con posterioridad al tratamiento, durante el puerperio, algunas mujeres sin una clara disfunción tiroidea pueden tener algún grado de patología tiroidea.

Se han encontrado anticuerpos tiroideos en 11,6% de las mujeres en el postparto. El efecto inmunosupresor de los niveles altos de cortisol durante

²⁰Gómez C, et all. Prevalencia de depresión y factores. asociados con ella en la población colombiana. RevPanam Salud.2014

el embarazo puede ser seguido de un fenómeno inmune de rebote después del parto, lo cual produce una alta incidencia de anticuerpos anti tiroideos.

Cortisol

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

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

Factores Psicosociales

Madres solteras y primíparas (mayor riesgo), reducción del apoyo socio familiar en el período perinatal, la relación con la pareja y con la propia madre.

Factores Psicodinámicos

La mayoría de los autores hacen intervenir el rechazo del niño como uno de los factores esenciales de las melancolías puerperales: rechazo consciente (niño no deseado) o, más a menudo, inconsciente que emana de la ambivalencia profunda que marca la relación madre e hijo, “Rechazo Combatido tanto por la Culpabilidad como por el Amor Maternal”.

Se puede pensar, que estas depresión es están unidas a la reactivación masiva del conflicto oral, revivido por la madre en doble identificación simbiótica con su propia madre y con su hijo; está a favor de la identificación simbiótica de la madre con su hijo el que la rabia melancólica pueda conducir al dramático hecho de un suicidio e infanticidio.

Aunque estas mujeres se sienten comprometidas con la experiencia de la maternidad, sus propias experiencias infantiles les han hecho rechazar a sus propias madres como modelo de identificación e imitación.

La desaprobación de sus propias madres deja a estas mujeres carentes de un plan de acción en una situación que exige actuación, lo que les produce una emoción desagradable y confusión.

Los cambios peculiares que vive la madre en esta etapa han llevado a proponer algunas teorías:

- **Esteroides Placentarios:** Se conoce que las variaciones en la concentración de estrógenos y progesterona, se relacionan con cambios de humor en las mujeres, razón por la cual se define que las mismas tienen también acción central y repercusiones psicológicas. Tras el parto los niveles de estrógenos y progesterona descienden tras la salida de la placenta, lo que ha llevado a postularlo como uno de sus determinantes. Se demostró que mujeres a las que se administra progestina o estrógenos en una dosis única 48 horas luego del parto,

disminuyen sus manifestaciones de depresión tras su evaluación con el EDPE.

- **Alteraciones Autoinmunes:** Debido a que la madre entra en contacto con múltiples antígenos fetales durante el parto y por la reacción similar de otras patologías, los científicos han propuesto como posible causa de la DPP al desarrollo de auto anticuerpos al menos en cierto número de casos.

- **Alteraciones del Ritmo Circadiano:** Las alteraciones del sueño generadas por el cambio de horario que tiene que cumplir una madre tras la llegada de un nuevo hijo, pueden desencadenar depresión. La melatonina es una hormona producida en la glándula pineal durante el sueño, la actividad y la exposición a la luz inhibe la liberación de melatonina razón por la cual se realizó un estudio para bloquear la exposición a la luz y evitar que cese la liberación de melatonina durante la noche encontrándose importantes resultados que favorecen la hipótesis.

- **Factores Psicológicos:** Se describe que ciertos trastornos psicológicos están asociados con mayor predisposición a la depresión posparto; entre los cuales cabe mencionar trastorno depresivo mayor durante el embarazo, ansiedad durante el embarazo, historia de trastorno depresivo mayor, síndrome disfórico premenstrual, stress social durante el periodo perinatal, falta de apoyo familiar, dificultades de pareja, embarazo adolescente.

Criterios Diagnósticos

Para el diagnóstico de DPP se emplean los criterios descritos en dos sistemas principalmente, el perteneciente a la Sociedad Americana de Psiquiatría “DSMV” y el Perteneciente a la Organización Mundial de la Salud CIE 10.²¹

CUADRO CLÍNICO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO:

La sintomatología que se presenta en este trastorno es: Anhedonia, insomnio intenso, labilidad, fatiga, ideación suicida u homicida sobre él bebe, angustia significativa y gran dificultad para llevar a cabo las actividades cotidianas y cumplir con las nuevas responsabilidades adquiridas. Estos síntomas pueden llegar a ser incapacitantes y llevar a la madre a tener falta de confianza en sí misma, baja expectativa sobre su capacidad como madre y baja autoestima.

En casos graves representan una urgencia psiquiátrica, con riesgo para la madre y para él bebe.

En la Depresión Post Parto los síntomas que presentan son:

- ⊕ **Alteraciones Emocionales:** Son las más significativas, tristeza, anhedonia, astenia, adinamia, llanto fácil, progresiva del rendimiento y al abandono de las actividades habituales, sobre todo aquellas que requieren una iniciativa personal.

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

²¹Manual para diagnóstico DSM IV 2012. Pag 102

⊕ **Tristeza:** La tristeza es desde luego el síntoma más frecuente de la depresión postparto. Las pacientes se sienten bajas de ánimo, infelices y desgraciadas la mayor parte del tiempo aunque estos síntomas pueden empeorar en algún momento particular del día, como por las mañanas o por las tardes.

En ocasiones, las pacientes pasan días malos y días buenos, siendo estos últimos realmente frustrantes ya que el día bueno previo hizo que se albergaran esperanzas de mejorar. A veces, a las pacientes les parece que no merece la pena vivir, precisamente en unos momentos en que deberían sentirse muy alegres.

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

⊕ **Fatiga:** Todas las nuevas madres se sienten un poco abrumadas y fatigadas, pero la madre con depresión postparto se siente tan agotada que llega a pensar que padece alguna enfermedad física.

⊕ **Insomnio:** Cuando por fin la madre se va a la cama puede que tenga dificultad para conciliar el sueño, o si duerme, puede que se despierte muy pronto, incluso aunque su pareja sea quien se ocupe de alimentar al bebé durante la noche.

⊕ **Pérdida De Apetito:** Las madres deprimidas generalmente no tienen ni tiempo ni ganas de comer lo cual contribuye a que se sientan malhumoradas y agotadas. Algunas madres deprimidas comen en

exceso para aliviar su malestar psicológico y luego se sienten culpables y molestas con su gordura.

- ⊕ **Incapacidad Para Disfrutar:** Lo que antes era un placer ahora no apetece y lo que antes interesaba ahora se convierte en aburrido. Esto es especialmente cierto en el caso de las relaciones sexuales. Algunas mujeres recuperan el interés por el sexo (si es que en algún momento lo perdieron) antes de que transcurran 6 semanas del parto, pero las madres con depresión postparto suelen rechazar cualquier contacto sexual lo cual puede generar tensión en la pareja.

- ⊕ **Desbordamiento:** Las madres con depresión postparto tienen la sensación de no disponer de tiempo para nada, de no hacer nada bien y de no poder hacer nada para remediarlo. A estas pacientes les resulta realmente difícil el establecer nuevas rutinas para poder hacer frente al bebé y a la nueva situación que viven.

- ⊕ **Ansiedad:** Suele ser aguda y se puede presentar en forma de temor a quedarse sola con el bebé por miedo a que este grite, no quiera comer, se ahogue, se caiga o se haga daño de cualquier otra forma. Algunas madres deprimidas perciben a su bebé como un objeto. En vez de sentir que han dado a luz a la criatura más cariñosa y adorable del mundo se sienten distantes de su hijo, al cual perciben como un pequeño ser misterioso y extraño, cuyos pensamientos (de tener alguno) son insondables y cuyas necesidades y emociones deben ser en algún modo satisfechas. La tarea de la nueva madre deprimida que todavía no se ha "enamorado" de su hijo es realmente dura. No obstante, el amor surge al final, cuando el niño es mayor y más interesante.

Medina (2013) en su estudio titulado “Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis y la tristeza postparto”, el cuadro clínico de la depresión postparto son:

- Estado de Animo Deprimido.
- Tristeza o Llanto Persistente.
- Disminución del Interés o de la Capacidad para Disfrutar de Casi Todas las Actividades.
- Cambios en los Patrones de Alimentación y Sueño (principalmente insomnio).
- Cansancio o Fatiga Crónica.
- Ansiedad que puede Llegar hasta los Ataques de Pánico.
- Sentirse Abrumada, Indefensa e Incapaz.
- Auto desvalorización y Auto reproche, Generalmente Relacionados a su Competencia como Madre.
- Dificultad, Reticencia o Imposibilidad de Buscar Ayuda y Apoyo para sí Misma.
- Irritabilidad, Problemas de Atención, Concentración y Memoria.
- Dificultad para Vincularse con él Bebe.
- Sentimientos de Ambivalencia hacia el Hijo.
- Sobreprotección del Menor.
- Dificultades y/o Imposibilidad de Cuidar al Recién Nacido.
- Pensamientos Obsesivos y Conductas Compulsivas, Relacionados con el hijo (p.ej. revisar constantemente cuando está dormido para ver si respira) y con su Cuidado (p. ej. lavar y desinfectar varias veces sus artículos).
- Pensamientos Negativos hacia él Bebe, Especialmente creer que lo puede Dañar.
- Sentimientos de Culpa.
- Pensamientos de Dañarse a sí Misma o al Bebe.
- Pensamientos Atemorizantes.

- Ideación Suicida.

Sin embargo, la depresión postparto puede desarrollarse aun cuando el amor por el recién nacido sea intenso. En estos casos, la madre teme desesperadamente perder a su precioso bebé por no cuidarlo bien, porque no se desarrolle adecuadamente, por una infección o bien teme que muera súbitamente. Un simple catarro puede causar una gran preocupación, la madre puede obsesionarse con el peso del bebé y alarmarse si llora demasiado o incluso si pasa mucho tiempo en silencio, llegando a pensar: ¿habrá dejado de respirar?. Es frecuente que la puérpera desee ser constantemente tranquilizada por su pareja, su familia, su médico o cualquier otra persona.

La ansiedad también puede hacer a la madre preocuparse por su propia salud, puede sentir pánico cuando su pulso se acelera o si tiene alguna palpitación, llegando incluso a pensar que tiene algo malo en el corazón o que está al borde de un accidente cerebrovascular.

En ocasiones se siente tan debilitada que piensa que tiene alguna enfermedad terrible y que nunca volverá a tener energía de nuevo. Estas sensaciones extrañas e inusuales le harán plantearse la pregunta ¿Me estoy volviendo loca?. El temor de quedarse sola con todas estas preocupaciones puede dar lugar a que incluso la mujer más capaz se sienta tan indefensa que no desee que su marido vaya al trabajo.²²

CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO:

En la actualidad se cuenta con más de una veintena de estudios en los que se han documentado los numerosos efectos adversos asociados a la Depresión Post Parto. Estas investigaciones han encontrado consecuencias

²² Mercado Huachupoma, Yisell Diana, Paccori Yanac, Leonor Vanesa. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. UNMSM. Lima-Perú 2012

negativas a nivel del vínculo madre-hijo (a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos. Hall y Cols, por ejemplo, encontraron que los preadolescentes cuyas madres presentaron una depresión a los tres meses de tenerlos; es decir, sufrieron de depresión postparto, tuvieron coeficientes intelectuales significativamente más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron en ese período.

En otro estudio, este grupo de investigadores dio a conocer una asociación entre depresión postparto materna y violencia en los hijos (as), aun considerando la depresión durante la gestación, su historia de depresión y las características de la familia. Los hijos (as) se mostraron más violento (a) si las madres habían estado deprimidas al tercer mes postparto y al menos en una ocasión más durante el seguimiento, el cual se extendió hasta 11 años después del parto. Pero la depresión puerperal no solo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo sino también la manera como lo percibe. Se ha visto que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres controles no deprimidas.

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

Entre las principales consecuencias de la depresión postparto, tenemos:

Rechazo por su Propio Hijo:

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

Deseo Homicida:

Esto vendría siendo el caso extremo y patológico del rechazo de una madre hacia su hijo, como también hacia sí misma.

Sentimientos de Culpabilidad:

Por otra parte es importante aclarar que acá no solo corre peligro el hijo, sino que la misma madre que también puede atentar contra su vida al sentir sentimientos de culpa por no ser capaz de cuidar a su propio hijo. Incluso se ha llegado a establecer que a pesar de que existen unas tasas bajas de suicidio de mujeres en el periodo postnatal, aquellas que desarrollan una depresión grave, sobre todo en el primer año tras el parto, están en un riesgo elevado de cometer suicidio.

Alteración en la Vida del Bebé:

Se altera la calidad del vínculo de la madre con su hijo. Eso implica que el bebé tenga una privación de la disposición de la madre hacia él, por ende, va a existir una alteración de la vida de ese ser humano. Afecta al bebé causando retrasos en el desarrollo del habla, problemas emocionales, problemas de comportamiento, nivel de actividad bajo, problemas para dormir, y angustia o sufrimiento. Ayuda si el padre o alguna otra persona

llenar las necesidades emocionales del bebé mientras la madre está deprimida. Una mujer deprimida definitivamente no va a poder ser feliz y funcionalmente va a estar muy por debajo de las necesidades que está requiriendo su familia, ya que debe atender al bebé, a su esposo, a sus otros hijos si los hay, y muchas otras cosas en las cuales necesita entusiasmo.²³

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO:

Gabbe y Niebyl (2012); menciona que el tratamiento de la depresión postparto debe comenzarse precozmente, el tratamiento óptimo incluye tanto una serie de recomendaciones a la paciente como el uso de medicación. En el pasado se ha descrito la utilización de los antidepresivos triciclos (nortriptilina o dipramida), pero estudios recientes sugieren que los inhibidores de la recaptación de la serotonina (fluoxetina, paroxetina o sertralina) son igualmente eficaces y tienen menos efectos colaterales. Estos agentes son considerados seguros para la lactancia.

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

Desgraciadamente la Depresión Post Parto no tratada tiene consecuencias importantes la depresión puede progresar a una psicosis suicida franca, se

²³Schwarcz R. (2005). Puerperio patológico En: Obstetricia. Ed. El Ateneo 6ª Edición; Argentina. (12) 658 - 659.

ha descrito en múltiples estudios que la depresión menos grave tiene efectos a largo plazo en los niños de madres deprimidas, estos efectos incluyen cambios de comportamiento cognitivo y reacciones emocionales diferentes a niños de control.

Vandenberg (2012); pone en énfasis en la importancia de la familia en la terapia de la Depresión Post Parto, estando física y emocionalmente agotada de las tensiones de embarazo y el parto, y sobre cargada por las demandas incesantes de su niño, la paciente puérpera puede ser incapaz de satisfacer las demandas de su marido y los otros niños, esto reforzara su sentimiento de auto culpabilidad.

La ayuda al marido y otros miembros de la familia a entender la naturaleza de la enfermedad de la paciente y la movilización de los recursos necesarios para proporcionar ayuda a la paciente en sus quehaceres domésticos y al cuidado de los otros niños ayudaran a revenir su sentimiento de atrapamiento y aislamiento.

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

Cuando una paciente llama y realiza una pregunta aparentemente inocua debe realizarse dos a tres preguntas abiertas sobre su estado general. Estas preguntas permiten descartar si hay una depresión subyacente en la que la paciente se siente demasiada culpable o este demasiado asustada para expresarlo en un principio. Por ejemplo pregúntele: ¿Cómo cree Ud.

que van las cosas?, ¿Cómo van las cosas con tu bebe?, ¿Se siente Ud. como esperaba?; es importante que el personal esté adiestrado para estar alerta sobre este protocolo. Además es recomendable que ambos padres sean advertidos antes del alta del hospital de que si la tristeza de la maternidad parece estar durando más de dos semanas o se hace demasiado difícil de manejar, deberían de consultar.

Como se mencionó, en cuanto al tratamiento de la depresión postparto no psicótico, se deben considerar tanto las psicoterapias como los tratamientos farmacológicos.²⁴

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS:

Para las mujeres en riesgo pero que permanecen asintomáticas, o aquellas con síntomas leves de Depresión Post Parto, se recomiendan medidas de orden general, como la psicoeducación. Básicamente, consiste en explicarle a la madre y a la familia, la naturaleza del trastorno que aqueja a la paciente, haciendo hincapié en que se trata de una enfermedad y no de derrota o fracaso personal, modo de conceptualizar el trastorno que uno a menudo encuentra en la práctica clínica.

Es aconsejable descartar alteraciones de las hormonas tiroideas. Asimismo, resulta fundamental perturbar lo menos posible los ritmos circadianos, el tratamiento oportuno de los problemas del sueño con frecuencia logra evitar el desarrollo de trastornos depresivos puerperales en mujeres de alto riesgo. De ser posible, se debe asistir (o relevar) a la madre en el cuidado nocturno del niño ya que ello puede ser muy beneficioso a través de favorecer el descanso.

Las psicoterapias avaladas por la investigación científica, para ser usadas en esta etapa de la vida, son la cognitivo-conductual y la interpersonal. Esta

²⁴ Stacy C. Hodgkinson , Elizabeth Colantuoni en su trabajo de investigación en el 2012. "Los síntomas depresivos y los resultados de nacimiento entre adolescentes embarazadas". J PediatrAdolescGynecol. 02 2012; 23 (1): 16-22.

última se focaliza en la transición de roles y en la adquisición de nuevas destrezas vinculadas a la maternidad.

La psicoterapia cognitiva conductual e interpersonal ha demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión postparto, las intervenciones en la pareja han demostrado mejorar la salud mental de la paciente y de su compañero, con el consiguiente beneficio para el grupo familiar.

Para las mujeres en las que la depresión ha interferido en el desarrollo de la relación con el hijo, el rol de la pareja acompañándola, la implementación de masajes al niño y otros ejercicios de acercamiento pueden mejorar la interacción de la díada. Pero es importante agregar que la terapia no farmacológica, aunque es eficaz, no se recomienda como monoterapia ya que se ha evidenciado el alto riesgo de recaídas, lo ideal es acompañar esta tipo de terapia junto con tratamiento farmacológico.

Estudios indican que mantener la separación madre-hijo hasta la curación de la madre es crear el riesgo de estancarse. El niño no es un compañero indiferente, y si es separado largo tiempo de la madre presentará las mismas reacciones de rechazo que complicarían el reinicio de las relaciones; al mismo tiempo, esta medida confirmará a la madre que no es capaz de amarlo.

Las relaciones madre-hijo deben ser restablecidas con cuidado. El reinicio de los contactos y la participación en los cuidados del niño se harán progresivamente, para evitar los gestos agresivos y para respeta la justa medida en el reaceramiento a su hijo que la madre sea capaz de soportar sin angustia.

Estas son algunas medidas que puede tomar, que otras madres con depresión postparto han encontrado útiles:

Encuentre una persona con quien hablar y cuénteles lo que está sintiendo.

Póngase en contacto con personas que puedan ayudarla en el cuidado del niño, las tareas domésticas y los mandados. Esta red de apoyo social la ayudará a encontrar tiempo para usted, de modo que pueda descansar.

Encuentre tiempo para hacer algo por usted misma, incluso si es solo durante 15 minutos al día. Intente leer, hacer ejercicio (caminar es excelente para su salud y fácil de hacer), tomar un baño o meditar.

Lleve un registro. Todos los días, anote sus emociones y lo que está sintiendo. Esta es una forma de dejar salir sus pensamientos y frustraciones. Una vez que comience a sentirse mejor, puede ir y releer su registro, esto la ayudará a ver cuánto mejor está.

Incluso si solo puede lograr realizar una actividad por día, recuerde que es un paso en la dirección correcta. Tal vez haya días en los que no pueda hacer nada, pero intente no enojarse con usted misma cuando esto ocurra.

Está bien sentirse abrumada, ya que un parto trae muchos cambios y la crianza de los hijos es todo un desafío, cuando una no se siente una misma, estos cambios pueden parecer demasiado para afrontar.

Sea sincera con respecto a cuánto puede hacer y pida ayuda a otras personas cuando la necesite.²⁵

PUERPERIO:

Botero (2012) afirma que el puerperio se define como el periodo que va desde el nacimiento hasta la sexta semana del postparto. Durante este tiempo ocurren múltiples cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos que lleva a la mujer a regresar a un estado similar al que tenía previo a la gestación. Este periodo también se considera de riesgo pues existen potenciales complicaciones como las infecciones y las hemorragias que

²⁵Mercado Huachupoma, Yisell Diana, PaccoriYanac, Leonor Vanesa. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. UNMSM. Lima-Perú 2012

pueden acarrear una morbilidad importante e incluso la muerte de la puérpera.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como período puerperal hasta seis semanas del postparto. El postparto o puerperio, es definido, como el periodo de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto. Durante el mismo, las modificaciones gravídicas de los órganos y sistemas maternos retornan al estado previo del embarazo. Se acepta que tiene un periodo de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento.

Sin embargo en un estudio de investigación en Perú sobre “Trastorno Depresivos del Embarazo y Puerperio” Rondón (2012); menciona que el puerperio, una etapa de alta vulnerabilidad psicológica para la mujer, se señala como un periodo de 45 días después del parto, pero los psiquiatras convienen en considerar puerperal todo el desorden que aparece hasta un año después del parto. En esta etapa ocurre una gama de alteraciones emocionales que van de la tristeza materna hasta la depresión mayor con manifestaciones psicóticas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define las etapas del puerperio son:

ETAPAS DEL PUERPERIO:

Este periodo se divide de acuerdo con el tiempo que ha pasado con respecto al parto.

Puerperio Inmediato:

Comprende las primeras 24 horas luego del parto y en este periodo actúan los mecanismos hemostáticos para controlar el sangrado uterino.

Puerperio Mediato:

Esta abarca desde el segundo día hasta el décimo, en este inicia la lactancia propiamente dicha.

Puerperio Tardío:

Va del día 11 al 45 y se considera que este aumento puede retornar la ovulación.

CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS QUE OCURREN DURANTE EL PUERPERIO:

FENÓMENOS DE INVOLUCIÓN UTERINA: El útero sufre una reducción rápida en volumen y peso, disminuye de 32 a 30 cm. que mide al final de la gestación a unos 7 a 8 cm. y mide de 150gr. a 60-80gr. de peso, las fibras musculares hipertrofiadas del miométrio comienza a recobrar su longitud normal y desaparecen también numerosas fibras neo formadas en la gestación, este fenómeno se produce exagerado y así el número de fibras musculares que desaparecen es mayor a la neo formadas, esto explica la tendencia a predominio del tejido conjuntivo en el útero de grandes multíparas.

ENDOMETRIO: Durante los primeros 25 días de puerperio se produce la cicatrización espontanea del endometrio, es espontanea porque la cicatrización es independiente de los estímulos hormonales conocidos.

El endometrio crece discretamente en espesor y esto si es dependiente del estímulo iatrogénico.

Después de 40-45 días tras el parto, reaparece la primera menstruación aunque este primer ciclo, suele ser anovulador, si la madre da lactancia el endometrio permanece en reposo, sin estímulos hormonales o con estímulos insuficientes, lo más frecuente es que no exista ciclo genital ni menstruación durante la lactancia, aunque no siempre es así.

CICATRIZACIÓN: El cuello uterino, vagina, vulva, himen y peritoneo suelen cicatrizar de modo rápido si existe buena higiene durante el puerperio.

La cicatrización del himen nunca es perfecta, pierde uniformidad y sus retos se llaman carúnculas multiformes.

NORMALIZACIÓN HORMONAL: Los estrógenos cuya concentración plasmática había aumentado unas mil veces en la gestación, se normalizan a los 3 a 4 días del parto, la progesterona a los 10 días, la gonadotropina y el lactógeno placentario son indetectables a los 8 a 10 días. La hormona tiroidea y el cortisol se vuelven normales a los 6 a 8 días.

ENTUERTOS: Son concentraciones uterinas dolorosas propias del puerperio. Se presentan con mayor intensidad en las primeras horas y más en multíparas que en primíparas. También aumenta la intensidad de los entuertos la lactancia por la liberación de oxitocina. No es aconsejable la administración de inhibidores de la concentración uterina porque se facilita la pérdida hemática, sin embargo si puede precisarse tratamiento analgésico.

LOQUIOS: Pérdidas que fluyen por los genitales externos durante el puerperio, es la suma de exudado producido en la regeneración endometrial, las secreciones cervicales y el exudado de los desgarros en fase de cicatrización. Los loquios tienen un olor característico pero en

condiciones normales no son fétidos, si así lo fueran indicarían un proceso inflamatorio en el canal del parto.

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. Las hormonas en la lactancia son:

La prolactina, que favorece la producción de leche que se queda en el alveolo mamario.

La Oxitocina, que produce eyección de leche estimulada por la succión del niño.

INGURGITACIÓN MAMARIA: Las mamas aumentan de tamaño y su temperatura, esto va seguido de una reacción febril que se puede superar los 38°C ni las 24 horas en tiempo. La ingurgitación se debe a la gran vasodilatación producida en los vasos mamarios, y en los conductos linfáticos que se llenan de sangre entre el segundo y cuarto día.

SIGNOS VITALES: No han de variar en el puerperio, si la presión arterial varía podríamos pensar en algo patológico. Frecuencia cardíaca, puede aparecer una bradicardia ligera. Las puérperas que lactan, pueden presentar febrícula entre el 21 y 31 día postparto que no han de durar más de 24 horas.

Pueden sugerir problemas: retención urinaria con lo cual podría perjudicar a que el útero involucre bien, favorece una infección y producir molestias en la mujer.

APARATO DIGESTIVO: Tener en cuenta que en la 21 semana postparto la motilidad y el tono gastrointestinal vuelven a su estado normal.

CAMBIOS PSICOLÓGICOS: Durante el postparto los requerimientos del recién nacido junto con los cambios endocrinos se asocian con un periodo de estrés; la latencia del sueño y el número de despertares esta aumentado.

El deseo sexual esta disminuido y puede tardar meses para reaparecer; esto se asocia con la fatiga, el tiempo de dedicación al bebé, la depresión y otros factores. Se recomienda el inicio de la actividad sexual una vez que la pareja se sienta lista.

En el puerperio la mujer experimenta muchos cambios que aunque son normales, no por ello dejan de ser en algunos casos estados físicos y psicológicos potencialmente peligrosos. Los reajustes psicológicos, pueden amenazar la salud mental y la estabilidad familiar.²⁶

ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO (Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS).

El uso de herramientas de rastreo, como la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo que ha sido validada en diversos estudios internacionales, incluyendo el Perú, es efectivo en cuanto a realizar el diagnóstico temprano de la depresión. Este cuestionario ha mostrado una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92.5 % para depresión postparto.

Su aplicación puede realizarse desde el puerperio inmediato para contribuir a una mejor efectividad en el diagnóstico precoz, de hecho, en varios estudios se ha demostrado una mayor tasa de prevalencia de este problema, no porque haya aumentado, sino por haber sido diagnosticada oportunamente.

La EPDS fue creada por Cox et al. El año 1987, en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consta de 10 cortas declaraciones.

²⁶Hashima E Nasrin , Zarina N Kabir , YvonneForsell , y MaigunEdhborg. Prevalencia y factores asociados de síntomas de depresión y ansiedad durante el embarazo: un estudio basado en la población en zonas rurales de Bangladesh BMC Health mujer. 2011; 11: 22

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, 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 2-4 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 castellano sean limitados o que tenga problemas para leer.

Pautas para la Evaluación: A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma, los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (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 reemplazarle. 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.²⁷

La Depresión Post Parto es la complicación más común de la etapa posnatal. Las 10 preguntas de la EDPS son una valiosa y eficiente forma de identificar pacientes en riesgo de Depresión Posnatal.

Esta escala es fácil de administrar y ha probado ser una herramienta de screening efectiva.

Las madres cuyo puntaje esté por encima de 12 (doce) pueden estar sufriendo una enfermedad depresiva de severidad variable. El puntaje de la escala no debe dejar de lado el juicio Clínico.

Un asesoramiento clínico cuidadoso debería realizarse para confirmar el diagnóstico. La escala indica cómo se ha sentido la mamá durante la semana previa.

En casos dudosos sería útil repetir la prueba dos semanas después. La escala no detectará madres con neurosis ansiosa, fobias o desórdenes de la personalidad, las mujeres con depresión posparto necesitan no sentirse solas.

Características Socio-Demográficas: Cualidades que determinan los rasgos sociales y demográficos de una persona.

⊕ **Edad:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual, medida en años o edad cronológica de la madre al momento de puerperio.

²⁷ Urdaneta J, Rivera A, García J, "Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multiparas valoradas por la escala de Edimburgo". REV Chile Ginecol

- ⊕ **Estado Civil:** Es la condición de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o tipo de unión con la pareja, que establece ciertos derechos y deberes. Se considerará: Soltera no conviviente, soltera conviviente, casada, divorciada y viuda.

- ⊕ **Ocupación:** Actividad o trabajo habitual, remunerado o no.

- ⊕ **Lugar de Procedencia:** Es el origen de algo o el principio de donde se nace o se deriva.

- ⊕ **Paridad:** Número de partos totales, se considerará:
 - Primíparas = Un Solo Parto.
 - Secundíparas = Dos Partos.
 - Multíparas = Tres o más Partos.

- ⊕ **Nivel Educativo:** Se considerará el máximo grado de instrucción alcanzado.

- ⊕ **Nivel Ingreso Económico:** Según los ingresos mensuales totales en la vivienda.

- ⊕ **Embarazo Deseado:** Definido como aquel estado de gravidez que ha sido buscado y/o previamente planificado por la pareja.

- ⊕ **Embarazo No Deseado:** Definido como aquel estado de gravidez que no ha sido buscado y/o previamente planificado por la pareja.

- ⊕ **Complicaciones del Embarazo:** Se define como alguna clase de complicación que se pueda presentar durante la gestación, como también durante el parto.
- ⊕ **Situaciones Estresantes:** La vida está llena de altibajos y algunos de ellos pueden ser muy estresantes, como en el trabajo, de tipo social, y también en su gran mayoría son las situaciones personales.

2.3 Definición de Términos Básicos

✓ **DEPRESIÓN:**

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

✓ **PSICOSIS:**

Enfermedad mental grave que se caracteriza por una alteración global de la personalidad acompañada de un trastorno grave del sentido de la realidad.

✓ **POST PARTO:**

Es el periodo que va desde el nacimiento hasta la sexta semana del postparto.

- ✓ **TRISTEZA:** Sentimiento de melancolía que provoca falta de ánimo y de alegría e ilusión por las cosas, las cuales a veces se manifiesta con la tendencia del llanto.

✓ **HOSPITAL:**

Un hospital o nosocomio, es un establecimiento sanitario donde se disponen de la prestación de servicios de profesionales médicos, de enfermería y otros relacionada 24 horas, todos los días del año.

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Por tratarse de una Investigación Descriptiva no requiere Hipótesis.

3.2. Variables

Púerperas con Depresión Post Parto.

3.2.1. Variables Intervinientes

Factores Intrínsecos:

- ✓ Edad.
- ✓ Paridad.
- ✓ Tipo de Embarazo.
- ✓ Situaciones Estresantes.

Factores Extrínsecos

- ✓ Grado de Instrucción.
- ✓ Estado Civil.
- ✓ Violencia de Género.
- ✓ Lugar de Procedencia.
- ✓ Ingresos Económicos.

VARIABLE OPERACIONALES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS
<p>Depresión Post Parto</p> <p>Factores Intrínsecos</p> <p>Factores Extrínsecos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Paridad. • Tipo de Embarazos • Situaciones Estresantes. • Grado de Instrucción. • Estado Civil. • Ingresos Económicos. • Violencia de Genero. 	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO <p>Violencia de Género:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Físico • Psicológico <p>Situaciones Estresantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el Trabajo • Tipo Social • Situaciones Personales <p>Tipo de Embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificado • No Planificado <p>Grado de Instrucción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior 	<p>ESCALA DE DEPRESIÓN POST PARTO DE EDINBURGH</p> <p>ENCUESTA</p>

		<p>Nivel Económico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 a 500 • 501 a 750 • 751 a 1000 • De 1000 a Más <p>Paridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uno • Dos • Más de Tres <p>Estado Civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente <p>Lugar de Precedencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ica • Campo • Ayacucho • Otros <p>Edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De 15 a 20 Años • De 21 a 26 Años • De 27 a 32 Años • De 33 a 38 Años • De 39 a 44 Años 	<p>ENCUESTA</p>
--	--	--	------------------------

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño de la Investigación

4.1.1 Tipo de la Investigación

Tipo de estudio Descriptivo, porque se consideró una sola población con la finalidad de describir sus características.

De corte Transversal porque la medición de las variables se realizó en un solo momento; este tipo de investigación estudia los aspectos de desarrollo de los sujetos y el comportamiento de las variables en un periodo de tiempo.

4.1.2 Nivel de la investigación

El nivel de Estudio es Descriptivo.

4.1.3 Método

Cuantitativo porque permite examinar los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la Estadística.

4.2. Población y Muestra de la Investigación

4.2.1 Población (N)

Fue de 549 Puérperas que son atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza Es Salud – Ica, desde el 01 de Enero hasta el 31 de Junio del 2016.

4.2.2 Muestra (n)

Se utilizó la siguiente fórmula para hallar la muestra:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{(N-1) d^2 + Z^2 .pq}$$

Dónde:

N: Población = 549

Z: Nivel de Significancia 95% = 1.96

p: Proporción del Problema = **10% = 0.1**

q: 0.9

d: 0.05

$$n = \frac{549(1.96)^2 (0.1) (0.9)}{(549 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.1) (0.9)}$$

$$n = 110$$

La muestra está constituida por 110 Puérperas que fueron atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital Augusto Hernández Mendoza EsSalud Ica.

Criterios de Inclusión

- Puérperas que acuden al servicio de Gineco Obstetricia.
- Deseo voluntario de participar en la investigación.
- Puérperas que contestaron todas las preguntas.
- Puérperas que no presentaron antecedentes de trastornos psiquiátricos.

Criterios de Exclusión

- Puérperas con Dx. de Depresión Crónica.
- Puérperas con Dx. por Óbito Fetal.
- Puérperas con Dx. de Violación.
- Puérperas que no completaron alguna pregunta.
- Puérperas que presentaron antecedentes con trastornos psiquiátricos.
- Puérperas que no desearon participar en la investigación.

4.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.3.1 Técnicas

En la presente tesis se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento se utilizara el Cuestionario, el cual fue aplicado en forma personal a cada puérpera por parte de la investigadora; considerándose a estos como medios efectivos para recolectar datos reales sobre el presente estudio siendo su objetivo obtener información acerca la prevalencia de depresión

La Primera Parte del instrumento que se aplicará señala la presentación, el objetivo de la misma, las instrucciones y los datos generales.

La Segunda Parte está conformada por 10 ítems para medir el nivel de depresión.

4.3.2 Instrumento

Para medir el nivel de Depresión se Utilizará La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh:

Consiste de diez cortas declaraciones, en donde la madre escogerá una de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior al parto.

La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos.

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, 10+ muestran 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.

ETICA DE LA INVESTIGACION

La tesis se realizó aplicando la confidencialidad y veracidad de los datos obtenidos, los cuales fueron manejados de manera estrictamente confidencial, únicamente por los investigadores autores del estudio, el acceso a estos datos por parte de terceras personas estuvo denegado. Los resultados de este trabajo sólo se presentaran en actividades de carácter estrictamente científico.

CAPITULO V

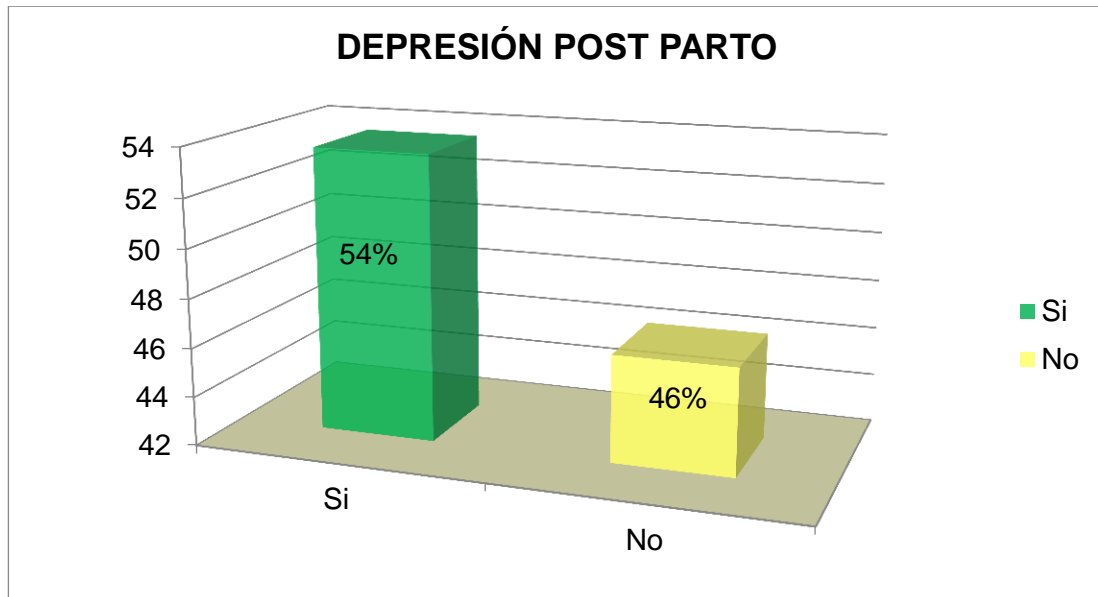
PRESENTACION ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

TABLA N° 1

ESCALA DE DEPRESIÓN DE LAS PUÉRPERAS ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

Depresión Post Parto	SI	NO	fi	Fr %
Si	26	33	59	54
No	32	19	51	46
TOTAL			110	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Puérperas Hosp. Augusto Hernández.



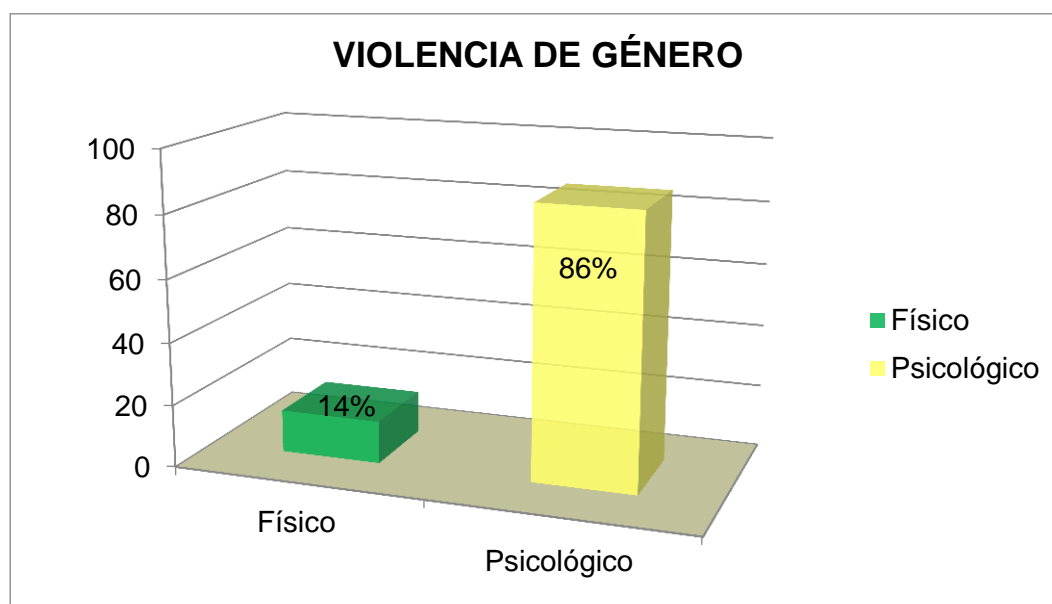
INTERPRETACIÓN: La Tabla N°1 Nos Muestra que un 54% de las Puérperas Sufren de Depresión Post Pato, Mientras que un 46% no Muestra Depresión Post Parto.

TABLA N° 2

VIOLENCIA DE GÉNERO DE LAS PUÉRPERAS ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

Violencia de Género	SI	NO	fi	Fr %
Físico	9	6	15	14
Psicológico	73	22	95	86
TOTAL			110	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Puérperas Hosp. Augusto Hernández.



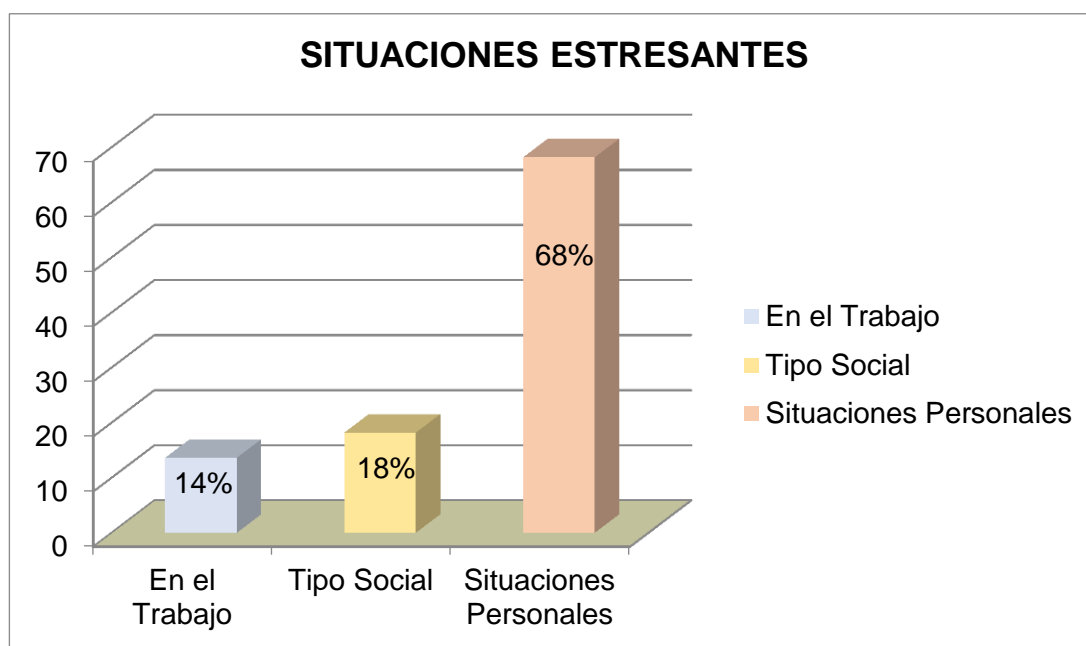
INTERPRETACIÓN: La Tabla N°2 Nos Muestra que un 86% de las Puérperas Sufren de Maltrato Psicológico, Mientras que un 14% de las Puérperas Sufren de Maltrato Físico.

TABLA N° 3

SITUACIONES ESTRESANTES DE LAS PUÉRPERAS ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

Situaciones Estresantes	SI	NO	fi	Fr %
En el Trabajo	9	6	15	14
Tipo Social	13	7	20	18
Situaciones Personales	49	26	75	68
TOTAL			110	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Puérperas Hosp. Augusto Hernández.



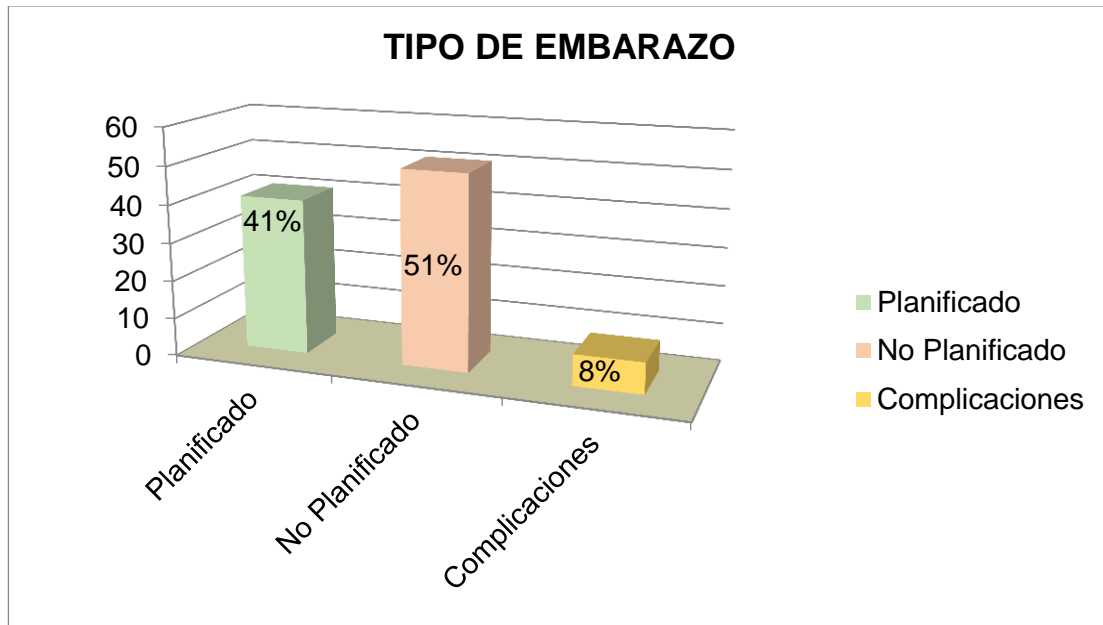
INTERPRETACIÓN: La Tabla N°3 Nos Muestra que un 68% de las Puérperas Sufren de Estrés en Situaciones Personales, un 18% Sufren de Estrés de Tipo Social, Mientras que un 14% de las Puérperas Sufren Estrés en el Trabajo.

TABLA N° 4

TIPO DE EMBARAZO DE LAS PUÉRPERAS ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

Tipo de Embarazo	SI	NO	fi	Fr %
Planificado	33	12	45	41
No Planificado	24	32	56	51
Complicaciones	7	2	9	8
TOTAL			110	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Puérperas Hosp. Augusto Hernández.



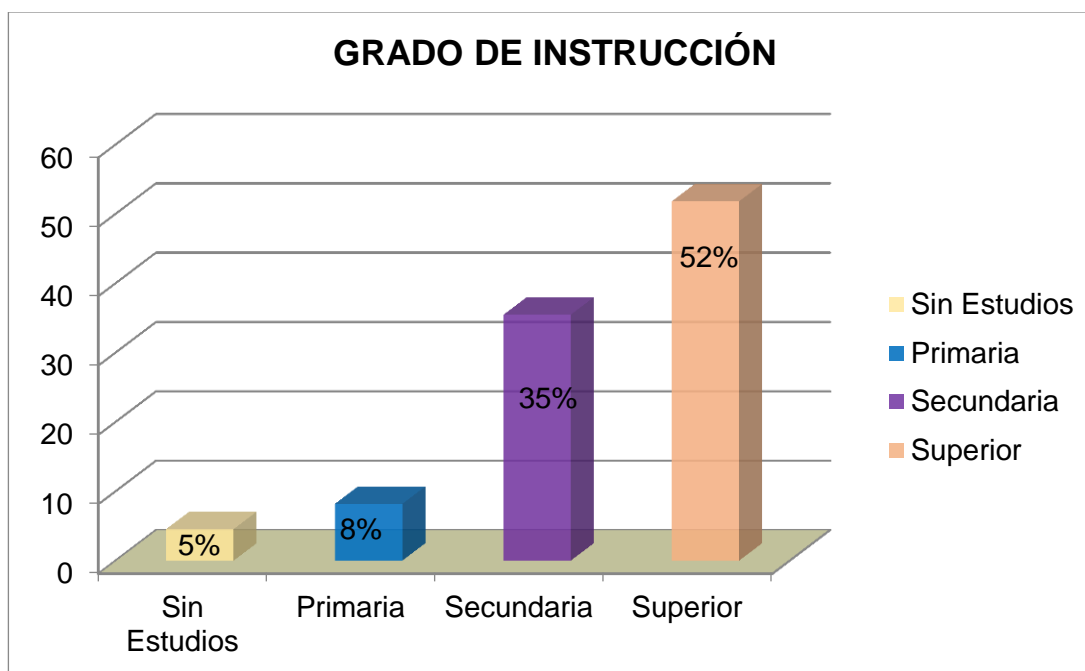
INTERPRETACIÓN: La Tabla N°4 Nos Muestra que un 41% de las Puérperas su Embarazo Si Fue Planificado, un 51% su Embarazo No Fue Planificado, Mientras que un 8% Tuvieron alguna clase de Complicación.

TABLA N° 5

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PUÉRPERAS ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

Grado de Instrucción	SI	NO	fi	Fr %
Sin Estudios	4	1	5	5
Primaria	6	3	9	8
Secundaria	23	16	39	35
Superior	45	12	57	52
TOTAL			110	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Puérperas Hosp. Augusto Hernández.



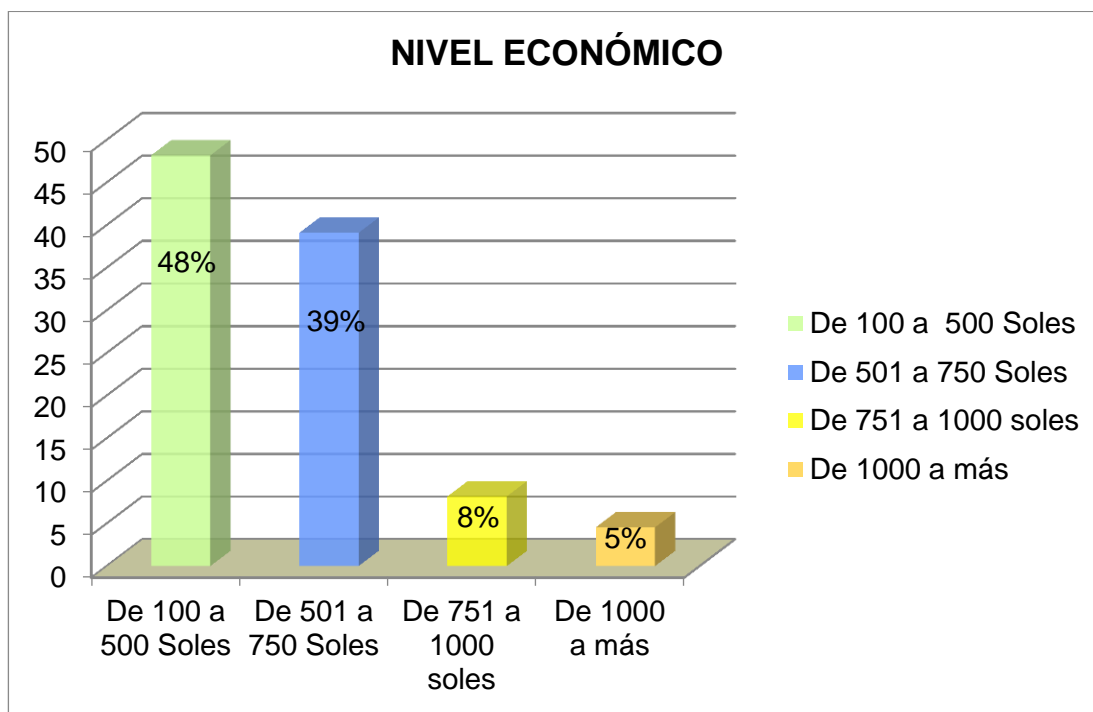
INTERPRETACIÓN: La Tabla N°5 Nos Muestra que un 52% de las Puérperas Son Profesionales, un 35% Solo Tienen Secundaria, un 8% Solo Tienen Primaria, Mientras que un 5% No Tienen Estudios.

TABLA N° 6

NIVEL ECONÓMICO DE LAS PUÉRPERAS ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

Ingresos Económico	SI	NO	fi	Fr %
De 100 a 500 Soles	38	15	53	48
De 501 a 750 Soles	26	17	43	39
De 751 a 1000 soles	6	3	9	8
De 1000 a más	3	2	5	5
TOTAL			110	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Puérperas Hosp. Augusto Hernández.



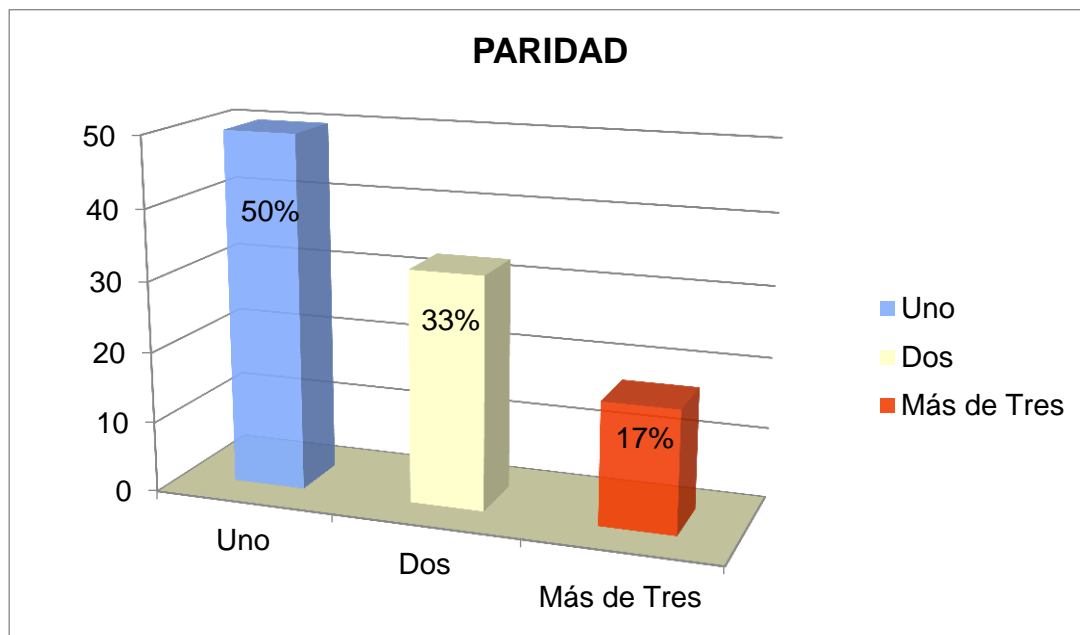
INTERPRETACIÓN: La Tabla N°6 Nos Muestra que un 48% de las Puérperas Tienen un Ingreso de 100 a 500 Soles, un 39% su Ingreso es de 501 a 750 Soles, un 8% Tienen un Ingreso de 751 a 1000 Soles, Mientras que un 5% Tienen un Ingreso más de 1000 Soles.

TABLA N° 7

**PARIDAD DE LAS PUÉRPERAS ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE GINECO
OBSTETRICIA**

Paridad	SI	NO	fi	Fr %
Uno	36	19	55	50
Dos	20	16	36	33
Más de Tres	10	9	19	17
TOTAL			110	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Puérperas Hosp. Augusto Hernández.



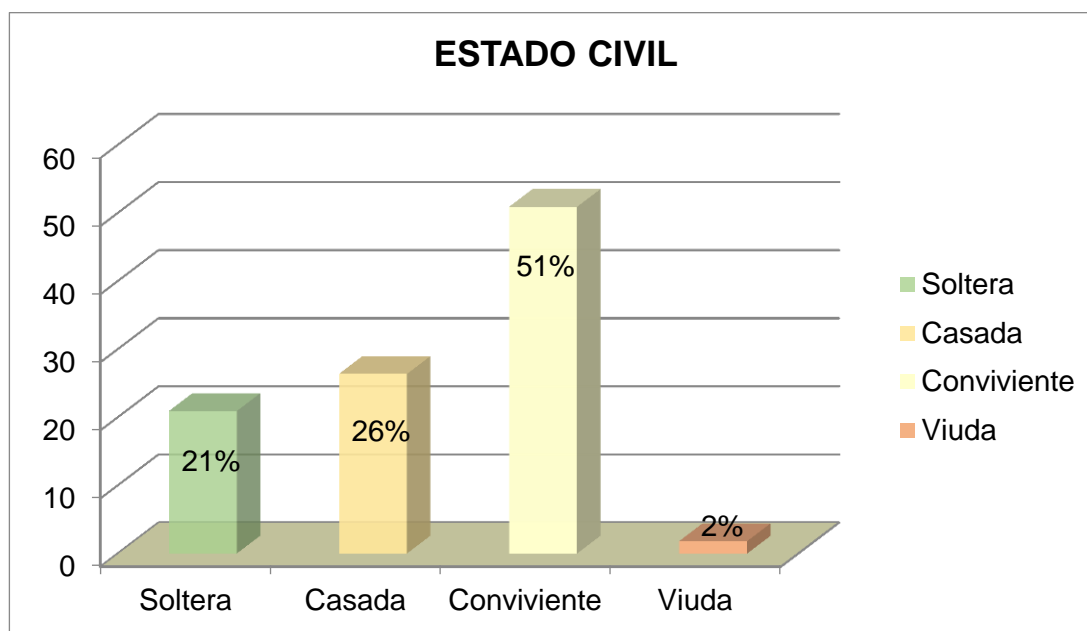
INTERPRETACIÓN: La Tabla N°7 Nos Muestra que un 50% de las Puérperas Son Primerizas, un 33% son su Segundo Hijo, Mientras que un 17% Tienen más de Tres Hijos.

TABLA N° 8

ESTADO CIVIL DE LAS PUÉRPERAS ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

Estado Civil	SI	NO	fi	Fr %
Soltera	14	9	23	21
Casada	19	10	29	26
Conviviente	44	12	56	51
Viuda	1	1	2	2
TOTAL			110	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Puérperas Hosp. Augusto Hernández.



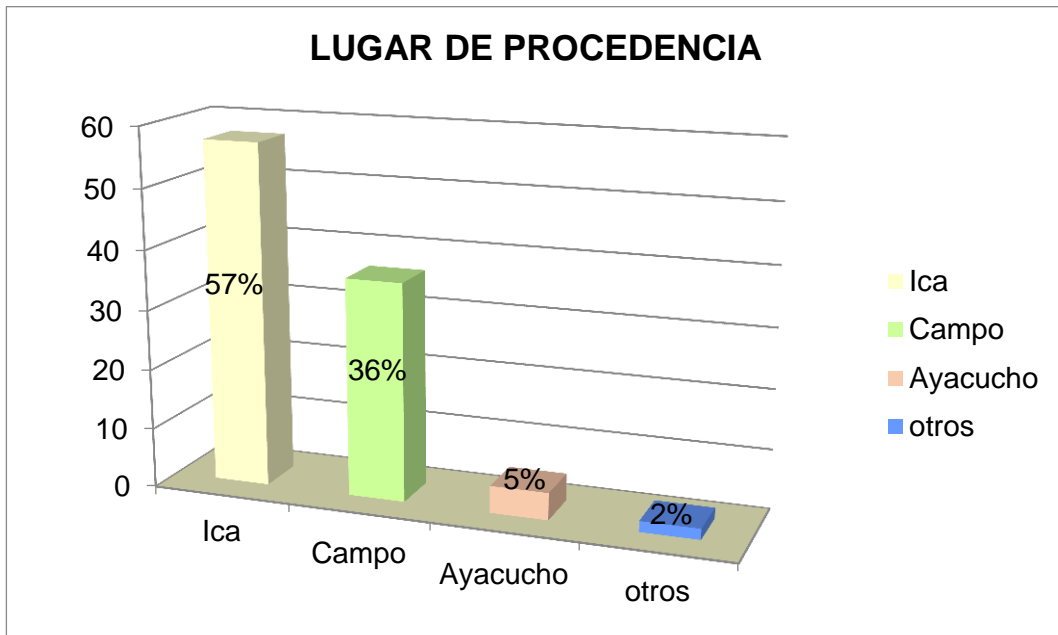
INTERPRETACIÓN: La Tabla N°8 Nos Muestra que un 51% de las Puérperas Son Convivientes, un 26% son Casadas, un 21% son Solteras, Mientras que un 2% Viudas.

TABLA N° 9

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PUÉRPERAS ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

Lugar de Precedencia	SI	NO	fi	Fr %
Ica	43	20	63	57
Campo	22	18	40	36
Ayacucho	2	3	5	5
Otros	1	1	2	2
TOTAL			110	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Puérperas Hosp. Augusto Hernández.



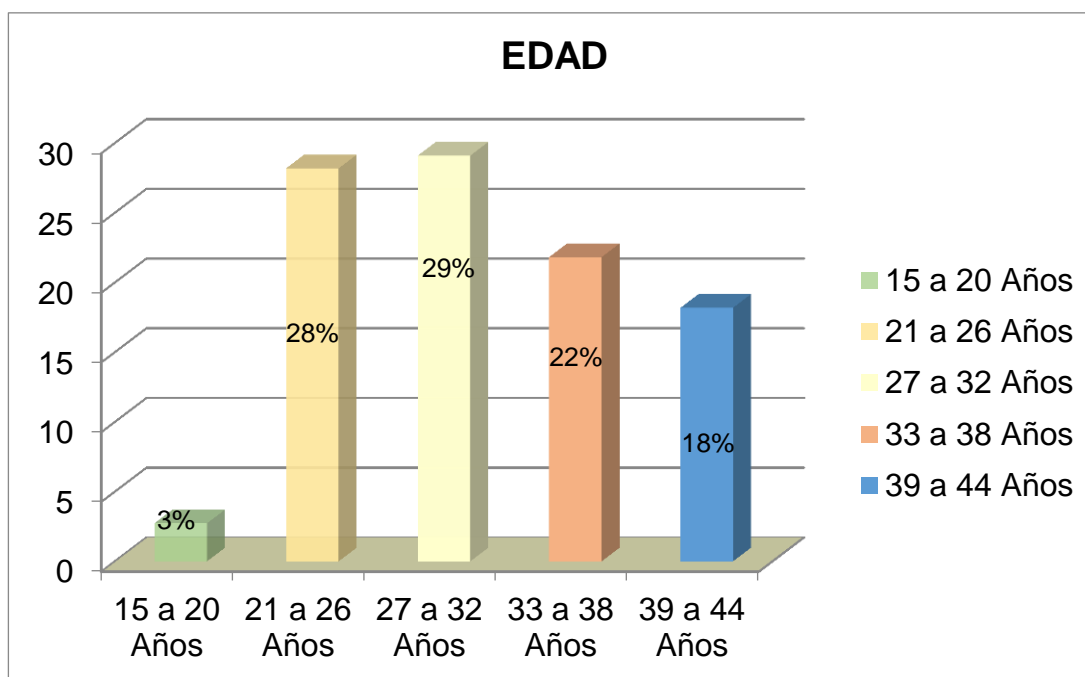
INTERPRETACIÓN: La Tabla N°9 Nos Muestra que un 57% de las Puérperas son de Ica, un 36% son del Campo, un 4% son de Ayacucho, Mientras que un 1% son de otros Lugares.

TABLA N° 10

**EDAD DE LAS PUÉRPERAS ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE GINECO
OBSTETRICIA**

Edad	SI	NO	fi	Fr %
15 a 20 Años	1	2	3	3
21 a 26 Años	25	6	31	28
27 a 32 Años	24	8	32	29
33 a 38 Años	19	5	24	22
39 a 44 Años	11	9	20	18
TOTAL			110	100

Fuente: Encuesta Aplicada a Puérperas Hosp. Augusto Hernández.



INTERPRETACIÓN: La Tabla N°10 Nos Muestra que un 29% de las Puérperas Son de 27 a 32 años, un 28% son de 21 a 26 años, un 22% son de 33 a 38 años, y un 18% son de 39 a 44 años, Mientras que un 3% comprenden de 15 a 20 años.

DISCUSIÓN

Como ya es sabido el puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo para desarrollar desórdenes del estado de ánimo de la mujer; siendo la Depresión Post Parto un importante trastorno de la salud mental, cada vez más creciente en países como el nuestro, dada las características del nivel socioeconómicamente deprimida, con altos índices de violencia familiar y machismo de nuestra población; por ello se consideró realizar este estudio ya que como profesionales obstetras necesitamos determinar cómo nuestras madres podrían estar siendo afectadas para tratar de mejorar nuestra intervención profesional dentro del equipo de atención integral, en la ayuda a las madres que se vean afectadas con este trastorno.

En el desarrollo de la presente investigación he observado que existen numerosos antecedentes sobre el tema, en países cuyas características socioeconómicas tienen semejanzas con el nuestro.

En mi estudio se observa un 54% de Puérperas manifestaron Depresión Post Parto mientras que un 46% de Puérperas no, en relación a la Violencia de Género podemos observar que existe un 86% de las Puérperas que sufren de maltrato Psicológico, siendo estos resultados semejante a los estudios realizados por Santacruz María, Serrano Francisco, Titulado “Determinar Prevalencia y Factores de Riesgo de Depresión Post Parto en las Madres Atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga”, en el cual la Depresión Pos Parto es valorada mediante la escala de Edimburgo, y tuvo como resultado una Prevalencia de Depresión Post Parto de 34,3%, sufrieron Violencia Intrafamiliar un 3,75%.

De la misma manera en el presente trabajo se ha encontrado que dentro de las Características Sociodemográficas de las puérperas que sufre de depresión post parto el estudio se encuentra de manera relevante las siguientes :

- El Mayor porcentaje de pacientes puérperas corresponde a un nivel de Instrucción alto ya que se halló un 52% , Mientras que un 5% No Tienen Estudios.
- El 48% de las Puérperas Tienen un Ingreso de 100 a 500 Soles, un 39% su Ingreso es de 501 a 750 Soles, un 8% Tienen un Ingreso de 751 a 1000 Soles, Mientras que un 5% Tienen un Ingreso mayor a 1000 Soles.
- Un 57% de las Puérperas son de Ica, y de ellas un 36% son de la zona rural, Mientras que un 5% son de otros Lugares.
- El 79% de las Puérperas tienen edades consideradas dentro de lo óptimo o adecuado para la gestación, mientras el 21 % corresponden a edades extremas correspondiéndole el 18% a edades de 39 a 44 años, y un 3% comprenden de 15 a 20 años.
- Un 51% de las Puérperas Son Convivientes, un 26% son Casadas, un 21% son Solteras, Mientras que un 2% Viudas.

Siendo Los resultados hallados en mi investigación, coincidente con los realizado por Lipa Frida, Titulado Depresión Post Parto en Puérperas Primíparas y Multíparas del Establecimiento de Salud I – 3 José Antonio Encinas, las cuales presentan un 21.7% entre las edades de 16 a 19 años, 27.5% procedentes de la zona urbana, 24.6% hablantes del idioma castellano, 18.8% con grado de instrucción secundaria completa, 31.9% de estado civil conviviente, 21.7% de ocupación su casa; y en comparación con mi estudio realizado podemos observar que en un 29% de las Puérperas son de 27 a 32 años, el 51% de las Puérperas son de Estado Civil Convivientes, el 50% de las Puérperas son Primerizas, el 52% de las Puérperas con Grado de Instrucción Superior, un 57% de las Puérperas son Procedentes de Ica, un 48% de las Puérperas tiene un Ingreso de 500 Soles, un 51% de las Puérperas No Planificaron su Embarazo, un 68% de las Puérperas pasan por Situaciones Estresantes personales.

CONCLUSIONES

1. En la presente investigación se ha concluido que la Depresión Post Parto se encuentra presente en el 54% de las puérperas atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández de EsSalud Ica; considerándose un resultado bastante alto, por lo que se considera indispensable poder detectarlo antes de que pueda ponerse en peligro el bienestar de la madre y del recién nacido.
2. Se ha concluido que las Características Sociodemográficas tienen una gran influencia en las puérperas que fueron atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, ya que en el estudio realizado se ha comprobado que existe un 57% de las puérperas con depresión post parto, teniendo en común los principales Factores Demográficos: pertenecen al Cercado de Ica, tienen un Grado de Instrucción Superior, son Convivientes, Primerizas y además que su Embarazo no ha sido Planificado, pasando así por situaciones de Estrés Personal.
3. Así mismo con la presente investigación se está comprobando que si existe relación entre la Depresión Post Parto y las Características Sociodemográficas de la puérpera atendida en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de EsSalud.

RECOMENDACIONES

- Realizar sesiones educativas en las gestantes para informar sobre las características del cuadro de depresión y el riesgo, aprovechando el control prenatal y Psicoprofilaxis de las gestantes, como una manera de abordaje integral de la paciente en el cuidado de su salud.
- Se debe poner énfasis en la prevención de la depresión realizando un trabajo interdisciplinario con los agentes de la comunidad y otros profesionales de la salud para el control exhaustivo de las madres en riesgo
- Se recomienda que el servicio de Obstetricia coordine con Salud Mental para realizar sesiones de terapias y de talleres de manejos de las emociones que puedan manifestar las puérperas.
- Se recomienda también continuar con los estudios especializados después de las intervenciones de los talleres de manejo con Salud Mental.
- Poner un énfasis especial en la prevención y tratamiento a las pacientes que por sus características sociodemográficas puedan tener un mayor riesgo de presentar depresión post parto.
- Considero que es necesario que se realicen estudios con mayor tamaño de muestra, que puedan arrojar resultados más cercanos a la realidad de la problemática en la población local y nacional.
- Se debe establecer como norma realizar seguimiento a las puérperas con depresión post parto para poder observar la magnitud y el curso de la depresión que se pueda manifestar.

FUENTES DE INFORMACION

1. Moreno A, Domínguez L. Depresión Postparto: Prevalencia de Test de Rastreo Positivo en Puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. RevChilObstetGinecol 2013.
2. Catalogación por la Biblioteca de la OMS: Estadísticas sanitarias mundiales 2013.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.
3. Saez M. Tasas de Prevalencia incidencia y recurrencia: Bases estadísticas y algoritmo de estandarización con spss. Volumen 161. Barcelona España. 2013.
4. Bastante V. et all. AMIR Medicina. Estadística y Epidemiología. pp: 317-326. Editorial: Marban. España 2012.
5. Almanza J. Prevalencia de Depresión posparto y factores Asociados, en pacientes Puérperas de la Clínica de Especialidades de la mujer 2014.
6. Catalogación por la Biblioteca de la OMS: Estadísticas sanitarias mundiales 2013.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.
7. Santacruz María, Serrano Francisco. Depresión Postparto. Prevalencia y Factores de Riesgo en Madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca. España 2014.
8. Fernández Karina, Iturriza Alejandra, Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Caracas, Venezuela 2013.
9. Paiz Villela Dulce, Estudio descriptivo sobre el riesgo de depresión posparto evaluado mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo en pacientes de 15 a 40 años ingresadas al servicio de maternidad del Hospital

Regional de Zacapa durante el período comprendido entre el 10 de agosto al 14 de septiembre de 2012. Guatemala.

10. López Menezes F; Netto de Oliveira. Frecuencia de la Depresión Puerperal en la Maternidad de un Hospital Universitario de la Región del Sur. Brazil 2012.
11. Lipa Frida. Depresión Postparto en Puérperas Primíparas y Multíparas del Establecimiento de Salud I – 3 José Antonio Encinas, Puno 2014.
12. Castañón Carla Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. Chile 2013.
13. Vásquez Elen, SangamaMori. Relación entre Características Sociodemográficas y Riesgo de Depresión Postparto en Puérperas que consultan en la Clínica Corpomedico Tarapoto Junio-Setiembre 2012.
14. Paima Rosario, Vásquez Ruth. Prevalencia y Asociación entre la Cesárea no Programada y la Depresión Postparto en Post cesareadas Adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2012.
15. Canaval G, Gonzales M, Martínez L; “Depresión Postparto, Apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali Colombia 2013.
16. Poo A. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el sur de Chile.2013.
17. Rojas G. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Artículo de Investigación RevMed Chile 138 (5): 536 – 542. 2012

18. Lara M. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México, *Salud Mental*; 29(4):55.2013.
19. Ortega L. Prevalencia de Depresión a través de la EDPS, en muestras de mujeres mejicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 15: 11-20. 2014.
20. Ruth, M. Depresión posparto y características socio demográficas en mujeres que consultan en el hospital san José de Medinas. Hospital Nicolás Avellaneda – Catamarca. San Miguel de Tucumán.2013.
21. Juan Escobar, Percy Pacora, Nilton Custodio, Walter Villar. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?. *AnFacmed*. 2012; 70(2):115-8.
22. Aramburú P. Prevalencia y Factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, Junio 2014. *Rev. Perú Epidemiológica*.
23. Urdaneta J. Factores de Riesgo de Depresión Posparto en Puérperas venezolanas valoradas por medio de la Escala de Edimburgo. *Rev. Chil Obstet Ginecol Scielo* 2013.
24. Gómez C, et all. Prevalencia de depresión y factores. asociados con ella en la población colombiana. *RevPanam Salud*.2014.
25. Manual para diagnostico DSM IV 2012. Pág. 102.
26. Mercado Huachupoma, Yisell Diana, Paccori Yanac, Leonor Vanesa. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. UNMSM. Lima-Perú 2012.

27. Schwarcz R. (2005). Puerperio patológico En: Obstetricia. Ed. El Ateneo 6ª Edición; Argentina. (12) 658 - 659.
28. Stacy C. Hodgkinson , Elizabeth Colantuoni en su trabajo de investigación en el 2012. “Los síntomas depresivos y los resultados de nacimiento entre adolescentes embarazadas”. J Pediatr Adolesc Gynecol. 02 2012; 23 (1): 16-22.
29. Mercado Huachupoma, Yisell Diana, Paccori Yanac, Leonor Vanesa. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. UNMSM. Lima-Perú2012-
30. Hashima E Nasrin, Zarina N Kabir, Yvonne Forsell, y Maigun Edberg. Prevalencia y factores asociados de síntomas de depresión y ansiedad durante el embarazo: un estudio basado en la población en zonas rurales de Bangladesh BMC Health mujer. 2011; 11: 22.
31. Urdaneta J, Rivera A, García J, “Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo”. REV Chile Ginecol
32. Hernández Astrid, Parto Prematuro y su Relación con la Ansiedad y la Depresión de las Puérperas Atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Enero a Julio 2015 pág. 52 – 54.

ANEXOS

Matriz de Consistencia

TITULO: “PREVALENCIA DE LA DEPRESION POST PARTO EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV AGUSTO HERNANDEZ MENDOZA DE ESSALUD ICA –2016”

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	PARAMETROS
<p>¿Cuál es la Prevalencia de Depresión Post Parto en Puérperas Atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de Es Salud Ica – 2016?</p> <p align="center">PROBLEMA ESPECIFICO</p> <p>¿Cuáles son las Características Sociodemográficas de las Puérperas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la Prevalencia de Depresión Post Parto de las Puérperas que Fueron Atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de Es Salud Ica. 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar las Características Sociodemográficas de las Puérperas en Estudio. Identificar la Relación que Existe entre la Depresión Post parto y las Características Sociodemográficas de las Puérperas que Fueron Atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de Es 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ DEPRESION POST PART ➤ Factores Intrínsecos <ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Paridad. • Embarazos Complicados. • Situaciones Estresantes. ➤ Factores Extrínsecos <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Embarazo. • Grado de Instrucción. • Estado Civil. • Ocupación. 	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO Violencia de Género: <ul style="list-style-type: none"> • Físico • Psicológico Situaciones Estresantes: <ul style="list-style-type: none"> • En el Trabajo • Tipo Social • Situaciones Personales Tipo de Embarazo: <ul style="list-style-type: none"> • Planificado • No Planificado Grado de Instrucción: <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior 	<p align="center">Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo</p> <p align="center">ENCUESTA</p>	<p align="center">Una Puntuación de 10+ muestra la Probabilidad de una Depresión, pero no su Gravedad.</p>

<p>que Fueron Atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de EsSalud Ica – 2016?</p>		<p>Salud Ica.</p> <p>-Determinar la Relación existente entre la Prevalencia de Depresión Post Parto y las Características Sociodemográficas de las Puérperas que Fueron Atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de Es Salud Ica – 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos Económicos. • Violencia de Genero. • Lugar de Precedencia. 	<p>Nivel Económico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 a 500 • 501 a 750 • 751 a 1000 • De 1000 a Más <p>Paridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uno • Dos • Más de Tres <p>Estado Civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente <p>Lugar de Precedencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ica • Campo • Ayacucho • Otros <p>Edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De 15 a 20 Años • De 21 a 26 Años • De 27 a 32 Años • De 33 a 38 Años • De 39 a 44 Años 	<p>ENCUESTA</p>	
---	--	---	---	--	------------------------	--

INSTRUMENTO

Presentación:

Señora Buenos Días, mi nombre es **ALVITES PEVE, YRMA VICTORIA**, soy Bachiller en Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, estoy realizando un estudio en coordinación con el Hospital Augusto Hernández Mendoza para determinar la Prevalencia de Depresión Post Parto en Puerperas.

Para lo cual se le solicita su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces, a las preguntas que a continuación se le presenta expresándole que la información es de carácter anónimo y confidencial.

Agradezco anticipadamente su participación.

En el siguiente cuestionario marque con un aspa una de las alternativas o números que observa. Del 0, 1,2 o 3

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)
(Validado para el periodo prenatal)

Nombre: _____

Procedencia: _____

1. He sido Capaz de Reír y Ver el lado Bueno de las Cosas:

- | | |
|--------------------|-------|
| Tanto Como Siempre | (3) |
| No Tanto Ahora | (2) |
| Mucho Menos | (1) |
| No, no he Podido | (0) |

2. He Disfrutado Mirar Hacia el Futuro:

- | | |
|-----------------------|-------|
| Tanto como Siempre | (3) |
| Menos que Antes | (2) |
| Mucho Menos que Antes | (1) |
| Casi Nada | (0) |

3. Cuando las Cosas me han Salido Mal, me he Culpado a mí Misma Inecesariamente :

- | | |
|-------------------------------|-------|
| Sí, la Mayor Parte del Tiempo | (3) |
| Sí, A veces | (2) |
| No con Mucha Frecuencia | (1) |
| No, Nunca | (0) |

4. He Estado Nerviosa e Inquieta sin Motivo Alguno:

No, Nunca	(3)
Casi Nunca	(2)
Sí, A veces	(1)
Sí, con Mucha Frecuencia	(0)

5. He Sentido Miedo o he Estado Asustadiza, Sin Tener Motivo:

Sí, Bastante	(3)
Sí, A veces	(2)
No, no Mucho	(1)
No, Nunca	(0)

6. Las Cosas me han Estado Agobiando:

Sí, la Mayor Parte del Tiempo	(3)
Sí, a Veces	(2)
No, Casi Nunca	(1)
No, Nada	(0)

7. Me he Sentido tan Desdichada que he Tenido Dificultad para Dormir:

Sí, la Mayor Parte del Tiempo	(3)
Sí, A veces	(2)
No con Mucha Frecuencia	(1)
No, Nunca	(0)

8. Me he Sentido Triste y Desgraciada:

Sí, la Mayor Parte del Tiempo	(3)
Sí, Bastante a Menudo	(2)
No con Mucha frecuencia	(1)
No, Nunca	(0)

9. Me he Sido tan Desdichada que he Estado Llorando:

Sí, Casi Siempre	(3)
Sí, Bastante a Menudo	(2)
Sólo en Ocasiones	(1)
No, Nunca	(0)

10. He pensado en Hacerme Daño a mí Misma:

Sí, Bastante a Menudo	(3)
A Veces	(2)
Casi Nunca	(1)
No, Nunca	(0)

TOTAL: _____

ENCUENTA:

A continuación se le presenta una Serie de Enunciados, las cuales usted tiene que responder de la manera más exacta posible; marcando la respuesta correcta con un aspa (X).

1.- Edad

- 15 a 20 años
- 21 a 26 años
- 27 a 32 años
- 33 a 38 años
- 39 a 44 años

2.- Estado Civil

- Soltera
- Casada
- Conviviente
- Viuda

3.- Ocupación

- Ama de Casa
- Trabajo Estable
- Trabajo Independiente

4.- Paridad

- Primíparas
- Secundíparas
- Multípara

5.- Grado de Instrucción

- Sin Estudios
- Primaria
- Secundaria
- Superior

6.- Ingresos Económicos

- De 100 a 500 Nuevos Soles
- De 501 a 750 Nuevos Soles
- De 751 a 1000 Nuevos Soles
- Más de 1000 Nuevos Soles

7.- Tipo de Embarazo

- Embarazo Deseado
- Embarazo No Deseado
- Complicaciones

8.- Violencia de Género

- Física
- Psicológica

9.- Lugar de Precedencia

- Ica
- El Campo
- Ayacucho
- Otros

10.- Situaciones Estresantes

- En el Trabajo
- De Tipo Social
- Personales