



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Medicina Humana

**Factores asociados a depresión posparto en puérperas
del servicio de obstetricia del Hospital Nacional
Arzobispo Loayza**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Carla del Rosario YOUNG CANDIA

ASESORES

César Arturo GUTIÉRREZ VILLAFUERTE

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Young C. Factores asociados a depresión posparto en puérperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2017.

269



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA



ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

810

58

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANA

Siendo las 8:30 horas del día veintiocho de febrero del año dos mil diecisiete en la Sala de Sesiones de la Escuela Profesional de Medicina de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los Doctores: Manuel Hernán Izaguirre Sotomayor (Presidente), José Miguel Ángel Cabrejos Pinto (Miembro) y Manuel Antonio Vásquez Sánchez (Miembro).

Se realizó la exposición de la tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA", presentado por doña **Carla del Rosario Young Candia** para optar el Título Profesional de Médico Cirujana, habiendo obtenido el calificativo de.....*Quince*..... (15).

Dr. Manuel Hernán Izaguirre Sotomayor
Presidente

Dr. José Miguel Ángel Cabrejos Pinto
Miembro

Dr. Manuel Antonio Vásquez Sánchez
Miembro



AGRADECIMIENTO

Gracias a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y a mi Facultad de Medicina "San Fernando"; por haberme permitido ser parte de su historia y llenar de conocimientos y recuerdos mi vida.

Gracias a mi asesor de tesis, Dr. César Arturo Gutiérrez Villafuerte, por su apoyo durante la elaboración del presente trabajo.

Gracias al Dr. Juan José Montenegro Idrogo por sus conocimientos, orientación, paciencia y apoyo en la realización de la presente investigación.

DEDICATORIA

A mi familia, quienes son el motor
para seguir mejorando cada día,
por el apoyo que me han mostrado
durante los momentos difíciles,
por estar siempre dispuestos
a ayudar.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	II
DEDICATORIA	III
Índice de contenidos	IV
Índice de tablas	VI
Índice de gráficos	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
CAPÍTULO I	1
Introducción	2
Objetivos	4
Marco teórico	6
Antecedentes	6
Bases Teóricas	7
CAPITULO II	11
METODOLOGÍA	12
Tipo de Investigación	12
Población y muestra	12
Variables	13
Técnicas e instrumentos	15

Plan de recolección y análisis de datos	16
Consideraciones éticas y consentimiento informado	17
CAPITULO III	18
RESULTADOS	19
CAPITULO IV	33
DISCUSIÓN	34
CAPITULO V	40
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
CAPITULO VI	44
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
CAPITULO VII	48
ANEXOS	49
Anexo 01. Operacionalización de variables	49
Anexo 02. Ficha de datos	56
Anexo 03. Test de Edimburgo para depresión posparto	57
Anexo 04. Consentimiento informado	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01. Frecuencia de Depresión post parto en puérperas atendidas en HNAL julio 2016 según lugar de procedencia	20
Tabla 02. Frecuencia de Depresión post parto en puérperas atendidas en HNAL julio 2016 y días de puerperio	21
Tabla 03. Características generales y Depresión posparto en puérperas atendidas en HNAL, Junio 2016.	24
Tabla 04. Características ginecoobstétricas y Depresión post parto en puérperas atendidas en HNAL, Junio 2016.	27
Tabla 05. Antecedentes de depresión y depresión posparto en puérperas atendidas en HNAL, Junio 2016.	29
Tabla 06. Antecedentes de violencia y Depresión posparto en puérperas atendidas en HNAL, Junio 2016.	31
Tabla 07. Ideación suicida y Depresión post parto en puérperas atendidas en HNAL, Junio 2016.	32

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 01. Depresión Posparto en puérperas atendidas en el Servicio de Obstetricia del HNAL, Junio 2016.	19
Grafico 02. Distribución de Depresión posparto según toma de encuesta por días en puérperas atendidas en HNAL, Junio 2016.	22
Gráfico 03. Frecuencia de edades en puérperas del servicio de Obstetricia del HNAL, Junio 2016.	23

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS
DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA**

Resumen

Introducción: La depresión posparto afecta a la mujer en el puerperio entre los 3 a 6 primeros días luego del parto, o teniendo un pico máximo el primer mes. Tiene una prevalencia de 10 a 15% a nivel mundial. **Objetivos:** Determinar la frecuencia y factores asociados a depresión posparto en puérperas del servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el mes de junio del año 2016. **Diseño:** estudio Analítico Observacional de corte Transversal. **Lugar:** servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. **Participantes:** Madres puérperas del servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el mes de junio del año 2016. **Intervención:** Toma de Test de Edimburgo para Depresión Posparto. Para describir los hallazgos se utilizó mediana, frecuencias y porcentajes. Análisis bivariado X², y OR en variables politómicas. **Resultados:** Se incluyó 209 puérperas, de las cuales 26.32% presentó tamizaje positivo para depresión posparto. Se encontró asociación estadística con el estado civil (solteras/separadas y convivientes), hijos previos, abortos previos, menos de 6 controles prenatales, episodio previo depresivo antes y durante la gestación, discusión con la pareja durante la gestación y violencia cometida por la pareja antes y durante la gestación. Se encontró ideación suicida en el 52.72% de la población con tamizaje positivo. **Conclusiones:** En la población estudiada, la frecuencia de depresión posparto ha disminuido en relación a otros estudios, sin embargo, la ideación suicida es relativamente alta en el grupo con tamizaje positivo para depresión posparto. **Palabras clave:** depresión posparto, Test de Edimburgo (EDPS), ideación suicida.

**FACTORS PARTNERS TO DEPRESSION POSTPARTUM IN PUERPERAL
WOMAN OF SERVICE OF OBSTETRICS OF ARZOBISPO LOAYZA
HOSPITAL**

Abstract

Introduction: Postpartum depression affects women in the puerperium between the first 3 to 6 days postpartum, or having a peak in the first month. It has a prevalence of 10 to 15% worldwide. **Objectives:** To determine the frequency of postpartum depression in postpartum women in the obstetrics service of the Arzobispo Loayza National Hospital in June of the year 2016. **Design:** Cross-sectional Observational Analytical Study. **Place:** Obstetrics service of the Arzobispo Loayza National Hospital. **Participants:** Postpartum mothers of the Obstetrics service of the Arzobispo Loayza National Hospital during the month of June, 2016. **Intervention:** Edinburgh Testing for Postpartum Depression. To describe the findings, we used median, frequencies and percentages. Bivariate analysis X², and OR. **Results:** 209 postpartum women were included, of whom 26.32% presented positive screening for postpartum depression. We found a statistical association with the marital status (single / separated and cohabiting), previous children, previous abortions, less than 6 prenatal controls, previous depressive episode before and during gestation, discussion with the couple during gestation and violence committed by the couple Before and during gestation. Suicidal ideation was found in 52.72% of the population with positive screening. **Conclusions:** In the studied population, the frequency of postpartum depression is relatively high, in addition to being an alarming group with suicidal ideation.

Key words: postpartum depression, Edinburgh Test (EDPS), suicidal ideation.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La depresión es una de las patologías psiquiátricas más frecuentes dentro de la población mundial, la misma que no es atendida con la importancia que debiera. Podemos apreciarla en distintas etapas de la vida¹⁻³, siendo en algunos casos más delicada de atender por la predisposición y la vulnerabilidad del paciente. Es aquí en donde encontramos a las puérperas, mujeres que acaban de dar a luz, las cuales pueden cursar con inestabilidad emocional³ por muchos factores convirtiendo una de las etapas más felices de su vida en un verdadero tormento.

En el 2008, Aramburú et al.⁴ realizó un trabajo en el cual tenía como objetivo presentar la tasa de prevalencia de depresión posparto en madres en establecimientos de salud del primer nivel en Lima Metropolitana, encontrando que los factores sociodemográficos y ginecobstétricos tienen riesgo moderado. La prevalencia de la misma se hizo utilizando como instrumento la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE), la cual mostro una prevalencia de 33%.

En trabajos más recientes, como el de Zhong et al (2015)⁵, se enfocan más en la presencia de ideación suicida, pero esta vez en madres gestantes con atención prenatal en el Instituto Materno Perinatal de Lima, utilizando la

pregunta 10 de EDPE, encontrando una prevalencia de 8.8% en una población de 1517 madres gestantes.

Debido a que no contamos con datos actuales sobre la prevalencia de depresión posparto en nosocomios de referencia, y sí tener datos relativamente recientes de consecuencias de la misma, como ideación suicida, el desenlace fatal de este cuadro, es meritorio el estudio en un hospital como el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, para contribuir con el conocimiento y con los programas de prevención.

OBJETIVOS

Generales

Objetivo General 1

- Determinar la frecuencia de depresión posparto en puérperas del servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el mes de junio del año 2016.

Objetivo General 2

- Determinar los factores asociados a depresión posparto en puérperas del servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el mes de junio del año 2016.

Específicos

Objetivo Específico 1

- Determinar la frecuencia de ideación suicida y su relación con depresión posparto en puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Objetivo Específico 2

- Determinar si las variables sociodemográficas, variables ginecoobstétricas, antecedente de depresión y antecedente de violencia tienen relación con la presencia de depresión posparto en puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Se define depresión como el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, que puede ser transitorio o permanente, el cual cursa con sentimientos de tristeza, infelicidad y culpabilidad, provocando en los pacientes que la presentan incapacidad total o parcial para disfrutar de los momentos de la vida diaria, conocido como anhedonia². Además, se le puede encontrar asociado con alteraciones en el sueño, cambios en el apetito, pérdida energética, pérdida de concentración, y en los peores casos, ideación suicida. Este desorden, el más frecuente dentro de todos los trastornos mentales, padeciendo el mismo más de 300 millones de personas a nivel mundial y se encuentra como el más frecuente en la población de Lima Metropolitana, con una prevalencia de 18,2%^{2,6}.

Se encuentra en un porcentaje mayor para las mujeres (3.2%) en relación con los hombres (1.9%)^{1,2,6}, y aún mayor en adolescentes mujeres con un porcentaje de 13.4% frente a 6.7% de adolescentes varones⁷. Se estima que 1 de cada 5 mujeres puede presentar depresión mayor a lo largo de su vida²,

en cualquiera de sus etapas vitales. Sin embargo, suele estar más susceptible en algunos periodos como durante el síndrome pre menstrual o disforico^{6,8}, en la menopausia⁷, durante la gestación^{6,7} o en el posparto^{2,6}.

Bases teóricas

La depresión posparto afecta a la mujer en el puerperio entre los 3 a 6 primeros días luego del parto, o teniendo un pico máximo el primer mes, incluso puede durar hasta el año después del parto^{3,7,9}. No hay un periodo más susceptible de enfermar con trastornos psiquiátricos que este⁹. Tiene una prevalencia de 10 a 15% a nivel mundial¹⁰, la cual se observa más en puérperas por primera vez y en adolescentes^{7,10}. La mayoría de mujeres que desarrollan este cuadro nunca son tratadas pues no manifiestan sus problemas al personal de salud. Tampoco reciben apoyo de familiares, por lo cual no se tiene datos claros acerca de la progresión de la depresión⁹⁻¹¹.

Existen diversos factores relacionados con el cuadro de depresión posparto. Uno de los principales es el de antecedente de depresión previa antes de la gestación, o durante la misma^{10,11}. Los conflictos con la pareja o la ausencia de esta durante el periodo de gestación, además de la violencia doméstica son otros factores asociados con depresión¹².

La Psicoprofilaxis obstétrica es uno de los factores que podría prevenir la depresión posparto^{13,14}. En ella se le brinda la atención psicológica para que la gestante pueda desarrollar sin dolor el parto y los cuidados necesarios al neonato durante el posparto.

Y dentro de los factores sociodemográficos que más están relacionados según la literatura mundial, son la edad, siendo más frecuente en madres adolescentes^{3,15}; el lugar de procedencia, se ha visto una mayor prevalencia de depresión en mujeres de zonas rurales^{12,15}; y el estado civil, ya que el estar soltera o en una relación de no seguridad implicaría la aparición del cuadro¹².

Pero, ¿cómo determinar la presencia o no de depresión en puérperas? En el año 1987, Cox y Holden plantearon la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), la Escala de Edimburgo para Depresión Posparto en español, la cual mediante 10 ítems marcara las características principales con las cuales se podrá determinar el rastreo de depresión posparto, ya que este no es un método diagnóstico¹⁶.

Esta escala ha sido validada en distintos países, dando una idea en general de cuan frecuente es esta patología a nivel mundial. Se han dado validaciones en China¹⁷, Francia¹⁸, Hungría¹⁹, España²⁰, Chile²¹ y en otros países.

Guedeney et al¹⁸, realizaron la validación en Francia en una muestra de 87 mujeres en los primeros 4 meses de posparto, encontrando una sensibilidad de 80% y especificidad de 92%. Reki et al¹⁹, en Hungría encontró en una muestra de 266 mujeres en su sexta semana postnatal, la validación del Test con valores de 72.7% y de 86% de sensibilidad y especificidad respectivamente. Para la versión en español, se marca una sensibilidad de 84,21% y la especificidad del 79,47%, la cual es alta y aceptable, similar al de las otras versiones²⁰.

Dentro de la prevalencia encontrada en algunos estudios, se halló para China una prevalencia de 5,5% de depresión mayor en una población de 145 mujeres en el posparto a los 6 meses¹⁷; en Hungría, de una población de 266 mujeres luego del parto, 3% presentó depresión mayor, y 13,5% depresión

leve¹⁹; y en Chile el 32% de una población de 106 mujeres estudiadas presentaba depresión²¹ (Según la DSM IV).

La pregunta 10 del Test de Edimburgo tiene una característica especial, por si sola, una respuesta positiva en la misma nos indica ideación suicida, la cual implica pensamientos en los cuales el paciente desea y formula planes de cometer suicidio²². Zhong et al (2015)⁵, encuentra en una población de 1517 madres gestantes una prevalencia de 8.8% utilizando esta pregunta en el Instituto Materno Perinatal de Lima.

Los estudios acerca de depresión posparto en nuestro país no son tan recientes. Uno de los últimos en publicarse, data del año 2008, en el cual Aramburu y colaboradores, describen que de 261 madres se diagnosticó a 33% con depresión posparto mediante la Escala de Edimburgo⁴.

Sin embargo, si hay estudios acerca de los factores que podrían estar relacionados con el mismo. Por ejemplo, Luna y colaboradores, encontró de una población de 222 gestantes que el 40% presentó depresión mayor, esto en el Instituto Materno Perinatal¹⁰ y este es un claro factor para desarrollar depresión luego del puerperio.

En un estudio desarrollado por Escobar y colaboradores en el 2009 en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, determinaron que las mujeres que sufren violencia de género, tienen un riesgo elevado de padecer depresión posparto²³.

Actualmente, en relación a salud materna, la aplicación de la atención integral NTS.Nº105-MINSA/DGSP v01²⁴ supone un monitoreo integral que incluye el lado afecto emocional de la gestante, con ello se podría colegir que las tasas

de esta patología sean menores, sin embargo no existen estudios que valoren estas frecuencias.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

El presente trabajo es un estudio Analítico Observacional de corte Transversal²⁵ realizado durante el mes de junio del 2016 en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Población y muestra

El servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza atiende en promedio 2400 partos en todo el año, siendo los meses con mayor cantidad de nacimientos enero, mayo, junio y noviembre²⁶.

La unidad de análisis a estudiar estuvo constituida por madres puérperas del servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), durante el mes de junio del año 2016.

Se realizó muestro no probabilístico por conveniencia, a partir de cuotas totales por día de puérperas hospitalizadas, que se dio en intervalos interdiarios de días impares (se encuestaron todas las puérperas hospitalizadas en los días de ejecución).

Del universo de puérperas, se consideraron a aquellas que cumplan con los siguientes criterios:

a. Criterios de Inclusión:

- Pacientes puérperas del servicio de Obstetricia del HNAL, internadas dentro de las 24 horas posparto,
- Aquellas que rellenaron correctamente la ficha de datos,
- Que aceptaron participar del estudio, previamente informadas.

Variables

Las variables estudiadas fueron las siguientes (Ver Anexo 01):

Variables Sociodemográficas

- Edad
- Lugar de residencia
- Área de residencia
- Grado de instrucción
- Días de transcurridos desde el parto hasta la encuesta

Variables Ginecoobstétricas

- Tipo de parto
- Número de hijos previos
- Número de abortos previos
- Control prenatal adecuado
- Psicoprofilaxis

Antecedentes de Depresión

- Diagnóstico de depresión
- Tratamiento de depresión

Antecedentes de violencia familiar

- Agresión verbal por parte de la pareja en la gestación
- Agresión física por parte de la pareja durante su gestación
- Agresión física por terceros durante la gestación
- Agresión física por parte de la pareja antes de su gestación
- Agresión física por terceros antes de la gestación

Puntuación de depresión

- Calificación en el test de Edimburgo
- Ideación suicida

Técnicas e instrumentos

Las técnicas que se utilizaron en la recolección de datos fueron:

Llenado de la ficha de datos

Se le pidió a cada paciente puérpera que acepte participar del estudio, responda las preguntas de la ficha de datos (Ver Anexo 02) en la cual están las preguntas acerca de los factores asociados como son sociodemográficos, gestación, psicoprofilaxis, depresión previa y violencia en el entorno familiar.

Llenado de Test de Edimburgo

Se le pidió a cada paciente puérpera que acepte participar del estudio, responda a las preguntas del Test de Edimburgo^{16,20} (Ver Anexo 03).

Se le pidió a la paciente responda este test en base a como se ha sentido en los últimos 7 días. Son 10 preguntas, a las cuales se les asigna valores 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 o más 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 debido a la ideación suicida que se admite al responder esa pregunta.

Plan de recolección y análisis estadístico de los datos

El orden en el cual se ejecutó las acciones de la investigación fueron las siguientes:

- a. Presentación del protocolo al Jefe del Servicio de Obstetricia para el permiso respectivo de toma de datos de las pacientes.
- b. Obtención de los materiales necesarios para la recolección de la información:
 - i. Impresión de fichas de datos (Ver Anexo 2).
 - ii. Impresión de Test de Edimburgo (Ver Anexo 3).
- c. Recojo de la información.
- d. Análisis de información.
- e. Elaboración de la base de datos.
- f. Análisis en programas estadísticos.
- g. Resultados

Se procedió al traspaso de los datos recabados en la ficha de datos a una base de datos electrónica elaborada en el programa Microsoft Excel. Ver ficha de datos en Anexos (Ver Anexo 02).

La base de datos final se analizó en el programa SPSS v 24.

Primero, se realizó un análisis descriptivo. Se describieron frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, así como las medidas de tendencia central y dispersión en las variables numéricas que fueron la mediana y rangos cuartilares por no seguir los supuestos de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, gráficos de normalidad, asimetría y curtosis).

En cuanto al análisis bivariado, para las variables numéricas por ausencia de distribución normal se aplicó la prueba U de Mann-Withney (edad). Las

variables categóricas se analizaron con la prueba de ji cuadrado o prueba exacta de Fisher según corresponda.

Se realizaron modelos para determinar factores asociados posibles (respecto a las variables sociodemográficas, hijos previos, atención prenatal, psicoprofilaxis en la gestación, depresión previa y violencia) con la variable principal (Depresión post parto: mediante la Escala de Edimburgo). Se determinó posible asociación con el *Odds ratio* (OR) para variables binomiales con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95) para las variables con asociación estadísticamente significativa. Se consideró un valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Consideraciones éticas y consentimiento informado

El presente estudio no incurre en contra de ninguno de los principios de Bioética, tales como de Autonomía, Justicia, Beneficencia y No maleficencia.

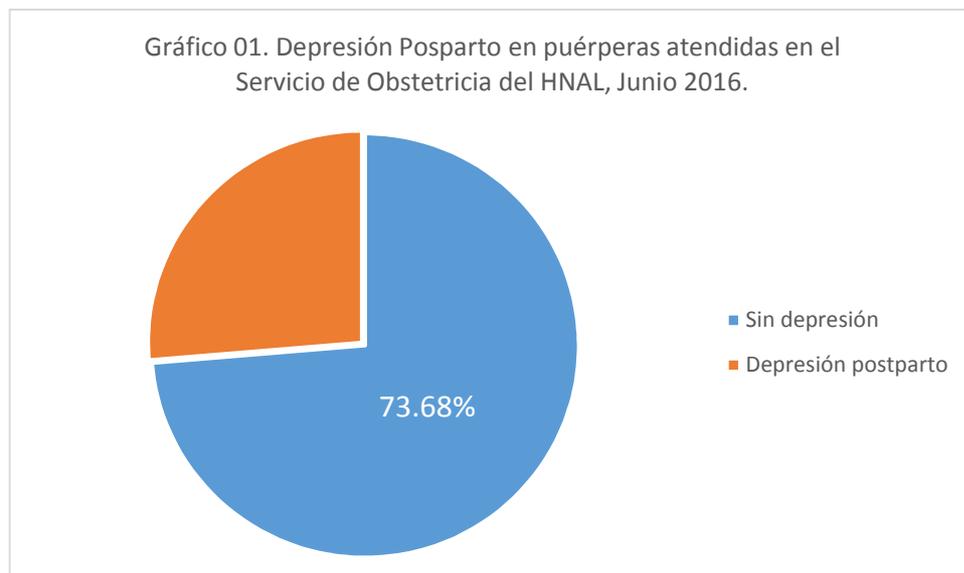
Se procedió a pedir la autorización del Jefe de Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el consentimiento informado de las pacientes antes de responder las preguntas de la fichas. El consentimiento informado será el siguiente (Ver Anexo 04).

La información recogida se utilizó solo con los fines de investigación, respetándose la confidencialidad y autenticidad de los datos.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 209 puérperas las cuales fueron encuestadas durante el mes de junio del año 2016, y se encontró que el 26.32% de ellas presentó tamizaje positivo para depresión posparto según el Test de Edimburgo (Gráfico 1).



Fuente. Datos obtenidos por la autora.

El distrito con mayor cantidad de pacientes fue el de Breña, sin embargo en donde se encontró mayor cantidad de tamizaje positivo para depresión fue el de San Martín de Porres (SMP) con 36.17%. Le siguen Lima (27.59%) y Breña (21.67%) dentro de los distritos con mayor cantidad de tamizaje positivo (Tabla 01).

No se han tomado en consideración en la tabla final los siguientes distritos por tener un número reducido de pacientes que presentaron depresión posparto: San Juan de Lurigancho (1.43%), Carabayllo (0.95%), El Agustino (0.95%), Pro (0.47%), Chincha (0.47%) y Junín (0.47%).

Tabla 01. Frecuencia de Depresión post parto en puérperas atendidas en HNAL julio 2016 según lugar de procedencia

Lugar	Total	Depresión post parto	
		n	%
SMP	47	17	36.17
Lima	29	8	27.59
Breña	60	13	21.67
Independencia	8	1	12.5
Comas	8	1	12.5
Los Olivos	26	3	11.54
Otros *	31	12	38.71
Total	209	55	26.32

* (≤ 5 participantes por lugar). Frecuencia: SJL: 3/5; Pro: 1/4; Callao: 0/4; Carabayllo: 2/4; Ate: 1/3; San Miguel: 0/3; Agustino: 2/2; Chorrillos, VES, Huancavelica: 0/1; Chincha, Junín: 1/1

Fuente. Datos obtenidos por la autora.

Se encontró una mayor frecuencia de depresión posparto a menor tiempo de puerperio, esto es: primer día posparto 22 (33.33%), segundo día posparto

(24.42%), tercer día posparto (19.15%). No se tomó en consideración los días posteriores por presentar menos de 5 pacientes por cantidad de días.

Tabla 02. Frecuencia de Depresión post parto en puérperas atendidas en HNAL julio 2016 y días de puerperio			
Tiempo Puerperio (días)	Total	Depresión post parto	
		n	%
1	66	22	33.33
2	86	21	24.42
3	47	9	19.15
4 o más*	10	3	30
Total	209	55	26.32

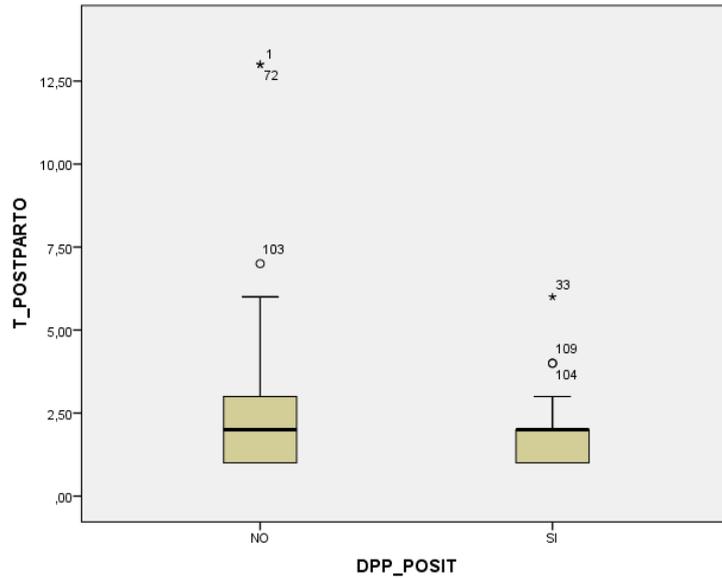
* Frecuencia DPP: 4d: 2/4; 6d: 1/3; 7d: 0/1; 13d: 0/2

Fuente. Datos obtenidos por la autora.

Sin embargo, esta variable no seguía distribución normal, corroborándose con las pruebas de kolmogorov Smirnov y Shapiro Wilk.

Se realizó la prueba del Signo-Wilcoxon para determinar si existía diferencia entre grupos de depresión posparto o no, determinando que no hubo diferencia estadísticamente significativa.

Grafico 02. Distribución de Depresión posparto según toma de encuesta por días en puérperas atendidas en HNAL, Junio 2016.

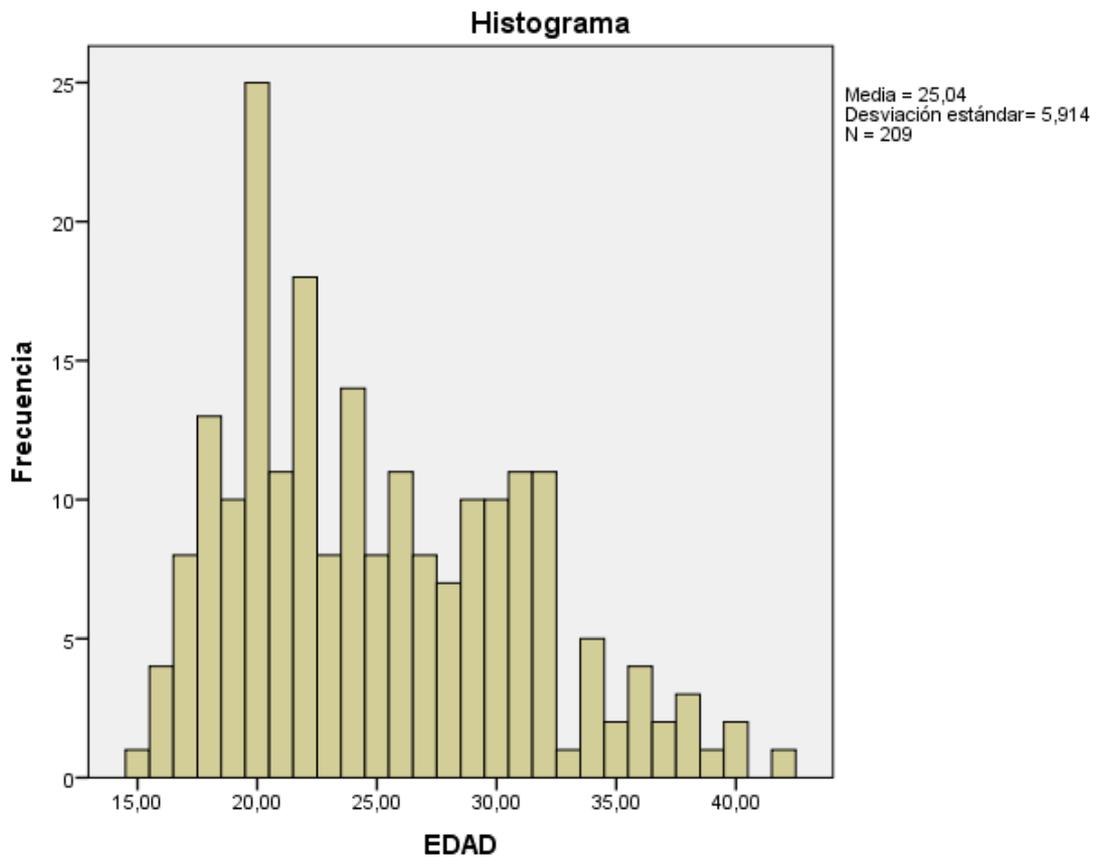


Fuente. Datos obtenidos por la autora.

Edad

No hubo distribución normal para esta variable (Gráfico 03), corroborándose con las pruebas de kolmogorov Smirnov y Shapiro Wilk, por lo cual se consideraron rangos intercuartiles y medianas como medidas de tendencia central. No hubo diferencias en la distribución de edad entre la totalidad de puérperas y las que presentaban depresión post parto, con una mediana de edad de 24 años y rangos intercuartiles entre 20 y 30 años (Tabla 03).

Gráfico 03. Frecuencia de edades en puérperas del servicio de Obstetricia del HNAL, Junio 2016.



Fuente. Datos obtenidos por la autora.

Grado de instrucción

190 (90,9%) presentó educación secundaria o superior, de éstas, 47 (24.74%) presentó tamizaje positivo para depresión posparto. 19 (9,1%) presentaron educación primaria o fueron analfabetas, de éstas, 8 (42.11%) presentó tamizaje positivo para depresión posparto. No hubo asociación estadística entre depresión posparto y grado de instrucción. (Tabla 03).

Estado civil

103 (49,3%) fueron convivientes; 61 (29,2%) separadas o solteras; y 45 (21,5%) fueron casadas. La mayor frecuencia de tamizaje positivo para depresión posparto se presentaron en los grupos de solteras/separadas (36,07%), y el grupo de convivientes (31,07%).

Hubo asociación estadística entre estos subgrupos en relación al grupo de casadas ($p < 0.001$). Ser conviviente presento casi 20 veces más riesgo de presentar depresión posparto que ser casada; ser separada o soltera tuvo casi 25 veces más riesgo de presentar depresión posparto (Tabla 03).

Tabla 03. Características generales y Depresión posparto en puérperas atendidas en HNAL, Junio 2016.

Factores	Total	Depresión post parto		p	OR	IC
		n	%			
Edad (mediana; RIQ25-75)	24; (20-30)	24	(20-29)	0.073	NA	NA
Grado Instrucción						
Secundaria-Superior	190	47	24.74	0.089	1	---
Analfabeta-Primaria	19	8	42.11		2.21	(0.84-5.83)
Estado civil						
Casada	45	1	2.22	<0.001	1	---
Conviviente	103	32	31.07		19.8	(2.61-150.33)
Separada/Soltera	61	22	36.07		24.8	(3.19-192.78)

p: χ^2 en variables politómicas; OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza 95%; n: número de participantes; RIQ25-75: rango cuartil 25%-75%

Fuente. Datos obtenidos por la autora.

Ginecoobstétricas

Presencia de hijos previos

123 (58.9%) presenta hijos previos al actual episodio. 39 (31,45%) de las puérperas con historia de hijo previo presentó tamizaje positivo para depresión posparto. Hubo asociación estadística para la variable hijo previo y depresión posparto (p : 0,029; OR: 2.03; IC: 1,04- 3,94). No obstante, a pesar de encontrarse mayor frecuencia de depresión posparto a mayor cantidad de hijos tenga la paciente (1 hijo: 30.77%, 2 hijos: 32.43%; 3 hijos: 33.33%), no se encontró asociación estadística entre estas categorías en relación a no tener hijos (Tabla 04).

Abortos previos

53 (25.35%) de las puérperas habría presentado por lo menos un episodio de aborto. 24 (45.28%) presentó tamizaje positivo para depresión posparto. Hubo asociación estadística entre las variables aborto previo y solo un aborto previo con la variable depresión posparto ($p < 0.05$; OR: 3.34; IC: 1,71- 6,51) y ($p < 0.05$; OR: 3.31; IC: 1,53- 6,26), respectivamente. Tener abortos previos o un episodio de aborto tiene 3 veces más riesgo de presentar depresión posparto en relación a las pacientes que no tuvieron abortos (Tabla 04).

Controles prenatales

202 (96.7%) habría realizado controles prenatales. 52 (25.74%) presentaron tamizaje positivo para depresión posparto. 174 (83.25%) llevó a cabo más de 6 controles prenatales, de las cuales 37 (21.26%) presentaron tamizaje positivo para depresión posparto. Tener menos de 6 controles prenatales o ninguno tiene cerca de 4 veces más riesgo de presentar depresión posparto en relación a tener 6 o más controles prenatales ($p < 0.001$; OR: 3.92; IC: 1,84-8,35) (Tabla 04).

Psicoprofilaxis

69 (33.01%) llevo a cabo sesiones de psicoprofilaxis. 15(21.74%) presentó tamizaje positivo para depresión posparto. Más del 90% tuvo menos de 6 sesiones de psicoprofilaxis o no las tuvo. No hubo asociación estadística entre psicoprofilaxis y la presentación de depresión post parto (Tabla 04).

Tabla 04. Características ginecoobstétricas y Depresión post parto en puérperas atendidas en HNAL, Junio 2016.							
Factores	Total	Depresión post parto		P	OR	IC	
		N	%				
Hijos previos							
Sí	123	39	31.45	0.029	2.03	(1.04-3.94)	
0	86	16	18.6	0.208	1	---	
1	65	20	30.77		1.94	(0.91-4.14)	
2	37	12	32.43		2.1	(0.87-5.04)	
3 o más	21	7	33.33		2.18	(0.75-6.29)	
Abortos previos							
Sí	53	24	45.28	<0.050	3.34	(1.71-6.51)	
0	156	31	19.87	0.001	1	---	
1	46	20	43.48		3.1	(1.53-6.26)	
2 o más	7	4	57.14		5.37	(1.14-25.27)	
Controles prenatales							
No	7	4	42.86	0.150	1	---	
Sí	202	52	25.74		3.84	(0.83-17.75)	
Número de controles prenatales							
Menos de 6 (incluye 0)	35	18	51.43	<0.001	3.92	(1.84-8.35)	
6 o más	174	37	21.26		1	---	
Realizó psicoprofilaxis							
No	140	40	28.57	0.188	1	---	
Sí	69	15	21.74		0.69	(0.35-1.37)	
Número de sesiones							
Menos de 6 (incluye 0)	203	55	27.09	0.344	4.86	(0.27-87.68)	
6 o más	6	0	0		1	---	

p: x2 en variables politómicas; OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza 95%; n: número de participantes; RIQ25-75: rango cuartil 25%-75%

Fuente. Datos obtenidos por la autora.

Antecedente de depresión

Episodio depresivo previo

15 (7.17%) puérperas presentaron episodio depresivo previo. 5 (2.39%) tuvieron tratamiento y 10 (5.78%) no lo tuvieron. Del grupo que tuvo episodio depresivo previo, 8 (53.33%) presentaron tamizaje positivo para depresión posparto. Hubo asociación estadística para la variable episodio depresivo previo y tamizaje positivo para depresión posparto ($p: 0,019$; OR: 3,57; IC: 1,23- 10,38). Tener un episodio depresivo previo tiene cerca de 4 veces más riesgo de presentar depresión posparto que quien no tuvo ningún episodio depresivo (Tabla 05).

Episodio depresivo durante el embarazo

6 (2.87%) puérperas presentaron episodio depresivo durante el embarazo. 5 (83.3%) presentaron tamizaje positivo para depresión posparto. Hubo asociación estadística para la variable episodio depresivo durante el embarazo y depresión posparto ($p: 0,005$; OR: 15,3; IC: 1,75- 134,09) (Tabla 05).

Tabla 05. Antecedentes de depresión y depresión posparto en puérperas atendidas en HNAL, Junio 2016.

Factores	Total	Depresión post parto		P	OR	IC
		N	%			
Episodio depresivo previo						
Sí	15	8	53.33	0.019	3.57	(1.23-10.38)
Nunca	194	47	24.23	0.044	1	---
Sí, con tratamiento	5	3	60		4.69	(0.76- 28.92)
Sí, sin tratamiento	10	5	50		3.12	(0.86-11.27)
Episodio depresivo durante gestación						
Sí	6	5	83.33	0.005	15.3	(1.75-134.09)

p: x2 en variables politómicas; OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza 95%; n: número de participantes; RIQ25-75: rango cuartil 25%-75%

Fuente. Datos obtenidos por la autora.

Antecedentes de violencia

Discusión con pareja

53 (25.35%) presentó discusiones con su pareja; 27 (50.94%) presentó tamizaje positivo para depresión posparto. Se encontró asociación estadística entre las variables discusión con pareja y presencia de depresión posparto ($p < 0.05$; OR: 4.75; IC: 2,41 - 9,3) (Tabla 06).

Violencia previa al embarazo

13 (6.22%) de puérperas presentó violencia previa al embarazo; 11 (84.62%) presentó tamizaje positivo para depresión posparto. Además, 8 (3.82%) refirieron que el agresor era su pareja, encontrando que en este grupo el tamizaje positivo era en 7 (87.5%). Se encontró asociación estadística entre las variables violencia previa al embarazo y violencia previa al embarazo producida por la pareja con tamizaje positivo a depresión posparto ($p < 0.05$; OR: 19; IC: 4,06 – 88,94) y ($p < 0.001$; OR: 24.18; IC: 2.89 – 201.87), respectivamente. Presentar episodio de violencia previa al embarazo 19 veces más riesgo de presentar depresión posparto que no ser agredida previa al embarazo; que el acto de violencia haya sido cometido por la pareja tiene 24 veces más riesgo de presentar depresión posparto que las pacientes que no son agredidas (Tabla 06).

Violencia durante el embarazo

16 (7.65%) de puérperas presentó violencia durante la gestación; 12 (75%) presentó tamizaje positivo para depresión posparto. Además, 12 (3.82%) refirieron que el agresor era su pareja, encontrando que en este grupo el tamizaje positivo era en 8 (66.67%). Se encontró asociación estadística entre las variables violencia durante el embarazo y violencia durante el embarazo producida por la pareja con tamizaje positivo para depresión posparto ($p < 0.05$; OR: 10.47; IC: 3,21 – 34,10) y ($p: 0.003$; OR: 6.97; IC: 2.00 – 24.28), respectivamente. Presentar episodio de violencia durante el embarazo tuvo 10 veces más riesgo de presentar depresión posparto que no ser agredida durante el embarazo; presentar episodio de violencia producida por la pareja durante el embarazo tuvo casi 7 veces más riesgo de presentar depresión posparto que las pacientes que no sufrieron violencia durante su embarazo (Tabla 06).

Tabla 06. Antecedentes de violencia y Depresión posparto en puérperas atendidas en HNAL, Junio 2016.						
Factores	Total	Depresión post parto		P	OR	IC
		N	%			
Discusión con pareja						
Sí	53	27	50.94	<0.050	4.75	(2.41-9.34)
Violencia previa al embarazo						
Sí	13	11	84.62	<0.050	19	(4.06-88.94)
Persona agresora						
Nadie	196	44	22.45	<0.001	1	---
Pareja	8	7	87.5		24.18	(2.89-201.87)
Padres, otros	5	4	80		13.81	(1.50-126.83)
Violencia durante embarazo						
Sí	16	12	75	<0.050	10.47	(3.21-34.10)
Persona agresora						
Nadie	193	43	22.28	0.003	1	---
Pareja	12	8	66.67		6.97	(2.00-24.28)
Padres, otros	4	4	100		31.14	(1.64-589.71)

p: x2 en variables politómicas; OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza 95%; n: número de participantes; RIQ25-75: rango cuartil 25%-75%

Fuente. Datos obtenidos por la autora.

Ideación suicida

29 (13.87%) de las puérperas presentó ideas de eliminación; 26 (89.66%) presentó tamizaje positivo para depresión posparto. Hubo asociación estadística para la variable ideación suicida y depresión posparto (Tabla 07).

Tabla 07. Ideación suicida y Depresión post parto en puérperas atendidas en HNAL, Junio 2016.

Factores	Total	Depresión post parto		p	OR	IC
		n	%			
Ideación suicida						
Sí	29	26	89.66	<0.050	45.13	(12.81-159.00)

p: x2 en variables dicotómicas; ** Modelo de regresión logística multinomial (Ref: variable referencia); OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza 95%; n: número de participantes; RIQ25-75: rango cuartil 25%-75%

Fuente. Datos obtenidos por la autora.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El presente estudio encontró que de 209 puérperas, 55 de ellas (26.32%) presentaron tamizaje positivo para depresión posparto según la Escala de Edimburgo. Luna et al (2009)¹⁰, utilizaron la Escala de Edimburgo en el Instituto Materno Perinatal considerando una puntuación mayor de 13 como depresión mayor en gestantes que acudieron a consulta obstétrica, encontrando que un 40.09% presentó depresión mayor. Aramburu et al (2008)⁴, usando el mismo test en Centros de Primer nivel de atención, encontraron que 33% de 261 madres puérperas presentaron tamizaje positivo para depresión posparto, confirmándose que de ellas 24.1% presentó episodio depresivo. Estos datos son comparables debido a la realidad en donde se realizaron, como es la misma región de nuestro país. Además se muestra que la frecuencia de depresión posparto en el transcurso de estos años ha disminuido en relación a los datos presentados previamente.

En cuanto al tiempo de toma del test de las puérperas, se encontró que era mayor si se tomaba durante el primer día posparto que en los días posteriores.

Los estudios realizados por Luna et al¹⁰ y Aramburú et al⁴, no tomaron en cuenta esta variables, ya que el primero realiza la toma de la encuesta en gestantes y el segundo lo hace en un mes determinado cuando las puérperas, entre uno y seis meses, acuden a sus controles.

Se encontró que la mayoría de las que presentó tamizaje positivo para depresión posparto estaba en un intervalo de edad de 20 a 29 años. Esto, similar al trabajo mencionados en Maternidad (20,8 – 33 años)¹⁰ y al trabajo en Centros de primer nivel (26.08-27.68)⁴. Malus et al²⁷ en Polonia realizó un estudio con una población de 100 mujeres en su primer mes posparto a quienes se les tomó el test de Edimburgo, las cuales presentaron intervalos de edad de 15 a 43 años. Las diferencias en este caso normalmente se dan al distinto de las realidades, teniendo en cuenta que en nuestro país hay una alta tasa de madres adolescente y juveniles en relación a los países del primer mundo donde atrasan la maternidad lo más que puede.

Para el grado de instrucción se halló que 90.9% había cursado estudios secundarios y superiores, lo cual coincide con lo encontrado por Luna et al¹⁰ en donde este grupo representó el 73.3%. Sin embargo, no encontró asociación de depresión posparto para esta variable ni tampoco en el presente trabajo, solo una relación de mayor frecuencia de tamizaje positivo para depresión posparto por ser analfabeta o tener solo educación primaria (42.11%). La falta de accesibilidad que los pacientes tienen debido a la falta de educación podría explicar el hecho del porcentaje aumentado de depresión posparto en pacientes con nivel educativo bajo. Estas condiciones no otorgan una equidad en servicios de salud y conllevan a patologías que desfavorecen a este grupo.

En cuanto al estado civil, se encontró que el grupo predominante de puérperas mantenía una relación de convivencia llegando casi al 50%. No obstante, se encontró mayor frecuencia de tamizaje positivo de depresión posparto en el

grupo de las solteras y separadas. Además, se encontró asociación estadísticamente significativa de estas variables con $p=0.04$ y $p=0.02$, respectivamente. Dentro del grupo de las casadas, solo se encontró a una puérpera con tamizaje positivo. Estos resultados difieren con los señalados por Luna et al¹⁰, ya que si bien se encontró que la mayoría de encuestadas tenían relación de convivencia, y este grupo era el que mayor frecuencia de depresión presentaba, se halló asociación significativa solo para el grupo de las casadas con $p=0.01$. Los datos encontrados marcan que el hecho de presentar una relación de estabilidad y calidad de unión con la pareja previenen este tipo de patologías, como lo demuestran también los datos encontrados por Malus et al²⁷ en donde las mujeres que estaban menos satisfechas con sus relaciones de pareja presentaban mayor gravedad en las respuestas obtenidas en el test de Edimburgo.

Dentro de las variables ginecoobstétricas, se encontró que las puérperas con antecedente de paridad mayor de 1 representaban un 31.45%, y las que habían tenido un episodio previo de aborto eran un 23.92%. Para ambos grupos se encontró que tenían tamizaje positivo para depresión posparto 30.77% y 43.48%, respectivamente. Además de encontrarse asociación estadística significativa con $p<0.05$ en ambas variables. Luna et al¹⁰ presentó que las pacientes con episodio previo de aborto eran menos en cantidad en relación con las que no tuvieron aborto previo. Sin embargo, no se encontró asociación de relación del mismo con depresión posparto. En Argentina, Paolini et al²⁸ en el 2012, publicaron un estudio de 45 mujeres puérperas evaluadas en un hospital público de Buenos Aires, en donde se halló tamizaje positivo mediante el test de Edimburgo para las pacientes con paridad mayor o igual a 1 en un 40%, y para abortos previos den 11%. Si bien las muestras no son comparables, por el número y la diferencia sociodemográfica de las puérperas, nos revelan datos similares no extrapolables. Esto también se comprueba en el estudio realizado por Montmasson et al²⁹, en donde se encuentra relación de depresión posparto con abortos previos (OR: 6,2; $P < 0,01$) en una población de 212 puérperas. Hay suficiente bibliografía para determinar que el antecedente de aborto es un factor de riesgo para depresión

posparto y esto debido probablemente a los sentimientos de culpa que puede experimentar la mujer.

En cuanto a los controles prenatales, se encontró que casi el 100% había realizado los mismos, siendo 83.25% las que cumplieran con por lo menos 6 controles prenatales²³; y para psicoprofilaxis, se encontró que 33.01% había realizado las sesiones, sin embargo solo 6 puérperas de la población total cumplieron con por lo menos 6 sesiones²³. Se halló también que el tamizaje positivo para depresión posparto fue de 25.74% y 21.74%, respectivamente. Solo se halló asociación de las variables con la categoría de menos de 6 controles prenatales. No se ha encontrado relación de estas variables en estudios nacionales; no obstante en un estudio en Brasil realizado por Silva et al³⁰, se encontró asociación en una muestra de 2583 puérperas entre controles prenatales y depresión posparto que luego derivaban en falla con la lactancia materna. Si bien las muestras no son comparables, por el número y la diferencia sociodemográfica de las puérperas, nos revelan datos similares no extrapolables. Como sabemos dentro de los controles prenatales se marca la pauta de atención integral de la gestante en donde la paciente acude a consultas de distintas áreas (obstetricia, psicología, odontología, entre otras)²⁴. El hecho de no acudir a los controles prenatales es una desventaja para estas pacientes que no se les puede hacer diagnóstico de otras patologías por ejemplo en el campo de salud mental y ello, una de las razones probables de aumento de depresión posparto en este grupo de pacientes.

Para el caso de los antecedentes de depresión, se halló que 7.17% habían presentado un episodio depresivo previo a la gestación y de este grupo solo 1.43% había realizado tratamiento para el mismo. En cuanto a episodios depresivos durante la gestación, 2.87% presentaron los mismos, sin recibir tratamiento específico. 53.3% y 83.3% presentaron tamizaje positivo para depresión posparto, respectivamente, además de encontrarse asociación de estas variables con el tamizaje positivo con $p < 0.05$. Aramburu et al⁴ menciona que se encuentra una asociación moderada entre depresión prenatal y posparto, y depresión posparto previa. En Suecia, Silverman et al³¹

encontraron que el riesgo de presentar depresión posparto con antecedente de depresión era fue de 20 veces mayor que las que no hayan tenido depresión previamente (RR: 21.03; IC: 19,72-22,42). Esto nos hace pensar que al tener como factor de riesgo u episodio depresivo previo se debe poner más énfasis en las pacientes que lo presentan.

En cuanto a antecedentes de violencia, se encontró que 25.35% tuvieron discusiones con sus parejas; 7.65% de puérperas presentó episodio de violencia durante la gestación, en el cual el responsable era la pareja; y que 6.22% de ellas presentó episodio de violencia previo al embarazo. De todas ellas, 50.94%, 66.67% y 87.5%, presentaron tamizaje positivo para depresión posparto, encontrándose asociación estadística entre todas las variables. Gomez et al¹², estudió en el 2009 a 2317 puérperas en el Instituto Materno Perinatal, en donde encontró que la frecuencia de violencia intrafamiliar durante el embarazo era de 21%, además de encontrar asociación moderadamente severa entre estas variables. Además, se menciona que las mujeres que presentaron violencia durante su gestación tenían niveles más altos de severidad que las que no. Sin embargo, este estudio fue realizado con auto-reporte Patient Health Questionnaire (PHQ-9), por lo cual los resultados no son tan comparables. Como ya se mencionó, las relaciones conyugales en donde las mujeres que estaban menos satisfechas con sus relaciones de pareja presentaban mayor tamizaje positivo para depresión posparto medido con el test de Edimburgo²⁷, y esto se comprueba con los índices de violencia y calidad de vida que presentan estas mujeres.

Para el caso de ideación suicida, se encontró que 13.87% de las puérperas presento ideas de eliminación, y de ellas 89.66% presentó tamizaje positivo. Además, se encontró diferencia significativa de ambas variables con $p < 0.05$. La ideación suicida se mide en la pregunta 10 del Test de Edimburgo, la cual al presentar respuesta positiva para la misma, implica necesariamente intervención con la paciente por el riesgo de autolesión. Recientemente, Zhong et al⁵, presentó un estudio de relación entre la concordancia de los

Ítems de ideación suicida del Test de Edimburgo y el PHQ-9. Se encontró que las puérperas presentaban ideación suicida en 8.8% y 15.8%, respectivamente, en una población de 1517 en el Instituto Materno Perinatal. Es altamente alarmante el aumento del porcentaje de pacientes con ideación suicida en pacientes con tamizaje positivo para depresión posparto, probablemente debido al bajo control de salud mental y desidia de las autoridades en el campo de la salud.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

La frecuencia de tamizaje positivo para depresión posparto mediante la Escala de Edimburgo es de 26.32% en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

La distribución de edad de las puérperas se encontró entre los 20 y 29 años. De ellas un 23.63% eran adolescentes.

Los factores asociados con tamizaje positivo para depresión posparto fueron el estado civil, hijos previos, abortos previos, controles prenatales, episodio previo depresivo antes y durante la gestación, discusión con la pareja durante la gestación y violencia cometida por la pareja antes y durante la gestación.

La ideación suicida está presente en 89.66% de pacientes que presentaron tamizaje positivo para depresión posparto.

RECOMENDACIONES

Se recomienda estudios posteriores ya que este es el primero que se realizó en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza y puede ser tomado como un basal, la población tomada es la encontrada durante un mes, por lo cual estudios con muestras grandes nos pueden dar mejores datos para la realización de mejores protocolos de atención a las pacientes puérperas.

Promover políticas y estrategias que permitan al personal de salud en contacto con las puérperas, asegurar una atención integral que permita la prevención de episodios depresivos o el apoyo necesario.

Seguimiento a las pacientes para determinar la presencia o no de depresión posparto, ya que el Test de Edimburgo solo nos realiza un tamiz el cual se comprueba posteriormente con una anamnesis adecuada.

La depresión posparto es un problema que interviene tanto en la vida de la mujer como es su familia, poniendo en riesgo el futuro del niño que ha dado a luz y la estabilidad emocional de su entorno. Con mejores sistemas de apoyo puede evitarse consecuencias futuras.

CAPÍTULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Panahi F, Faramarzi M. The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression and Anxiety in Women with Premenstrual Syndrome. *Depress Res Treat*. 2016.
2. Centro de prensa de OMS (Sede Web). Lugar: Ginebra, 2012 (Actualización: Octubre 2016; Fecha de acceso: 28 de diciembre del 2016). Jasarevic T, Saxena S, Taghi Yasamy M. La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/
3. Jadresic E. Depresión post parto. *Medwave*. 2004; 4(9).
4. Aramburu P et al. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. 2008; 12 (3).
5. Zhong QY et al. Using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to assess suicidal ideation among pregnant women in Lima, Peru. 2015; 18(6):783-92.

6. Bleichnaro E. Depression in women. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1991; 11(39).
7. Vargas H, Tovar H, Valverde J. Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Rev. peru. epidemiol.* 2010; 14.
8. Lopez-Mato A. Trastorno disfórico premenstrual. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2000; 38 (3): 187-195.
9. Kühner C. Mental disorders in pregnancy and postpartum: Prevalence, course, and clinical diagnostics. *Nervenarzt.* 2016; 87(9): 926-36.
10. Luna M, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.* 2009; 26(4).
11. Moreno A, Domingo L, Franca P. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del hospital universitario de Brasilia, Brasil. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 2004; 69 (3): 209-213.
12. Gomez-Beloz A, Williams M, Sanchez S, Lam N. Intimate partner violence and risk for depression among postpartum women in Lima, Peru. *Violence Vict.* 2009; 24(3): 380-98.
13. Solis H, Morales S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Rev Horiz Med.* 2012; 12(2): 49-52.
14. Pérez C, Sanson C. Propuesta metodológica para la psicoprofilaxis de la embarazada. *Rev Cubana Med Gen Inegr.* 1996; (12)4.
15. Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *REV CHIL OBSTET GINECOL.* 2003; 68(6): 491-494.
16. J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky. Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry.* 1987; 150.
17. Lee, S K Yip, H F Chiu, T Y Leung, K P Chan, I O Chau, H C Leung, and T K Chung. Detecting postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry.* 1998; 172: 433-7.
18. N Guedeney, J Fermanian. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about

- use and psychometric properties. *European Psychiatry*. 1998; 13 (2): 83-89.
19. Reki A et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for postpartum depression in a clinical sample in Hungary. *Midwifery*. 2014.
 20. Garcia-Esteve LI, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*. 2003; 75 (1): 71-76.
 21. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean Postpartum Women. 1995, 16 (4): 187-191.
 22. Gelaye B, Kajeepeta S, Williams MA. Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. *Arch Womens Ment Health*. 2016; 19(5):741-51.
 23. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?. *An. Fac. med.* 2009; 70 (2): 115-118.
 24. Norma Técnica de Salud de Atención integral a la gestante. NTS.Nº105-MINSA/DGSP v01. 2013.
 25. Grimes D, Shultz K. An overview of clinical research: the lay of the land. *The Lancet*. 2002; 359: 57-61.
 26. Estadísticas. Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2016.
 27. Malus A, Szyluk J, Galińska-Skok B, Konarzewska B. Incidence of postpartum depression and couple relationship quality. *Psychiatr Pol*. 2016; 50(6):1135-1146.
 28. Paolini C, Oiberman A, Balzano S. Psychosocial factors associated to low, medium and high risk of depressive symptoms in the immediate postpartum period. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2012; 12.
 29. Montmasson H, Bertrand P, Perrotin F, El-Hage W. Predictors of postpartum post-traumatic stress disorder in primiparous mothers. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2012; 41(6):553-60.
 30. Silva C et al. Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *Jornal de Pediatria*. 2016.

31. Silverman ME et al. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depress Anxiety*. 2017; 34(2):178-187.

CAPÍTULO VII

Anexo 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Se describen en el siguiente cuadro. Tener en cuenta que “p” indica pregunta y las siguientes letras la pregunta específica en la ficha de datos y encuesta.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías/ valor final	Criterios de medición de las categorías	Tipos de variables / escala de medición
Datos sociodemográficos					
Edad	Tiempo de vida desde el momento de nacimiento considerado en años	Tiempo de vida desde el momento de nacimiento considerado en años	Edad, años cumplidos al momento de la encuesta	Valor de los años consignado en p: e	Númerica Continua / De razón
Lugar de residencia	Espacio físico en el cual una persona vive	Distrito en el cual reside la encuestada	Nombre del distrito	Nombre de la ciudad en p: h	Catagórica politómica / nominal
Área de residencia	Área en el cual reside la encuestada	Comunidad del cual proviene la encuestada	Urbano Rural	Nombre de área de vivienda en p: h	Catagórica dicotómica / nominal
Grado de instrucción	Etapas de educación alcanzado por la encuestada	Etapas de educación alcanzado por la encuestada	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Nivel de educación alcanzado en p: i	Catagórica politómica / nominal

Variable	Definición conceptual		Definición operacional		Categorías/ valor final		Criterios de medición de las categorías		Tipos de variables / escala de medición	
	Estado de unión con la pareja	Días transcurridos entre el nacimiento del producto hasta el momento de ser encuestada la paciente	Estado de unión con la pareja	Días transcurridos entre el nacimiento del producto hasta el momento de ser encuestada la paciente	Soltera Casada Separada Conviviente	Cifra en números considerado en días	Estado civil en p: j	Según fecha de parto en p: f	Categoría politémica / nominal	Númerica Continua / De razón
Estado civil										
Días de transcurridos desde el parto hasta la encuesta										
Datos Ginecobstétricos										
Tipo de parto	Vía por el cual el producto es nace	Vía por el cual el producto es nace	Vía por el cual el producto es nace	Vía por el cual el producto es nace	Parto eutócico Parto por cesárea	Eutócico en p: f Distócico en p: f	Eutócico en p: f Distócico en p: f	Eutócico en p: f Distócico en p: f	Categoría dicotómica / nominal	Categoría dicotómica / nominal
Número de hijos previos	Cantidad de hijos que la encuestada presenta antes del producto actual	Cantidad de hijos que la encuestada presenta antes del producto actual	Cantidad de hijos que la encuestada presenta antes del producto actual	Cantidad de hijos que la encuestada presenta antes del producto actual	Número en cifras	Valor en cifras en p: k	Valor en cifras en p: k	Valor en cifras en p: k	Númerica Continua / De razón	Númerica Continua / De razón
Número de abortos previos	Cantidad de pérdidas obstétricas que la encuestada presenta antes del producto actual	Cantidad de pérdidas obstétricas que la encuestada presenta antes del producto actual	Cantidad de abortos, sean espontáneos, provocados, embarazos ectópicos o molas que la encuestada presenta antes del producto actual	Cantidad de abortos, sean espontáneos, provocados, embarazos ectópicos o molas que la encuestada presenta antes del producto actual	Número en cifras	Valor en cifras en p: l	Valor en cifras en p: l	Valor en cifras en p: l	Númerica Continua / De razón	Númerica Continua / De razón

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías/ valor final	Criterios de medición de las categorías	Tipos de variables / escala de medición
Control prenatal adecuado	Número de controles que la gestante realiza en un Centro de Salud para el desarrollo adecuado del producto	Número de controles prenatales previos al parto actual, considerando como adecuados mayor o igual a 6 según Norma Técnica del MINSA para Atención integral de la Gestante ²⁷	Menos de 6: Inadecuado Mayor o igual que 6: Adecuado	Considerado como adecuado consignado en p: m	Categoría dicotómica / nominal
Psicoprofilaxis	Sesiones de educación racional, física y psíquica de la mujer, que no requiere del empleo de medicamento alguno durante la gestación para afrontar de la mejor manera el parto	Existencia o no de sesiones de psicoprofilaxis durante la gestación actual, considerando como adecuados mayor o igual a 6 según Norma Técnica del MINSA para Atención integral de la Gestante ²⁷	No Menos de 6 6 o más	Considerado si llevo clases de Psicoprofilaxis en p: n	Categoría politómica/nominal
Antecedentes de depresión					
Diagnóstico de depresión	Diagnóstico psiquiátrico emitido por un profesional de la salud, que describe un	Diagnostico otorgado por profesional de Salud a la paciente en cual describa trastorno	Antes del embarazo Durante del embarazo	Antes del embarazo en p: o Durante del embarazo en p: o	Categoría politómica/nominal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías/ valor final	Criterios de medición de las categorías	Tipos de variables / escala de medición
	trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente con sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana.	de estado de ánimo con sentimientos de culpabilidad e infelicidad	Nunca	Nunca en p: 0	
Tratamiento de depresión	Tratamiento farmacológico o psicoterapéuticos para afrontar el trastorno depresivo por un profesional de la salud	Tratamiento farmacológico o psicoterapéuticos para afrontar el trastorno depresivo por un profesional de la salud	Antes del embarazo Durante del embarazo Nunca	Antes del embarazo en p: p Durante del embarazo en p: p Nunca en p: p	Categoría politómica/nominal
Antecedentes de violencia familiar					
Agresiones verbales por parte de la pareja durante su gestación	Violencia mostrada por la pareja de la encuestada hacia ella en términos de palabras que la denigren y	Agresiones en términos de palabras durante discusiones de parte de la pareja de la	Si No	Si en p: q No en p: q	Categoría dicotómica / nominal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías/ valor final	Criterios de medición de las categorías	Tipos de variables / escala de medición
Agresiones físicas durante su gestación	Violencia mostrada por la pareja de la encuestada hacia ella en términos de golpes, empujones o cualquier tipo de contacto físico que denigren y mermen su dignidad, durante su gestación	encuestada hacia ella, durante su gestación Agresiones físicas en términos de contacto físico de parte de la pareja de la encuestada hacia ella, durante su gestación	Si No	Si en p: r No en p: r	Categórica dicotómica / nominal
Agresiones físicas durante su gestación por terceros	Violencia mostrada por la cualquier persona del entorno de la encuestada hacia ella en términos de golpes, empujones o cualquier tipo de contacto físico que denigren y mermen su dignidad, durante su gestación	Agresiones físicas en términos de contacto físico de parte cualquier persona del entorno de la encuestada hacia ella, durante su gestación	Pareja Padres Hermanos Amigos Otros	Pareja en p: r Padres en p: r Hermanos en p: r Amigos en p: r Otros en p: r	Categórica politémica/nominal
Agresiones físicas antes de su gestación	Violencia mostrada por la pareja de la encuestada hacia ella en	Agresiones físicas en términos de contacto físico de parte de la	Si No	Si en p: s No en p: s	Categórica dicotómica / nominal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías/ valor final	Criterios de medición de las categorías	Tipos de variables / escala de medición
	términos de golpes, empujones o cualquier tipo de contacto físico que denigren y mermen su dignidad, antes su gestación	pareja de la encuestada hacia ella, antes su gestación			
Agresiones físicas antes de su gestación por terceros	Violencia mostrada por la cualquier persona del entorno de la encuestada hacia ella en términos de golpes, empujones o cualquier tipo de contacto físico que denigren y mermen su dignidad, antes su gestación	Agresiones físicas en términos de contacto físico de parte cualquier persona del entorno de la encuestada hacia ella, antes su gestación	Pareja Padres Hermanos Amigos Otros	Pareja en p: s Padres en p: s Hermanos en p: s Amigos en p: s Otros en p: s	Categoría politémica/nominal
Tamizaje de depresión					
Calificación en el test de Edimburgo	Sumatoria de puntaje obtenido en las respuestas del Test de Edimburgo para Depresión Posparto, calificado con	Sumatoria del puntaje obtenido en las respuestas del Test de Edimburgo para Depresión Posparto para una probable	Menor de 10 Mayor o igual que 10	Menor de 10: No presenta depresión en EEDP Mayor o igual que 10: Probabilidad de Depresión en EEDP	Categoría dicotómica / nominal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías/ valor final	Criterios de medición de las categorías	Tipos de variables / escala de medición
	sensibilidad y especificidad satisfactoria para una probable depresión	depresión con un puntaje mayor a 10 ²³			
Ideación suicida					
Ideación suicida	Pensamiento de acabar con la propia existencia con formulación de planes de suicidio	Pensamientos de hacerse daño o suicidio de la encuestada en los últimos 7 días	Si No	Si, bastante a menudo / A veces / Casi Nunca: Si en p10 de EEDP Nunca: No en p10 de EEDP	Categoría dicotómica / nominal

Anexo 02. Ficha de datos.

FICHA DE DATOS

Datos de Filiación

a. Número de ficha:

b. Nombre: _____

c. Domicilio: _____

d. Teléfono: _____

e. Edad (años cumplidos):

f. Fecha de parto:/...../..... Tipo de parto: Eutócico Cesárea

g. Fecha de toma de datos:/...../.....

Datos de la evaluación de variables

h. Lugar de procedencia: _____

Urbano: Rural:

Costa: Sierra: Selva:

i. Grado de Instrucción:

Analfabeta: Primaria: Secundaria: Superior:

j. Estado civil:

Soltera: Casada: Conviviente: Separada: Otra:

k. ¿Ha tenido hijos antes?

Si: No: ¿Cuántos?: _____

l. ¿Ha tenido abortos antes?

Si: No: ¿Cuántos?: _____

m. ¿Tuvo atención prenatal?

Si: No: ¿Cuántas sesiones?: _____

n. ¿Tuvo Psicoprofilaxis obstétrica durante el embarazo?

Si: No: ¿Cuántas sesiones?: _____

o. ¿Ha presentado diagnóstico de depresión?

Antes del embarazo: Durante el embarazo: Nunca:

p. ¿Ha tenido tratamiento para la depresión?

Antes del embarazo: Durante el embarazo: Nunca:

q. ¿Durante su gestación ha tenido discusiones frecuentes con su pareja?

Si: No:

r. ¿Durante su gestación ha sido agredida? ¿Por quién?

Si: No:

Pareja: Padres: Hermanos: Amigos: Otros:

s. ¿Antes su gestación ha sido agredida? ¿Por quién?

Si: No:

Pareja: Padres: Hermanos: Amigos: Otros:

Anexo 03. Test de Edimburgo para Depresión Posparto.

ANEXO 1 - HERRAMIENTA DE TAMIZAJE

Escala de Edimburgo. Versión validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. (*J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91)

ESCALA DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

- | | |
|---|--|
| 1) <i>He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</i>
tanto como siempre
no tanto ahora
mucho menos ahora
no, nada | 6) <i>Las cosas me han estado abrumando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre |
| 2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i>
tanto como siempre
menos que antes
mucho menos que antes
casi nada | 7) <i>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca |
| 3) <i>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca | 8) <i>Me he sentido triste o desgraciada:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
no con mucha frecuencia
no, nunca |
| 4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i>
no, nunca
casi nunca
sí, a veces
sí, con mucha frecuencia | 9) <i>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
sólo ocasionalmente
no, nunca |
| 5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i>
sí, bastante
sí, a veces
no, no mucho
no, nunca | 10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i>
sí, bastante a menudo
a veces
casi nunca
nunca |

Anexo 04. Consentimiento Informado

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DEL OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio pretende determinar la prevalencia y factores asociados de la depresión postparto en las puérperas del servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Se le ha solicitado a usted formar parte de este estudio de investigación debido a que Ud. pertenece a la población a estudiar, para lo cual se le pedirá responder a unas cuantas preguntas que nos asegurarán encontrar las características que estamos buscando.

Agradecemos de antemano su apoyo.

Declaración de consentimiento

Acepta

No acepta