



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

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN
POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE
DIOS DE PISCO ENERO A MARZO 2017”**

TESIS:

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
GLORIA ISABEL DOLORIERT SALGUERO**

**ASESORA:
LIC. EMMA CASTRO COSSIO**

**ICA – PISCO
2017**

DEDICADO A:

Dios por darme la vida y las fuerzas necesarias para cumplir cada meta trazada. A mi madre, por su apoyo y dedicación en este trayecto. A mi esposo e hijo por su apoyo incondicional por ser mi mayor motivo de superación.

AGRADEZCO A:

Mi madre por su apoyo durante mi carrera. A mis docentes de la UAP por haberme guiado en mi formación profesional.

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INDICE	
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION	
1.1. Planteamiento De Problema	09
1.2. Formulación Del Problema	11
1.2.1. Problema Principal	11
1.3.2. Problemas Secundarios	11
1.3. Objetivos	12
1.3.1. Objetivo General	12
1.3.2. Objetivos Específicos	12
1.4. Justificación e Importancia de la Investigación	13
1.5 Limitaciones de la investigación	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes De La Investigación	16
2.2. Bases Teóricas	20
2.3. Definición De Términos Básicos	45
2.4 Hipótesis de la investigación	46
2.4.1. Hipótesis General	46
2.5 Variables	46
2.5.1. Variables dependiente	46
2.5.2. Variable independiente	46
2.5.3. Operacionalizacion de las variables	47

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Diseño de la investigación	48
3.1.1. Tipo de investigación	48
3.1.2. Nivel de investigación	48
3.1.3. Método	48
3.2. Descripción de ámbito de la investigación	48
3.3. Población y muestra de la investigación	49
3.3.1. Población	49
3.3.2. Muestra	49
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	49
3.4.1. Técnicas	49
3.4.2. Instrumentos	49
3.5. Procesamiento de datos	49
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
4.1. Resultados	50
CAPITULO V: DISCUSIÓN	
5.2. Discusión	58
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
FUENTES BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	67

RESUMEN

La prevalencia mundial de depresión posparto a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20%, la mayoría de las mujeres afectadas puede tener síntomas durante seis meses y 25% de ellas por un año, si no reciben tratamiento. La prevalencia de la depresión posparto es tres veces más elevada en los países subdesarrollados que en los países desarrollados.

Objetivo: Identificar cuál es la prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre abril a mayo 2017.

Metodología: Estudio de tipo observacional, analítica pues determina la relación entre los fenómenos, transversal. Sobre una población de 180 puérperas, obteniéndose una muestra de 122 puérperas. Instrumento utilizado fue la La Escala de Depresión de Posparto de Edimburgo.

Resultados: La prevalencia de depresión posparto es de 18% en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Pisco. La violencia intrafamiliar es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto con diferencias significativas. La edad menor de 20 años es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto con diferencias significativas. El parto por cesárea es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto con diferencias significativas. El estado civil no es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto con diferencias no significativas. El embarazo no deseado es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto con diferencias significativas.

Conclusiones: La prevalencia de depresión posparto fue de 18%. Y los factores de riesgo son, la violencia intrafamiliar, la condición de gestante menor de 20 años, el parto por cesárea, y el embarazo no deseado. El estado civil no es un factor de riesgo asociado a depresión posparto.

PALABRAS CLAVE: Prevalencia, factores riesgo, depresión posparto.

ABSTRACT

The worldwide prevalence of postpartum depression throughout life ranges from 10% to 20%; most affected women can have symptoms for six months and 25% of them for one year if they do not receive treatment. The prevalence of postpartum depression is three times higher in underdeveloped countries than in developed countries.

Objective: To identify the prevalence and risk factors associated with postpartum depression in postpartum women treated at the San Juan de Dios Hospital in Pisco between April and May 2017.

Methodology: Study of observational, analytical type because it determines the relationship between phenomena, transverse. About a population of 180 postpartum women, obtaining a sample of 122 puerperae. Instrument used was the Edinburgh Postpartum Depression Scale.

Results: The prevalence of postpartum depression is 18% in puerperal patients treated at the Hospital San Juan de Pisco. Domestic violence is a risk factor associated with postpartum depression with significant differences. Age under 20 years is a risk factor associated with postpartum depression with significant differences. Cesarean delivery is a risk factor associated with postpartum depression with significant differences. Marital status is not a risk factor associated with postpartum depression with non-significant differences. Unwanted pregnancy is a risk factor associated with postpartum depression with significant differences.

Conclusions: The prevalence of postpartum depression was 18%. And the risk factors are, intrafamily violence, pregnancy status under 20 years, cesarean delivery, and unwanted pregnancy. Marital status is not a risk factor associated with postpartum depression.

Keywords: Prevalence, risk factors, postpartum depression.

INTRODUCCIÓN

La depresión posparto (también conocida como depresión posnatal, DPP) es una forma de depresión que puede afectar a las mujeres y, menos frecuentemente, a los hombres después del nacimiento de un hijo. En general, se manifiesta por sentimientos de tristeza y tendencia al llanto, aunque también puede mostrar síntomas de la depresión.

Los estudios muestran entre un 5% y 25% de prevalencia pero las diferencias metodológicas de esos estudios hace que la verdadera tasa de prevalencia no esté clara. No se conocen las causas pero se considera que el cambio hormonal junto al cambio de ritmo de vida es un posible detonante.

Según el Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales (DSM-IV TR), el especificador de inicio en el posparto se aplica a los trastornos que se manifiestan durante las cuatro semanas posteriores al parto. (1)

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

La depresión posparto tiene una frecuencia a nivel mundial del 8 al 25%. Según el DSM-IV-TR más de la mitad de las mujeres tienen depresión posparto, se sienten tristes y ansiosas, con deseos de llorar, se quejan de no recibir atención y tienen problemas para dormir (1). Esto dura una semana o dos, y comúnmente no tiene mayores consecuencias, pero un 10% aproximadamente de estas mujeres tienen síntomas suficientes para que se les diagnostique un trastorno depresivo.

Esta investigación está diseñada para abordar el tema de la depresión posparto de forma tal que se pueda determinar su prevalencia y los factores que favorecieron su aparición.

El primer capítulo trata sobre la problemática de esta patología enfocada desde un panorama mundial hasta el local, se traza los objetivos y se justifica el desarrollo de la investigación. En el capítulo II se plasma los antecedentes investigativos y las bases teóricas sobre información actualizada. En el tercer capítulo se definen las hipótesis y las variables, así como su operacionalización. En el capítulo IV se diseña la investigación definiendo la población y muestra, técnicas de recolección de datos y el instrumento que medirá la variable y finalmente en el capítulo V se presentan los resultados, discusión conclusiones recomendaciones, así mismo la bibliografía y los anexos.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La depresión postparto es el periodo de depresión que puede ocurrir después del alumbramiento, ya sea por el estado social psicológico de salud, nivel socioeconómico bajo, puede ocurrir con periodos alternativos de: enojo, ira, tristeza, trastornos alimenticios, trastornos del sueño, baja autoestima, fatiga, aislamiento etc. (Medlineplus 2016)

La depresión postparto (DPP) es la complicación psiquiátrica más frecuente del postnatal y, dadas sus potenciales repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé, su correcto abordaje debe constituir una prioridad en Salud Pública. Además, provee una especial oportunidad de prevención pues está precedida por un “marcador” definido: el nacimiento de un hijo. ⁽²⁾

Se han identificado grupos de riesgo y un período de mayor vulnerabilidad, que son los primeros tres meses del período postnatal. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión afecta a más del 15

% de la población y aproximadamente al 22% de las mujeres en edad fértil, por lo que progresivamente se ha dado mayor importancia a los aspectos psicológicos y psiquiátricos del proceso grávido puerperal.⁽²⁾

La prevalencia mundial de depresión posparto a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20%, observándose mayores valores en madres adolescentes (26%) y en los niveles socioeconómicos más bajos (38,2%).⁽²⁾

La mayoría de las mujeres afectadas puede tener síntomas durante seis meses y 25% de ellas por un año, si no reciben tratamiento. El riesgo de recurrencia de DPP también se aproxima a 25%, y aumenta la probabilidad de depresión no ligada al postparto, especialmente cuando existen antecedentes personales de este tipo.

A nivel mundial la prevalencia de depresión posparto oscila entre 10-15% en países desarrollados; en los estudios realizados en los últimos años se ha comprobado que mientras menor nivel económico posea un país, bajo nivel educacional, cultural y sobre todo en sociedades machistas la prevalencia de este desorden es aún mayor.⁽³⁾

La prevalencia de la depresión posparto es 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%. En Colombia al menos el 10% de las personas en el estudio presentaron algún episodio depresivo durante los últimos doce meses previos al estudio. En Estados Unidos la prevalencia se presenta del 10% al 15% de nacimientos. Además, es importante citar que de 1 a 6 madres con depresión posparto severa de cada 10.0000 nacimientos en Estados Unidos llega al suicidio cada año, y que 1 de cada 3 a 4 madres presentan recidiva de DPP si no reciben tratamiento adecuado y oportuno.⁽⁴⁾

Es por este motivo y tomando en cuenta que Perú es uno de los países en vías de desarrollo en América Latina y teniendo una prevalencia de este

desorden entre 36 a 42 % ⁽⁵⁾, es que se aborda este problema de la salud psíquica de la madre a fin de conocer adecuadamente los factores que se relacionan con su aparición y la prevalencia en la zona.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero a marzo 2017?

1.2.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

P.S.1 ¿La violencia intrafamiliar es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero a marzo 2017?

P.S.2 ¿La edad es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero a marzo 2017?

P.S.3 ¿El tipo de parto es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero a marzo 2017?

P.S.4 ¿El estado civil de la madre es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero a marzo 2017?

P.S.5 ¿El embarazo no deseado es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero a marzo 2017?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar cuál es la prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero a marzo 2017

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O.E.1 Determinar si la violencia intrafamiliar es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero a marzo 2017

O.E.2 Identificar si la edad es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero a marzo 2017

O.E.3 Diagnosticar si el tipo de parto es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero a marzo 2017

O.E.4 Evaluar si el estado civil de la madre es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero a marzo 2017

O.E.5 Precisar si el embarazo no deseado es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero a marzo 2017

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La depresión posparto es el trastorno anímico más prevalente asociado al nacimiento, su recidiva es 1:3 a 1:4 si la madre no es tratada correctamente y se asocia a severa discapacidad para desarrollar actividades de la vida diaria. Afecta aproximadamente al 19,2 % de las puérperas durante los tres

primeros meses posparto, con prevalencias que varían entre un 3 % y 30 % durante el primer año. ⁽⁵⁾

En la mayoría de los casos remite luego de tres a seis meses. Sin embargo, una proporción puede seguir un curso crónico. Sus efectos en la relación madre-hijo(a) no distinguen diferencias culturales o por nivel socioeconómico de la madre y su impacto en el desarrollo del niño(a) está directamente relacionado con su duración e intensidad.

El deterioro que puede ocasionar en la interacción madre-hijo, se traduce en el establecimiento de apegos inseguros y alteraciones del desarrollo psicomotor. Algunos investigadores, dan cuenta que los hijos de madres con DPP tienen más del doble de posibilidades de desarrollar problemas de conducta a largo plazo y de ser víctimas de violencia intrafamiliar. Asimismo, asisten a un menor número de controles de salud, reciben menos inmunizaciones y presentan alteraciones en sus rutinas de cuidados básicos. Además, en las puérperas se ha descrito menor percepción de autoeficacia para mantener lactancias exitosas manifestada en el aumento de las preocupaciones en torno a la alimentación, mayores dificultades, inseguridad y dudas sobre su capacidad para alimentar al bebé, menor satisfacción al amamantar y cese precoz de la lactancia materna.

Relevancia Académica.

A pesar de la alta prevalencia a nivel mundial, en nuestro país son pocos los estudios que se han hecho con relación a la Depresión Posparto. Dado que la Depresión Posparto es una patología frecuente y sub diagnosticada en la atención médica de primer contacto, es importante que el Psicólogo se involucre al igual que todo el personal médico que está implicado en la atención prenatal aprenda a identificar los síntomas desde su inicio o bien, en el momento que la madre tenga contacto con él por las implicaciones que presenta para ambos.

Relevancia Científica.

Debido al escaso número de estudios relacionados a la Depresión Posparto en nuestro país, en dicha investigación se busca mostrar los factores de riesgo asociados a Depresión Posparto ya que son necesarios para el conocimiento de todo el personal involucrado en la atención de estas por ser una entidad importante debido que el puerperio es un periodo de vulnerabilidad emocional y de alto riesgo para desarrollar desórdenes emocionales.

Relevancia Social.

Pacientes que cursan con depresión posparto ocasiona en familiares y en el propio paciente deterioro en distintos ámbitos de su vida dando como resultado alteración en la relación madre-hijo debido a que la madre se encuentra deprimida, presentando rechazo no sólo con el producto sino también a la pareja, hostilidad, críticas frecuentes e indiferencia afectiva para con el producto.

Relevancia Económica.

La mayor parte de las pacientes que presentan Depresión Posparto no son diagnosticados y muchos de las que si se diagnostican no llegan a recibir tratamiento adecuado y sus actividades laborales se ven seriamente mermadas ya que no lo hacen de forma habitual, presentando ausentismo laboral frecuente o disminución de su rendimiento por lo que es de gran trascendencia su diagnóstico y tratamiento oportuno reduciendo su vida productiva.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio presentó limitaciones en la revisión de historias clínicas pues muchas de ellas se encontraban incompletas por lo tuvo que ser reemplazada por otras que cuenten con los datos completos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

INTERNACIONALES

BUSTOS, S. (2013) en su estudio sobre: Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica – Chile. Este estudio corresponde a un diseño no experimental correlacional ex post-facto. Los Instrumentos utilizados fueron: Edinburgh que mide síntomas depresivos, Cuestionario de Satisfacción con la Pareja. Los resultados indicaron que las variables asociadas de manera estadísticamente significativa con la Depresión Posparto guardan relación el deseo del embarazo, diagnóstico previo de depresión, intento de aborto del hijo recién nacido y método utilizado para la nutrición. A diferencia de otras investigaciones no resultaron significativos los antecedentes Sociodemográficos. ⁽⁶⁾

LÓPEZ, A. (2014) estudio: Consecuencias de la depresión postparto en pacientes en edades comprendidas de 14 a 45 años. Quetzaltenango. Investigación de tipo descriptivo, tuvo como objetivo general determinar las consecuencias de la depresión post parto en pacientes comprendidas de 14 a 45 años. Los sujetos de estudio fueron 102 mujeres que parieron en el Centro de Atención Permanente del Municipio de San Marcos. Después de analizar los resultados, se concluyó que los niveles de depresión post parto en las madres recién paridas de 14 a 45 años, se encuentra en los rangos de mínimo a grave, con porcentajes de 48% mínimo, 20% leve, 19% moderada y 13% grave. Debido a todos los cambios físicos, sentimentales y psicológicos que pasa cada una de ellas durante 9 meses, cuyo efecto se muestra después del parto.⁽⁷⁾

PAIZ, D. (2012) realizó un estudio sobre: Depresión en el posparto. Chiquimula, Guatemala. 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.⁽⁸⁾

GONZALES, R. (2013) en su estudio: Depresión posparto y factores asociados en población derechohabiente del ISSSTE en Yucatán. Se aplicó encuesta y Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. Se entrevistaron a

120 madres derecho habientes del ISSSTE, que cumplieron los criterios de inclusión. Resultados: La prevalencia de depresión posparto fue de 20%, de ellas el 50% fueron primigestas. Los síntomas más frecuentes reportados fueron el sentimiento de desaliento, sentimiento de culpa, irritabilidad, temor y tristeza. ⁽⁹⁾

SANTA, M. (2014) estudió: Depresión posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca. 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). 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 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.⁽¹⁰⁾

ALMEIDA, A. (2013) desarrollo un estudio sobre: Prevalencia de depresión posparto en madres hospitalizadas en el servicio de adolescencia del hospital Gineco-obstétrico maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013. Quito. Métodos: Se incluyó a madres entre los 10 y 19 años, hospitalizadas en el Servicio de Adolescencia del Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad Isidro Ayora durante el primer trimestre del 2013 dentro de los seis primeros meses posparto y que cumplieron con los criterios de inclusión. Se aplicó la Escala de

Depresión Posparto de Edimburgo y un cuestionario elaborado por los investigadores para detectar factores de riesgo propios del embarazo adolescente. Resultados: La depresión postparto en adolescentes es mayor que en la población general, con un 23.2%. Los factores predisponentes para depresión postparto encontrados son: antecedentes personales (p: 0,000, RP 2.295) y familiares (p: 0,005, RP 2,360), la falta de apoyo emocional del padre del producto (p: 0,009, RP 0,814) y el género masculino del recién nacido (p: 0.024, RP 1,363). Conclusiones: Del total de la población estudiada n: 298, el 23.2% de adolescentes puérperas presentan un valor positivo en la escala de depresión perinatal de Edimburgo. ⁽¹¹⁾

NACIONALES

ESCOBAR, J. (2009) en su estudio sobre: Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? Diseño: Exploratorio, de corte transversal. Lugar: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú. Participantes: Mujeres puérperas. Intervenciones: Se aplicó una ficha de datos sociodemográficos y del parto, la escala de Edimburgo, el inventario revisado de factores predictores de depresión posparto y el instrumento de detección de violencia basada en género a 100 mujeres, de 1 a 12 meses de tiempo puerperal. Resultados: La tasa de depresión posparto fue 17%, encontrando diferencias estadísticas al compararla con autoestima, depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación. El 51% fue víctima de violencia basada en género, siendo la más frecuente la forma psicológica. Se halló diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia basada en género (p=0,001), así como, diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia durante la gestación, encontrando un OR de 5,5 (IC: < 5,5; 16,7>). Conclusiones: Las mujeres víctimas de violencia tienen riesgo elevado de sufrir depresión posparto.⁽¹²⁾

VÁSQUEZ, E. 2012 estudió: Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la clínica Corpomedico Tarapoto junio-setiembre 2012. La muestra estuvo representada por 30 puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión. Los hallazgos encontrados fueron: El mayor riesgo de depresión posparto en las puérperas 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, el 30,0% poseía estudios de secundaria completa, 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.⁽¹³⁾

ANTECEDENTES LOCALES

No se encontraron

2.2. BASES TEÓRICAS

Aunque las tasas de suicidio en el periodo puerperal son menores que en periodos no puerperales, éste se considera una causa importante de mortalidad materna en algunos países.

IMPACTO EN EL HIJO

Las madres deprimidas tienen menos disposición a estimular a sus hijos mediante interacciones vocales, físicas y de juego, además tienden más a percibir a su hijo de una manera negativa, se les dificulta más su cuidado y manifiestan aislamiento materno y hostilidad. Las mujeres con depresión

postparto pueden mostrarse menos dispuestas a iniciar y mantener la lactancia materna, y se ha historia.

En el siglo IV a. de C., Hipócrates realizó la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto. En su reseña consideró que algunas apreciaciones sobre las características clínicas de la manía posparto.

En los siglos XVIII y XIX, la literatura médica alemana y francesa introdujo los primeros reportes sistemáticos de casos sobre locura puerperal. En el año 1818, Jean Esquirol realizó la primera descripción detallada de 92 casos de psicosis puerperal. En 1829, Robert Gooch, reportó la psicosis puerperal en su informe Enfermedades propias de las mujeres.

En 1856, el médico francés Victor Louis Marcé, en su libro *Traite de la Folie des Femmes Enceintes*, caracteriza de manera sistemática la enfermedad mental durante el posparto. Este médico fue el primero en sugerir que los cambios fisiológicos durante el puerperio influían en el estado de ánimo materno. En 1969, B. Pitt caracterizó un tipo de depresión leve asociada al posparto.

El término depresión está semánticamente relacionado con el de melancolía, que fue utilizado por los griegos durante la etapa medieval y el Renacimiento. Santo Tomás introduce el término melancolía al campo psicológico dentro del marco teórico de las pasiones y a través de él, se realiza la conexión con el pensamiento médico.

Schneider propone una tríada de síntomas para identificar la depresión, los cuales son: tristeza incomprensible, alteraciones del pensamiento y la inhibición psicomotora. ⁽¹⁴⁾

CLASIFICACIÓN DEL PUERPERIO

El puerperio ha sido dividido en:

- Puerperio inmediato: Son las primeras 24 horas tras el parto. Se debe realizar una vigilancia de la madre controlando sus constantes vitales, como la tensión arterial, el pulso y la temperatura. Es muy importante controlar la buena contracción de la matriz para evitar sangrados excesivos.

- Puerperio mediato: O propiamente dicho, abarca del 2do al 10mo día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia.
- Puerperio tardío: Se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización. Incluye el periodo de tiempo requerido para la involución de los órganos genitales y el reinicio de la menstruación, y el regreso de la función cardiovascular normal y psicológica, las cuales pueden requerir meses.

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto. Algunas mujeres experimentan síntomas transitorios y leves. Sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos. ⁽⁵⁾

LA DEPRESIÓN

Definición

Enfermedad de los sentimientos. Es una reacción exagerada de la tristeza normal, luego pasa por un sentimiento de vacío en el que aún puede funcionar, hasta una depresión incondicional, falta de confianza y esperanza en sí mismo, en la depresión grave, las funciones corpóreas son afectadas y las manifestaciones físicas pueden incluir una gran variedad de síntomas entre ellas palpitaciones, dolor de cabeza, mareos.

La depresión proviene del Latín Depresión que significa hundimiento. Con ella suele designarse tanto al cuadro clínico caracterizado por la presencia de diversos componentes, como el estado afectivo de la tristeza. Por lo tanto, se suele afirmar que alguien está deprimido cuando se siente triste, independientemente de que estén presentes o no los demás tipos de sentimientos nombrados. ⁽¹⁵⁾

En la depresión, se produce una combinación entre un elevado nivel de estrés y la persistencia de algunas emociones negativas. Según la definición clínica de esta patología, la depresión es un trastorno en el estado de ánimo, donde

aparecen sentimientos profundos de dolor, ira, frustración, soledad, desmotivación, sentimiento de culpabilidad, dificultad para dormir, estado de ánimo irritable, aumento o disminución de apetito, desesperanza y pensamientos suicidas que impide que la persona continúe con su vida cotidiana de forma normal durante un tiempo prolongado.

La causa específica de depresión se desconoce en muchos casos, parece ser el resultado de una combinación de factores como predisposición genética (historia familiar), bioquímicas (desequilibrio de neurotransmisores), factores del ambiente y estrés (pérdida de un ser querido, problemas económicos, problemas en las relaciones interpersonales, cambio significativo de vida, etc.), factores hormonales y reproductivos (ciclo menstrual, embarazo, aborto, posparto y menopausia), factores psicológicos y sociales (baja autoestima y tendencia a la preocupación excesiva).

Los trastornos depresivos son un grupo de enfermedades bastante frecuentes en la población general y en la práctica clínica. El riesgo de padecerlos es dos veces mayor en las mujeres respecto de los hombres, con una prevalencia a lo largo de la vida entre el 10-20%.

Estos trastornos pueden presentarse en cualquier momento de la vida de la mujer, desde la infancia hasta la vejez, pero son más frecuentes en la etapa de su vida reproductiva (15 a 44 años).

El puerperio es una etapa en la que el riesgo de desarrollarlos es especialmente alto debido a que la madre está sometida a importantes cambios hormonales y físicos, y a un gran número de factores ambientales generadores de estrés como son la lactancia, la asunción del papel de mamá y las transformaciones en la relación de pareja y en la estructura familiar que trae consigo este periodo.

(16)

DEPRESIÓN POSPARTO

La llegada de un nuevo miembro a la familia es un evento que se espera genere gran alegría tanto a la madre como a la familia y suele acompañarse de un amplio reconocimiento social y cultural. Sin embargo, algunos estudios han

encontrado que cerca del 14,5% de las mujeres presentan un nuevo episodio de depresión mayor o menor durante los tres primeros meses posparto. ⁽¹⁶⁾

La depresión posparto (DPP) es un trastorno grave que ocasiona enorme sufrimiento tanto a la madre como a la familia. Además de deteriorar en forma importante la calidad de vida de la madre, afecta la salud del recién nacido.

Esto ha llevado a que en los últimos años este trastorno sea considerado un problema de salud pública y exista un especial interés en el diagnóstico y tratamiento tempranos, ya que al igual que sucede con la mayoría de las enfermedades, es fundamental el diagnóstico precoz del trastorno con el fin de poder iniciar el tratamiento integral de él y evitar o limitar las potenciales secuelas.⁽¹⁷⁾

Como consecuencia, ha surgido la necesidad de diseñar instrumentos y herramientas para la detección temprana que puedan ser eficaces y de fácil aplicación por médicos generales, ginecólogos y pediatras, quienes son los profesionales que más frecuentemente tienen contacto con estas pacientes en el periodo gestacional y puerperal.

A pesar de estos esfuerzos, en países desarrollados como Estados Unidos cerca del 50% de los casos de DPP continúan sin ser detectados en la práctica clínica.⁽¹⁸⁾

ETIOLOGÍA

Es razonable hipotetizar que prácticamente cualquier variable de índole biológica, psicológica y social, más o menos asociada al propio fenómeno del embarazo y el puerperio, pueda tener cierto nivel de influencia (directa, indirecta, mediatizada, etc.) en el estado del ánimo de la mujer en este período. Así, los modelos propuestos parten de unos a priori que afectan sólo a un determinado tipo y grupo de variables, aquellas que los autores consideran que pueden ser capitales, más importantes, dignas de ser exploradas o simplemente que les interesa investigar.

Existen algunas teorías que tratan de explicar la etiología de la depresión posparto entre las que encontramos:

Teorías bioquímicas:

a. Fenómeno de retirada: Dado el descenso rápido de las hormonas sexuales, asociado a la modificación de colesterol plasmático el estradiol y el estriol son las formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos por la placenta y se incrementa durante el embarazo entre 100 y 1000 veces respectivamente.

Se han realizado estudios en animales los cuales demuestran que el estradiol eleva la acción neurotransmisora de la serotonina al aumentar su síntesis y disminuir su re-captación. La brusca disminución de los niveles de estradiol posterior al parto, podría explicar la Depresión Posparto.

b. Hormonas tiroideas: La incidencia de la función tiroidea anormal aumenta levemente después del parto. En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23% comparado con un 3 a 4% en la población general.

Aunque la disfunción tiroidea no ha sido identificada como un factor determinante en la mayoría de mujeres que desarrollan Depresión Posparto sin Psicosis, puede jugar un papel importante debido a que la disminución de la función glandular puede afectar el estado de ánimo ya que se asocia con la disminución de los niveles de la actividad de la serotonina central. ⁽¹⁹⁾

Se han encontrado anticuerpos tiroideos en 11,6% de las mujeres en el posparto lo cual se le atribuye al efecto inmunosupresor de los niveles altos de cortisol durante el embarazo seguido de un fenómeno inmune de rebote después del parto, lo cual produce una alta incidencia de anticuerpos antitiroideos.

Existen hallazgos que han apoyado a esta teoría demostrando que existe una mayor incidencia de tiroiditis autoinmune en el período puerperal y la elevada concentración de anticuerpos microsomales y antitiroglobulina entre el cuarto y sexto mes posparto asociado a síntomas depresivos.

c. Hormonas hipofisarias: Los niveles de prolactina alcanzan valores hasta 140 ng/ml al final del embarazo y declinan a las 3 semanas posteriores al parto. Se

ha sugerido que la prolactina juega un papel importante en esta entidad ya que se ha observado que mujeres no embarazadas que tienen síntomas de ansiedad y depresión presentan estados de hiperprolactinemia patológica.

d. Disminución en el nivel de Triptófano libre en suero: La disponibilidad del triptófano circulante es el factor principal que regula la actividad de la enzima que constituye un paso limitante en la síntesis de serotonina cuyo descenso juega un papel predominante como desencadenante de depresión.

Oviedo y Jordan mencionan que durante el quinto y sexto día posparto se registra una reducción de los niveles plasmáticos de triptófano, principalmente en las madres con Baby blues y que dicha reducción persiste hasta por seis meses en las madres deprimidas. Sin embargo, la administración de triptófano en el embarazo no ha demostrado prevenir la DPP con lo que parece no existir algún mecanismo de modulación en la síntesis de los neurotransmisores. La existencia de una alta respuesta a la hormona de crecimiento tras la administración de apomorfina (agonista dopaminérgico) en mujeres que desarrollan psicosis afectivas, hallazgo similar encontrado en la DPP con psicosis.⁽¹⁾

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PREVIOS

La historia personal de depresión previa aumenta la incidencia de Depresión Posparto en un 10 a 24% de las mujeres. Si la depresión ocurre durante el embarazo el riesgo es mayor (35%). Los antecedentes familiares de depresión también juegan un papel muy importante en el desarrollo de la DPP.

a. Factores psicológicos:

El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios. El modelo de madre ideal, abnegada y entregada a su hijo, provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer.

El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito ocasiona problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de este.

Al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo.

b. Factores de morbilidad:

Morbilidad materna. La existencia de dificultades para lograr un embarazo en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre.

La morbilidad del recién nacido en la que se han estudiado como factores asociados a la presencia de anomalías o enfermedades como problemas respiratorios, infecciosos, prematuridad, bajo peso, ictericia, muerte neonatal y otros.

c. Factores psicosociales y sociodemográficos:

La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos ya sea para realizar las tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, por parte de familiares o de su pareja, aumenta el riesgo de padecer estos trastornos.

La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja, son también factores de riesgo para el desarrollo de esta patología. ⁽²⁰⁾

En un estudio realizado en Argentina en 140 mujeres durante el puerperio se observó un mayor porcentaje de depresión en las mujeres de 15 a 20 años, en mujeres primíparas y en mujeres que no contaban con una pareja estable.

Un estudio realizado en Colombia por Canaval y cols demostró que un porcentaje elevado de mujeres con sintomatología depresiva el cual varía entre el 50 y 60%, las cuales se relacionan con poco apoyo social, poca disponibilidad de recursos, vivir en unión libre, el dedicarse al hogar y tener oficios de bajo status.

Diagnóstico Diferencial

Además de considerar los diagnósticos diferenciales que habitualmente se debiesen descartar frente a cualquier cuadro depresivo (hipotiroidismo,

anemias, etc), durante el período posparto es importante conocer cuadros como la disforia posparto y la psicosis posparto.

La disforia posparto, es un trastorno transitorio, que aparece los primeros días posparto, típicamente alrededor del tercer día, durando sólo algunas horas y, a lo más, un día o dos. Se trata de un estado caracterizado por ansiedad, labilidad emotiva y, a veces, el ánimo depresivo, síntomas muy pasajeros, por lo que no se requiere de tratamiento. Se estima que se presenta en más del 60% de las puérperas.

La psicosis posparto, tiene una incidencia del 0,1 al 0,2%. El cuadro representa una emergencia psiquiátrica. Por lo general comienza durante las primeras dos semanas posparto, a veces a las 48 ó 72 horas después del parto. Se presenta con síntomas tales como inquietud, irritabilidad y trastornos del sueño. Habitualmente la psicosis puerperal evoluciona rápido, destacando entre los síntomas el ánimo deprimido o exaltado, el desajuste conductual, la labilidad emocional, como también los delirios y las alucinaciones. Aún se debate si la psicosis posparto es una entidad diagnóstica independiente o si se trata de una psicosis afectiva (trastorno del ánimo) de evolución rápida. ⁽²¹⁾

Factores de riesgo de depresión durante el embarazo

Los factores de riesgo asociados con el desarrollo de la depresión en el embarazo, encontrados mediante meta análisis por Lancaster y cols., son:

- Ansiedad materna: alta asociación
- Acontecimientos vitales estresantes: alta asociación
- Antecedentes personales de depresión. Alta asociación
- Falta de Apoyo Social, especialmente la de la pareja. Asociación media
- Violencia doméstica. Media a pequeña asociación
- Embarazo no deseado: baja asociación.
- Relación de pareja: asociación media entre el no vivir con la pareja. Respecto de la calidad de la relación, existe una baja asociación e inversa entre la calidad de la relación y el desarrollo de depresión en el embarazo.

- Sociodemografía: se encontraron asociaciones altas entre el tipo de seguro de salud. El nivel socioeconómico no mostró asociación. Bajos ingresos y bajo nivel de escolaridad tuvieron una asociación baja.

La depresión prenatal, se ha descrito como un factor de riesgo para la depresión posparto y muchos de los casos detectados en el puerperio, en realidad comenzaron en la gestación. Otro estudio evidenció la asociación entre depresión en el embarazo y en las hijas(os) adolescentes de estas mujeres, así como problemas conductuales en las hijas e hijos. ⁽²²⁾

El modelo etiológico que se sugiere en la depresión posparto es de tipo bio-psico-social, pero se piensa que los factores psicosociales tienen un peso mayor que los biológicos, al contrario de lo que sucede en el blues del posparto y en las psicosis puerperales. Entre los factores biológicos se implican la posible sensibilidad a los cambios en las hormonas gonadales y las alteraciones tiroideas, por lo que se recomienda realizar siempre una exploración tiroidea en las madres deprimidas. Los estudios transculturales han señalado que las sociedades donde las puérperas reciben mayor apoyo y ayuda por parte de la familia y la comunidad presentan una menor prevalencia de depresión posparto.

Si una mujer ha padecido una depresión posparto el riesgo de que se repita en sucesivos postpartos se sitúa en torno al 25%. De ahí la importancia de diseñar un plan profiláctico ya durante el embarazo en este grupo de pacientes. ⁽²³⁾

Clasificación de la Depresión Posparto.

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo o en el posparto son de gran importancia, no sólo por su asociación con los indicadores de morbi-mortalidad, sino también, por las consecuencias y sus posibles complicaciones.

De ahí que en los últimos años se viene intentando optimizar el diagnóstico y poner a disposición tratamientos tempranos y eficientes para prevenir y tratar estos trastornos.

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) menciona que los Trastornos Afectivos Posparto son aquellos trastornos que se inician durante las primeras cuatro semanas posteriores al parto. ⁽²⁴⁾

Post partum blues.- Este trastorno se define como una forma leve y transitoria de depresión que aparece entre el tercero y el séptimo día posparto, con una duración generalmente corta. Se trata de la alteración del estado de ánimo posparto más común, con una prevalencia de 75 a 80%.

Se caracteriza por irritabilidad, tristeza, fatiga, accesos de llanto y labilidad emocional.

“Baby blues” o Síndrome del tercer día es un trastorno muy común en el posparto, Rossler menciona que la prevalencia varía entre el 20 y 40%; sin embargo autores latinoamericanos como Orejanera menciona que la prevalencia puede llegar hasta un 80%.

El desarrollo de los síntomas no está relacionado con historia personal psiquiátrica, la lactancia o la paridad, sin embargo estos factores pueden influir en el inicio de una Depresión Posparto posterior a un periodo de Baby blues hasta en el 20% de los casos.

Las actitudes maternas frente al niño, son muy variables, pero pueden incluir desinterés, miedo a encontrarse sola con el niño, o excesiva atención que dificulta que la madre tenga un descanso adecuado.

Se han desarrollado dos hipótesis que intentan explicar este fenómeno. La primera relaciona los síntomas depresivos con la disminución de progesterona durante el posparto. La segunda hipótesis menciona que, en condiciones normales, la oxitocina colabora con la conducta de apego entre madre e hijo. No obstante, ante la presencia de tensión emocional pueden disminuir los niveles de esta y relacionarse con los síntomas depresivos y ansiosos en mujeres más susceptibles a estrés psicosocial.

Si los síntomas persisten por más de 10 días se debe de investigar la presencia de depresión posparto.

El post partum blues es un fenómeno común por lo general, no requiere tratamiento farmacológico. Algunos estudios revelan que una mujer que presenta post partum blues tiene una probabilidad de 20% de desarrollar depresión posparto. No se conoce cuánto se asocia el post partum blues a cambios hormonales posnatales; algunos estudios han sugerido que el post partum blues se relaciona con la caída en los picos de estrógenos y progesterona en el momento del parto.

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

El tratamiento consiste en tranquilizar a la madre, promover el acompañamiento por parte de la familia, vigilar la evolución de los síntomas y realizar psicoterapia de apoyo breve. ⁽¹⁾

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

Este trastorno está presente en el 10% a 20% de las mujeres en diferentes países durante los siguientes 6 meses posteriores al parto. En Estados Unidos de Norteamérica una de cada ocho mujeres padece este trastorno.

Se presenta antes de la sexta semana posparto y su duración es de entre tres y seis meses aunque hay artículos que mencionan que se prolonga este periodo hasta los catorce meses. Por definición la sintomatología depresiva debe estar presente por más de dos semanas después del parto para distinguirla del “Baby blues”.

En cuanto a su prevalencia se estima de 19.3% en la segunda semana después del parto y de 22.5% a las cuatro semanas del mismo.

Los principales factores de riesgo identificados son: antecedente familiar o personal de depresión, trastorno disfórico premenstrual, presencia de ansiedad o depresión durante el embarazo o de “Baby blues”, el alto estrés psicosocial de ser madre soltera, la disfunción de pareja, la baja autoestima materna, el bajo nivel socioeconómico, los embarazos no deseados y no planeados, la imposibilidad de lactar o bien, el cese temprano de la lactancia. ⁽¹⁾

Se caracteriza por una tendencia al llanto fácil, irritabilidad, por la presencia de sentimientos de culpa y obsesivos compulsivos, por un rechazo hacia el recién nacido o bien reticencia a asumir su cuidado, por pérdida de la libido y, en los casos graves, por la presencia de ideación suicida.

El no realizar un tratamiento específico para la depresión durante este periodo puede acarrear grandes consecuencias tanto para la madre como el hijo y la familia en general. Para la madre este puede ser el inicio de un trastorno depresivo recurrente, y para el niño poseer una madre depresiva puede contribuir a desarrollar problemas cognitivos, de comportamiento, interpersonales y emocionales durante su vida. Además, se ha comprobado que los hijos de madres con Depresión Posparto (DPP) son menos activos, pero más irritables y desatentos en su infancia temprana.

Diagnóstico diferencial de la depresión posparto: ⁽²¹⁾

a.- Factores de predicción de depresión posparto sin psicosis:

Los síntomas depresivos graves que se manifiestan de manera temprana (dos o tres días) sugieren el inicio de una depresión posparto.

Estos síntomas incluyen anhedonia, ideas de minusvalía y culpa, llanto fácil, fatiga, insomnio o hipersomnias, dificultad para concentrarse e incapacidad para realizar las tareas maternas.

Las mujeres con depresión posparto sin psicosis pueden tener ideación suicida e ideas obsesivas comúnmente relacionadas con la posibilidad de hacerle daño al lactante.

En sus formas graves implica un peligro serio tanto para la vida de la madre como del niño. ⁽²⁵⁾

b.- Depresión posparto con psicosis

Klompenhower define la depresión posparto con psicosis como un cuadro de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres sanas caracterizada por períodos fluctuantes de alucinaciones, delirios y estados de confusión que suelen comenzar en las 6 o 12 semanas posteriores al parto.

Se presentan también alucinaciones visuales, olfatorias, así como labilidad emocional, desorientación y confusión. Estos síntomas suelen ser oscilantes y hay una elevada probabilidad de que las madres presenten ideas persistentes de agredir a su hijo y con esto, riesgo elevado de que lo lleve a cabo. La Depresión Posparto con Psicosis está presente en dos terceras partes del total de los infanticidios.

La etiología y los factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión posparto con psicosis y sin ella son similares.

Se ha observado que la incidencia de depresión posparto presenta variaciones en función de la cultura. Es así que, en países y en situaciones en las cuales se provee apoyo psicosocial durante el embarazo, el parto y el posparto, la incidencia de este trastorno es baja.

La depresión puede ocurrir en cualquier momento después del parto, frecuentemente luego que la mujer ha regresado a su hogar desde el hospital. Los síntomas pueden durar desde unas pocas semanas hasta varios meses: cerca del 4 % de los casos persisten por un año. ⁽²⁶⁾

Evaluación y diagnóstico de depresión posparto sin psicosis.

Para realizar el diagnóstico se requiere sospechar la presencia de depresión posparto sin psicosis, además de seguir de cerca a las madres con factores de riesgo y realizar un tamizaje a todas las nuevas madres durante la sexta semana posparto.

Es fundamental llevar una historia clínica detallada para el diagnóstico de la depresión posparto. Las ideaciones de la madre con respecto al suicidio o el infanticidio son indicación de una hospitalización inmediata; igualmente, esto está indicado para las mujeres con comorbilidad de abuso de sustancias y limitaciones funcionales importantes para el cuidado propio y el del infante.

La depresión posparto debe diferenciarse del post partum blues que ocurre en una importante cantidad de madres en este período.

Como, en general, los controles posparto los realizan médicos o personal no especializado en salud mental, se ha intentado entrenar al personal médico y realizar tamizaje con encuestas. En estas circunstancias, se ha evidenciado que tales procedimientos aumentan la probabilidad de un mejor acercamiento y tratamiento a los problemas mentales de los pacientes por parte del personal no especialista en el área. ⁽²⁶⁾

Con ese fin, se utiliza como herramienta diagnóstica útil para depresión posparto, la escala de Edimburgo. Esta herramienta se sustenta en un cuestionario fácil de diligenciar con 10 puntos, y se organiza en rangos de puntaje de cero a treinta ⁽²⁷⁾

Los puntajes mayores de 10 señalan alto riesgo de depresión posparto.

TRATAMIENTO

Los antidepresivos son la piedra angular del tratamiento de la depresión posparto. Un inhibidor selectivo de la re-captación de la serotonina debe administrarse de manera rápida, pues este tipo de agentes presentan un bajo riesgo de efectos tóxicos en caso de sobredosis. Existe muchos medicamentos para tratar la depresión sin embargo como parte del tratamiento la psicoterapia es fundamental ⁽²⁸⁾

Intervenciones Psicoterapéuticas

Muchas pacientes con depresiones leves a moderadas pueden ser tratadas exclusivamente con psicoterapia. Tanto las técnicas de relajación, la terapia cognitivo- conductual, como la psicoterapia de apoyo pueden ser muy útiles para tratar la ansiedad que frecuentemente acompaña a la depresión.

Para los síntomas anímicos, siempre que no sean intensos, suele preferirse la terapia cognitivo conductual (TCC) o la psicoterapia interpersonal (Interpersonal Psychotherapy) (PIP). Por lo general se usan en su modalidad individual, pero también se pueden emplear en su versión grupal. Pese a que la evidencia a favor de la psicoterapia de orientación psicodinámica es limitada, los expertos plantean que se trata de una opción razonable si no se dispone de TCC o de PIP

La psicoterapia individual (terapia cognitiva comportamental y terapia interpersonal) y la psicoterapia de pareja, son elementos coadyuvantes que han mostrado eficacia en el tratamiento de este tipo de trastornos. En los casos en que la relación madre-hijo se note muy alterada, las técnicas conductuales, como el entrenamiento de los padres y los masajes al recién nacido, pueden mejorar la interacción, pero no han mostrado ser efectivas para el tratamiento de la depresión.⁽²⁶⁾

Los datos preliminares sugieren que puede ser beneficioso el tratamiento con estrógenos solos o en combinación con antidepresivos.

La depresión postparto es una patología severa que precisa tratamiento urgente. Sin tratamiento la duración media es de unos 7 meses, un tiempo precioso en la vida de un bebé. Además, en algunos casos puede hacerse crónico.

La valoración psiquiátrica resulta imprescindible para confirmar el diagnóstico y descartar la presencia riesgo autolítico, así como para asegurar que no se trate de una psicosis puerperal, cuadro mucho menos frecuente pero que constituye una verdadera urgencia psiquiátrica y puede requerir ingreso psiquiátrico dada la gravedad. El psiquiatra establecerá el plan de tratamiento junto con el equipo de primaria. Igualmente, la valoración médica completa permitirá descartar la existencia de una alteración tiroidea o su tratamiento si se detecta, así como otras patologías que puedan estar favoreciendo el cuadro depresivo (como es el caso de la anemia).

El plan de tratamiento siempre debe establecerse para la diada madre-hijo y no para la madre exclusivamente. Además, debe intentarse siempre que sea posible la colaboración y participación del padre, tanto como afectado como coadyuvante en el tratamiento.

Muy pocas madres están dispuestas a dejar de amamantar para iniciar el tratamiento antidepresivo. Este aspecto debería ser considerado como algo positivo por parte de los profesionales médicos puesto que los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para el bebé superan ampliamente a los de la lactancia artificial. ⁽²⁶⁾

Por ello, cualquier planteamiento terapéutico debería iniciarse con un reconocimiento explícito a la madre por amamantar con éxito en una sociedad donde es tan pequeño el porcentaje de bebés amamantados de forma exclusiva. Este reconocimiento inicia el apoyo a la autoestima materna. La relación terapéutica por lo tanto debería basarse en el apoyo y refuerzo del vínculo materno filial y de la lactancia, no al contrario.

En los casos de menor gravedad o de intensidad moderada parece razonable plantear la opción de no utilizar tratamiento psicofarmacológico, especialmente si la madre expresa su preferencia en este sentido. Insistir en el tratamiento farmacológico sin facilitar la posibilidad de continuar amamantando puede producir el efecto de que la mujer oculte su intención de no tomar el psicofármaco o que simplemente abandone el tratamiento. Por otra parte, en los casos en los que se considere imprescindible el tratamiento psicofarmacológico el psiquiatra puede optar por los fármacos que han demostrado una mayor seguridad en madres de lactantes.

La psicoeducación forma siempre parte del tratamiento; Implica explicar a la madre las características del cuadro, insistiendo en el modelo etiológico multidimensional y desculpabilizador y en la transitoriedad y probable recuperación completa.

Es decir, supone explicar a ambos miembros de la pareja lo que es la depresión postparto, los posibles factores intervinientes, la frecuencia de esta patología, e

insistir en que la madre volverá a ser ella misma, aunque la recuperación completa puede tardar varios meses. ⁽²⁹⁾

Una de las primeras recomendaciones terapéuticas será la de que la madre y el bebé tengan acompañamiento permanente. Incluso en los casos menos graves en los que no existe ideación de muerte ni pensamientos obsesivos de dañar al bebé las madres se sienten muy desbordadas cuando están solas con sus bebés.

Se trata pues de valorar todas las posibilidades disponibles para que la madre no esté sola y establecer un plan lo más detallado posible. Una analogía que utilizan algunos autores en estos casos es decir a la familia que las madres tienen que convalecer como si hubiera tenido un infarto de corazón: es decir, debe hacer lo mínimo, estar muy tranquila y descansar todo lo posible. El conseguir un apoyo para las tareas domésticas y el que un familiar pueda sacar al bebé para que la madre descanse entre las tomas son también medidas a recomendar. ⁽³⁰⁾

En cuanto al manejo sintomático se puede recomendar algunas pautas específicas. Si la madre refiere insomnio pertinaz acostarse cada vez que su bebé duerma sin intentar dormir puede ser beneficioso. Igualmente, el amamantar tumbada en la cama suele favorecer la somnolencia. Conviene asegurar que la madre lleva una dieta adecuada a las necesidades de la lactancia y que si está perdiendo peso la pérdida no sea exagerada.

La psicoterapia ocupa un lugar destacado en el abordaje terapéutico de la depresión postparto, y probablemente sea la opción preferida por las madres que amamantan a sus bebés. La mayoría de los estudios publicados recientemente sobre la eficacia de la psicoterapia en la depresión postparto se han centrado en la psicoterapia interpersonal. Se trata de una psicoterapia breve y centrada en este caso en los problemas relacionados con el postparto, como son la relación con el bebé, la relación de pareja, la adaptación al nuevo rol o la vuelta al trabajo. Esta forma de terapia ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión postparto, tanto de manera individual como en

grupo. Además, parece ser que aplicada durante el embarazo previene la depresión en el postparto, tanto si el abordaje es individual como grupal. ⁽³⁰⁾

Otros tipos de psicoterapia también han demostrado su eficacia en la depresión postparto. En concreto un estudio controlado comparó la eficacia de la terapia cognitiva frente a la fluoxetina y al placebo. Las pacientes tratadas con psicoterapia o antidepresivo mostraron una mejoría significativa y similar, cosa que no sucedió en el grupo tratado con placebo. En dicho estudio no se observó que la asociación de ambas formas de terapia (terapia cognitiva y fluoxetina) tuviera beneficios adicionales, por lo que los autores recomendaron que sea la propia mujer la que decida que opción terapéutica prefiere.

La terapia de grupo parece ser especialmente beneficiosa en el tratamiento de la depresión postparto, puesto que consigue romper el aislamiento de las madres y el coste económico es menor que en los abordajes individuales. Algunos de los tratamientos grupales se basan en el modelo de los grupos de autoayuda pero con un moderador profesional y una o varios observadores. ⁽³⁰⁾

Es el caso de los grupos de apoyo, que suelen estar dirigidos por trabajadores sociales. Los beneficios del grupo con este tipo de abordaje según Fairchild son:

1. Reducción del aislamiento de las madres
2. Información y psicoeducación sobre la enfermedad
3. Permiten a las madres centrar la atención en sí mismas y en sus necesidades básicas, como cuidarse, comer, dormir.
4. Suponen un apoyo al tratamiento médico
5. Aportan esperanza para el futuro
6. Son en sí mismos una intervención terapéutica

Los grupos terapéuticos basados en terapias cognitivo-conductuales también han demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión postparto. Varios autores han comparado la eficacia de los grupos en los que se incluía a la pareja en una o dos sesiones del tratamiento, encontrando que dicha inclusión lograba un beneficio mayor que si se excluía a los padres del grupo. Algunos

autores han descrito como al iniciar la terapia se observa un empeoramiento de la relación de pareja fenómeno por otra parte esperable dado la situación de crisis y que en el contexto de la terapia se puede resolver favorablemente.

En algunos países se han desarrollado programas de apoyo a madres deprimidas realizados por profesionales sociales. Por ejemplo, a partir de los estudios que demostraron la eficacia similar de la fluoxetina y la psicoterapia cognitiva en el tratamiento de la depresión postparto los mismos autores han desarrollado un programa consistente en formar a personal de enfermería de primaria para aplicar cinco sesiones de terapia de cognitiva a madres deprimidas, con muy buenos resultados.

Los aspectos centrales de dicho tratamiento incluyen: información sobre el cuidado básico del lactante, refuerzo positivo de las habilidades parentales, estimulación para involucrarse en actividades de ocio, aprendizaje sobre como pedir ayuda y revisión de los logros de manera regular.^{(30) (26)}

Otro tipo de abordajes grupales como los cursos de masaje infantil parecen mejorar la interacción entre las madres deprimidas y sus hijos.

Por último, dentro del modelo de los grupos de autoayuda en internet existen grupos de apoyo para mujeres con depresión postparto. Probablemente en un futuro cercano está alternativa se desarrollará ampliamente.

La luminoterapia ha demostrado su eficacia en varios tipos de depresión y recientemente en el tratamiento de la depresión el embarazo. Igualmente, un estudio señaló su efecto beneficioso sobre la depresión postparto. Dichos estudios se han desarrollado en países nórdicos donde las horas diarias de sol son escasas durante muchos meses, pero en nuestro país parece lógico recomendar a las madres lactantes que se expongan al sol de manera controlada.⁽¹⁾

La de privación de sueño controlada, al igual que la luminoterapia, es un tratamiento eficaz en algunos casos de trastorno depresivo estacional. Un estudio reciente con un pequeño número de pacientes señaló la eficacia de la de privación de sueño para tratar la depresión postparto. Habrá que esperar a

que otros estudios confirmen dichos resultados antes de poder generalizar la aplicación de este tratamiento.

Recientemente algunas comunicaciones no publicadas han señalado el posible efecto beneficioso que la ingesta de ácidos grasos omega puede tener sobre el estado de ánimo en madres deprimidas. De confirmarse dicho efecto se podría aconsejar incrementar la ingesta de pescados ricos en dichos ácidos (como el atún o el salmón) o la suplementación mediante preparados. ⁽²⁸⁾

Consecuencias de la Depresión Posparto.

La existencia de depresión en la madre tiene repercusiones en el desarrollo del niño, las cuales van a depender de la duración de la misma. Las consecuencias más frecuentes son:

1. Alteración en la relación madre-hijo. La relación entre ellos se ha definido como negativa cuando la madre se encuentra deprimida caracterizándose por el rechazo, la hostilidad, la crítica y la indiferencia afectiva.
2. Alteraciones en el desarrollo cognitivo. Rosello y cols en un estudio realizado en hijos de mujeres primíparas que cursaron con depresión posparto durante el primer año encontraron alteraciones en el desarrollo cognitivo a los 28 meses de edad, sin embargo, en este aspecto el estudio aún no es concluyente.
3. Socialización deficiente. Los hijos de madres deprimidas presentan una menor sociabilidad lo cual se le atribuye a la falta de estimulación y al poco contacto materno que tienen los hijos de madres deprimidas durante el primer año de vida.
4. Alteraciones en la educación de los hijos. La crianza de los hijos se ve influida cuando la madre presenta Depresión Posparto (DPP) y la importancia de la crianza sobre el desarrollo social del niño se relaciona con la trascendencia de la estimulación, la sensibilidad, y el contacto materno durante los primeros años de vida e el desarrollo social de los niños.
5. Alteraciones en la dinámica familiar. La depresión es una enfermedad crónica que afecta la vida familiar y reduce la capacidad de adaptación social tanto de la madre como de la familia.

La madre deprimida no tiene ganas ni energía para relacionarse activamente con su bebé ni con los demás. Se siente aislada e incomprendida, a la vez que temerosa de expresar su sufrimiento. Puede pasar la mayor parte del día con preocupaciones obsesivas, sentimientos de fracaso, incompetencia e incluso deseos de muerte. La relación marital se va a ver afectada, sin que se sepa cuantos casos de separación y divorcio pueden ser debidos a la depresión postparto. Aunque se discute si la problemática marital es causa o consecuencia del trastorno depresivo, parecen probables ambas posibilidades. Varios estudios han encontrado altos niveles de ansiedad en los cónyuges de mujeres deprimidas.

En un estudio cualitativo, los maridos de madres deprimidas describieron la pérdida de la relación previa con su mujer y la sensación subjetiva de que esta se había convertido en otra persona muy diferente a la que conocían anteriormente. Los maridos percibían esta situación como “una pesadilla” e intentaban diversas formas de ayudar a su pareja, con escaso éxito en general.⁽²³⁾

También temían las reacciones imprevisibles y en general se sentían poco valorados. La depresión postparto se asocia con más síntomas, disfunción social y problemas de pareja que la depresión no postparto

La depresión postparto tiene un efecto significativo en el desarrollo emocional y cognitivo del niño. Las madres deprimidas interactúan menos con sus bebés, se altera la comunicación y el niño está menos estimulado, es decir, la depresión dificulta el maternaje y la crianza. Los hijos de madres con depresión postparto tienen más problemas de conducta y peor rendimiento cognitivo que los hijos de madres que no padecen depresión. Los niños cuyas madres siguen deprimidas después de 6 meses tienen peor desarrollo psicomotor al año de vida. A los 18 meses puntúan menos en test cognitivos, sobre todo si son varones y de clases desfavorecidas. Además, la depresión materna se asocia con una peor adaptación emocional en el hijo.

El vínculo materno filial se va a haber afectado siendo la patología más frecuente en estos casos el vínculo de tipo inseguro. El mecanismo por el que esto sucede es la alteración de la comunicación entre la madre y el bebé. El efecto negativo se suaviza con la edad. Si el padre participa activamente en los cuidados del hijo el impacto de la depresión materna sobre el lactante es menor.

A diferencia de lo que ocurre con los trastornos depresivos en otras etapas de la vida de la mujer, la depresión postparto genera un doble impacto negativo, ya que afecta tanto a la madre, quien padece directamente la enfermedad, como al recién nacido, pues depende completamente de los cuidados de ésta para su bienestar físico y emocional. ⁽³⁾

IMPACTO EN LA MADRE

La enfermedad suele acompañarse de un monto considerable de sufrimiento emocional y ocasiona deterioro importante en la calidad de vida, afectando las diversas áreas de funcionamiento de la paciente.

Además, la mujer que experimenta un episodio depresivo en la postparto queda expuesta a mayor riesgo de futuros episodios depresivos, tanto en nuevos puerperios como en cualquier otro momento de la vida.

Identificado que los síntomas depresivos preceden usualmente la interrupción temprana de ésta. ⁽⁴⁾

LACTANCIA MATERNA Y DEPRESIÓN POSTPARTO

La lactancia materna es el alimento ideal para los bebés. Tanto la OMS, como la Asociación Española de Pediatría la recomiendan como alimentación exclusiva de los bebés hasta los seis meses de edad. Además la OMS recomienda la lactancia mixta hasta los dos años de edad como mínimo. ⁽²⁾

La lactancia artificial incrementa el riesgo de que el bebé padezca diarreas, infecciones respiratorias, otitis media, bacteremias, meningitis, botulismo, infecciones urinarias y enterocolitis necrotizante. Además, favorece el síndrome

de muerte súbita del lactante, diabetes tipo I, enfermedad Crohn, colitis ulcerosa, linfoma, enfermedades alérgicas y otros trastornos.

Para la madre la lactancia disminuye la hemorragia postparto, favorece la pérdida del peso, un mayor espaciamiento entre los hijos, una mejor re mineralización ósea en el postparto, y disminuye el riesgo del cáncer de ovario y el cáncer de mama pre menopáusico.

La lactancia materna desempeña un papel importante en el desarrollo neuro-cognitivo del niño. Los niños amamantados tienen un mejor rendimiento intelectual a la edad de 7-8 años, tanto los nacidos a término como los prematuros aunque tal vez la relación entre lactancia e inteligencia sea menor de lo que se pensaba.

Para la madre, además de los beneficios ya mencionados sobre su salud, las hormonas de la lactancia facilitan el maternaje (la oxitocina) y la relajación (la prolactina) que sumados favorecen el cuidado del bebé. Por todo ello parece claro que la lactancia materna produce un efecto bastante contrario al de la depresión postparto, es decir, favorece el desarrollo del lactante, los sentimientos de bienestar en la madre y en su hijo y el fortalecimiento del vínculo. (Natalben – Lactancia).

Resulta incomprensible que algunos profesionales propongan a madres deprimidas que han conseguido mantener la lactancia hasta ese momento suprimirla con el fin de recibir tratamiento.

Como dice la Academia Americana de Pediatría “antes de recomendar la lactancia artificial o un destete temprano el profesional médico debería sopesar muy seriamente los beneficios de la lactancia frente a los riesgos de no recibir leche materna”. (Natalben – Lactancia).

El efecto que la depresión postparto produce sobre la lactancia no está claro.

En un estudio retrospectivo la mayoría (83%) de las madres deprimidas señalaron que la depresión precedió al destete de sus bebés, sugiriendo que las dificultades psicológicas pudieron influir en dicha decisión.⁽⁴⁾

Otros autores también comparten la misma impresión de que la depresión suele provocar la terminación de la lactancia, en buena parte debido a la inseguridad materna y a las dudas sobre su capacidad para alimentar al bebé. Sin embargo, en otro estudio reciente la depresión subjetiva no se asoció con el destete.

Se desconoce por otra parte si el destete produce un empeoramiento del estado de ánimo o si existe una relación causal con la depresión postparto, aunque algunos estudios han observado que el destete temprano (antes de las seis semanas) se asociaba con un mayor riesgo de padecer depresión postparto.⁽⁴⁾

Resulta lógico pensar que la percepción de la madre sobre su habilidad para criar al hijo puede afectar a la lactancia.

Algunas madres piensan que su capacidad de amamantar es sinónimo de su capacidad de vincularse con el bebé o ser buenas madres, por lo que ayudar a las madres a seguir amamantando puede mejorar su bienestar y su satisfacción, lo que puede redundar en una mejor interacción con sus bebés.⁽²⁹⁾

RIESGOS DE NO TRATAR LA DEPRESIÓN POSPARTO

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

Actualmente, un número importante de estudios, revelan numerosos efectos adversos asociados a la depresión materna postparto. Estas investigaciones han encontrado efectos negativos a nivel del vínculo madre-hijo(a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos.

Hay y cols, encontraron que los preadolescentes cuyas madres presentaron una depresión a los tres meses del parto, tuvieron coeficientes intelectuales

significativamente más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron en ese período.

En otro estudio, se describe una asociación entre DPP materna y violencia en los hijos(as) durante la pre adolescencia, Además, la depresión puerperal no sólo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo, sino también 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.⁽¹⁶⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

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

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

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

DESANIMO: Quitar el ánimo o la energía a una persona de modo que no tenga ganas de continuar haciendo algo

HUMOR: Estado de ánimo que se manifiesta exteriormente en una determinada actitud, como la alegría o el enfado, ante los acontecimientos de la vida.

PUÉRPERA: Mujer recién parida.

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

Tristeza: Sentimiento de melancolía que provoca falta de ánimo y de alegría e ilusión por las cosas, y que se manifiesta a veces con tendencia al llanto.

EMBARAZO DE BAJO RIESGO.- Embarazo en el cual no se ha identificado ningún factor de riesgo.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO.- Embarazo en el que existe un aumento en la probabilidad de sufrir daño, lesión o muerte fetal, materna o neonatal a consecuencia de un evento reproductivo. Toda mujer calificada con embarazo de alto riesgo debe referirse a un servicio de atención especializada, aun cuando no existan signos de alarma.

FACTOR DE RIESGO.- Toda característica o circunstancia observada en una persona, asociada con una alta probabilidad de experimentar un daño a su salud.

FACTOR DE RIESGO OBSTÉTRICO.- Característica biológica, ambiental o social que cuando está presente, se asocia con aumento en la posibilidad de sufrir daño la madre, el feto o ambos.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

La prevalencia de depresión posparto en púerperas atendidas en el hospital San Juan De Dios de enero a marzo 2017 es mayor a 10%.

2.5. VARIABLES

2.5.1 Variable Dependiente

Depresión posparto

2.5.2 Variable Independiente

- ❖ Violencia intrafamiliar
- ❖ Edad
- ❖ Tipo de parto
- ❖ Estado civil
- ❖ Embarazo no deseado

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Tipo	Indicador	Escala	Valor final
Depresión postparto	Dependiente	Diagnóstico de depresión	Nominal	Presente Ausente
Violencia intrafamiliar	Independiente	Abuso del poder de su pareja	Nominal	Presente Ausente
Edad	Independiente	Años cumplidos	Intervalo	Menor de 20 años De 20 a más años
Tipo de parto	Independiente	Forma de finalizar el trabajo de parto	Nominal	Vaginal Cesárea
Estado civil	Independiente	Condición marital	Nominal	Soltera o separada Casada o conviviente
Embarazo no deseado	Independiente	Condición de deseo del embarazo	Nominal	Presente Ausente

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

No experimental pues solo se obtuvieron los datos sin modificarlos, analítica pues determina la relación entre los fenómenos, transversal pues se midió la variable en un solo tiempo.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Correlacional

3.1.3. MÉTODO

Inductivo

3.2. DESCRIPCIÓN DE ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrolló en el hospital San Juan De Dios de Pisco.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. POBLACIÓN

El estudio es en las puérperas inmediatas y mediatas atendidas entre enero a marzo del 2017 tiene una cobertura de 180 puérperas en ambos meses.

3.2.2. MUESTRA

Se aplicó la fórmula de una proporción con población conocida.

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$$

$$N = 180$$

$$p = 0.5$$

$$q = 1 - 0.5 = 0.5$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{180 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (180 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 122$$

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. TÉCNICAS

Documental, pues se revisaron documentos estadísticos de donde se obtuvieron los datos del estudio. Y en casos necesarios se acudiría al domicilio de la paciente.

3.4.2. INSTRUMENTOS

Ficha de recolección de datos elaborado para tal fin.

3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa SPSS v23 de donde se obtuvo el chi cuadrado y analizados para ser presentados en forma de tablas y gráficos.

**CAPÍTULO IV:
RESULTADOS**

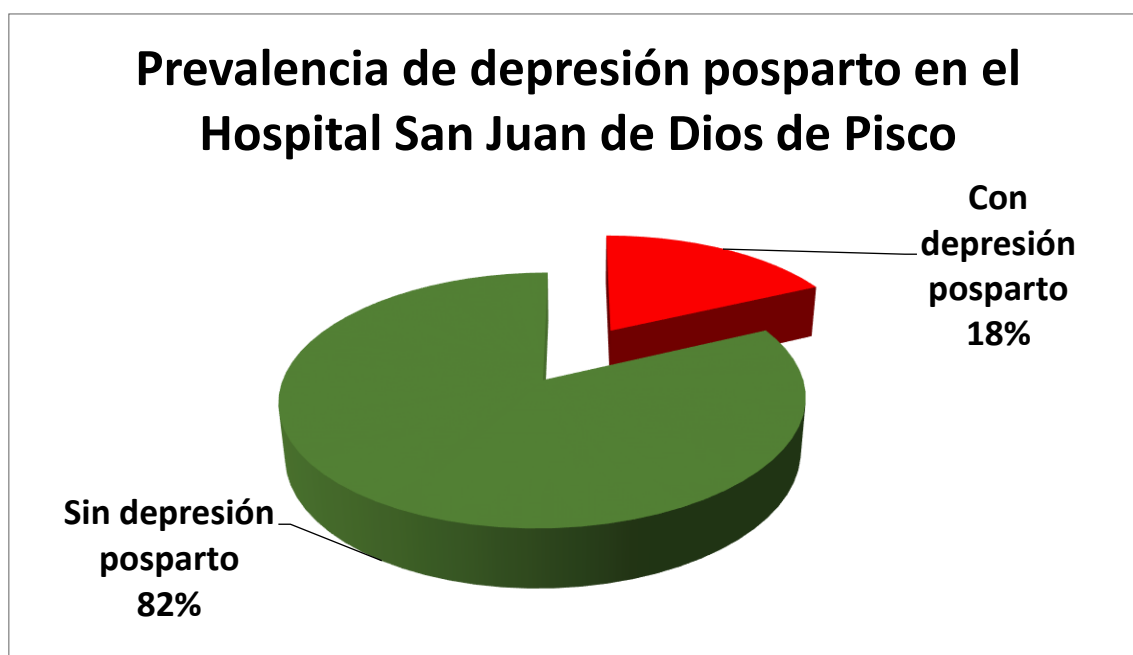
Tabla N° 01
PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN
POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE
DIOS DE PISCO ENTRE ABRIL A MAYO 2017

Depresión posparto	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
SI	22	18.0%
NO	100	82.0%
Total	122	100.0%

Fuente: Hospital SJD Pisco

En la tabla se puede observar una prevalencia de depresión posparto del 18% (22) mientras que no presentar síntomas de depresión posparto el 82% (100)

Gráfico N° 01



Fuente: Hospital SJD Pisco

Tabla N° 02

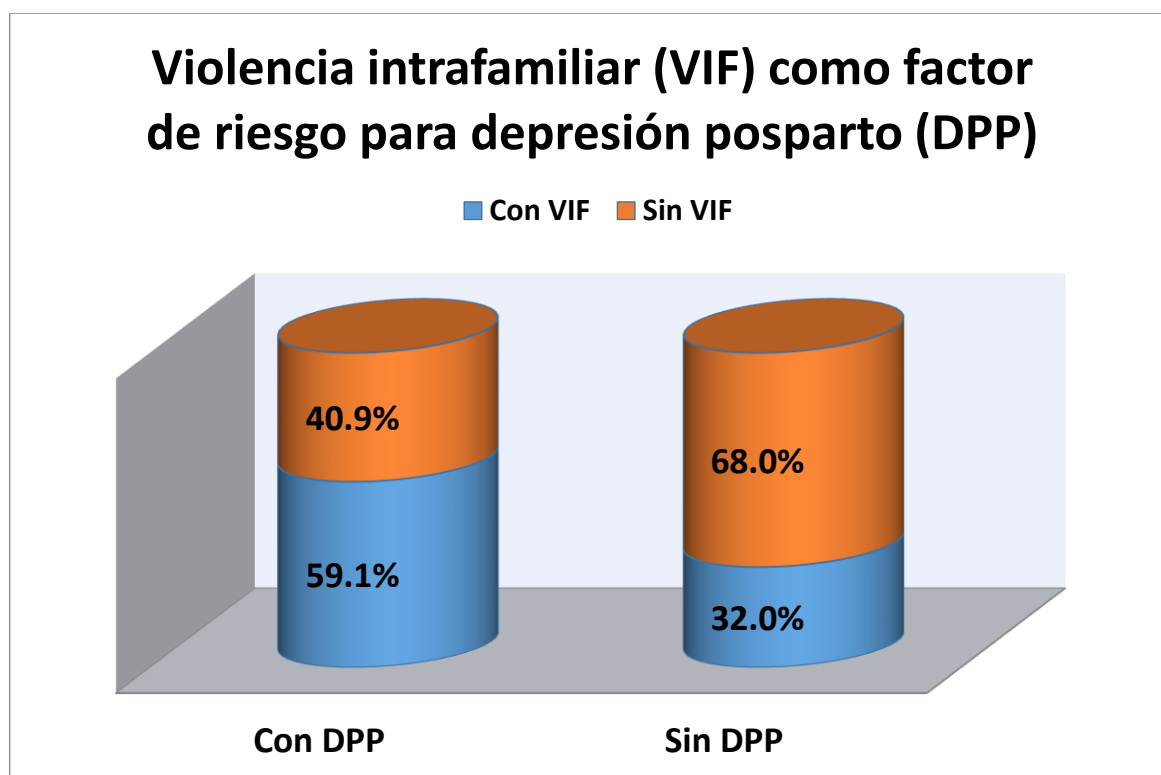
LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LA DEPRESIÓN POSPARTO

Violencia intrafamiliar	Con DPP		Sin DPP		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	13	59.1%	32	32.0%	45	36.9%
NO	9	40.9%	68	68.0%	77	63.1%
Total	22	100%	100	100%	122	100%

Hospital San Juan de Dios de Pisco

En la tabla se puede observar una frecuencia porcentual de depresión posparto mayor en el grupo de los que presentaron violencia intrafamiliar (59.1%) mientras que en los que no presentaron depresión posparto solo existió (32%) de violencia intrafamiliar. Se muestra una prevalencia de VIF de 36.9%.

Gráfico N° 02



Fuente: Hospital SJD Pisco

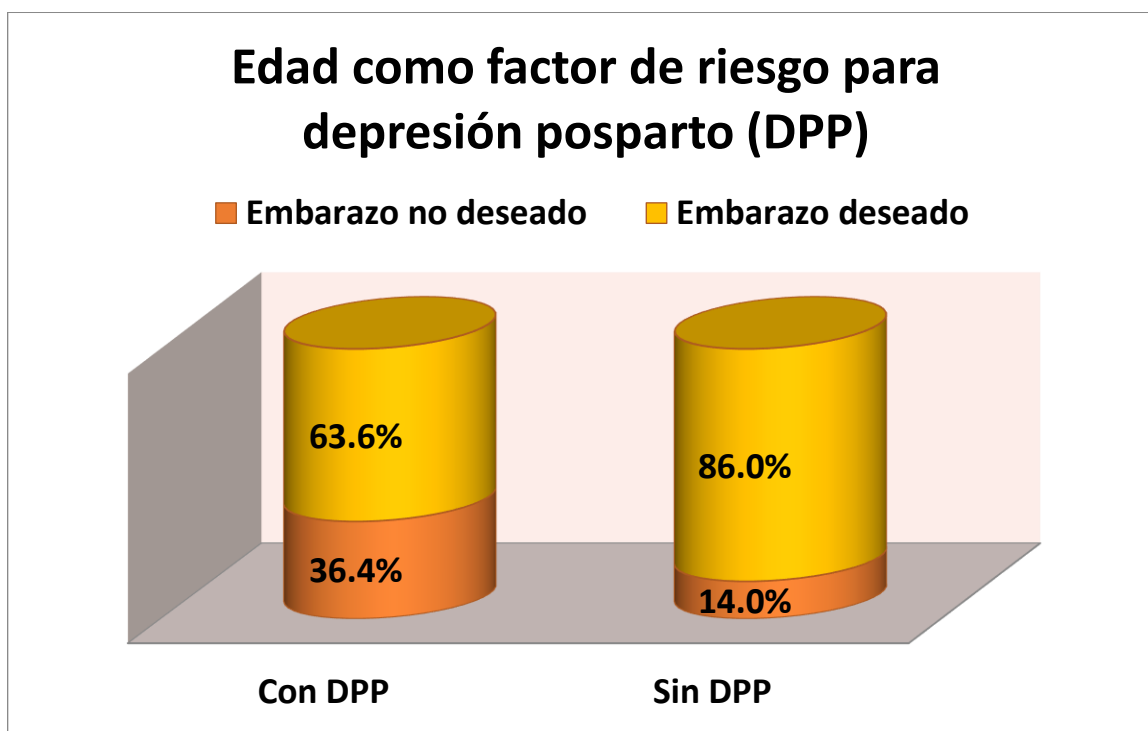
Tabla N° 03
LA EDAD COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LA DEPRESIÓN
POSPARTO

Edad	Con DPP		Sin DPP		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Menos de 20 años	16	72.7%	33	33.0%	49	40.2%
De 20 a más años	6	27.3%	67	67.0%	73	59.8%
Total	22	100%	100	100%	122	100%

FUENTE: Hospital San Juan de Dios de Pischo

En la tabla se puede observar una frecuencia porcentual de depresión posparto mayor en el grupo de gestantes menores de 20 años (72.7%) mientras que en los que no presentaron depresión posparto solo existió (33%) de gestantes menores de 20 años. Además se muestra una prevalencia de menores de 20 años de 40.2%

Gráfico N° 03



Fuente: Hospital SJD Pischo

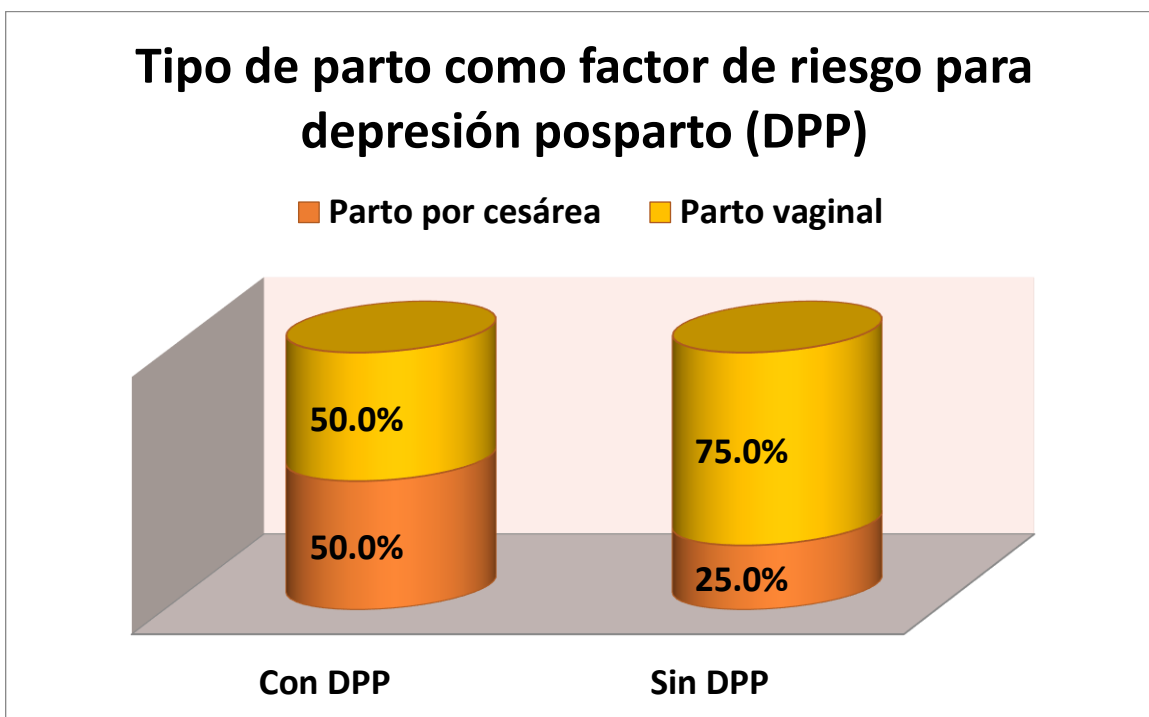
Tabla N° 04
TIPO DE PARTO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LA DEPRESIÓN
POSPARTO

Tipo de parto	Con DPP		Sin DPP		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Por cesárea	11	50.0%	25	25.0%	36	29.5%
Vaginal	11	50.0%	75	75.0%	86	70.5%
Total	22	100%	100	100%	122	100%

Hospital San Juan de Dios de Pisco

En la tabla se puede observar una frecuencia porcentual de depresión posparto mayor en el grupo de gestantes con parto por cesárea (50%) mientras que en los que no presentaron depresión posparto solo existió (25%) de gestantes con parto por cesárea. Además se muestra una prevalencia de cesáreas de 29.5%

Gráfico N° 04



Fuente: Hospital SJD Pisco

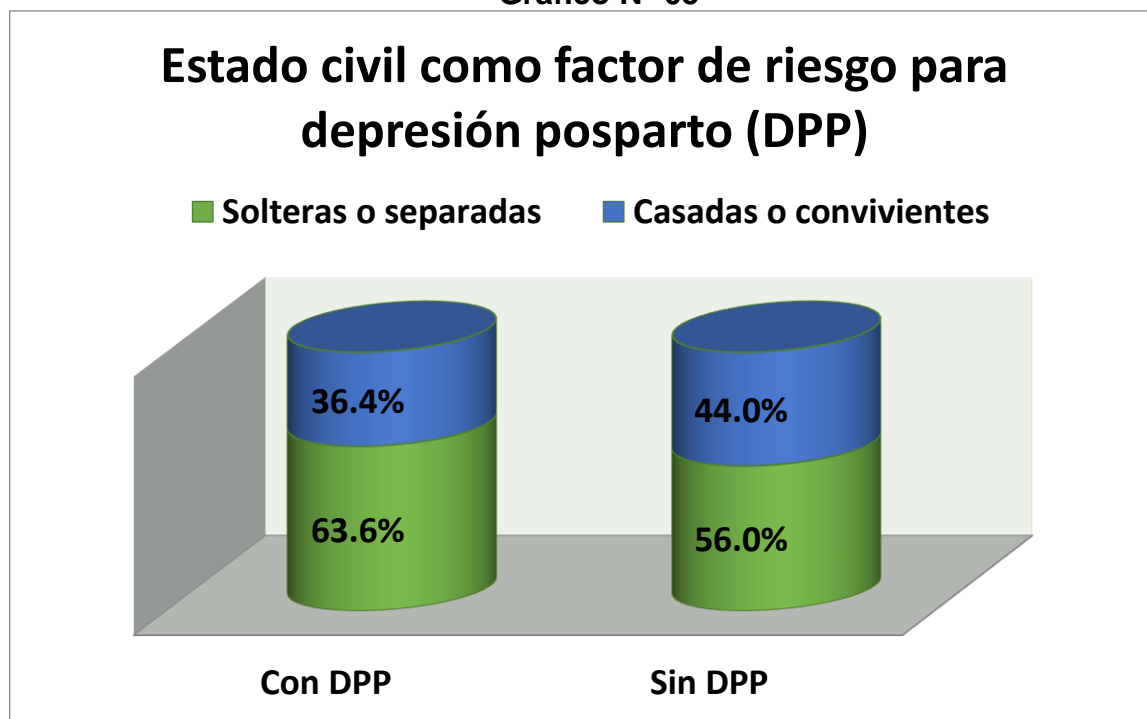
Tabla N° 05
ESTADO CIVIL COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LA DEPRESIÓN
POSPARTO

Estado civil	Con DPP		Sin DPP		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera o separada	14	63.6%	56	56.0%	70	57.4%
Casada o conviviente	8	36.4%	44	44.0%	52	42.6%
Total	22	100%	100	100%	122	100%

Hospital San Juan de Dios de Pisco

En la tabla se observa una frecuencia porcentual de depresión posparto mayor en el grupo de gestantes solteras o separadas (63.6%) mientras que en los que no presentaron depresión posparto existió (56%) de gestantes solteras o separadas. Además se muestra una prevalencia de solteras o separadas de 57.4%

Gráfico N° 05



Fuente: Hospital SJD Pisco

Tabla N° 06

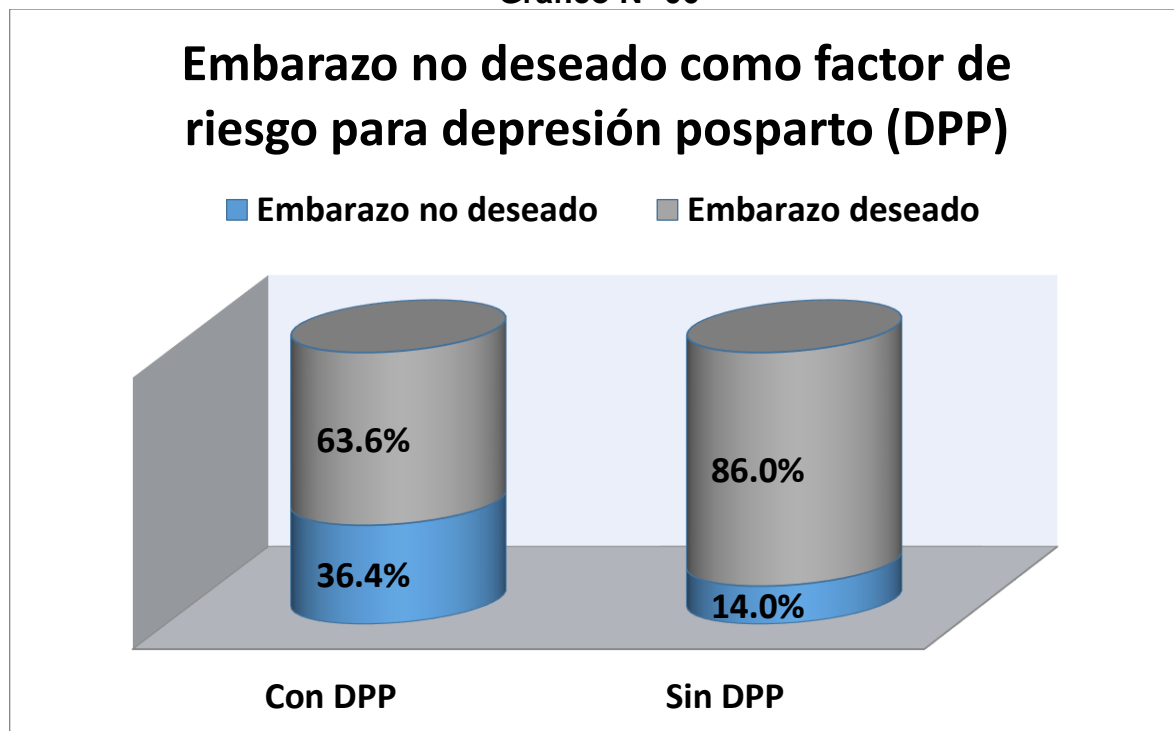
**EMBARAZO NO DESEADO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LA
DEPRESIÓN POSPARTO**

Embarazo no deseado	Con DPP		Sin DPP		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
No deseado	8	36.4%	14	14.0%	22	18.0%
Deseado	14	63.6%	86	86.0%	100	82.0%
Total	22	100%	100	100%	122	100%

Hospital San Juan de Dios de Pisco

En la tabla se muestra un porcentaje de depresión posparto mayor en el grupo de gestantes con embarazo no deseado (36.4%), que en los que no presentaron depresión posparto con (14%) de gestantes con embarazo no deseado. Además se muestra una prevalencia de embarazos no deseados de 18%

Gráfico N° 06



Fuente: Hospital SJD Pisco

PRUEBA DE HIPÓTESIS HIPOTESIS GENERAL

1.- FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

Ha: La prevalencia de depresión posparto en puérperas atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco enero a marzo 2017 es mayor a 10%

Ho: La prevalencia de depresión posparto en puérperas atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco enero a marzo 2017 es mayor a 10%

2.- NIVEL DE SIGNIFICANCIA:

0.05 o 5%

3.- ESTADÍSTICO DE PRUEBA:

Chi cuadrado

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{(f_o - f_e)^2}{f_e} \right]$$

Chi cuadrado calculado= 8.3 + 0.9 = 9.2

	Con DPP	Sin DPP	Total
Valor observado	22 (18%)	100 (82%)	122
Valor esperado	12 (10%)	110 (90%)	122

4.- DETERMINACIÓN DEL P VALOR:

< 0.05

5.- TOMA DE DECISION:

La prevalencia de depresión posparto en las puérperas del hospital san Juan de Dios de Pisco es de 18%.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

La investigación obtuvo los siguientes resultados: En la tabla N° 01 se encontró una prevalencia global de depresión posparto de 18% porcentaje que según datos epidemiológicos mundiales es una prevalencia alta, explicable por varios factores idiosincráticos pues la realidad en el Perú es diferente a otros lugares debido a la cultura y a que en el Perú existe mayor incidencia de factores relacionados con las causas de la depresión. López, A. (2014) encuentra valores más altos de depresión posparto del orden de 48% depresión mínima, 20% leve, 19% moderada y 13% grave, lo que se debería a las condiciones socioculturales diferentes en Quetzaltenango en Guatemala, que hacen que la depresión posparto sea más frecuente. Sin embargo, Escobar, J. (2009) en Lima encuentra resultados similares al estudio, encontró una prevalencia de 17% de depresión posparto.

En la tabla N° 02 se encuentra que la violencia intrafamiliar es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto pues la frecuencia de violencia intrafamiliar es más frecuente en el grupo de las pacientes que presentan depresión posparto, que en grupo de los que no presentaron depresión posparto y esta diferencia es marcada, además se muestra una prevalencia de violencia intrafamiliar de 36.9%

lo que indica que esta condición se da en más del tercio de gestantes lo que a nivel mundial también es una prevalencia alta, explicable por los factores culturales de la zona pues aún perdura el machismo en nuestra región con sus resultados desfavorables en la gestante y por ende en el niño. Santa, M. (2014) encuentra asociación entre violencia intrafamiliar y depresión posparto en Ecuador. En lima Escobar, J. (2009) también encuentra asociación entre violencia intrafamiliar y depresión posparto.

En la tabla N° 03 se encontró que la depresión posparto es más frecuente en las mujeres menores de 20 años, lo que indica por la gran diferencia que existe con respecto a los que no tuvieron depresión posparto que es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto, lo que se debería a que la vulnerabilidad psíquica es mayor en el grupo de menores de 20 años así mismo es en este grupo donde prevalece los problemas familiares y de pareja que influyen en la depresión posparto. Se encontró una prevalencia de madres menores de 20 años de 40.2% que es similar a lo que ocurre en otras partes del Perú. De igual manera son los resultados de Santa, M. (2014) en Ecuador encuentran que aquellas madres que no están en edad reproductiva ideal, no recibieron apoyo familiar durante su embarazo y la depresión posparto fue más frecuente. También Almeida, A. (2013) en Ecuador encuentra asociación entre adolescencia y depresión posparto.

En la tabla N° 04 se analiza la depresión posparto según la condición del parto, observándose que la depresión posparto es más frecuente en las pacientes que presentaron parto por cesárea lo que se debería a que los motivos por lo que una gestante ingresa a sala de operaciones para cesárea son factores que repercuten en el estado de ánimo de la gestante, además los productos que nacen por esta condición presentan más complicaciones lo que incrementa la posibilidad de presentar depresión posparto. La tasa de cesáreas fue de 29.5% en este nosocomio. Así encontró también Paiz, D. (2012) en Guatemala indicando una mayor prevalencia de depresión posparto en las gestantes que tuvieron parto por cesárea.

Se analizó además en la tabla N° 05 la condición civil para lo cual se separó en dos grupos similares que son las solteras o separadas y las casadas o

convivientes, encontrándose que no existen diferencias significativas de esta condición con la depresión posparto, pues la frecuencia de solteras o separadas es similar en ambos grupos. Lo que estaría indicando la independencia que tienen las madres de esta región pues ser madre soltera es afrontar una serie de problemas que también son similares a cuando están casadas o convivientes. Se encontró una prevalencia de madres solteras o separadas de 57,4%. Vásquez, E. 2012 en Tarapoto encuentra que la condición civil no está asociado a la depresión posparto.

En la tabla N° 06 se observa que la condición de tener un embarazo no deseado y por ende un producto no deseado es un factor de riesgo importante para la depresión posparto, pues en las mujeres que tienen un embarazo no deseado mayormente existen factores que contribuyen con su depresión como es el abandono de parte de la pareja, la indiferencia de los familiares y lo más importante los problemas que el embarazo trae a la mujer que no deseó estar embarazada como son la frustración, la carga de llevar un niño que no estuvo en sus planes de vida. Esta condición de embarazo no deseado se da en una frecuencia de 18%. Estos resultados son concordantes con lo encontrado en Chile por Bustos, S. (2013) que manifiesta que hay asociación estadísticamente significativa de la Depresión Posparto con el deseo del embarazo incluso con el intento de aborto.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de depresión posparto es de 18% en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Pischo.
2. La violencia intrafamiliar es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto con diferencias significativas.
3. La edad menor de 20 años es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto con diferencias significativas.
4. El parto por cesárea es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto con diferencias significativas.
5. El estado civil no es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto con diferencias no significativas.
6. El embarazo no deseado es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto con diferencias significativas.

RECOMENDACIONES

1. Promover la psicoprofilaxis en las gestantes pues es un procedimiento que ayudará a soportar los problemas que se suscitan durante la gestación y parto lo que contribuirá a disminuir la depresión posparto.
2. Buscar ayuda psicológica en casos de violencia intrafamiliar a fin de que con una terapia de pareja se pueda evitar la violencia, enseñando los beneficios que traerá a la pareja el producto de la concepción.
3. Enfocar la terapia psicológica o de apoyo psicológico a las adolescentes pues el es grupo vulnerable para depresión posparto, reflejado en los múltiples problemas que afronta un adolescente por lo que la información y el apoyo en este grupo etéreo es de suma importancia.
4. Brindar mayor apoyo a las gestantes que termina su parto por cesárea buscando el apoyo familiar y sobre todo de la pareja, pues es un grupo que traer traumas de un parto que no fue normal, por lo que se debe insistir en una terapia de apoyo conjunto.
5. Ampliar la cobertura de controles prenatales, que podrán identificar rasgos de depresión o de factores relacionados a ella por lo que debe realizarse un control prenatal minucioso a fin de idéntica estos factores y corregirlos oportunamente.
6. Realizar seguimiento cercano a las gestantes que manifiesten signos de no deseo de su embarazo pues están propensos a deprimirse, por lo que la terapia de apoyo debe ser intenso en este grupo de gestantes pues debe

enseñárseles los beneficios de tener un hijo y cómo afrontar las adversidades.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Navas, W. (2013) Depresión postparto. Psiquiatría. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXX (608) 639 - 647, 2013
- 2.- Organización Mundial de la Salud. www.who.int. [Online].; 2013 [cited 2013 11 25]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
- 3.- Arrebola, A. (2015) La depresión postparto como problema de salud en la mujer. Jaén Perú.
- 4.- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5° edición (DSM-V). Arlington-EE.UU., 2013. Disponible en: www.dsm.psychiatryonline.org. [Consultado en julio de 2014].
- 5.- Ministerio de Salud. (2014) Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. Subsecretaría de Salud Pública división prevención y control de enfermedades dpto. ciclo vital – dpto. salud mental 2014.
- 6.- Bustos, S. (2013) Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica – Chile. Psiquiatría y salud mental 2013, XXX, N° 1, 38 – 49
- 7.- López, A. (2014) Consecuencias de la depresión postparto en pacientes en edades comprendidas de 14 a 45 años. Quetzaltenango, agosto de 2014
- 8.- Paiz, D. (2012) Depresión en el posparto. Chiquimula, Guatemala, 2012
- 9.- Gonzales, R. (2013) Depresión posparto y factores asociados en población derechohabiente del ISSSTE en Yucatán. Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán. Número 262 enero/junio de 2013.

- 10.- Santa, M. (2014) Depresión posparto. prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca.
- 11.- Almeida, A. (2013) Prevalencia de depresión posparto en madres hospitalizadas en el servicio de adolescencia del hospital Gineco-obstétrico maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013. Quito.
- 12.- Escobar J. (2009) Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?. An Fac med. 2009;70(2):115-8
- 13.-Vásquez, E. 2012 Relación entre características sociodemograficas y riesgo de depresión posparto en púerperas que consultan en la clínica Corpomedico Tarapoto junio-setiembre 2012.
- 14.- De Paz, J. (2015) Depresión postparto. Universidad Francisco de Vitoria. España.
- 15.- Giralda, J. (2015) Abordaje de la depresión postparto. Curso 2014/15
- 16.- Dois, A. (2012) Actualizaciones en depresión posparto. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012; 38(4)576-586
- 17.- Tatano, C. (2014) Teoría de la depresión posparto.
- 18.- Araya H. (2014) “¿Qué es la depresión post parto? Síntomas, causas y complicaciones. (En red) consultado el 17 de mayo del 2014 en:
<http://embarazoyparto.about.com/od/Postparto/a/Que-Es-La-Depresion-Postparto.htm>
- 19.- Constanza, B. (2015) Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Med Chile 2015; 143: 887-894
- 20.- Carrillo, M. (2012) Factores asociados a depresión posparto en mujeres que acuden al Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez, 2012 México

- 21.- Medina, E. (2013) Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Rev. Perinatol Reprod Hum 2013; 27 (3): 185-193
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/inper>
- 22.- Dois, A. Uribe, C. Villarroel, L. Contreras, A. (2012) Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post-parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Rev Med Chile 2012; 140: 719-25.
- 23.- Vargas, J.E. Y García, M. (2009) Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 11-18
http://www.conductitlan.net/43_depresion_post_parto_presencia_manejo_psicologico.pdf
- 24.- Ministerio de Salud-Gobierno de Chile. Subsecretaría de Salud Pública. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto, y apoyo al tratamiento. Santiago, Chile. 2014.
- 25.- Gonzales, R. (2015) Paridad y Depresión Postparto. La Coruña España.
- 26.- Arranz, L. Ruiz, J. Aguirre, W. Carsi, E. Ochoa, G. Camacho, M. et al. (2012) Modelo de intervención temprana en la depresión posparto en un hospital de tercer nivel. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2012; 17(2): p. 100-108.
- 27.- Alvarado, R. Guajardo, V. Rojas, G. Jadresic, E. (2012) Informe final Validación de la Escala de Edimburgo para Embarazadas. Santiago; 2012 dic
- 28.- Adam, G. (2013) Depresión postparto, hostilidad y hábitos de salud. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona, Departament de Psicologia Clínica i de la Salut; 2013.
- 29.- Pardo, D. Osorio, X. Velasco, N. Revisión Teórica y Empírica: Depresión Postparto. Universidad de La Sabana, Facultad de Psicología; 2012.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADOR	IN M
¿Cuál es la prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco abril a mayo 2017?	Determinar cuál es la prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco abril a mayo 2017?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar si la violencia intrafamiliar es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto 2. Determinar si la edad es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto 3. Precisar si el tipo de parto es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto 4. Indicar si el estado civil de la madre es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto 5. Determinar si el embarazo no deseado es un factor de riesgo asociado a la depresión posparto 	La prevalencia de depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco abril a mayo 2017	<p>Dependiente</p> <p>Depresión posparto</p> <p>Independiente</p> <p>Violencia intrafamiliar</p> <p>Edad</p> <p>Tipo de parto</p> <p>Estado civil</p> <p>Embarazo no deseado</p>	<p>Diagnóstico de depresión</p> <p>-Abuso del poder de su pareja</p> <p>-Años cumplidos</p> <p>-Forma de finalizar el trabajo de parto</p> <p>-Condición marital</p> <p>-Condición de deseo del embarazo</p>	Es D Po Ec



Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Es ANÓNIMA

ESTADO CIVIL

(Soltera)

(Casada)

(Conviviente)

(Viuda)

EDAD _____ años

TIPO DE PARTO

(Vaginal)

(Cesárea)

EL EMBARAZO FUE DESEADO

(SI)

(NO)

VIOLENCIA FAMILIAR

(SI)

(NO)

N°	ITEM	Escala	V
1	He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	Tanto como siempre	0
		No tanto ahora	1
		Mucho menos	2
		No, no he podido	3
2	He mirado el futuro con placer	Tanto como siempre	0
		Algo menos de lo que solía hacer	1
		Definitivamente menos	2
		No, nada	3
3	Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien	Sí, la mayoría de las veces	0
		Sí, algunas veces	1
		No muy a menudo	2
		No, nunca	3
4	He estado ansiosa y preocupada sin motivo	No, para nada	0
		Casi nada	1
		Sí, a veces	2
		Sí, a menudo	3
5	He sentido miedo y pánico sin motivo Alguno	Sí, bastante	0
		Sí, a veces	1
		No, no mucho	2
		No, nada	3
6	Las cosas me oprimen o agobian	Sí, la mayor parte de las veces	0
		Sí, a veces	1
		No, casi nunca	2
		No, nada	3
7	Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir	Sí, la mayoría de las veces	0
		Sí, a veces	1
		No muy a menudo	2
		No, nada	3
8	Me he sentido triste y desgraciada	Sí, casi siempre	0
		Sí, bastante a menudo	1
		No muy a menudo	2
		No, nada	3
9	He sido tan infeliz que he estado llorando	Sí, casi siempre	0
		Sí, bastante a menudo	1
		Sólo en ocasiones	2
		No, nunca	3
10	He pensado en hacerme daño a mí misma	Sí, bastante a menudo	0
		A veces	1
		Casi nunca	2
		No, nunca	3