



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

**TESIS**

**“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DEL BABY BLUES EN  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL  
DE SALUD CHORRILLOS II, 2017”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADO EN OBSTETRICIA**

**AUTORA:  
Thatiana Gamio Montesinos**

**Lima - Perú**

**2017**

## **AGRADECIMIENTO**

Un profundo agradecimiento a Carlitos y a Beto por la cooperación desinteresada y quienes han sido un soporte muy fuerte en momentos difíciles de mi vida, a mis docentes, Dra Luisa Parra por su orientación y tiempo brindado en la realización del presente trabajo.

A mí querida alma mater UAP, a mis maestros por la sabiduría compartida, por brindarme todos estos años de enseñanzas, conocimientos y experiencias para mi formación profesional, a mi tutora Obst. Carmen Livia, por su tiempo, por enseñanza, paciencia, guía, comprensión, cariño y por la gran calidad humana que me ha demostrado con una actitud de respeto.

## **DEDICATORIA**

A Dios por ser mi guía en cada momento de mi vida.

A mis padres por enseñarme a ser perseverante y leal en mis objetivos.

A Carlos Andrés, quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para él.

“En la vida no hay barreras que sean valederas, si uno realmente quiere alcanzar algo, no se deja vencer por nada”.

## RESUMEN

**OBJETIVOS GENERAL:** Determinar la prevalencia del síndrome del baby blues en puérperas que acuden al Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II, del distrito de Chorrillos, en la Provincia y departamento de Lima durante enero de 2017

**METODOLOGIA:** Estudio de tipo aplicativo, descriptivo, de corte transversal y de método cuantitativo y diseño no experimental. El universo estuvo constituido por 150 puérperas, en su primera consulta post parto (septimo día) durante Enero 2017 que cumplieron con los criterios de inclusión, siendo la muestra de 50 puérperas; Se aplicó la Escala de Edimburg (Edinburgh Postnatal Depression Scal - EPDS) y una encuesta sociodemográfica. Se elaboró una base datos en Excel para la estadísticas descriptiva y el programa SPSS versión 22 para la realización de tablas cruzadas.

**RESULTADOS:** La Prevalencia de Síndrome de Baby Blues en puérperas en su primera consulta post parto en el Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II 2017 fue de 0,44.

El porcentaje de puérperas que presentaron síndrome de Baby Blues fue de 44%, con una edad promedio de 31 a 40 años en un 46%, en relación al número de paridad se observa que las puérperas multíparas presentan el SDBB en un 59% y el 73% no sabía o desconocían estar embarazadas.

Según distribución de ingreso económico en el hogar las puérperas con sindorme de Baby Blues muestra un ingreso económico entre S/.501 a 750 nuevos soles en un 54,54%; En cuanto a nivel educativo se observa que el 41% puerperas con síndrome de Baby Blues tienen secundaria incompleta.

En cuanto a convivencia, se encuentran en unión libre en un 77% y están casada en un 9%, solteras en un 13%; asimismo se encontró que el 45,45% de las puérperas viven en su hogar con su pareja mientras que el 13% viven en casa de sus padres. En cuanto si tubo alguna complicación durante el embarazo el 77,27% no manifestaron alguna complicación y el 90% de puérperas no tuvieron complicaciones durante el parto.

**CONCLUSION:** El síndrome de baby blues puede conllevar a un problema de salud pública ya que se asocia a consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas tanto para la madre como para el hijo.

La escala de depresión postparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) es una herramienta fácil de aplicar para detectar el síndrome de Baby blues, bien aplicada por los profesionales de salud y por las madres, permite un método de pesquisa oportuno de tal forma ayudara en la de detección de trastornos depresivos.

Palabras claves: Prevalencia, Baby Blues, ,Escala de Edimburgo.

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVES:** To determine the prevalence of the baby blues syndrome in puerperal women who attend the Chorrillos II Maternal and Child Health Center in the Chorrillos district in the province and department of Lima during January 2017

**METHODOLOGY:** Application study, descriptive, cross-sectional and quantitative method and non-experimental design. The universe was constituted by 150 puerperas, in their first postpartum visit during January 2017 that met the inclusion criteria, being the sample of 50 puerperae; The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and a sociodemographic survey were applied. A database was prepared in Excel for descriptive statistics and the SPSS version 22 program for the realization of cross tables.

**RESULTS:** The Prevalence of Baby Blues Syndrome in puerperal women in their first postpartum visit at the Chorrillos II 2017 Maternal and Child Health Center was 0.44.

The percentage of puerperal women who presented with Baby Blues syndrome was 44%, with a mean age of 31 to 40 years in 46%, in relation to the number of parity it is observed that the puerperas multiparous present the SDBB in 59% and the 73% did not know or were unaware of being pregnant.

According to the distribution of economic income in the home, the puerperas with the Baby Blues syndromes show an economic income between S / .501 and 750 nuevos soles in 54.54%; As for educational level, it is observed that 41% of puerperas with Baby Blues syndrome have incomplete secondary education.

As for coexistence, they are in free union in 77% and are married in 9%, single in 13%; It was also found that 45.45% of puerperal women live in their home with their partner while 13% live in their parents' homes. As soon as I had a complication during pregnancy, 77.27% did not show any complications and 90% of puerperal women had no complications during delivery.

**CONCLUSION:** Since baby blues syndrome is a widespread disease, many of those who present it are not treated and even most of them ignore it, they may be underdiagnosed or confused. Therefore, there is a great need for personnel who come into contact with a mother and her child, have the knowledge to detect in a timely manner.

**Keywords:** Prevalence, Baby Blues, Edinburgh Scale.

## INDICE

Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Resumen	III
Abstract	IV
Índice	VI
Capitulo I Planteamiento del Problema.	1
1.1 Descripción de la Realidad problemática.	1
1.2 Delimitación de la Investigación.	3
1.3 Formulación del Problema	3
1.4 Objetivo de la Investigación.	4
1.4.1 Objetivo General	4
1.4.2 Objetivos Específicos.	4
1.5 Hipótesis y Variables de la Investigación	4
1.6 Justificación de la Investigación.	6
Capitulo II Marco Teórico.	8
2.1. Antecedentes de la Investigación.	8
2.2. Bases Teóricas.	15
2.3. Definición de Términos Básicos	19
Capitulo III Metodología.	22
3.1. Tipo de Investigación.	21
3.2. Diseño de la Investigación.	21
3.2.1. Nivel de Investigación.	21
3.2.3. Método	21
3.3. Población y Muestra de la Investigación.	22
3.4 Técnicas e Instrumentos de la recolección de datos..	24



3.5. Procedimientos.	22
Capitulo IV Resultados	28
4.1. Resultados	28
4.2. Discusión de los Resultados.	39
Conclusiones.	43
Recomendaciones	45
Referencias	47
Anexos	53
Anexo 1. Matriz de Consistencia.	54
Anexo 2. Encuesta	56
Anexo 3. Encuesta Sobre Depresión Valorada Mediante La Escala De Edimburgo	59

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción De La Realidad Problemática.**

El puerperio se inicia después de la expulsión del feto y placenta, abarca de 4 a 6 semanas. Es un periodo de ajuste en el cual el organismo regresa a su estado normal pregrávido<sup>1</sup>. Es uno de los periodos de mayor riesgo por la presentación de alteraciones en el estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el postparto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el periodo postparto es un periodo de vulnerabilidad emocional y de alto riesgo en la que pueda desarrollar desórdenes emocionales<sup>2</sup>, así del 50 al 90% de las mujeres experimentan en el postparto diferentes grados de desórdenes afectivos, entre los que incluye la depresión postparto.

Durante los días iniciales del puerperio, es relativamente frecuente la labilidad emocional con alteraciones en el sentido del humor conocida como síndrome “baby blues” también denominada “tristeza o melancolía del embarazo”.

La Sociedad Española de Medicina General (SEMG) define al síndrome de baby blues como una alteración transitoria, que aparece entre dos y cuatro días después del parto y desaparece de forma espontánea, sin secuelas, en un periodo de dos semanas ni síntomas

psicóticos<sup>2</sup>. La importancia de esta alteración, que es auto limitado y de pocos días de duración, reside en la identificación precoz en el postparto, por que puede derivar en una depresión grave. El síndrome de baby blues, se caracteriza por irritabilidad, tristeza, fatiga, crisis de llanto y labilidad emocional.

En este último grupo permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos, los riesgos que conlleva tanto para la madre como para su hijo, dado que el síndrome del baby blues postparto es una patología frecuente y sub diagnosticada en la atención obstétrica de primer contacto, es importante que el obstetra se involucre al igual que todo el personal médico que está implicado en la atención y a su vez 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<sup>3</sup>.

El Síndrome Baby blues o tristeza postparto es una alteración, transitoria que no necesita tratamiento, a diferencia de la depresión postparto es que es más grave y requiere tratamiento especializado, es un estado depresivo que se caracteriza por irritabilidad y ansiedad, alteraciones del apetito, sentimientos de culpabilidad, falta de concentración, incapacidad para disfrutar, alteraciones del sueño y del apetito y retraimiento<sup>4</sup>, además, puede presentar otros síntomas como sentimientos negativos hacia el bebé, incapacidad de cuidar de sí misma o del bebé y preocupación exagerada por el bebé o falta de interés hacia él; así pues, si bien ambos síndromes coinciden en que presentan sentimientos de tristeza, angustia e irritabilidad tienen muchas diferencias y el saber identificarlos tempranamente es importante para poder actuar de forma adecuada ante uno u otro.

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.

En el Perú pocos estudios se han realizado acerca del síndrome de baby blues, a pesar de la frecuencia que reporta la literatura, es poco diagnosticado por el personal de salud, probablemente debido a que no se identifica en consulta después del parto los síntomas pos depresivos.

## **1.2. Delimitación De La Investigación**

### **Espacial**

El presente estudio se realizó en Centro Materno Infantil de Salud de Chorrillos II, red de salud de Barranco, Chorrillos, Surco, micro red urbana ubicado en Calle Leopoldo Arias Nro. 200. Distrito de Chorrillos, provincia y departamento de Lima.

### **Temporal**

El presente estudio se realizó en el mes de Enero 2017.

### **Social**

La población sujeta a estudio estuvo constituida por puérperas, en su primera consulta al séptimo día de post parto.

## **1.3 Formulación Del Problema**

¿Cuál es la prevalencia del síndrome del baby blues en puérperas atendidas en el Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II 2017?

### **1.3.1 Problemas Especificos**

¿Cuál es el número de puérperas atendidas en el centro materno infantil de salud Chorrillos II, 2017?

¿Cuál es el número de puérperas atendidas en el Centro materno infantil de salud Chorrillos II, 2017 que presenta el síndrome de Baby Blues ?

¿ Cual el porcentaje de puérperas con síndrome de baby blues que acuden al centro materno infantil de salud Chorrillos II, según grupo etario?

¿Cuál es el porcentaje de puérperas con síndrome de baby Blues que acuden al Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II, según paridad?

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar la prevalencia del síndrome del baby blues en puérperas que acuden al en Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II 2017

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Identificar el número de puérperas atendidas en el centro materno infantil de salud Chorrillos II.
- Identificar el porcentaje de puérperas atendidas en el centro materno infantil de salud Chorrillos II con el síndrome de baby blues.

- Cuantificar el porcentaje de puérperas con síndrome de baby blues que acuden al centro materno infantil de salud Chorrillos II, según grupo etario.
- Medir el porcentaje de puérperas con síndrome de baby Blues que acuden al en Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II, según paridad.

## 1.5 Hipótesis

No amerita la investigación por ser de carácter descriptivo.

### 1.5.2 Variables

#### Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Ítems	Escala
<b>Síndrome de Baby Blues</b>	Melancolía de la maternidad. Sentimientos de tristeza, llanto, ansiedad, o irritabilidad, aparece entre dos y cuatro días después del parto.	Puérperas que alcanzan puntaje de 10 a 12 en la Escala de Edimburgo	10	Intervalo

## **1.6 Justificación e Importancia de la Investigación**

Dentro de la práctica obstétrica se busca que el embarazo culmine de la mejor manera sin que se produzcan daños tanto a la madre como al recién nacido y de esta forma llegar a que el recién nacido se desarrolle de una manera óptima junto a la madre.

A pesar de la alta prevalencia a nivel mundial, en el Perú son pocos los estudios que se han hecho con relación al síndrome del baby blues; esta alteración se manifiesta como una falta de ánimo para enfrentar el cuidado del recién nacido, con lo que este sufre los inconvenientes de la indisposición de la madre, tienen menos disposición a estimular a sus hijos mediante interacciones vocales, físicas y de juego, además tienden a percibir a su hijo de una manera negativa, se les dificulta más su cuidado y manifiestan aislamiento materno y hostilidad, pueden mostrarse menos dispuestas a iniciar y mantener la lactancia materna, preceden usualmente la interrupción temprana de ésta.

El detectar tempranamente la aparición del síndrome de baby blues en el postparto es importante porque puede derivar en una depresión grave, cuyas consecuencias y complicaciones pueden llevar al suicidio o al maltrato, descuido o hasta el asesinato del propio hijo. Por ello, en los últimos años se ha intentado optimizar el diagnóstico y proporcionar tratamientos tempranos y adecuados para estos. Para tal fin, se han diseñado varias escalas para el tamizaje de esta patología, entre ellos, la escala de depresión posparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS); es importante tener presente que la EPDS es un método de pesquisa para el síndrome de baby blues.

Finalmente, la importancia del presente estudio reside en que servirá para fortalecer la línea de investigación y motivar el interés de los profesionales del centro materno infantil de salud Chorrillos a identificar

los signos, y síntomas desde su inicio o bien, en el momento que la madre tenga su primer control post natal; al ser este síndrome sub diagnosticado; y de esa forma trabajar en forma holística y multidisciplinaria por la salud del bienestar del binomio madre- niño.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes de la Investigación**

##### **Internacionales:**

**Ascaso T, García E, Navarro P, Aguado P, Ojuela J, Tarragona J, Tarrago J. Prevalencia** En su trabajo de la depresión postparto y su relación con el síndrome del baby blues en las madres Españolas 2011

**Objetivo:** Estimar la prevalencia de la depresión postparto (DPP) en una muestra poblacional mediante dos métodos de evaluación: la entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID) y la medida del síndrome del baby blues auto informe de la Edinburgh Postnatal Depresión Scale (EPDS), e identificar el punto de corte del EPOS que proporcione una estimación sin sesgo de la prevalencia de DPP. **Métodos:** Se incluyó en el estudio a todas las madres (n=1.191) que, durante el período de un año, acudieron al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Barcelona para realizar la visita de control del puerperio (6 semanas posparto). Se utilizó un método en dos fases. En la primera etapa, todas las madres incluidas completaron el EPDS. En la segunda, todas con una puntuación en la EPDS de 9 o superior (casos probables de DPP) y una muestra aleatoria del 16% de madres con puntuaciones de la EPDS inferior a 9 fueron evaluadas por una psiquiatra utilizando la entrevista SCID, para establecer el diagnóstico de depresión mayor o menor. Se

invitó a realizar la entrevista SCID a un total de 402 mujeres, de las cuales 68 no quisieron participar. **Resultados:** La prevalencia de depresión según la entrevista SCID fue del 10,15% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 8,43-11,87). La prevalencia de depresión menor conocido como el síndrome del baby blues fue del 3,6% (IC del 95%, 2,55-4,67) y la de depresión mayor del 6,5% (IC del 95%, 5,14-7,95). El punto de corte 11/12 de la EPDS permite realizar una estimación sin sesgo de la tasa de prevalencia de DPP. **Conclusiones:** El presente estudio justifica la necesidad de utilizar diferentes puntos de corte de la EPDS para identificar el grado de depresión que presenta la puerpera<sup>5</sup>.

**Enrique Jadresic M.** En su estudio sobre Depresión en el Embarazo y el Puerperio en Mujeres Chilenas, realizado en el 2012, indica que la depresión, es un trastorno que afecta principalmente a mujeres fértiles, es la primera causa de discapacidad en mujeres. **Objetivo:** Destacar los conocimientos actuales más importantes acerca de la depresión y sus escalas en el embarazo y el puerperio. **Métodos:** Se resume los resultados de varios estudios en el contexto de una revisión de la literatura. **Resultados:** Un tercio de las mujeres presenta síntomas de depresión y/o ansiedad durante el embarazo, mientras que la prevalencia en el posparto supera el 40%. Si se utilizan criterios operacionales estrictos, se encuentra que una de cada diez embarazadas/puérperas está deprimida bajo diferentes contextos. Se ha visto que la depresión persistente en mujeres embarazadas se asocia a retraso en el desarrollo de su niño (a)s y aun riesgo de depresión 4,7 veces mayor en la adolescencia. La depresión posparto se asocia a coeficientes intelectuales más bajos en la pre adolescencia, y a conductas violentas. En la actualidad se dispone de diferentes tipos de psicoterapia y medicamentos que pueden ser utilizados en este período de la vida. **Conclusiones:** La depresión pre y posparto son altamente prevalentes y debe considerarse tanto el impacto de no tratar, como de tratar, la depresión grávido/puerperal en sus diferentes escalas<sup>6</sup>.

**Urdaneta M, Ana Rivera S, José García I , Mery Guerra V, Nasser Baabel Z. , Alfi Contreras B.** En su estudio prevalencia de depresión posparto en primíparas y multíparas Venezolanas realizado en el 2013 el **Objetivo:** Comparar la prevalencia de depresión posparto en primíparas y multíparas atendidas en la División de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela **Métodos:** Investigación comparativa con diseño no experimental, que incluyó una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío, divididas en dos grupos pares de 50 sujetos según paridad, evaluadas mediante la Escala de Edimburgo. **Resultados:** Los resultados demostraron una prevalencia del test positivo en el 91% de la muestra, con una prevalencia de depresión posparto confirmada por medio del DSM-IV del 22%, presentando mayor frecuencia de ideación suicida las multíparas ( $p < 0,05$ ). No hubo una asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión posparto. **Conclusiones:** La población estudiada presenta una alta prevalencia de depresión postparto, sin diferencias en cuanto a su paridad<sup>7</sup> .

**Dois Castellón A.** En su estudio Actualizaciones del Síndrome de Baby Blues y Depresión Postparto en Cuba 2012. **Objetivo:** revisar aspectos generales del baby blues y de la depresión postparto, los factores asociados al cuadro clínico, su diagnóstico y tratamiento y las implicancias para la madre y su hijo(a). **Métodos:** La metodología empleada fue la revisión de años 2007- 2011 en español e inglés en distintas bases de datos. A partir de ella se identificaron factores con distintos grados de asociación con la enfermedad, como también estrategias para su detección, entre las cuales está el uso de la Escala de Depresión de Edimburgo y alternativas terapéuticas para su tratamiento. **Resultados:** El primer control del recién nacido es un momento ideal para valorar en la madre la presencia de signos y síntomas de la esfera del ánimo y distinguir entre los atribuibles al periodo adaptativo de aquellos asociados al síndrome de baby blues,

además puede ser una instancia para que la madre reciba educación sobre síntomas de alerta que sugieran el desarrollo de los trastornos del ánimo y le permitan consultar precozmente. **Conclusiones:** La depresión posparto es una enfermedad médica que produce una seria discapacidad materna, es importante saber distinguir entre un síndrome de baby blues y la depresión propiamente dicha, con una intervención correcta puede resolverse adecuadamente sin secuelas en la madre, en su hijo(a) y en la relación entre ambos. Es por lo tanto, un imperativo moral para los profesionales de la salud asumir un rol activo en su prevención como también en la detección precoz y el diseño de estrategias de intervención temprana, eficientes y adecuadas, condición que contribuye a mejorar el capital social de las familias, mejora la calidad de vida de las madres, sus hijos(a) y sus familias; reduce las complicaciones a corto y largo plazo e influye en la disminución de los costos en salud<sup>8</sup>.

**Molero K, Urdaneta J, Sanabria C, Babel N, Contreras A, Azuaje E.** En su estudio de Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas realizado en Venezuela en el 2014. **Objetivo:** Comparar la prevalencia de depresión posparto (DPP) entre puérperas adolescentes y adultas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital "Dr. Manuel Noriega Trigo" en San Francisco, Estado de Zulia, Venezuela. **Métodos:** Investigación comparativa con diseño no experimental, transaccional, de casos y controles, que incluyó una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío, divididas en dos grupos pareados de 50 adolescentes (casos) y 50 adultas (controles); las que fueron evaluadas mediante la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS) y por un guion de entrevista para identificar los factores de riesgos asociados a esta patología. **Resultados:** Al comparar las puntuaciones totales en la EDPS las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor, las cuales fueron valoradas con el síndrome de las madres triste, que las adultas, las

cuales fueron valoradas, ( $5,88 \pm 1,96$  vs.  $11,58 \pm 2,9$ ;  $p < 0,001$ ), mostrando significativamente una mayor frecuencia de ansiedad ( $p < 0,05$ ), sentimiento de culpa ( $p < 0,001$ ) y dificultad para la concentración ( $p < 0,001$ ), que es indicativo de un mayor riesgo de presentar DPP. Traduciéndose en 4% de puérperas adolescentes y 72% de las adultas con probable DPP, que al confirmarse mediante la entrevista del DSM IV mostró una prevalencia de 2% y 38%, en adolescentes y adultas respectivamente. En las adultas predominó como factores de riesgo significativos el bajo nivel educativo ( $p < 0,05$ ), las dificultades con la lactancia ( $p < 0,001$ ) y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo ( $p < 0,001$ ). **Conclusiones:** La DPP fue más prevalente en las madres adultas mientras que las adolescentes mostraban el síndrome de las madres triste<sup>9</sup>.

**Johalys Karina Fernández Vera, Alejandra Teresa Iturriza Natale, Judith Toro Merlo, Rosalba Valbuena** en su estudio “Síndrome del Baby Blues Postparto Valorada Mediante la Escala de Edimburgo Caracas.2013” **Objetivo:** Determinar el síndrome del baby blues frente a la prevalencia de depresión postparto en puérperas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” de Caracas, durante el período comprendido entre junio y septiembre de 2013 **Métodos:** Investigación de tipo descriptiva y prospectiva, con una muestra de 249 puérperas, aplicando la escala de depresión posparto de Edimburgo para detectar depresión posparto. **Resultados:** En el puerperio mediato hubo una prevalencia de depresión posparto de 84,2% en las adolescentes y de 81,5 % en las adultas sin diferencia significativa entre ambos grupos. **Conclusiones:** La prevalencia de depresión posparto fue elevada en adolescentes y en adultas, predominando la depresión posparto de grado moderada<sup>10</sup>.

## **Nacionales:**

**Callata Y, Zegarra Bellido, S J**, Estudio realizado Factores de Riesgo Asociados A Síntomas Depresivos Post Parto En Mujeres De Bajo Riesgo Obstétrico Atendidas en el Sistema Público de Salud Perú - Corea de Huánuco 2012. **Objetivo:** Analizar los factores asociados con la incidencia de síntomas depresivos (SD) en mujeres con bajo riesgo obstétrico **Métodos:** estudio analítico de corte transversal en una muestra de 105 mujeres después del parto de bajo riesgo obstétrico evaluada mediante la Escala de Depresión de Edimburgo en la octava semana después del parto. **Resultados:** Se encontró una prevalencia de 37% de los síntomas depresivos. El análisis mostró que la percepción del funcionamiento familiar, el hacinamiento y el número de hermanos, se asociaron significativamente con los síntomas depresivos posparto. Un modelo de regresión múltiple sólo se acepta el funcionamiento familiar como predictor de la depresión. **Conclusiones:** La percepción del funcionamiento familiar fue la única variable que explica, en parte, la presencia de síntomas depresivos en mujeres con bajo riesgo obstétrico<sup>11</sup>.

**Aramburú P, Callata Y, Zegarra Bellido, S J**, En su estudio Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima 2011 cuyo **objetivo:** Determinar la tasa de prevalencia de depresión posparto en madres de uno a seis meses de periodo posparto atendidas en establecimientos de salud del primer nivel del MINSA en Lima Metropolitana; determinar además los factores socio demográficos y gineco-obstétricos asociados a ésta **Métodos:** Se seleccionaron mujeres en edad fértil, puérperas de Lima Metropolitana que acudían para control postnatal durante el mes de junio del 2010 a los puestos y centros de salud del MINSA. Se utilizó el inventario de predictores de Depresión Posparto (DPP) y la Escala de Depresión Postparto de Edinburgh (EPDS) como herramientas de tamizaje. Si el puntaje obtenido era mayor de diez se procedía a la entrevista clínica

estructurada de DSM IV para desórdenes de depresión postparto con el objetivo de confirmar el diagnóstico. **Resultados:** Se entrevistaron a 261 madres, con un promedio de edad de 27 años. La prevalencia de depresión posparto diagnosticada por medio del test de Edinburgh fue de 33% y con la entrevista semi-estructurada de DSM IV se confirmó una prevalencia de 24,1%. Se encontró además que el 60,9% presentaron factores estresantes, el 8,4% tenían baja autoestima, 23,8% no percibían apoyo social y 50% tuvieron blues posparto **Conclusiones:** Se encontró una tasa de prevalencia de depresión posparto en Lima Metropolitana de 24%. Los factores gineco-obstétricos y el estatus socioeconómico son factores de riesgo moderado para el desarrollo de depresión posparto. Es de importancia reconocer los factores relacionales/ satisfacción marital y psicosociales como factores de alto riesgo para el desarrollo de depresión posparto en mujeres dentro de los primeras semanas<sup>12</sup>.

**Sulca Quispe, K** En su estudio Violencia intrafamiliar en adolescentes y su relación con la depresión postparto Lima 2014. **Objetivo:** Analizar la relación entre la violencia intrafamiliar y la depresión postparto en puérperas adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal **Métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, diseño descriptivo, con 150 pacientes. Las variables independientes fueron: Violencia física, violencia psicológica o emocional, violencia sexual y violencia económica, La variable dependiente fue la depresión post parto. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes puérperas adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el período de enero a marzo de 2014. Mediante la aplicación de dos cuestionarios: El primero para evaluar la depresión: Escala de Edimburgo (EPDS), los índices de depresión < 28 indicaron ausencia de depresión; entre 28 y 41 depresión leve llamado también síndrome de baby blues; entre 42 y 53 depresión moderada; > 53 depresión severa o grave. Asimismo, se utilizó un cuestionario validado

para valorar la violencia intrafamiliar. Para el análisis estadístico no ajustado se empleó estadística bivariada con la prueba EPDS. Los cálculos se realizaron con un nivel de confianza del 95%. **Resultados:** El 17,3% sufrió violencia física, 52,7% violencia psicológica, tocamientos indebidos el 6%, violación sexual el 4% y el 24,7% hogares disfuncionales. El 25,3% sufrió el Síndrome de baby blues o depresión leve, 12,7% de depresión moderada y el 2,7% de Depresión severa. Nuestra tasa de prevalencia total de depresión fue de 40,7%. Se encontró relación estadísticamente según la prueba de EPDS entre la violencia física intrafamiliar y la depresión severa ( $p=0.030$ ). **Conclusión:** La Violencia física intrafamiliar, los tocamientos inapropiados y la violación sexual por parte de algún familiar o la pareja provocan depresión post parto en diferentes escalas en puérperas adolescentes<sup>13</sup>.

## 2.2 Bases Teóricas:

### **Síndrome Baby Blues llamada también melancolía de la madre:**

A este síndrome la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) lo define como una alteración transitoria, que aparece entre dos y cuatro días después del parto y desaparece de forma espontánea, sin secuelas en un período de dos semanas, ni síntomas psicóticos<sup>2</sup>, sin embargo la importancia de esta alteración que es auto limitada reside en la identificación precoz en el post parto ya que puede derivar en una depresión grave. Si los síntomas persisten más de 15 días, precisa valoración, porque pueden desencadenar en un episodio depresivo mayor

Muchas veces se confunde con una depresión postparto, trastorno que presentan síntomas similares, pero su gravedad es muy diferente.



**Sintomas del Síndrome Baby blues:** Puede manifestarse de varias maneras que conlleva sentimientos de tristeza, irritabilidad, frecuentes ganas de llorar, sentimientos de culpabilidad, falta de concentración. Además, puede presentar otros síntomas como sentimientos negativos hacia ella o el bebé<sup>4</sup>.

**Causas:**

Son determinados por signos y síntomas que experimenta la madre, y suele aparecer durante la primera semana tras el parto, estos pueden ser sentimientos de tristeza, irritabilidad, frecuentes ganas de llorar, sentimientos de culpabilidad, falta de concentración por lo cuál haciendo uso de la escala de Edimburgo se corroborar su diagnóstico precoz ante una depresión<sup>14</sup>.

**DIFERENCIAS ENTRE LA DEPRESIÓN POST PARTO Y EL BABY BLUES**

<b>SINDROME DE BABY BLUES</b>	<b>DEPRESION POST PARTO</b>
Alteración del estado de ánimo, debida principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales .	Episodio depresivo de inicio en el postparto <sup>4</sup>
Causa. se puede asociar a los cambios hormonales propios del postparto psicológicos, sociales	Factores de riesgo biológico, psicológicos y sociales
Prevalencia 13,9 hasta 32,6% en el Perú a nivel mundial: 50-80 % de mujeres que dan a luz	Prevalencia 24,10% en el Perú <sup>26</sup> A nivel mundial de 6 a 34%
Aparición entre los 2-4 días posterior al parto. Desaparece por sí sola después de 2 o 3 semanas.	Puede aparecer inmediatamente después del parto así como días, meses, y hasta un año después.
Intervención Informar a la mujer, pareja y familia; acompañamiento y apoyo familiar.	Intervención Terapia (individual y/o grupal), medicación (generalmente antidepresivos y benzodiazepinas)

<p>Síntomas: Labilidad emocional Disforia, labilidad emocional, irritabilidad y tristeza o llanto fácil, así como con ansiedad y desesperación por la dificultad en el manejo del recién nacido<sup>4</sup></p>	<p>Síntomas: estado de ánimo depresivo, tristeza o llanto persistentes, disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades, cambios en los patrones de alimentación y sueño (principalmente insomnio, cansancio o fatiga crónica, ansiedad que puede llegar hasta los ataques de pánico, sentirse abrumada, indefensa e incapaz,, autodesvalorizan y autoreproches (generalmente relacionados a su competencia como madre, dificultad, reticencia o imposibilidad de buscar ayuda y apoyo para sí misma, irritabilidad, problemas de atención, dificultad para vincularse con el bebé, sentimientos de ambivalencia hacia el hijo, sobreprotección, dificultades e la lactancia, entre otros. <sup>4</sup></p>
---	--

**Fuente.** Medina Cerdán E, 2013.

**Tratamiento del Síndrome de Baby Blues:** No requiere tratamiento, pero sí un apoyo emocional; las diferentes emociones que la madre experimenta sobre el puerperio y la demanda afectiva y emocional del bebé hacen que el acompañamiento emocional a la madre sea muy beneficioso el apoyo de la pareja es importante, sin embargo, en ocasiones, la pareja no está disponible, preparada o capacitada para ofrecer este sostén. En estos casos el apoyo de la familia o las personas que la rodean le será favorable para la madre <sup>4,15,26</sup>.

**Consejería terapia de diálogo:** El cual consiste en hablar de manera individual con un profesional de la salud (un consejero, terapeuta, psicólogo, psiquiatra o trabajador social).

**Terapia cognitiva-conductual (TCC):** que ayuda a las personas a reconocer y cambiar sus pensamientos y conductas negativas<sup>15</sup>

**Apoyo familiar,** Es probable que los familiares y las personas de entorno sean los primeros en reconocer los síntomas del síndrome de baby blues en una mujer que acaba de dar a luz. Pueden alentarla a que

**Escala de Edimburgo (EPDS)** Fue creada en los centros de salud en Livingston y Edinburgh para el diagnóstico de la depresión post parto. La escala ha sido elegida por tener una especificidad del 99% y una sensibilidad del 78% a nivel internacional. Además, dicha prueba ha sido validada por Mazzotti en Perú en el 2002<sup>17</sup>.

**Uso :** En la actualidad es usada para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud, e identificar tempranamente el síndrome de baby blues “Melancolía de la Maternidad” dentro de los primeros siete días<sup>17</sup>.

**Estructura:** Consta de diez preguntas cerradas cada una constituida por diferentes alternativas donde la puérpera La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. que consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos.

La escala mide la intensidad de los síntomas; 5 de estas preguntas incluyen la disforia, 2 están relacionados con la ansiedad, 1 con el sentimiento de culpa, 1 con las ideas suicidas y 1 con la dificultad de concentración<sup>1</sup>. Según los resultados obtenidos, las puérperas se clasificaron en tres grupos . Según los resultados obtenidos, las puérperas se clasificaron en tres grupos:

- Menor que 10: sin riesgo de depresión posparto.
- 10 - 12: puntaje límite para riesgo de depresión.
- Mayor o igual a 13: puntaje indicador de probable depresión

### 2.3 Definición De Términos Básicos

**Prevalencia:** proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado<sup>22</sup>.

**Síndrome:** Es el conjunto de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad o el conjunto de fenómenos característicos de una situación determinada<sup>20</sup>

**Alteracion Emocional:** Es conjunto de características emocionales cambios de humor que afectan la manera en que uno piensa y se siente. Los síntomas pueden ser muy leves hasta muy severos<sup>21</sup>.

**Estado Depresivo:** Es un trastornos del estado de animo, que se caracterizan por marcadas desviaciones por su intensidad y duración, además interfiere en la capacidad de funcionamiento de la persona que la padece. Asimismo esta conlleva diversos síntomas psicológicos y físicos, requiere tratamiento especializado<sup>21</sup>.

**Puérpera:** Mujer que se encuentra en el periodo posterior al alumbramiento, durante el cual sus órganos y sistemas retornan al estado previo a la gestación, la cual tiene una duración de 45 días a seis semanas<sup>20</sup>.

**Baby Blues:** expresión en inglés que se traduce como la melancolía de la maternidad. Sentimientos de tristeza, llanto, ansiedad, o irritabilidad que pueden ocurrir en las primeras semanas después de tener un bebé<sup>21</sup>.

**Depresión:** la Organización Mundial de la Salud define la depresión como un trastorno patológico del estado del ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diverso síntomas y signos

de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos de 2 semanas). Con frecuencia tiende manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso básico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos<sup>21</sup>.

**Depresión Post parto** Es definida como trastorno patológico del estado de ánimo con descenso del humor y tristeza producida durante el postparto. La depresión posparto es el desarrollo de depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo. Se caracteriza por llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas. Son frecuentes también los sentimientos de culpa y autocensura por no estar amando o cuidando su hijo lo suficiente, y casi siempre están presentes síntomas de ansiedad acompañando o inclusive superando a los síntomas de depresión del humor, su duración suele variar entre 6 a 8 semanas, aunque puede llegar hasta el primer año de postparto<sup>21</sup>.

**Disforia:** se caracteriza generalmente como una emoción desagradable molesta, como la tristeza, ansiedad, irritabilidad o inquietud<sup>21</sup>.

**Ansiedad:** Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo<sup>21</sup>

**Sentimiento de culpa:**Es una emoción negativa destructiva,nos hace sentir mal<sup>21</sup>.

**Idea suicida:** Son pensamientos que los individuos tienen respecto a desear y formular planes de com acabar con la propia existencia<sup>21</sup>.

**Llorar:** Derramar lágrimas. el producto de llorar, surge de manera natural y espontánea como respuesta consciente o inconsciente ante determinadas circunstancias, eventos o situaciones<sup>21</sup> .

**Dificultad de concentración:** Es la ausencia, carencia o insuficiencia de las actividades de orientación, que afecta la capacidad del individuo para prestar atención<sup>21</sup>.

**Llorar:** Derramar lágrimas. el producto de llorar, surge de manera natural y espontánea como respuesta consciente o inconsciente ante determinadas circunstancias, eventos o situaciones<sup>21</sup>.

**Escala de Edimburgo(EPDS):** En la actualidad es usada para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud, en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; e identificar tempranamente el síndrome de baby blues ó la “Melancolía de la Maternidad” (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto). La escala ha sido elegida por tener una especificidad del 99% y una sensibilidad del 78% a nivel internacional. Además, dicha prueba ha sido validada por Mazzotti en Perú en el 2002, consiste en un registro de auto aplicación, de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. Consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos. La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estas preguntas incluyen la disforia, 2 están relacionados con la ansiedad, 1 con el sentimiento de culpa, 1 con las ideas suicidas y 1 con la dificultad de concentración<sup>16</sup>. Según los resultados obtenidos, las puérperas se clasificaron en tres grupos:

- Menor que 10: sin riesgo de depresion.
- 10 - 12: puntaje límite para riesgo de depresión.
- Mayor o igual a 13: puntaje indicador de probable depresión

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 Tipo de Investigación**

Es de tipo descriptivo, ya que intenta determinar la prevalencia del síndrome de Baby Blues en las puérperas que se atienden en el Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II con la escala de Edimburgo.

**Prospectivo:** Fue prospectivo porque se registró la información según fueron ocurriendo los fenómenos.

**Transversal:** porque se recolectó los datos en un determinado tiempo.

#### **3.2 Diseño:** no experimental

##### **3.2.1 Nivel De Investigación**

Aplicativo porque se realizó sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitarios.

**3.2.2 Método:** Cuantitativo por qué se vale de los números para examinar datos e información con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

### 3.3 Población Y Muestra De La Investigación

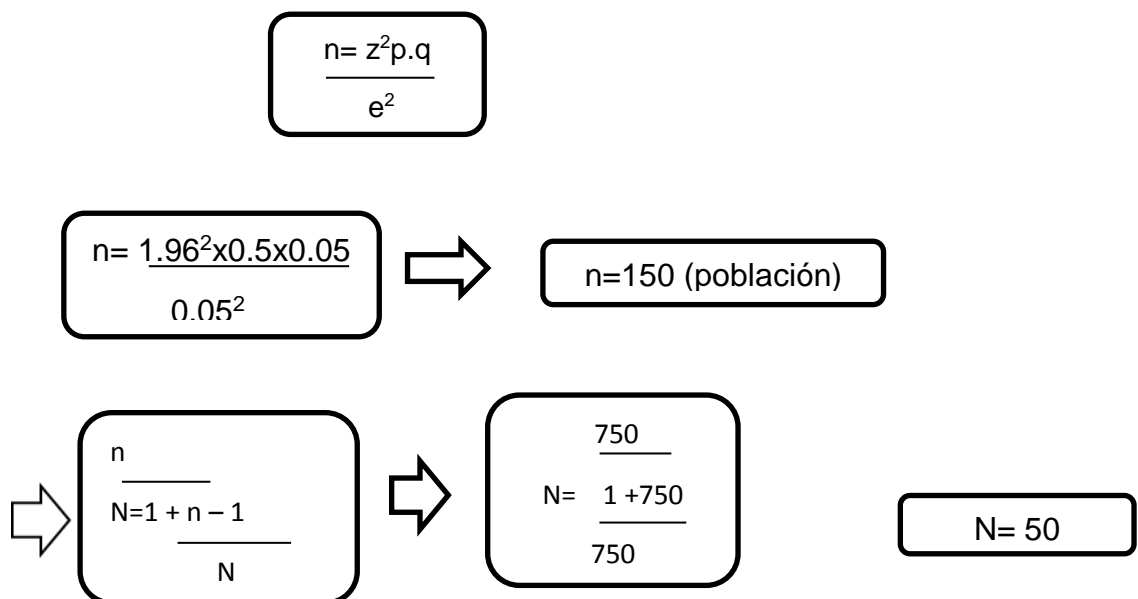
#### 3.3.1 Población

Constituida por 150 mujeres en la primera semana de puerperio que acudieron a su primera consulta posterior al parto.

#### 3.3.2 Muestra

Conformada por 50 puérperas, de acuerdo a la siguiente formula.

**Fórmula:**



#### Criterios de inclusión

- Puérpera en su primera consulta programada al setimo día post parto.
- ✓ Deseo voluntario de participar en la investigación



- Puérperas que contestaron todas las preguntas de la EPD
- Puérperas que no presentaron antecedentes de trastornos psiquiátricos y/o estuvieron bajo tratamiento psicofarmacológico/psicoterapéutico.
- Puérperas de parto eutócico.

### **Criterios de exclusión**

- Puérperas atendidas en la primera consulta post parto antes del setimo día.
- Puérperas que no completaron alguna de las preguntas de la Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS)
- Puérperas que presentaron antecedentes de trastornos psiquiátricos y/o estuvieron bajo tratamiento psicofarmacológico/psicoterapéutico.
- Puérperas que no desearon participar en la investigación.
- Puérperas cuyos embarazos culminaron en muertes perinatales o con productos malformados.
- Puérperas de parto distócico.

## **3.4 Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos**

### **3.4.1 Técnicas**

Se solicitó permiso mediante una carta dirigida al Director del Centro Materno Infantil de Salud de Chorrillos II, del Distrito de Chorrillos; Provincia de Lima, Departamento de Lima; para la realización del presente estudio en el Consultorio de Obstetricia a las pacientes que participaron en la investigación de acuerdo con los criterios de inclusión, durante su primera consulta post parto.

Para la recolección de información se utilizó la técnica de encuesta a través de la escala de Edimburgo.

Se procedió a elaborar una base de datos utilizando el programa Excel para la estadística descriptiva y se procesó con el programa estadístico SPSS, versión 22.0. para obtener las tablas cruzadas.

### **3.4.2 Instrumentos**

Se utilizó la Escala de Edimburgo (EPDS) la cual fue creada en los centros de salud en Livingston y Edinburgh en la actualidad es usada para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud, e identificar tempranamente el síndrome de baby blues “Melancolía de la Maternidad” dentro los primeros siete días post parto.

La escala ha sido elegida por tener una especificidad del 99% y una sensibilidad del 78% a nivel internacional. Además, dicha prueba ha sido validada por Mazzotti en Perú en el 2002, consiste en un registro de auto aplicación, de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. que consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos.

La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estas preguntas incluyen la disforia, 2 están relacionados con la ansiedad, 1 con el sentimiento de culpa, 1 con las ideas suicidas y 1 con la dificultad de concentración. Según los resultados obtenidos, las púerperas se clasificaron en tres grupos:

- EPDS menor que 10: sin riesgo de depresión.
- EPDS 10 - 12: puntaje límite para depresión
- EPDS mayor o igual a 13: puntaje indicador de probable depresión.

Para el presente estudio, la clasificación de aquellas pacientes que obtengan un puntaje 10 -12 pertenecerán al grupo de madres con el síndrome de baby blues.

**3.4.5 Procedimiento :** Se solicitó permiso mediante una carta dirigida al Director del Centro Materno Infantil de Salud de Chorrillos II, del Distrito de Chorrillos; Provincia de Lima, Departamento de Lima; para la realización del presente trabajo en los Consultorios externo de Obstetricia a las pacientes que participarían en la investigación de acuerdo con los criterios de inclusión, durante su primera consulta post parto. La confidencialidad de la información fue garantizada en conjunto con el anonimato, puesto que cada instrumento tuvo una numeración, de acuerdo a la información brindada por cada participante, de tal manera que la participante no quede identificada y la información recolectada sea reservada para la investigadora. Asimismo, la información fue utilizada exclusivamente para la investigación, sin perjudicar en lo absoluto a las participantes, cumpliendo así con el principio de Beneficencia.

se procedió con los siguientes pasos. Se identificaron a todas las puérperas que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión señalados, anteriormente. Seguidamente se realizó la presentación del consentimiento informado a los padres o tutores encargados de alguna puérpera adolescente.

Aplicación del instrumento: una vez realizado los procesos anteriores, se procedió a aplicar el Test de Edimburgo más el cuestionario de 10 preguntas donde la puérpera marcó con un aspa la que se asemeje a

su realidad , previa a la realización del test, se solicitó la asesoría del psicólogo que labora en la institución, con la finalidad de realizar un buen diagnóstico certero mediante la suma de los puntajes Una vez aprendida la forma de aplicación correcta del test, se procedió a realizar la encuesta en la población objetivo durante el mes de estudio. Los días de recolección de datos por parte de la investigadora fueron diarios en horarios de 8 am a 12 pm y de 2pm a 5pm estos últimos de forma inter diario.; se tuvo en cuenta los resultados del test de Edimburgo, es decir, si se obtuvo un puntaje de 0 a 9 puntos son consideradas puérperas sin riesgo mientras que 10 a 12 puntos, se consideró paciente con síndrome de baby blues ,mientras si obtuvieron un puntaje mayor o igual de 13 se consideró depresión. Una vez culminadas las encuestas durante los periodos de estudio se procedió a realizar el foliado de cada ficha, para su posterior análisis y procesamiento.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS v.22.0, a fin de mostrar los datos obtenidos a través de cuadros que faciliten su descripción (Tablas cruzadas) y análisis respectivo. Se realizaron tablas para cada dimensión de la variable independiente y para la presentación de los datos generales.

Los estadísticos usados para el análisis descriptivo fueron frecuencias y porcentajes.

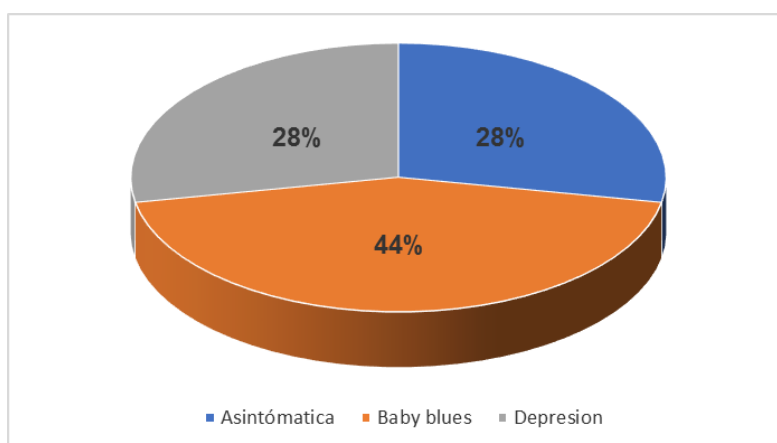
## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### 4.1 Resultados

**Cuadro 1.** Porcentaje de puérperas con Síndrome de Baby Blues en puérperas del Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II durante el mes de enero 2017.

N	Puérpera	FRECUENCIA	%
1	Asintomática	14	28
2	Baby Blues	22	44
3	Depresion	14	28
<b>TOTAL</b>		<b>50</b>	<b>100</b>

**Gráfico 1.** Porcentaje de puérperas con Síndrome de Baby Blues en puérperas en su primera Consulta post parto del Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II durante el mes de enero 2017.



Fuente: Escala de Edimburgo aplicada a puérperas en el Centro Materno Infantil Chorrillos II Enero 2017

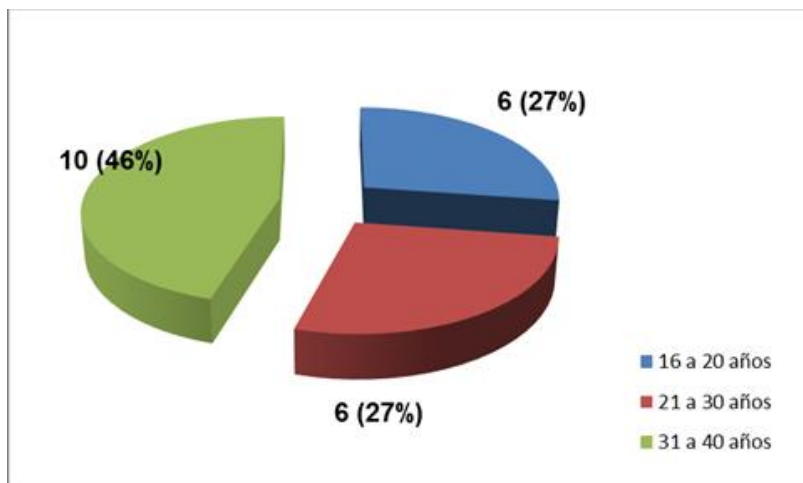
Como se aprecia en el Grafico 1 respecto al porcentaje del Síndrome de Baby Blues se determinó que un 44% presentaba el SDBB, mientras que el 28% era asintomática y 28% se encontraba con depresión post parto; según fórmula de prevalencia periodica donde:

$$\frac{\text{Número de casos existente}}{\text{Total de la población}} = \frac{22}{50} = 0,44$$

**Cuadro 2.** Porcentaje de Puerperas con síndrome de Bbaby Blues según el grupo etario del Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II durante el mes de enero 2017.

<b>Puérpera</b>	<b>16 a 20 años</b>	<b>%</b>	<b>21 a 30 años</b>	<b>%</b>	<b>31 a 40 años</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Baby Blues	6	27	6	27	10	46	<b>22</b>	<b>100</b>

**Gráfico 2.** Puerperas con Síndrome de Baby Blues según el grupo etario del Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II durante el mes De enero 2017



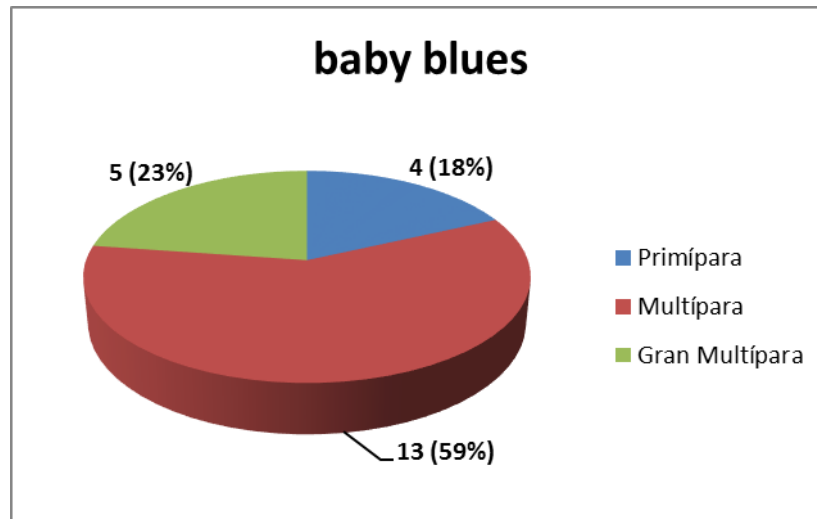
Fuente: Elaboración propia.

**Interpretación:** La edad promedio de las puérperas con síndrome de Baby Blues según grupo etareo fue entre 31 a 40 años en un 46%; seguido con un 27% con edades de 16 a 30 años respectivamente.

**Cuadro 3.** Porcentaje de puérperas con síndrome de Baby Blues según paridad del Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II durante el mes de enero 2017.

Puérpera	Primipara	%	Múltipara	%	Gran Multipara	%	TOTAL	%
Baby Blues	04	18	13	59	5	23	<b>22</b>	<b>100</b>

**Gráfico 3.** Puérperas con síndrome de Baby Blues según paridad en su primera Consulta del Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II durante el mes de enero 2017.



Fuente: elaboración propia

**Interpretación:** Se observa que las puérperas multíparas presentan el SDBB en un 59% seguido por el 23% de puérperas gran multíparas y solo el 4% de primíparas experimenta el síndrome.

#### 4.2 Discusión de los resultados

Se puede observar en la presente investigación que el periodo de posparto es una etapa de gran vulnerabilidad y de alta probabilidad para desórdenes emocionales y afectivos. Si bien el Síndrome de Baby Blues es una alteración leve, transitorio que no necesita tratamiento, sí lo es su atención porque muchas veces pasa desapercibida, suele ser confundida con una depresión postparto por lo que esto podría repercutir sobre la relación que tiene la madre con su bebé, con su pareja, con la familia, debido a que, después del parto no se aplica la escala de Edimburgo para establecer el diagnóstico precoz. Los resultados obtenidos sugieren que



la escala de Edinburgh para depresión posparto es un instrumento confiable, válido para ser utilizado en la detección temprana de trastorno depresivo debe ser considerado por los profesionales de la salud cuando la puérpera asista a su primer control post natal.

Lo manifestado por estos autores es la razón por la cual se percibió la necesidad de tratar este tema, no sólo por lo reflejado en la literatura sino por lo que se puede percibir si se enfoca la mirada en este período tan trascendente que atraviesa la madre. Es por ello, que se realizó un estudio, cuantitativo, descriptivo, prospectivo, de corte transversal a 50 mujeres en su primera consulta post natal en el en el Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II.

En cuanto al primer objetivo, determinar la prevalencia del síndrome de Baby Blues en las puérperas en su primera consulta post natal, se encontró una incidencia de Síndrome de Baby Blues es de 44% de las puérperas, (Cuadro 1) cifra que es similar a la encontrada por Aramburú en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima 2011, quien, usando la escala de Edimburgo concluyó que la incidencia de SDBB fue 50%. Con respecto a la prevalencia periódica del síndrome de baby blues en la población en el periodo de estudio fue de 22 puérperas (0,44). Sin embargo, resulta difícil determinar la prevalencia real de la SDBB, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de este trastorno fluctúa entre un 10 a 20% de las puérperas según algunos autores o de 10 a 15% según otros; con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia.

Según el Grafico 2 por grupo etario se determinó que la mayor incidencia del SDBB se dio en puérperas de 31 a 40 años en 46%, no se determinó SDBB en puérperas de 16 a 40 años en un 27%, cifra similar a la encontrada por Molero en su estudio realizado en Venezuela el 2014 dónde se dio 72% incidencia se encontraba en mujeres adultas.

En relación al número de paridad de 59 % son puérperas en multíparas, 23% son puérperas gran multíparas,4%son puérperas primíparas, las cuales presentaban Síndrome de Baby Blues .

## Conclusiones

La escala de depresión postparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) es una herramienta fácil de aplicar para detectar el síndrome de Baby blues, que puede ser aplicada por los profesionales de salud.

Las puérperas sujetas a estudio, representaba un 44% del total de la muestra, de las cuales se encontró 0,44, de puérperas con prevalencia de síndrome de Baby Blues, siendo mujeres entre los 31 a 40 años las de mayor relevancia.

El síndrome de baby blues puede conllevar a un problema de salud pública ya que se asocia a consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas tanto para la madre como para el hijo. Es indispensable, entonces, que los profesionales de la salud, además de estar informados sobre los aspectos físicos normales y patológicos del postparto, también cuenten con información sobre el ámbito emocional del embarazo y el puerperio. Durante el control prenatal, así como en los primeros días después del parto, se pueden identificar y tratar algunas alteraciones psicológicas o signos de alerta como: baja autoestima, ansiedad, altos niveles de estrés o trastornos del sueño, que predisponen a la mujer a desarrollar un trastorno del estado de ánimo.

Todo lo mencionado ayudará a identificar precozmente, además de la captación temprana de una paciente puérpera que podría estar evidenciando el primer episodio de síndrome de baby blues a de un trastorno mental mayor como es la depresión post parto.

## Recomendaciones

- La escala de Edimburgo es un instrumento importante en el diagnóstico precoz posparto del Síndrome de Baby Blues; por lo que se requiere implementar programas de capacitación que permitan su utilización por el personal de salud; debido al número de casos encontrados en el establecimiento de estudio y en los centros de salud de Lima Metropolitana para lo cual, se debe elevar el nivel de conocimiento sobre dicho Síndrome, otorgar mayor responsabilidad al personal de Obstetricia para que aprenda a identificar, de manera precoz, así mismo orientar adecuadamente a las madres en consultorio tomando en cuenta su primera visita post parto, para así establecer el tratamiento definitivo según sea el caso.
- Implementar un Programa de pesquisa del síndrome de Baby Blues en los Consultorios de Obstetricia de los establecimientos de Salud de Lima Metropolitana, para evitar sus consecuencias, alentando la pesquisa temprana por su vulnerabilidad biológica y riesgo psicosocial en la madre.
- Realizar sesiones educativas en las puérperas para informar sobre dicho síndrome, aprovechando el control prenatal de las gestantes y también como una manera de abordaje integral de la paciente en el cuidado de su salud, desde su atención prenatal, psicoprofilaxis, para el control exhaustivo de las madres.
- Exhortar a la jefatura de Obstetricia en conjunto con el servicio de psicología a establecer el uso rutinario de la Escala de Edimburgo en los consultorios aquellas madres con mayor necesidad de una evaluación diagnóstica más completa y trascender nuestro trabajo a las demás

entidades de salud y con más razón hacia los centros de salud y clínicas donde la atención primaria es pobre .

- Utilizar la Escala de Edimburgo post parto dentro los primeros días, el caso de las puérperas que presenten entre 10 y 12 puntos, realizar monitoreo y seguimiento, repetir la aplicación de la EDEB entre 2-4 semanas . Esto se puede realizar en visita domiciliaria
- Derivar a consultorio de psicología para confirmación del diagnóstico a la puerpera con puntaje de 13 o más en la escala de depresión de Edimburgo,
- Disponer las acciones para el seguimiento oportuno de puérperas atendidas que acude a su primera atención ambulatoria con el propósito de controlar la evolución de este periodo y detectar complicaciones relacionadas con en el puerperio dentro de los primeros 7 días post parto,priorizando las que presenten algún factor de riesgo físico, psicológico o social.
- Fortalecer la línea de investigación y motivar el interés de los profesionales del Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos para identificar los signos y síntomas desde su inicio, o bien, en el momento que la madre tenga su primer control post natal; al ser este síndrome sub diagnosticado y de esa forma trabajar en forma holística y multidisciplinaria por la salud del bienestar del binomio madre niño.

## REFERENCIAS

1. Cunningham F. Gary, Leveno Kenneth L., Bloom Steven L., Hauth John C., Gilstrap Larry C., Wenstrom Katharine D. The Puerperium. New York: Williams Obstetrics, 23rd ed. 2013
2. Fernández Vera J K, Iturriza Natale AT, Toro Merlo J, Valbuena R. Síndrome del Baby Blues Postparto Valorada mediante la Escala de Edimburgo Caracas Venezuela 2014 Disponible en: [www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048)
3. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. J Affect Disord. 2013;108:147-157. Disponible en; [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=2382435&pid=S0048-7732201400040000300002&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2382435&pid=S0048-7732201400040000300002&lng=es)
4. Medina Cerdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto Perinatología y reproducción humana. México 2013. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372013000300008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008)
5. Ascaso T, García E, Navarro P, Aguado P, Ojuela J, Tarragona J, Tarrago J. Prevalencia de la depresión posparto y su relación con el síndrome de baby blues en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. Medic Clín 2011; 120 (9):326-9.

6. Jadresic M. Depresión en el embarazo y el puerperio Revista chilena de neuro-psiquiatría Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2012; 48 (4): 269-78. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272010000500003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003)
7. Urdaneta J, Rivera A, José García I, Guerra M, Nasser Z, Contreras A. Prevalencia de Depresión Posparto en Primigestas y Multíparas Venezolanas valoradas por la Escala de Edimburgo. Rev. chil. obstet. ginecol. 2013; 75(5): 312 – 20. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262010000500007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500007)
8. Dois Castellón A. Actualizaciones del síndrome de baby blues y depresión posparto. Rev Cubana Obst Ginecol. 2012; 38 (4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000400016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400016)
9. Molero K, Urdaneta J, Sanabria C, Babel N, Contreras A, Azuaje E. Prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas. Rev. chil. obstet. ginecol. 2014; 79 (4). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262014000400008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000400008)
10. Johalys Karina Fernández Vera, Alejandra Teresa Iturriza Natale, Judith Toro Merlo, Rosalba Valbuena Síndrome del Baby Blues Postparto Valorada Mediante la Escala de Edimburgo Caracas. 2013 Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048)
11. Callata Y, Zegarra Bellido, S J, Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico Huánuco 2012. 140: 719-725. Disponible en:

[www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872012000600004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000600004)

12. Aramburú P, Callata Y, Zegarra Bellido, SJ. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2010 Rev. peru. epidemiol. 2012; 12 (3):1-5.
13. Sulca Quispe, K Violencia intrafamiliar en adolescentes y su relación con la depresión posparto. Enero a Marzo de 2014. [tesis para optar el título de Licenciatura en Obstetricia]. Lima-Perú: UNMSM.
14. Honikman J. Postpartum Sadness, Pregnancy Association's Recent Featured Content. 2015 Disponible en:  
<http://americanpregnancy.org/es/first-year-of-life/baby-blues/>
15. Instituto Nacional de la Salud Mental Información sobre la depresión posparto. 2014. Disponible en:  
[https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/depresion-posparto-sp-15-8000\\_150352.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/depresion-posparto-sp-15-8000_150352.pdf)
16. Mental Health America of Georgia. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). [Taken from the British Journal of Psychiatry. 1987 (150) by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovs ] *Project healthy Moms Toolkits*. Disponible en:  
[http://www.sbcounty.gov/uploads/dph/publichealth/documents/mcah\\_cp\\_sp\\_ppdepression\\_screening\\_sp.pdf](http://www.sbcounty.gov/uploads/dph/publichealth/documents/mcah_cp_sp_ppdepression_screening_sp.pdf)
17. Oquendo CM, Lartigue BT, González-Pacheco I, Méndez CS Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal 20113 Disponible en:  
<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi>



18. Molero K, Urdaneta JR, Sanabria C, Nasser Zambrano NB, Contreras A, Azuaje E, Romero NB .Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Perinatol Reprod Hum* 2014; 9 (4).
19. Zapardiel Gutiérrez I, De la Fuente Valero J, Bajo Arenas JM. Manual del Residente de Obstetricia y Ginecología Madrid: Habe Editores. 2015. Disponible en:  
[http://www.sego.es/Content/pdf/Manual\\_Residente.pdf](http://www.sego.es/Content/pdf/Manual_Residente.pdf)
20. Médico pedía, el Diccionario Médico Interactivo de Portales Médicos. Disponible en:  
[http://www.portalesmedicos.com/diccionario\\_medico/index.php/Portada](http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Portada)
21. consuegra AN, Diccionario de psicología 2a. ed. -- Bogotá: Ecoe Ediciones, julio2014. Disponible en:  
<https://clasesparticularesenlima.files.wordpress.com/2015/05/diccionarioopsicologia.pdf>
22. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 2015. México DF: Mc Graw Hill.
23. Aramburú P., Arellano R., Jáuregui S., Pari L., Salazar P. y Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Revista Peruana de Epidemiología* 2014 Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/pdf/2031/203120335006.pdf>
24. Atencia Olivas, S M. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes. Lima 2015. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia] Lima-Perú: UNMS
25. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2014. *Rev. Perú Epidemiol* 2008; 12 (3):1-5

Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/2031/203120335006.pdf>

26. Canaval GE, González, M C, Martínez Schallmoser, Lucy Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. Colombia Médica; 2000; 31 (1). Disponible en:

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/144>

27. J .L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo Obtenido de la British Journal of Psychiatry Revista Británica de Psiquiatría Editores. 2015. Disponible en:

[http://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale\\_sp.pdf](http://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf)

28. Angelina D, Claudia U, Luis V Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público villarroel Aixa Contreras Rev Med Chile 2012; 140: 719-725 Disponible en:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000600004>

29. Paulson J, Bazemore S. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. JAMA 2010; 303: 1961-9. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=8528950&pid=S0034-9887201200060000400](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=8528950&pid=S0034-9887201200060000400)

30. Hamdan A, Tamim H. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. Arch Womens Ment Health 2011; 14: 125-33. Disponible en:

<http://www.springerlink.com/content/g3x2tr14114w23g1/>

31. Urdaneta M, Rivera S, García I, Guerra M, Nasser Baabel Z, Contreras A. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo rev chil obstet ginecol 2010; 75(5): 312 – 320 Disponible en:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262010000500007>

32. Honikman J. Postpartum Sadness, Pregnancy Association's Recent Featured Content. 2015 Disponible en.

<http://americanpregnancy.org/es/first-year-of-life/baby-blues/>

# **ANEXOS**

## ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Metodología
			Variable	Indicadores	
<p><b>GENERAL:</b></p> <p>¿Cuál es la Prevalencia del síndrome del baby blues en puérperas atendidas en el Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II, 2016?</p> <p><b>ESPECÍFICOS:</b></p> <p>¿Cuál es el número de puérperas atendidas en el centro materno infantil de salud Chorrillos II, 2017?</p>	<p><b>GENERAL:</b></p> <p>Determinar la Prevalencia del síndrome del baby blues en puérperas que acuden al en Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar el número de puérperas atendidas en el centro materno infantil de salud Chorrillos II</li> </ul>	<p>No amerita la investigación</p>	<p>puérperas atendidas</p> <p>puérperas con síndrome de Bbaby Blues</p> <p>Prevalencia de Baby Blues</p>	<p><b>Escala de Edimburgo</b></p> <p>1.- ¿He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas?</p> <p>2.- ¿He mirado el futuro positivamente?</p> <p>3.- ¿Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma??</p> <p>4.- ¿He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo?</p> <p>5.- ¿He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo?</p> <p>6.-¿Los problemas</p>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACION:</b></p> <p>Descriptivo y de corte transversal, prospectivo.</p> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACION:</b></p> <p>Aplicativo</p> <p><b>METODO:</b> Cuantitativo</p> <p><b>POBLACION:</b> Estará constituida por 150.mujeres en etapa de puerperio que acudan a su primera consulta posterior al parto.</p>

<p>¿Cuál es el porcentaje de puérperas atendidas en el Centro materno infantil de salud Chorrillos II, 2017 que presenta el síndrome de Baby Blues ?</p> <p>¿Cuál es el grupo etario en que se presenta con mayor frecuencia el síndrome del baby blues?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el porcentaje de puérperas atendidas en el centro materno infantil de salud Chorrillos II con el síndrome de baby blues.</li> <li>• Cuantificar el porcentaje de puérperas con síndrome de baby blues que acuden al centro materno infantil de salud Chorrillos II, según grupo etario.</li> <li>• Medir el porcentaje de puérperas con síndrome de baby Blues que acuden al en Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II, según paridad.</li> </ul>			<p>diarios me causan preocupación y gran sufrimiento?</p> <p>7.- ¿Me he sentido tan infeliz que he llegado a tener dificultad para dormir?</p> <p>8.- ¿Me he sentido triste o desgraciada sin motivo?</p> <p>9.- ¿He sido tan infeliz que he estado llorando con frecuencia?</p> <p>10.- ¿He pensado en hacerme daño a mí misma?</p>	
--	--	--	--	--	--

## ANEXO 2. ENCUESTA



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

### PREVALENCIA DEL SÍNDROME DEL BABY BLUES EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DE SALUD CHORRILLOS II, 2017

El objetivo de la presente encuesta es identificar el síndrome de baby blues, por ello se agradece conteste con sinceridad las preguntas que tiene que responder de la manera más exacta posible; marcando la respuesta correcta con un aspa (X), recuerde que es de carácter anónimo y su identidad queda protegida.

1.-Edad: ..... Procedencia.....

2.-Grado de Instrucción:

- a.-Primaria completa      b.- Primaria incompleta      c.- Secundaria completa  
d.- Secundaria incompleta      e. Sup. Técnico completa      f.- Sup. Técnico incompleta  
g. Sup.Universitaria completa      h. Sup.Universitaria incompleta

3.-Estado Civil:

- a.-Soltera      b.-Casada      c.- Conviviente      d. Separada

4.- ¿Trabaja?    Si .....      No .....

5.- Nivel de ingreso económico:

- a. De 100 a 500 nuevos soles.      b.-501 a 750 nuevos soles.      c.-751 a 1000 nuevos soles.

d.- Más de 1000 nuevos soles

6.- ¿Con quien vive?

Padres ( ) Pareja ( ) familiar ( ) otro( )

**Antecedentes Obstétricos:**

1.-: Paridad:

a. Primípara.                      b.- Multípara.      c.- Gran multípara

2.- N° de hijos vivos

a. Es el primero.      b.-Es el segundo.      c.- Es el tercero.      d.- Más de tres

3.- Embarazo fue:

a. Embarazo deseado.      b.-Planificado      c.-No sabía que estaba embarazada.

4.¿Tuvo alguna complicación durante su embarazo?

Si .....      No .....

5. ¿Tuvo alguna complicación durante su parto?

Si .....      No .....



**ANEXO 3. ENCUESTA DE SINDROME DE BABY BLUES VALORADA  
MEDIANTE LA ESCALA DE EDIMBURGO**



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

Por favor subraye la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos siete días. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas

1.- ¿He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas?	a. Tanto como Siempre b. Algo menos de lo que solía hacer c. Definitivamente menos d. No, Nada
2.- ¿He mirado el futuro positivamente?	a. Tanto como Siempre b. Algo menos de lo que solía hacer c. Definitivamente menos d. No, Nada
3.- ¿Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma??	a. Si la mayoría de las veces b. Si algunas veces c. .No muy a menudo
4.- ¿He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo?	a. No para nada b. Casi nada c. Si, a veces d. Si, a menudo
5.- ¿He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo?	a. Si bastante b. Si A veces c. No, no mucho d. No, nada
6.- ¿Los problemas diarios me causan preocupación y gran sufrimiento?	a. Si la mayor parte de las veces b. Si, a veces c. No, casi nunca d. No nada
7.- ¿Me he sentido tan infeliz que he llegado a tener dificultad para dormir?	a. Si, la mayoría de las veces b. Si, a veces c. No muy a menudo d. No, nada

8.- ¿Me he sentido triste o desgraciada sin motivo?	a. Si casi siempre b. Si bastante a menudo c. No muy a menudo d. No, nada
9.- ¿He sido tan infeliz que he estado llorando con frecuencia?	a. Si casi siempre b. Si bastante a menudo c. Solo en ocasiones d. No, nunca
10.- ¿He pensado en hacerme daño a mí misma?	a. Si, bastante a menudo b. A veces c. Casi nunca d. No, nunca

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.

Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

### **Interpretación**

- EPDS menor que 10: sin riesgo de depresión posparto.
- EPDS 10 - 12: puntaje límite para riesgo de depresión.
- EPDS mayor o igual a 13: puntaje indicador de probable depresión.

Para el presente estudio, la clasificación de aquellas pacientes que obtengan un puntaje 10 -12 pertenecerán al grupo de madres con el síndrome de baby blues.